

KARDINAL ONE MEDICAL
Nr 263/03.01.2022

AVIZAT ASOCIAT UNIC
DR BUNGAU CODRUTA

**REGULAMENTUL
DE ORGANIZARE ȘI FUNCȚIONARE
AL
KARDINAL ONE MEDICAL**

2022-2023

Intocmit ,Dr Tilca Nicoleta
Manager

DATE DE IDENTIFICARE SI CONTACT

Sediu principal : Timisoara, str Razboieni 5/7 ,jud Timis

Punct de lucru secundar : Ciacova ,P-ta Cetatii 60-62 ,jud Timis

Cod Unic de inregistrare fiscala : 39011692

Nr inregistrare ORC Timis : J35/801/2018

Asociat unic : Bungau Codruta Emilia

Serviciu	Numar/adresa	Orar
Telefon fix punct de lucru Ciacova ,P-ta Cetatii 60-62 ,jud Timis	0256/399969	Non stop
Telefon mobil manager	0737519140	Non stop
Email	Kardinalonemedical@gmail.com	Non stop

REZUMAT

Acest Regulament de organizare și funcționare (ROF) stabilește modul de organizare și funcționare al Kardinal One Medical .

DOMENIUL DE APLICARE:

Personalul de execuție al Kardinal One Medical

ELABORATOR:

Managerul Kardinal One Medical.

CONFIDENTIALITATE:

Acest document este proprietatea Kardinal One Medical .

Accesibil personalului Kardinal One Medical .

Poate fi comunicat în exteriorul instituției numai cu acordul scris al conducerii Kardinal One Medical

Deținerea fără drept, sustragerea, alterarea, multiplicarea, distrugerea sau folosirea neautorizată, sunt interzise.

NOTE:

Verificați valabilitatea documentelor înainte de utilizare consultând versiunea existentă pe site-ul oficial al Kardinal One Medical

Originalul semnat se afla la secretariatul Kardinal One Medical .

Orice altă copie, indiferent de suport, nu se ține sub control.

LEGISLATIE

Legea 95/2006 - Legea privind reforma in domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

Legea nr. 53/2003 - Codul Muncii cu modificarile si completarile ulterioare.

OMS 1706/2007 privind conducerea si organizarea unitatilor si compartimentelor de primire a urgentelor

OMS 1101/2016 privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire si limitare a infectiilor asociate asistentei medicale in unitatile sanitare.

OMS 961/2016 pentru aprobarea normelor privind conditiile pe care trebuie sa le indeplineasca un spital in vederea obtinerii autorizatiei sanitare de functionare, cu modificarile si completarile ulterioare

OMS 1761/2021 pentru aprobarea normelor tehnice privind curatenia ,dezinfectia si sterilizarea in unitatile sanitare

OMS 1226/2012 pentru aprobarea Normelor tehnice privind gestionarea deseurilor rezultate din activitatati medicale

Legea 319 /2006 privind sanatatea si securitatea in munca

HG 1425/2006 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Legii securitatii si sanatatii in munca nr. 319/2006

OMS 397/836//2018 privind aprobarea Normele de aplicare in anul 2018 a HG nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii si a Contractului-cadru care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale, a medicamentelor si dispozitivelor medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anii 2018-2019

Legea 185/2017 privind asigurarea calitatii in sistemul de sanatate

OMS 1224/2010 privind aprobarea normativelor de personal pentru asistenta medicala spitaliceasca, precum si pentru modificarea Ordinului nr. 1.778/2006

OMS 446/2017 privind aprobarea Standardelor, Procedurii si Metodologiei de evaluare si acreditare a spitalelor

OUG 96/2003 privind protectia maternitatii la locurile de munca

OMS 323/2011 privind aprobarea metodologiei si a criteriilor minime obligatorii pentru clasificarea spitalelor in functie de competenta

Legea 46/2003 privind drepturile pacientului

OMS 482/2007 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a titlului XVI ”Raspunderea civila a personalului medical si a furnizorului de produse si servicii medicale, sanitare si farmaceutice” din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii

Codul deontologic al personalului medical

Legea 506/2004 privind prelucrarea datelor cu caracter personal si protectia vietii private in sectorul comunicatiilor electronice

Regulamentul UE 2016/679 al Parlamentului European si al Consiliului

Legea contabilitatii 82/1991, republicata

Protocol national de triaj al urgentelor la camera de garda 2019

OMS 1091 /2006 privind aprobarea protocoalelor de transfer interclinic al pacientului critic

OMS 1284/2012 privind reglementarea programului de vizite al apartinatorilor pacientilor internati in unitatile sanitare publice.

OMS 1375/2016 pentru modificarea Regulamentului privind timpul de munca, organizarea si efectarea garzilor in unitatile publice din sectorul sanitar

CUPRINS

CAPITOL	DENUMIREA
I	DISPOZIȚII GENERALE
II	CONDUCEREA KARDINAL ONE MEDICAL
III	CONSILII, COMISII ȘI COMITETE CARE FUNCȚIONEAZĂ ÎN CADRUL KARDINAL ONE MEDICAL
IV	STRUCTURA ORGANIZATORICA A KARDINAL
V	FINANȚAREA KARDINAL ONE MEDICAL
VI	ATRIBUȚIILE KARDINAL ONE MEDICAL
VII	STRUCTURI FUNCȚIONALE ALE KARDINAL ONE MEDICAL ȘI ATRIBUȚIILE LOR
VIII	SECRETUL PROFESIONAL ȘI CONFIDENȚIALITATEA DATELOR
IX	DREPTURILE ȘI OBLIGAȚIILE PACIENȚILOR
X	DISPOZIȚII FINALE
XI	ÎNREGISTRĂRI SPECIFICE, PĂSTRARE/ARHIVARE
XII	ANEXE

CAPITOLUL I DISPOZITII GENERALE

Art.1.1

Cadrul legislativ general aplicabil: toate documentele legislative enumerate mai sus.

Art.1.2

Kardinal One Medical este unitate sanitară cu paturi, cu personalitate juridică, finanțată integral din venituri proprii, proprietate privata ,actionar unic Bungau Codruta Emilia ,cod Caen 8610 .

Art.1.3.

Sediul unității este in Timisoara ,str Razboieni 5/7 ,punct de lucru secundar localitatea Ciacova ,Piata Cetatii 60-62 , județul Timis.

Art.1.4

Kardinal One Medical furnizează servicii medicale in conformitate cu cod CAEN 8610 - Activitati de asistenta medicala spitaliceasca și asigură condiții de investigații medicale, tratament, cazare, igienă, alimentație și de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale, conform normelor aprobate prin legislatia in vigoare .

Art.1.5

Spitalul răspunde, potrivit legii, pentru prejudicii cauzate pacienților generate de calitatea actului medical, condițiile de cazare, igienă, alimentație și de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale stabilite de către organele competente. Pentru prejudicii cauzate pacienților din culpă medicală, răspunderea este individuală.

Art.1.6

Spitalul are obligația de a acorda primul ajutor și asistență medicală de urgență oricărei persoane care se prezintă la spital, dacă starea sănătății acesteia este critică, în limita de competență, conform clasificării ca unitate sanitară categoria V. Cazurile care depasesc logistic limitele de competenta, vor fi transferate catre unitati superioare cu care spitalul are incheiate parteneriate, respectandu-se OMS 1091/2006 privind transferul interspitalicesc . Transportul asistat al pacienților se efectueaza cu ambulante apartinand Serviciului Judetean de Ambulanta Timis cu care spitalul se afla in contract .

Art.1.7.

Kardinal One Medical este unitate de asistență medicală și funcționează ca institutie privata medicala integrată într-un sistem funcțional prin care se asigură :

- accesul populației la formele de asistență medicală prevazute in structura aprobata;
- unitatea de acțiune în rezolvarea problemelor de sănătate din teritoriu; in acest sens, spitalul este partener strategic cu ISU Timis, DGASPC Timis, DSP Timis, Primaria Ciacova si Politia Orasului Ciacova .
- spitalul are un Plan Alb de interventie pentru managementul incidentelor cu victime multiple /situatii de criza

- continuitatea acordării asistenței medicale în toate stadiile de evoluție a bolii prin cooperare permanentă a medicilor din unitate sau din unități diferite ; sunt functionale Comisia multidisciplinara si posibilitatea accesarii consultului extern, fiind asigurat transportul cu ambulanta in acest scop tur-retur.
- utilizarea eficientă a personalului de specialitate, a mijloacelor tehnice de investigație și tratament.
- respectarea limitelor de competența în conformitate cu clasificarea spitalului -grad V.

Art.1.8

Spitalul ofera :

- pacientilor asigurați pachetul de servicii medicale de bază care se suportă din FNUASS prin contractul cu CJAS Timis în conformitate cu prevederile contractului cadru anual în vigoare;
- servicii medicale pentru persoanele asigurate facultativ;
- pachetul minimal de servicii pentru neasigurați (urgente, cazuri cu potențial endemo-epidemic, imunizări, sarcină și lehoz etc);
- serviciile medicale la cerere, cele necontractate cu CJAS Timis, ca și cele care exced contractului se efectuează contra cost, existând o lista de tarife aprobate și afișate la vedere;
- coplata este de 10 ron /episod de internare continuă, categoriile exceptate fiind cele prevăzute de lege;
- tariful/zi de spitalizare pentru condiții hoteliere deosebite este de 100 ron/zi spitalizare;
- tariful pentru cazarea și masa însoțitorilor este de 100 ron/zi.
- tariful unei zile de spitalizare la cerere , incluzând tratament,cazare,masa și îngrijire este de 200 ron/zi

Art.1.9

OBIECTIVELE SPITALULUI

„OFERIREA DE ASISTENȚA MEDICALĂ DE CALITATE BOLNAVILOR CARE NI SE ADRESEAZĂ , PRIN FURNIZAREA DE SERVICII MEDICALE DE CALITATE, BAZATE PE COMPETENȚA, TRANSPARENȚA, ECHITATE, PROFESIONALISM, EFICIENȚA ȘI EFICACITATE”

Obiectivele generale ale spitalului sunt:

1. Implementarea sistemului de management al calității serviciilor medicale;
2. Dezvoltarea culturii organizaționale la nivelul spitalului ;
3. Îmbunătățirea calității serviciilor de asistență medicală și a condițiilor hoteliere;

4. Realizarea atribuțiilor la nivelul fiecărei structuri în mod economic, eficace și eficient, în condiții de cost-calitate optime ;
5. Respectarea legilor, normelor, standardelor și reglementărilor în vigoare.

Art 1.10 În incinta spitalului nu se fumează.

Art 1.11 Spitalul asigură facilități pentru persoanele cu dizabilități.

Art 1.12 În spital este strict interzisă darea și luarea de mită. Toate cazurile semnalate vor fi reclamate Poliției în vederea aplicării art. 289 și 290 din Codul Penal.

În instituție există afișe care informează pacienții și personalul cu privire la aceste aspecte.

Art 1.13 Pe perioada spitalizării, pacienții nu au voie să părăsească incinta spitalului, cu excepția celor care au bilet de voie de la medicul curant/garda în care sunt consemnate data și ora plecării/întoarcerii în spital. Pe perioada învoirii, pacientul poartă întreaga răspundere a evoluției sale medicale.

Art 1.14 Regimul vizitelor este reglementat în conformitate cu OMS 1284/2012.

Art 1.15 Spitalul respectă cerințele Regulamentului UE 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din data de 27.04.2016 și ale Legii 506/2004 privind prelucrarea datelor cu caracter personal și protecția datelor personale.

Art 1.16 Setul minim de date personale de colectat în vederea prelucrării este stabilit prin hotărârea Conducerii.

CAPITOLUL II

CONDUCEREA KARDINAL ONE MEDICAL

Art.2.1

Organele de conducere ale Kardinal One Medical sunt :

- Managerul spitalului
- Comitetul director

Art.2.2

Managerul Kardinal One Medical este numit in functie de catre asociatul unic .

Art.2.3

Atribuțiile/obligațiile managerului sunt, conform contractului de management, următoarele:

Art.2.3.1

Atribuțiile/obligațiile managerului în **domeniul politicii de personal și al structurii organizatorice:**

1. stabilește și aprobă numărul de personal, pe categorii și locuri de muncă, în funcție de normativul de personal în vigoare și pe baza propunerilor șefilor de secții și de servicii;
2. aprobă organizarea concursurilor pentru posturile vacante, numește și eliberează din funcție personalul spitalului;
3. repartizează personalul din subordine pe locuri de muncă;
4. aprobă programul de lucru, pe locuri de muncă și categorii de personal, pentru personalul aflat în subordine;
5. numește și revocă membrii comitetului director;
6. încetează contractele de administrare încheiate, înainte de termen, în cazul neîndeplinirii obligațiilor prevăzute în acestea;
7. elaborează împreună cu membrii comitetului director regulamentul intern al spitalului a carui forma finală o aprobă ; aprobă fișa postului pentru personalul angajat întocmită de către șefii de structuri ;
8. înființează, cu aprobarea comitetului director și a SMC , comisii specializate în cadrul spitalului, necesare pentru realizarea unor activități specifice, cum ar fi: comisia medicamentului, comisia de analiză a decesului etc., al căror mod de organizare și funcționare este prevăzut în regulamentul de organizare și funcționare a spitalului;
9. realizează evaluarea performanțelor profesionale ale personalului aflat în directă subordonare, potrivit structurii organizatorice, și, după caz, soluționează contestațiile formulate cu privire la rezultatele evaluării performanțelor profesionale efectuate de alte persoane, în conformitate cu prevederile legale;
10. aprobă planul de formare și perfecționare a personalului, în conformitate cu legislația în vigoare;
11. răspunde de încheierea asigurării de răspundere civilă în domeniul medical atât pentru spital, în calitate de furnizor, cât și pentru personalul medico-sanitar angajat, precum și de reînnoirea acesteia ori de câte ori situația o impune;

12. răspunde de respectarea prevederilor legale privind încompatibilitățile și conflictul de interese de către personalul din subordine, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

13. propune, ca urmare a analizei în cadrul comitetului director, structura organizatorică, reorganizarea, schimbarea sediului și a denumirii unității, în vederea aprobării de către Ministerul Sănătății

14. în situația în care spitalul nu are angajat personal propriu sau personalul angajat este insuficient, pentru acordarea asistenței medicale corespunzătoare structurii organizatorice aprobate în condițiile legii, poate încheia contracte de prestări servicii pentru asigurarea acestora sau poate dispune delegari de atribuții sau relocari de personal în conformitate cu nevoia identificată;

15. analizează modul de îndeplinire a obligațiilor membrilor comitetului director, ai consiliului medical și consiliului etic și dispune măsurile necesare în vederea îmbunătățirii activității spitalului;

16. răspunde de organizarea și desfășurarea activității de educație medicală continuă (EMC) pentru medici, asistenți medicali și alt personal, în condițiile legii;

Art.2.3.2

Atribuțiile/obligațiile managerului în domeniul **managementului serviciilor medicale** :

1. elaborează, pe baza nevoilor de servicii medicale ale populației din zona deservită, planul de dezvoltare/restructurare a spitalului pe perioada mandatului, ca urmare a propunerilor consiliului medical, analizelor de morbiditate și a analizelor cost-eficiență

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

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

4. elaborează și pune la dispoziție asociatului unic rapoarte privind activitatea spitalului; aplică strategiile și politica de dezvoltare în domeniul sanitar ale Ministerului Sănătății, adecvate la necesarul de servicii medicale pentru populația deservită;

5. îndrumă și coordonează activitatea de prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale;

6. dispune măsurile necesare în vederea realizării indicatorilor de performanță a activității asumate prin contract;

7. răspunde de implementarea protocoalelor de practică medicală la nivelul spitalului, pe baza recomandărilor consiliului medical și a SMC ;

8. urmărește realizarea activităților de control al Calității serviciilor medicale oferite de spital, coordonată de SMC și directorul medical, cu sprijinul Consiliului medical

9. 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;

10. 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;

11. 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;

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

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

14. răspunde de asigurarea asistenței medicale în caz de război, dezastre, atacuri teroriste, conflicte sociale și alte situații de criză și este obligat să participe cu toate resursele la înlăturarea efectelor acestora;

15. răspunde de asigurarea acordării primului ajutor și asistenței medicale de urgență oricărei persoane care se prezintă la spital, dacă starea sănătății persoanei este critică, precum și de asigurarea, după caz, a transportului obligatoriu medicalizat la o altă unitate medico-sanitară de profil, după stabilizarea funcțiilor vitale ale acesteia;

16. răspunde de asigurarea, în condițiile legii, a Calității serviciilor medicale actului medical, a respectării condițiilor de cazare, igienă, alimentație și de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale, precum și de acoperirea, de către spital, a prejudiciilor cauzate pacienților.

Art.2.3.3

Atribuțiile/obligațiile managerului în domeniul **managementului economico-financiar** :

1. răspunde de organizarea activității spitalului pe baza bugetului de venituri și cheltuieli propriu, elaborat de către comitetul director pe care îl supune aprobării asociatului unic

2. răspunde de asigurarea realizării veniturilor și de fundamentarea cheltuielilor în raport cu acțiunile și obiectivele din anul bugetar

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

Art.2.3.4

Atribuțiile/obligațiile managerului în domeniul **managementului administrativ** :

1. elaborează împreună cu comitetul director, aprobă și răspunde de respectarea regulamentului de organizare și funcționare

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;

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 Direcției de Sănătate Publică Timis, înformări trimestriale și anuale cu privire la realizarea indicatorilor activității medicale

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. răspunde de organizarea unui sistem de înregistrare și rezolvare a sugestiilor, sesizărilor și reclamațiilor referitoare la activitatea spitalului;

14. conduce activitatea curentă a spitalului, în conformitate cu reglementările în vigoare;

15. propune spre aprobare asociatului unic un înlocuitor de drept pentru perioadele de absență motivată din spital, în condițiile legii;

16. informează asociatul unic cu privire la starea de incapacitate temporară de muncă, în termen de maximum 24 de ore de la apariția acesteia;

17. 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;

18. 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;

19. răspunde de solicitarea reacreditării, în condițiile legii, cu cel puțin 9 luni înainte de încetarea valabilității acreditării;

20. respectă Strategia națională de raționalizare a spitalelor, aprobată prin hotărâre a Guvernului;

21. elaborează, împreună cu comitetul director, planul de acțiune pentru situații speciale și coordonează asistenta medicală în caz de război, dezastre, atacuri teroriste, conflicte sociale și alte situații de criză, conform dispozițiilor legale în vigoare;

22. răspunde de respectarea și aplicarea corectă de către spital a prevederilor actelor normative care reglementează activitatea acestuia;

Art. 2.3.5

Obligațiile managerului în domeniul incompatibilităților și al conflictului de interese :

1. depune o declarație de interese, precum și o declarație cu privire la incompatibilitățile prevăzute de lege și de prezentul contract, în termen de 30 zile de la numirea în funcție la asociatul unic

2. actualizează declarația prevăzută la pct. 1 ori de câte ori întervin modificări față de situația inițială, în termen de maximum 30 de zile de la data apariției modificării, precum și a încetării funcțiilor sau activităților;

Art.2.6.6

Drepturile managerului sunt următoarele:

1. dreptul la salarizare, stabilită potrivit negocierii la angajare
2. dreptul la concediu de odihnă anual, conform prevederilor legale;
3. dreptul de a beneficia de asigurări sociale de sănătate, pensii și alte drepturi de asigurări sociale de stat, în condițiile plății contribuțiilor prevăzute de lege;
4. dreptul la securitate și sănătate în muncă;
5. dreptul la formare profesională, în condițiile legii;
6. dreptul la informare nelimitată asupra activității spitalului și acces la toate documentele privind activitatea medicală și economico-financiară a acestuia;
7. dreptul de a fi sprijinit în rezolvarea problemelor de strategie, organizare și funcționare a spitalului, precum și în activitatea de identificare de resurse financiare pentru creșterea veniturilor spitalului, în condițiile legii;
8. dreptul de a fi sprijinit de consiliul medical în implementarea activităților pentru îmbunătățirea standardelor clinice și a modelelor de practică, în monitorizarea și evaluarea activității medicale, precum și întărirea disciplinei economico-financiare;
9. dreptul de a fi susținut în realizarea activităților specifice de consiliul medical, consiliul etic, precum și de alte comisii pe care le înființează, ale căror atribuții și responsabilități sunt aprobate de comitetul director și sunt prevăzute în regulamentul de organizare și funcționare a spitalului;
10. dreptul de a revoca membrii comitetului director în cazul neîndeplinirii atribuțiilor ce le revin;
12. decontarea cheltuielilor de cazare, diurnă, transport și a altor cheltuieli, cu documente justificative, pentru deplasările în interes de serviciu în țară și în străinătate, potrivit legii;
13. dreptul la repaus zilnic și săptămânal;
14. dreptul la egalitate de șanse și de tratament;
15. dreptul de a desfășura activitate medicală în spital, în condițiile legii;
16. dreptul de a angaja resursele umane și financiare, în condițiile legii;

Art.2.7

COMITETUL DIRECTOR al Kardinal One Medical este format din manager, director medical și director financiar-contabil. Funcțiile specifice comitetului director sunt ocupate prin numire de către managerul spitalului, cu aprobarea asociatului unic.

Art.2.7.1

Comitetul director are următoarele atribuții generale:

1. elaborează planul de dezvoltare al spitalului pe perioada mandatului, în baza propunerilor scrise ale consiliului medical;
2. elaborează, pe baza propunerilor consiliului medical, planul anual de furnizare de servicii medicale al spitalului;
3. propune managerului, în vederea aprobării:

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

b) organizarea concursurilor pentru posturile vacante

4. elaborează regulamentul de organizare și funcționare, regulamentul intern și organigrama spitalului

5. propune spre aprobare managerului și urmărește implementarea de măsuri organizatorice privind îmbunătățirea calității serviciilor medicale, a condițiilor de cazare, igienă și alimentație, precum și de măsuri de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale, conform normelor aprobate prin ordin al ministrului sănătății publice; în acest sens, seful CPLIAAM este membru fără drept de vot în comitetul director, având statut de invitat la toate ședințele; la fel RMC.

6. elaborează proiectul bugetului de venituri și cheltuieli al spitalului, pe baza centralizării de către compartimentul economico-financiar a propunerilor fundamentate ale conducătorilor secțiilor și compartimentelor din structura spitalului, pe care îl supune aprobării managerului;

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

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

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

10. elaborează planul de acțiune pentru situații speciale și asistența medicală în caz de război, dezastre, atacuri teroriste, conflicte sociale și alte situații de criză; în acest sens elaborează, aprobă și se asigură de implementarea Planului Alb de intervenție în caz de evenimente cu victime multiple/situații de criză

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

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

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

14. se întrunește lunar sau ori de câte ori este nevoie, la solicitarea majorității membrilor săi ori a managerului spitalului

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

16. negociază cu șefii de compartimente și propune spre aprobare managerului indicatorii specifici de performanță ai managementului compartimentului, care vor fi prevăzuți ca anexă la contractul de administrare al compartimentului;

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

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

Art.2.7.2.

Atribuții specifice ale **DIRECTORULUI MEDICAL** sunt:

1. în calitate de președinte al consiliului medical, coordonează și răspunde de elaborarea la termen a propunerilor privind planul de dezvoltare al spitalului, planul anual de servicii medicale, fundamentarea bugetului de venituri și cheltuieli din perspectiva cheltuielilor cu funcționarea secțiilor clinice;

2. monitorizează calitatea serviciilor medicale acordate la nivelul spitalului, inclusiv prin evaluarea satisfacției pacienților, și elaborează, împreună cu șefii de secții, propuneri de îmbunătățire a activității medicale;

3. aprobă protocoale de practică medicală la nivelul spitalului și monitorizează procesul de implementare a protocoalelor și ghidurilor de practică medicală la nivelul întregului spital;

4. răspunde de coordonarea și corelarea activităților medicale desfășurate la nivelul secțiilor pentru asigurarea tratamentului adecvat pentru pacienții internați;

5. întocmește planul de formare și perfecționare a personalului medical, la propunerea șefilor de compartimente

6. asigură respectarea normelor de etică profesională și deontologie medicală la nivelul spitalului, colaborând cu Colegiul Medicilor din România;

7. răspunde de acreditarea personalului medical al spitalului și de acreditarea activităților medicale desfășurate în spital, în conformitate cu legislația în vigoare;

8. analizează și ia decizii în situația existenței unor cazuri medicale deosebite (de exemplu, cazuri foarte complicate, care necesită o durată de spitalizare mult prelungită etc)

9. participă, alături de manager, la organizarea asistenței medicale în caz de dezastre, epidemii și în alte situații speciale;

10. stabilește coordonatele principale privind consumul de medicamente și materiale sanitare la nivelul spitalului, în vederea unei utilizări judicioase a fondurilor spitalului, prevenirii polipragmaziei și a rezistenței la medicamente;

11. supervizează respectarea prevederilor în vigoare referitoare la documentația medicală a pacienților tratați, asigurarea confidențialității datelor medicale, constituirea arhivei spitalului.

12. răspunde de utilizarea în activitatea curentă, la toate componentele activităților medicale de prevenție, diagnostic, tratament și recuperare a procedurilor și tehnicilor prevăzute în protocoalele unității, a standardelor de sterilitate, asepsie și antisepsie, respectiv a normelor privind cazarea, alimentația și condițiile de igienă oferite pe perioada îngrijirilor acordate;

13. coordonează activitatea de informatică în scopul înregistrării corecte a datelor în documentele medicale, gestionării și utilizării eficiente a acestor date;
14. ia măsurile necesare, potrivit dispozițiilor legale și contractului colectiv de muncă aplicabil, pentru asigurarea condițiilor corespunzătoare de muncă, prevenirea accidentelor și îmbolnăvirilor profesionale.

Art.2.7.3.

Directorul financiar contabil are și următoarele atribuții specifice:

1. asigură și răspunde de buna organizare și desfășurare a activității financiare a unității, în conformitate cu dispozițiile legale;
2. organizează contabilitatea în cadrul unității, în conformitate cu dispozițiile legale, și asigură efectuarea corectă și la timp a înregistrărilor;
3. asigură întocmirea la timp și în conformitate cu dispozițiile legale a bilanțelor de verificare și a bilanțurilor anuale și trimestriale;
4. propune defalcarea pe trimestre a indicatorilor financiari aprobați în bugetul de venituri și cheltuieli;
5. asigură executarea bugetului de venituri și cheltuieli al spitalului, urmărind realizarea indicatorilor financiari și respectarea disciplinei contractuale și financiare;
6. participă la negocierea contractului de furnizare de servicii medicale cu casele de asigurări de sănătate;
7. angajează unitatea prin semnătură alături de manager în toate operațiunile patrimoniale, având obligația, în condițiile legii, de a refuza pe acelea care contravin dispozițiilor legale;
8. analizează, din punct de vedere financiar, planul de acțiune pentru situații speciale prevăzute de lege, precum și pentru situații de criză;
9. participă la organizarea sistemului informațional al unității, urmărind folosirea cât mai eficientă a datelor contabilității;
10. evaluează, prin bilanțul contabil, eficiența indicatorilor specifici;
11. asigură îndeplinirea, în conformitate cu dispozițiile legale, a obligațiilor unității către bugetul statului, trezorerie și terți;
12. asigură respectarea obligației privind plata integrală și la timp a drepturilor bănești convenite personalului încadrat în spital;
13. asigură întocmirea, circuitul și păstrarea documentelor justificative care stau la baza înregistrărilor în contabilitate;
14. organizează evidența tuturor creanțelor și obligațiilor cu caracter patrimonial care revin spitalului din contracte, protocoale și alte acte asemănătoare și urmărește realizarea la timp a acestora;
15. ia măsuri pentru prevenirea pagubelor și urmărește recuperarea lor;
16. asigură aplicarea dispozițiilor legale privitoare la gestionarea valorilor materiale și ia măsuri pentru ținerea la zi și corectă a evidențelor gestionării;
17. îndeplinește formele de scădere din evidență a bunurilor de orice fel, în cazurile și condițiile prevăzute de dispozițiile legale;

18. împreună cu serviciul administrativ 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;

19. ia măsuri de realizare a perfecționării pregătirii profesionale proprii

21. organizează la termenele stabilite și cu respectarea dispozițiilor legale inventarierea mijloacelor materiale în unitate.

Art.2.7.4

Activitatea Comitetului director(CD) al Kardinal One Medical este reglementata prin Regulamentul de organizare și funcționare al CD , **ANEXA A1** a prezentului regulament.

CAPITOLUL III

CONSILII, COMISII ȘI COMITETE CARE FUNCȚIONEAZĂ ÎN CADRUL KARDINAL ONE MEDICAL

Art.3.1

CONSILIUL MEDICAL

Lit. a. Cadrul legislativ: Ordinul Ministrului Sănătății Publice nr.863/2004 pentru aprobarea atribuțiilor și competențelor consiliului medical al spitalelor;

Lit. b. Componența: Consiliul medical este alcătuit din medicii și asistentul coordonator pe spital, sau persoanele cărora le-au fost desemnate atribuții de coordonare a activității personalului conform fisei postului.

Lit. c. Principalele atribuții ale consiliului medical sunt următoarele:

1. evaluează necesarul de servicii medicale al populației deservite de spital și face propuneri pentru elaborarea:

- planului de dezvoltare/reorganizare a spitalului, pe perioada mandatului;
- planului anual de furnizare de servicii medicale al spitalului;
- planului anual de achiziții, cu privire la achiziția de aparatură și echipamente medicale, medicamente și materiale sanitare;

2. face propuneri comitetului director în vederea elaborării bugetului de venituri și cheltuieli al spitalului;

3. participă la elaborarea regulamentului de organizare și funcționare și a regulamentului intern ale spitalului;

4. desfășoară activitate de evaluare și monitorizare a calității serviciilor medicale și eficienței activităților medicale desfășurate în spital, inclusiv:

- evaluarea satisfacției pacienților care beneficiază de servicii în cadrul spitalului sau în ambulatoriul de specialitate integrat al acestuia;
- monitorizarea principalilor indicatori de performanță în activitatea medicală;
- prevenirea și controlul infecțiilor asociate asistenței medicale; aceste activități sunt desfășurate în colaborare cu Structura de Management al calității serviciilor medicale și cu Compartimentul de prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale de la nivelul spitalului-CPLIAAM

5. stabilește reguli privind activitatea profesională, protocoalele de practică medicală la nivelul spitalului și răspunde de aplicarea și respectarea acestora;

6. elaborează planul anual de îmbunătățire a calității serviciilor medicale furnizate de spital, pe care îl supune spre aprobare managerului

7. înaintează managerului propuneri cu caracter organizatoric pentru îmbunătățirea activităților medicale desfășurate la nivelul spitalului;

8. evaluează necesarul de personal medical al fiecărui compartiment și face propuneri comitetului director pentru elaborarea strategiei de personal a spitalului;

9. participa la stabilirea fișelor posturilor personalului medical angajat;
10. înaintează managerului propuneri pentru elaborarea planului de formare și perfecționare continuă a personalului medico-sanitar;
11. face propuneri și monitorizează desfășurarea activităților de educație medicală din spital
12. reprezintă spitalul în relațiile cu organizații profesionale din țară și din străinătate și facilitează accesul personalului medical la informații medicale de ultimă oră;
13. asigură respectarea normelor de etică profesională și deontologie medicală la nivelul spitalului, colaborând cu Colegiul Medicilor din România;
14. răspunde de acreditarea personalului medical al spitalului și de acreditarea activităților medicale desfășurate în spital, în conformitate cu legislația în vigoare;
15. analizează și ia decizii în situația existenței unor cazuri medicale deosebite (de exemplu, cazuri foarte complicate, care necesită o durată de spitalizare mult prelungită etc)
16. participă, alături de manager, la organizarea asistenței medicale în caz de dezastre, epidemii și în alte situații speciale;
17. stabilește coordonatele principale privind consumul medicamentelor la nivelul spitalului, în vederea unei utilizări judicioase a fondurilor spitalului, prevenirii polipragmaziei și a rezistenței la medicamente;
18. supervizează respectarea prevederilor în vigoare, referitoare la documentația medicală a pacienților tratați ,asigurarea confidențialității datelor medicale, constituirea arhivei spitalului;
19. analizează și soluționează împreună cu comitetul director și comisiile de disciplină sugestiile, sesizările și reclamațiile pacienților tratați în spital, referitoare la activitatea medicală a spitalului;

Lit.d Activitatea Consiliului Medical al Kardinal One Medical este reglementată de Regulamentul de organizare și funcționare al Consiliului Medical, **ANEXA A2** a prezentului regulament.

Art.3.2

CONSILIUL ETIC

Lit. a. Cadru legislativ: Ordinul Ministrului Sănătății nr. 1502/2016 pentru aprobarea componenței și a atribuțiilor consiliului etic ce funcționează în cadrul spitalelor publice, Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății.

Lit.b. Scop : Întrunirea comisiei la sesizarea unui pacient/apartinător al acestuia, a unui cadru medical sau a oricărei persoane căreia i-au fost încălcate drepturile recunoscute de lege în domeniul acordării asistenței medicale.

Lit.c. atribuțiile consiliului etic sunt :

1. aprobă Regulamentul intern al spitalului
2. analizează cazurile de încălcare a normelor de conduită în relația pacient -medic-asistentă, a normelor de comportament, a disciplinei în unitatea sanitară;
3. verifică dacă, prin conduita lui, personalul medico-sanitar și auxiliar încalcă drepturile pacienților prevăzute de legislația în vigoare;
4. sesizează organele abilitate ale statului în situațiile în care constată încălcări ale codului de deontologie medicală, ale drepturilor pacienților, precum și ale normelor de conduită profesională aprobate potrivit legii;
5. veghează pentru respectarea, în cazurile terminale, a demnității umane și propune măsuri cu caracter profesional pentru acordarea tuturor îngrijirilor medicale.
6. consiliul etic se întrunește lunar sau ori de câte ori este nevoie, la sesizarea unui pacient/apartinător al acestuia, a unui cadru medical sau a oricărei persoane căreia i-au fost încălcate drepturile recunoscute de lege în domeniul acordării asistenței medicale;

Lit.d Activitatea Consiliului Etic al Kardinal One Medical este reglementata de Regulamentul de Organizare și funcționare al Consiliului Etic , **ANEXA A3** a prezentului regulament.

Art.3.3.

COMISIA DE MONITORIZARE, COORDONARE ȘI ÎNDRUMARE METODOLOGICA A IMPLEMENTĂRII ȘI DEZVOLTĂRII SISTEMULUI PROPRIU DE CONTROL MANAGERIAL INTERN AL KARDINAL ONE MEDICAL

Lit. a Cadrul legislativ: după modelul Ordinul Secretariatului General al Guvernului nr. 600/2018 pentru aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice

Lit. b scop: Comisia de monitorizare, coordonare și îndrumare metodologică a sistemului de control managerial intern (CoMCIMSCMI a Kardinal One Medical) este constituită, prin decizie internă a managerului spitalului, în vederea monitorizării, coordonării și îndrumării metodologice a implementării și dezvoltării sistemului de control intern managerial.

Lit. c. Principalele atribuții ale **Comisiei de monitorizare, coordonare și îndrumare metodologică a sistemului propriu de control managerial intern** (CoMCIMSCMI a Kardinal One Medical) sunt:

1. coordonează procesul de actualizare a obiectivelor generale și specifice, a activităților procedurale, a procesului de gestionare a riscurilor, a sistemului de monitorizare a performanțelor, a situației procedurilor și a sistemului de monitorizare a performanțelor, a situației procedurilor și a sistemului de monitorizare și de raportare, respectiv informare către conducătorul entității ;
2. analizează și prioritizează riscurile semnificative, care pot afecta atingerea obiectivelor generale ale funcționării Kardinal One Medical , prin stabilirea limitelor de toleranță la risc, anual, aprobate de către conducerea entității, care sunt obligatorii și se transmit tuturor compartimentelor pentru aplicare.
3. analizează și avizează procedurile formalizate și le transmit spre aprobare managerului Kardinal One Medical .
4. analizează, în vederea aprobării, informarea privind monitorizarea performanțelor la Kardinal One Medical , elaborată de secretarul Comisiei de monitorizare, pe baza raportărilor anuale privind monitorizarea performanțelor anuale, de la nivelul compartimentelor.
5. analizează, în vederea aprobării, informarea privind desfășurarea procesului de gestionare a riscurilor, elaborată de Echipa de gestionare a riscurilor, pe baza raportărilor anuale, de la nivelul compartimentelor.
6. elaborează Programul de dezvoltare a sistemului de control intern managerial, denumit Program de dezvoltare. Obiectivele, activitățile, acțiunile, responsabilitățile, termenele, precum și alte componente ale măsurilor de control luate de către conducerea Kardinal One Medical se cuprind în Programul de dezvoltare, care se actualizează, anual.

7. Președintele Comisiei de monitorizare are următoarele atribuții:

- coordonează Comisia de monitorizare;

- este responsabil de modul de organizare si de lucru al Comisiei;
- intocmeste Regulamentul de organizare si functionare al Comisiei de monitorizare;
- asigura conducerea sedintelor cf ordinii de zi si aproba minutele de sedinta si hotararile acesteia;
- poate solicita si participarea altor persoane in calitate de invitati
- este responsabil de organizarea procesului de management al riscurilor
- avizeaza procedurile elaborate de compartimentele entitatii

8. Secretariatul tehnic al Comisiei de monitorizare are urmatoarele atributii:

- asista comisia de monitorizare
- propune profilul de risc si limita de toleranta la risc pe baza Registrului de riscuri de la nivelul entitatii, care sunt analizate si avizate in sedinta comisiei si aprobate de catre conducatorul institutiei
- pe baza masurilor de control pentru riscurile semnificative transmise de conducatorul compartimentului ,elaboreaza Planul anual de implementare a masurilor de control pentru riscurile semnificative la nivelul entitatii
- transmite planul de masuri aprobat compartimentelor responsabile cu gestionarea riscurilor semnificative, in vederea implementarii
- elaboreaza ,pe baza raportarilor anuale, o informare catre conducatorul entitatii publice privind desfasurarea procesului de gestionare a riscurilor si monitorizarea performantelor la nivelul entitatii
- analizeaza procedurile dpdv al respectarii conformitatii cu structura minimala prevazuta in procedura documentata

Lit. d. Activitatea CoMCIMSCMI a Kardinal One Medical este reglementată de Regulamentul de Organizare și funcționare al CoMCIMSCMI a Kardinal One Medical , **ANEXA A4** a prezentului regulament.

Art.3.4

STRUCTURA DE MANAGEMENT AL CALITATII –SMC

Lit. a. Cadrul legislativ - OMS 975/2012 privind organizarea structurii de management al calitatii serviciilor medicale in cadrul unitatilor sanitare cu paturi din reseaua Ministerului Sanatatii

- OMS 446/2017 privind aprobarea Standardelor, Procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor

-Legea 95 /2006 privind reforma in domeniul sanatatii

Lit. b. Scop: asigură mecanismele de relaționare a tuturor structurilor unității în vederea îmbunătățirii continue a sistemului de management al calității serviciilor medicale.

Lit. c. Pricipalele atribuții ale Structurii :

1. Pregateste si analizeaza Planul anual al managementului calitatii
2. Coordoneaza activitatile de elaborare a documentelor sistemului de management al calitatii –manualul calitatii si procedurile
3. Coordoneaza si implementeaza procesul de acreditare a tuturor serviciilor oferite in cadrul unitatii,pe baza procedurilor operationale specifice fiecarei sectii,laborator etc si a standardelor de calitate
4. Coordoneaza si implementeaza procesul de imbunatire continua a calitatii serviciilor
5. Colaboreaza cu toate structurile unitatii in vederea imbunatatirii continue a sistemului de management al calitatii
6. Implementeaza instrumente de asigurare a calitatii si de evaluare a serviciilor oferite
7. Asigura implementarea si mentinerea conformitatii sistemului de management al calitatii cu cerintele specifice
8. Coordoneaza activitatile de analiza a neconformitatilor constatate si propune managerului actiunile de imbunatatire sau corective care se impun
9. Coordoneaza analizele cu privire la eficacitatea sistemului de management al calitatii
10. Asigura aplicarea strategiei sanitare si a politicii de calitate a unitatii in domeniul medical in scopul asigurarii sigurantei pacientilor
11. Raspunde tuturor solicitarilor managementului pe domeniul de management al calitatii
12. Monitorizeaza si evalueaza anual activitatea din spital ,precum si implementarea si respectarea procedurilor agreate
13. analizează neconformitățile constatate în derularea activităților de către oricare dintre membrii *Comisiei* și propune managerului acțiunile de îmbunătățire sau corective ce se impun.
14. identifică activitățile critice care pot determina întârzieri în realizarea obiectivelor din *Planul anual al managementului calității serviciilor medicale și siguranței pacienților.*

15. susține în permanență compartimentele clinice . în atingerea obiectivelor / activităților care privesc: acreditarea spitalului, monitorizarea post-acreditare, implementarea și dezvoltarea continuă a conceptului de ”*Calitate totală*“.
16. face propuneri privind luarea măsurilor necesare în vederea respectării principiilor și valorilor calității serviciilor medicale, conform misiunii asumate de către spital și se preocupă de implementarea și dezvoltarea și armonizarea mediului ambiental (cultura organizațională) și culturii calității serviciilor medicale în spital.
17. în situația producerii unor evenimente adverse la nivelul spitalului, face propuneri de nominalizare de către manager a personalului care face parte din comisia de cercetare a respectivelor evenimente, în funcție de natura evenimentului și de structura/locația în care s-au produs acestea.
18. monitorizează modul de implementare a recomandărilor SMC pentru eficientizarea activităților și proceselor derulate în spital.
19. identifică procesele din organizație și disfuncțiile produse în desfășurarea acestora, întocmind propuneri fezabile de remediere a neajunsurilor constatate

Lit.d. Activitatea STRUCTURII DE MANAGEMENT AL CALITATII la Kardinal One Medical este reglementată de Regulamentul de Organizarea și funcționare a Structurii de management al calității serviciilor medicale vizibil în ANEXA A5 . Planul anual de management al calitatii pentru anul 2020 face obiectul ANEXEI A6 .

Art. 3.5

COMISIA DE PRESCRIERE A MEDICAMENTULUI SI FARMACOVIGILENTA

Lit. a. Cadrul legislativ: Ordinul ministrului sănătății nr. 962/2009 pentru aprobarea Normelor privind înființarea, organizarea și funcționarea farmaciilor și drogheriilor.

Legea 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății

Lit. b. Scop: Optimizarea utilizării medicamentelor precum și folosirea judicioasă a fondurilor bănești destinate medicamentelor și materialelor sanitare, la nivelul spitalului.

Lit. c. Atribuțiile Comisiei de prescriere a medicamentului sunt:

1. stabilește strategia de achiziții a medicamentelor și materialelor sanitare;
2. urmărește consumul de medicamente la nivelul spitalului, în vederea utilizării judicioase a fondurilor, prevenirii polipragmăziei și a rezistenței la antibiotice;
3. în acest context se va stabili o listă care să cuprindă toate grupele de medicamente și care trebuie să fie în permanență accesibile în farmacia parteneră ;
4. forma finală a listei de achiziții va trebui să fie discutată în cadrul comisiei, după care va fi înaintată spre avizare comitetului director;
6. verifică continuu stocul de medicamente pentru a preveni disfuncțiile în aprovizionare și asistență medicală cu încadrare în buget
7. comisia solicită rapoarte periodice de la medici privind consumul și administrarea de medicamente, în funcție de incidența diferitelor afecțiuni și încadrarea în bugetul alocat;
8. comisia poate dispune întreruperea administrării de medicamente cu regim special în cazul când acel tratament se considera inutil și costisitor;
9. comisia poate analiza oricând necesarul și oportunitatea achiziției de medicamente, urmând a face propuneri directorului medical sau să înainteze comitetului director propuneri pentru introducerea în planul anual de achiziții publice de medicamente.
- 10 raporteaza lunar SMC si Consiliului medical situatia consumului de medicamente pe compartimente si medici
- 11.alerteaza conducerea si sefii de compartimente cu privire la disparitia de pe piata sau absenta temporara a unor medicamente de interes vital ,in vederea substituirii lor
- 12.informeaza medicii cu privire la introducerea de medicamente noi

Lit. d. Activitatea Comisiei Medicamentului si farmacovigilenta al Kardinal One Medical este reglementată de Regulamentul de Organizare și funcționare al Comisiei Medicamentului, ANEXA A7 a prezentului regulament.

Art.3.6

COMISIA DE ANALIZĂ A DECESELOR INTRASPITALICEȘTI

Lit. a. Cadru legislativ: Legea nr. 95 / 2006 privind reforma în domeniul sănătății, Legea 104/2003, HG 451/2004, OMS 446/2017

Lit. b. Scop: Verificarea circumstanțelor de producere a decesului intraspitalicesc.

Lit. c. Atribuțiile comisiei de analiza a deceselor întraspitalicești sunt:

1. analizează datele medicale obținute din foaia de observație, investigațiile paraclinice, diagnosticul anatomo-patologic necroptic (macroscopic și histopatologic) dacă acesta a fost efectuat
2. evidențiază gradul de concordanță diagnostică între diagnosticul de internare, diagnosticul de deces (inclusiv anatomo-patologic) având ca scop aprecierea acuratetii dg si trat aplicat
3. realizează o statistică a deceselor din spital pe secții și al numărului de necropsii în raport cu numărul de decese din spital, evidențiind totodată cauzele cele mai frecvente ale deceselor;

La solicitarea comisiei medicul curant întocmește un raport scris al circumstanțelor și cauzelor în care s-a produs decesul

Comisia își constituie propria arhivă

Lit.d. Activitatea Comisiei de analiza a deceselor intraspitalicești a Kardinal One Medical este reglementată de Regulamentul de Organizare și funcționare al Comisiei de analiza a deceselor întraspitalicești a Kardinal One Medical , **ANEXA A8** a prezentului regulament.

Art.3.7

COMISIA DE PRESCRIERE A TRATAMENTULUI ANTIBIOTIC

Lit.a. Cadru legislativ-Legea 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii ,OMS 1101/2016

Lit.b. Scop-optimizarea consumului de antibiotice ,implementarea bunelor practici privind utilizarea antibioticelor

-implementarea procedurilor agreate privind antibioterapia si antibioprofilaxia

-analizeaza rapoartele de antibiorezistenta intocmite de CPLIAAM si adapteaza politica de utilizare a antibioticului in conformitate cu acestea

-intocmeste lista antibioticelor de rezerva de la nivelul spitalului si o supune aprobarii Consiliului medical

-monitorizeaza consumurile de antibiotice pe sectii si pe medici prescriptori

-analizeaza gradul de respectare a procedurilor de prescriere a antibioticelor prin audituri retrospective asupra FOCG

Lit.c. activitatea Comisiei de prescriere a tratamentului antibiotic a Kardinal One Medical este reglementată de Regulamentul de Organizare și funcționare al Comisiei de alimentatie și dietetică a Kardinal One Medical , **ANEXA A9** a prezentului regulament.

Art.3.8

COMISIA DE ANALIZĂ A RAPORTARILOR DRG

Lit. a. scop: Analiza cazurilor rezolvate în sistem de spitalizare continuă și de zi, validate, nevalidate și propuse spre revalidare.

Lit.b atribuțiile Comisiei de analiza D.R.G. sunt următoarele :

- 1.analizează toate cazurile nevalidate, iar cele care pot fi revalidate sunt transmise secției în vederea remedierii deficiențelor și retransmiterii lor pentru raportarea acestora spre revalidare;
2. analizează modul de codificare în vederea îmbunătățirii indicelui de complexitate a cazurilor ;
- 3.analizeaza corectitudinea codificarii în sistem D.R.G din punct de vedere al concordantei dintre dg enuntat de medic si codul DRG atasat.;
- 4.instruieste permanent personalul medical implicat în codificarea în sistem D.R.G.
- 5.urmește concordanța între diagnosticul la internare și diagnosticul la externare.

Lit.c. activitatea Comisiei de analiză a raportarilor DRG a Kardinal One Medical este reglementată de Regulamentul de Organizare și funcționare al Comisiei de analiză a raportarilor DRG a Kardinal One Medical , **ANEXA A10** a prezentului regulament.

Art.3.9.

COMITETUL DE PREVENIRE SI COMBATERE A INFECTIILOR ASOCIATE ACTULUI MEDICAL –CPLIAAM

Lit. a. cadru legislativ: Ordinul Ministrului Sănătății nr. 961/2016 pentru aprobarea Normelor tehnice privind curățarea, dezinfectia și sterilizarea în unitățile sanitare; OMS nr 1.101/2016 privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale în unitățile sanitare

Lit. b. scop: Prevenirea, supravegherea și combaterea infecțiilor asociate asistenței medicale.

Lit. c. principalele atribuții ale Comitetului de prevenire și combatere a infecțiilor asociate asistenței medicale:

1. elaboreaza împreuna cu CPLIAAM și înaintează spre aprobarea Comitetului director Planul anual de activitate pentru supravegherea și controlul infecțiilor asociate asistenței medicale;
2. monitorizează condițiile de implementare în activitate a prevederilor Planului anual de activitate pentru supravegherea și controlul infecțiilor asociate asistenței medicale;
3. urmărește îndeplinirea obiectivelor planului de activitate, urmărește rezultatele obținute, eficiența economică a măsurilor;
4. urmărește asigurarea condițiilor de igienă privind cazarea și alimentația pacienților;
5. urmărește și asigură utilizarea în activitatea curentă, la toate componentele activităților medicale de prevenție, diagnostic, tratament și recuperare, a procedurilor și tehnicilor prevăzute în protocoalele unității, a standardelor de sterilizare și sterilitate, asepsie și antisepsie, respectiv a normelor privind cazarea, alimentația și condițiile de igienă oferite pe perioada îngrijirilor acordate;
6. urmărește asigurarea aplicării Precauțiilor standard și izolare corectă a pacienților
7. evaluează și monitorizează respectarea comportamentului igienic al personalului din spital, a respectării regulilor de tehnică aseptică de către acesta.
8. monitorizează circulația germenilor în spital, monitorizând testele de sanitație efectuate în spital .
9. monitorizează respectarea circuitelor funcționale din spital/secție în funcție de specific;

Lit. d. Activitatea Comitetului de prevenire și combatere a IAAM este reglementată de Regulamentul de Organizare și funcționare care face obiectul ANEXEI A11 a prezentului regulament.

Art.3.10.

COMISIA DE DISCIPLINĂ

Lit. a. Cadrul legislativ: funcționează în conformitate cu Legea nr. 53/2003, Codul Muncii, cu modificările și completările ulterioare, Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, Reg Intern

Lit.b. scop: Înființarea comisiei de disciplină are ca scop cercetarea disciplinară prealabilă a abaterilor săvârșite de salariații spitalului , și propunerea de sancțiuni disciplinare.

Lit. c. Cercetarea disciplinara constă în:

- a) audierea persoanei care a formulat sesizarea și a angajatului a cărui faptă a fost sesizată ca abatere disciplinară, a altor persoane care pot oferi informații cu privire la soluționarea cazului
- b) administrarea probelor propuse de părți, precum și, dacă este cazul, a celor solicitate de comisia de disciplină;
- c) dezbaterea cazului.

Lit.d. Activitatea comisiei de disciplină are la bază următoarele principii:

- a) prezumția de nevinovăție, conform căruia funcționarul public este considerat nevinovat pentru fapta sesizată ca abatere disciplinară comisiei de disciplină atât timp cât vinovăția sa nu a fost dovedită;
- b) garantarea dreptului la apărare, conform căruia funcționarul public are dreptul de a fi audiat, de a prezenta dovezi în apărarea sa și de a fi asistat sau reprezentat pe parcursul procedurii de cercetare disciplinara
- c) contradictorialitatea, conform căruia comisia de disciplină are obligația de a asigura persoanelor aflate pe poziții divergente posibilitatea de a se exprima cu privire la orice act sau fapt care are legătură cu abaterea disciplinară pentru care a fost sesizată comisia de disciplină;
- d) proporționalitatea, conform căruia trebuie respectat un raport corect între gravitatea abaterii disciplinare, circumstanțele săvârșirii acesteia și sancțiunea disciplinară propusă să fie aplicată;
- e) legalitatea sancțiunii, conform căruia comisia de disciplină nu poate propune decât sancțiunile disciplinare prevăzute de lege;
- f) unicitatea sancțiunii, conform căruia pentru o abatere disciplinară nu se poate aplica decât o singură sancțiune disciplinară;

g) celeritatea procedurii, conform căruia comisia de disciplină are obligația de a proceda fără întârziere la soluționarea cauzei, cu respectarea drepturilor persoanelor implicate și a procedurilor prevăzute de lege și de prezenta hotărâre;

h) obligativitatea opiniei, conform căruia fiecare membru al comisiei de disciplină are obligația de a se pronunța pentru fiecare sesizare aflată pe rolul comisiei de disciplină.

Comisia de disciplină își desfășoară activitatea numai în baza unei sesizări, în limitele și raportat la obiectul acesteia.

Competențele comisiei de disciplină se realizează prin exercitarea de către membrii comisiilor a atribuțiilor care le revin, cu respectarea principiilor independenței, stabilității în cadrul comisiei, integrității, obiectivității și imparțialității în analizarea faptelor și luarea deciziilor.

Refuzul unui membru al comisiei de disciplină de a-și exprima opinia sau abținerea de la vot pe parcursul cercetării administrative constituie abatere disciplinară și se sancționează conform legii.

Lit.e. În desfășurarea activității și îndeplinirea atribuțiilor, membrii și secretarul comisiei de disciplină au următoarele obligații:

a) să asigure prin activitatea desfășurată respectarea legislației în vigoare,

b) să aducă la cunoștința președintelui comisiei de disciplină orice ingerință în activitatea lor din partea unor persoane fizice sau juridice ori a unui grup de interese care ar putea să le afecteze independența sau imparțialitatea ori ar putea crea suspiciuni cu privire la acestea;

c) să participe la ședințele de lucru, stabilite potrivit procedurii de cercetare administrativă;

d) să respecte confidențialitatea deliberărilor și a datelor cu caracter personal, în condițiile legii;

e) să nu își exprime public opinia cu privire la procedurile aflate în derulare;

f) să evite orice contact privat cu persoana care a formulat sesizarea și angajatul a cărui faptă a fost sesizată pe durata procedurii de cercetare administrativă;

g) să respecte regimul incompatibilităților și al conflictului de interese și să aplice prevederile legale privind modalitățile de evitare a conflictului de interese.

Membrii comisiei de disciplină pot absenta de la ședințele de lucru stabilite potrivit procedurii de cercetare administrativă din motive obiective, aduse la cunoștința președintelui comisiei de disciplină, în scris, cu cel puțin două zile înaintea ședinței comisiei de disciplină, fiind înlocuiți de membrii supleanți corespunzători. În cazul în care în această situație se află președintele comisiei de disciplină, acesta va fi înlocuit de membrul supleant corespunzător.

Lit.f. Activitatea Comisiei de disciplină a Kardinal One Medical este reglementată de Regulamentul de organizare și funcționare al Comisiei de disciplină a Kardinal One Medical , ANEXA A12 a prezentului regulament.

Art.3.11.

COMITETUL DE SECURITATE ȘI SĂNĂTATE ÎN MUNCĂ

La Kardinal One Medical Serviciul de Sanatate si Securitate in Munca este externalizat .
El evalueaza riscurile pentru securitate si sanatate in munca si intocmeste Planul anual de securitate si sanatate in munca ,intocmind :

- Planul de actiune in caz de pericol iminent si grav
- Programul de desfasurare a instructajului introductiv general
- Planul tematic privind efectuarea instructajului introductiv general de securitatea si sanatatea muncii la angajare si a instructajului introductiv general
- Planul de desfasurare a instructajului la locul de munca
- Tematica de instruire periodica
- Graficul pt instruirea periodica a personalului
- Instrucțiunea proprie privind instructajele de securitatea si sanatatea muncii in fiecare sector de activitate
- Instrucțiuni proprii de securitatea muncii la deplasarea personalului pe drumurile publice
- Instrucțiunea proprie de situatie de urgenta pentru seism
- Instrucțiunea proprie privind securitatea si sanatatea in munca pentru mijloacele PSI utilizate la stingerea incendiilor

Lit. a. cadrul legislativ: Legea nr. 319/2006, publicată în Monitorul Oficial nr. 646 din 26 iulie 2006; HG 1425 /2006 privind Normele de aplicare a Legii 319/2006 modificată prin HG nr. 1242 din 14 decembrie 2011, HG 1146 /2006 privind cerintele minime de securitate si sanatate pt utilizarea in munca a echipamentelor de munca; HG 1091/2006 privind cerintele minime de de securitate si sanatate la locul de munca; HG 1048/2006 privind cerintele minime de securitate si sanatate la locul de munca, HG 1051/2006 privind cerintele minime de securitate si sanatate pentru manipularea manuala a maselor care prezinta riscuri pentru lucratori , HG 971/2006 privind cerintele minime de securitate la locul de munca

Lit. b. scop: stabilește principiile generale referitoare la prevenirea riscurilor profesionale, protecția sănătății și securitatea lucrătorilor, eliminarea factorilor de risc și accidentare, informarea, consultarea, participarea echilibrată potrivit legii, instruirea lucrătorilor și a reprezentanților lor, precum și direcțiile generale pentru implementarea acestor principii.

Lit. c. principalele atribuțiile ale Comitetului de securitate și sănătate în muncă sunt :
1.analizează și face propuneri privind politica de securitate și sănătate în munca și planul de prevenire și protecție, conform regulamentului intern și/sau regulamentului de organizare și funcționare,dispozitiilor manageriale,procedurilor si protocoalelor in vigoare ;

2. urmărește realizarea planului de prevenire și protecție, inclusiv alocarea mijloacelor necesare realizării prevederilor lui și eficiența acestora din punct de vedere al îmbunătățirii condițiilor de muncă;
3. propune măsuri de amenajare a locurilor de muncă, ținând seama de prezenta grupurilor sensibile la riscuri specifice;
4. urmărește modul în care se aplică și se respectă reglementările legale privind securitatea și sănătatea în muncă, măsurile dispuse de inspectorul de muncă și inspectorii sanitari;
5. analizează propunerile lucrătorilor privind prevenirea accidentelor de muncă și a îmbolnăvirilor profesionale, precum și pentru îmbunătățirea condițiilor de muncă și propune introducerea acestora în planul de prevenire și protecție;
6. analizează cauzele producerii accidentelor de muncă, îmbolnăvirilor profesionale și evenimentelor produse și poate propune măsuri tehnice în completarea măsurilor dispuse în urma cercetării;
7. se întrunește trimestrial sau ori de câte ori este nevoie .
8. instructajul anual se efectuează o dată pe an ,iar noilor angajați la angajare ,înainte de preluarea postului
9. Managerul unitatii desemnează prin dispoziție un **responsabil cu SSM** pe spital. Acesta are în principal următoarele atribuții :
 - efectuează instructajul la locul de muncă în domeniul SSM ,altul decât instructajul general
 - efectuează instructajele periodice SSM
 - face parte din comisia de evaluarea a riscurilor de accidentare și îmbolnăvire profesională
 - elaborează tematica pentru toate fazele de instruire a lucrătorilor din domeniul SSM
 - semnalează și serviciului extern orice problemă care ar afecta securitatea și sănătatea în muncă propunând măsuri adecvate situației
 - urmărește folosirea echipamentelor de protecție de către lucrători
 - ține evidența meseriilor pentru care este necesară autorizare specială
 - ține evidența echipamentelor de muncă și va urmări efectuarea în termen a reviziilor periodice

Lit. d. activitatea Comitetului de sănătate și securitate în muncă a Kardinal One Medical este reglementată de Regulamentul de Organizare și funcționare al Comitetului de Sănătate și securitate în muncă a Kardinal one Medical , **ANEXA A13** a prezentului regulament

Art.3.12

COMISIA DE BIOCIDIE

ATRIBUTII:

- stabileste tipurile de biocide necesare unitatii sanitare ,in functie de riscul epidemiologic ,in colaborare cu Comitetul de prevenire si combatere a IAAM
- evalueaza documentatia tehnica a produselor biocide
- elaboreaza instructiunile de lucru pt biocidul utilizat in institutie
- instruieste personalul cu privire la folosirea biocidului
- verifica prin sondaj utilizarea corecta a biocidului,cf instructiunilor de lucru
- monitorizeaza rezultatele testelor de sanatate si dispune masurile necesare in caz de neconformitati

Activitatea Comisiei de biocidie a Kardinal One Medical este reglementată de Regulamentul de organizare și funcționare al Comisiei de biocidie care face obiectul **ANEXEI A14** a prezentului regulament.

Art 3.13

COMISIA PROFESIONAL STIINTIFICA SI DE PERFECTIONARE A PERSONALULUI MEDICAL

Cadru legislativ –Legea 95 privind reforma in domeniul sanatatii ;OMS 446/2017 privind acreditarea spitalelor;Codul muncii

Lit.a. Atributiile Comisiei sunt:

-Identificarea nevoilor de perfectionare ale personalului si intocmirea Planului anual de formare profesionala ,in urma consultarii cu medicii din compartimente ,SMC si Consiliul medical

-propune spre aprobare Comitetului Director Planul anual de formare profesionala si face demersuri in vederea alocarii fondurilor necesare in BVC spitalului pentru implementarea planului

-participa impreuna cu sefii de compartimente/structuri la elaborarea fiselor de post

-avizeaza participarea angajatilor la cursuri/simpozioane/instruiri etc care nu sunt cuprinse in planul propriu de formare profesionala

-identifica functiile critice si stabileste planul de masuri pentru asigurarea continuitatii activitatii in sectoare critice

-stabileste strategii de perfectionare profesionala pe termen mediu si lung,inclusiv rotatia cadrelor

-stabileste necesarul de personal pt urmatorii 5,10 ani ,propunand managerului numarul si specialitatea posturilor de medici rezidenti necesari in vederea scoaterii posturilor la concurs

-monitorizeaza curricula cursurilor interne de la nivel de compartimente

Regulamentul de organizare si functionare al Comisiei profesional stiintifica si de perfectionare a personalului medical face obiectul **Anexei A15**.

Art 3.14

COMPARTIMENTUL DE AUDIT INTERN

Cadru legislativ –funcioneaza dupa modelul OSGG 600/2018 privind aprobarea Codului controlului managerial intern in unitatile publice, Legea 672/2002 republicata privind auditul public intern

Auditul reprezinta o activitate functionala independenta si obiectiva ,de asigurare si consiliere ,conceputa sa adauge valoare si sa imbunatateasca activitatile entitatii ,ajuta entitatea sa isi indeplineasca obiectivele printr-o abordare sistematica si metodică ,evalueaza si imbunatateste eficienta si eficacitatea managementului riscurilor,controlului si proceselor de guvernanta .

Controlul intern este un instrument managerial utilizat pentru a furniza o asigurare rezonabila ca obiectivele managementului sunt indeplinite ;el insumeaza ansamblul politicilor si procedurilor concepute si implementate de catre managementul si personalul unitatii in vederea furnizarii unei asigurari rezonabile pentru:

- atingerea obiectivelor entitatii intr-un mod economic,eficient si eficace
- respectarea regulilor interne si externe,a legislatiei in vigoare
- protejarea bunurilor si a informatiilor
- prevenirea si depistarea fraudelor si a greselilor
- calitatea documentelor de contabilitate si producerea in timp util a de informatii de incredere privind segmentul financiar si cel de management

Prin exercitarea functiei de control,conducerea constata abaterile rezultatelor de la tintele stabilite ,analizeaza cauzele care le-au determinat si dispune masurile corective sau preventive care se impun

Organizarea sistemului de control managerial intern are in vedere realizarea a **3 categorii de obiective** :

-obiective operationale-cuprind obiectivele legate de scopurile entitatii cu privire la eficacitatea si eficienta functionarii acesteia,respectiv de utilizarea in conditii de economicitate ,eficienta si eficacitate a resurselor,incluzand si obiective privind protejarea resurselor entitatii ,de utilizare inadecvata sau cu pierderi

-obiective de raportare –cuprind obiectivele cu privire la fiabilitatea informatiilor interne si externe ,respectiv de tinerea unei contabilitati adecvate,de calitatea informatiilor protejate,utilizate in entitate sau difuzate catre terti,precum si de protejarea documentelor impotriva a doua categorii de fraude-disimularea fraudei si distorsionarea rezultatelor

-obiective de conformitate –cuprind obiectivele privind conformitatea cu legile,regulamentele si politicile interne,respectiv legate de asigurarea ca activitatile entitatii se desfasoara in conformitate cu obligatiile impuse de legi si regulamente,precum si cu respectarea politicilor interne

Proiectarea,implementarea si dezvoltarea continua a unui sistem de control managerial intern viabil sunt posibile numai cu conditia ca sistemul sa respecte urmatoarele cerinte :

- sa fie adaptat dimensiunii,complexitatii si mediului specific entitatii
- sa vizeze toate nivelurile de conducere si toate activitatile/operatiunile
- sa asigure faptul ca obiectivele vor fi atinse
- costurile aplicarii sistemului de control intern sa fie inferioare beneficiilor rezultate

din acesta

-sa fie guvernat de cerintele generale minime de management cuprinse in standardele de control intern managerial

Standardele de control managerial intern definesc un minimum de cerinte generale de management pe care toate entitatile trebuie sa le urmeze

Standardele sunt grupate pe cinci componente ale controlului intern managerial:

-mediul de control

- Standard 1-Etica si integritatea
- Standard 2-Atributii,functii,sarcini
- Standard 3-Competenta,performanta
- Standard 4-Structura organizatorica

-performantele si managementul riscului

- Standard 5-Obiective
- Standard 6-Planificarea
- Standard 7-Monitorizarea performantelor
- Standard 8-Managementul riscurilor

-activitati de control

- Standard 9-Proceduri
- Standard 10-Supravegherea
- Standard 11-Continuitatea activitatii

-informarea si comunicarea

- Standard 12-Informarea si comunicarea
- Standar 13-gestiunea documentelor
- Standard 14-Raportarea contabila si financiara

-evaluarea si auditul

- Standard 15-Evaluarea sistemului de control managerial intern
- Standard 16-Auditul intern

Art 3.15

COMISIA DE AUDIT CLINIC

Cadru legislativ –OMS 446/2017 privind acreditarea spitalelor;OMS 975/2012 privind organizarea Structurii de management al calitatii in spitalele publice; Legea 95 /2006 privind reforma in domeniul sanatatii

Auditul clinic este parte integranta a Guvernantei clinice a unui sistem de sanatate ,iar Guvernanta clinica reprezinta cadrul general pe baza caruia se poate determina responsabilitatea organizatiilor de sanatate pentru imbunatatirea continua a standardelor privind calitatea serviciilor si siguranta pacientului ,prin asigurarea unui climat propice pentru dezvoltarea excelentei clinice

Auditul clinic intern compara practicile de asistenta medicala in baza unui referential pentru a stabili calitatea acestor practici si rezultatul ingrijirii in vederea imbunatatirii lor

Auditul clinic este cel mai complex instrument de analiza retrospectiva a activitatii

Auditul clinic trebuie desfasurat sistematic ,astfel incat sa faca parte din expertiza furnizorului de servicii medicale

Auditul clinic nu garanteaza calitatea actului medical,dar garanteaza ca unitatea face un act medical de calitate .De aceea,temele propuse auditarii trebuie sa fie prioritati ale unitatii medicale .

Auditul clinic ajuta la:

- stabilirea nivelului de competenta al unui spital dat de resursa umana,expertiza echipei,existenta resurselor necesare ,existenta protocoalelor

- evaluarea corecta a nevoilor medicale si internarea asumata in functie de nivelul de competenta

- autoevaluarea practicii fiecarei sectii prin analiza periodica

- identificarea evenimentelor adverse si analiza lor

Auditul clinic trebuie :

- sa fie un proces educational care sa faca parte din practica de rutina

- sa se bazeze pe standarde cunoscute

- sa concluzioneze schimbari organizationale si schimbari de reglementare la nivelul sistemului

Eficienta si eficacitatea actului medical se definesc prin :

- 1-**maximizarea rezultatelor** care conteaza ptr pacient /beneficiilor pacientului cuantificate prin –**supravietuire**

-**functionalitate** -gradul de recuperare dupa boala
-intervalul de timp pana la revenirea la
activitatea normala,anterioara imbolnavirii

-**prejudicii suferite**

2-reducerea evenimentelor adverse

3-costuri minime ptr sistem

Temele de audit tin seama de :

-frecventa unei practici-cu cat o practica este mai frecventa ,cu atat creste riscul
erorilor aferente ei

-existenta unei mari variabilitati in cadrul aceleasi practici

-caracterul critic ptr pacienti

-potentialul de imbunatire si de motivare a profesonistilor

Managerul entitatii stabileste contextul /utilitatea misiunii de audit,obiectivul,durata ,echipa si seful misiunii de audit .

El participa la desfasurarea misiunii de audit si la comunicarea rezultatelor .

Activitatea echipei de audit este voluntara si neremunerata

Echipa de audit trebuie sa posede abilitati metodologice ,sa fie profesionisti in tema implicata .Optim ea cuprinde 4-10 persoane ,obligatoriu un membru al SMC si un membru din structura auditata

Misiunile de audit se planifica si se desfasoara anual

In cazul in care se produc evenimente indezirabile ,echipa de audit poate propune managerului teme de audit suplimentare

Odata stabilite scopul si obiectivele misiunii de audit,se parcurg etapele

-alegerea temei

-alegerea referentialelor

-colectarea datelor

-prelucrarea datelor

-stabilirea concluziilor si a unui plan de masuri

-implementarea schimbarilor

Este obligatorie **auditarea rezultatelor** prin monitorizare ,astfel incat au loc

-colectarea unui nou set de date

-analiza datelor reevaluate

-analiza imbunatirii obtinute

Referentialele pot fi ghiduri clinice, standarde nationale si internationale ,ghiduri metodologice ,reglementarile legale /legislative

Indicatorii vizati se grupeaza in- indicatori de structura
-indicatori de proces
-indicatori de rezultat

De asemenea ,ei pot fi cantitativi sau calitativi.

Un indicator trebuie sa reflecte realitatea,sa fie relevant pentru calitate ,sa fie realizabil,validabil,sa aibe potential de imbunatatire ,dar si sa aibe o valoare tinta ,optim exprimata procentual

Tipul de studiu in cadrul misiunii de audit poate fi-**abordarea prospectiva**
-observatia directa
-abordarea retrospectiva

Analiza datelor are drept scop abordarea masurilor necesare reducerii diferentelor intre practica reala si referentialul de bune practici,prin identificarea cauzelor diferentelor constatate,care pot fi de natura profesionala ,organizationala,institutionala,personala .

Pentru fiecare criteriu deficitar va fi identificata natura problemelor

Diagrama Pareto stabileste ca 20% din cauze sunt responsabile pentru 80 % din erori.

Planul de imbunatire este un ansamblu de masuri corective care difera in functie de frecventa si severitatea consecintelor determinate de diferentele relevate de auditul clinic

Schimbarile asteptate pot viza practici,mijloace,protocoale terapeutice,proceduri etc

In concluzie,auditul clinic este un domeniu nou de activitate ,pentru care personalul nu este inca suficient pregatit,cu o organizare mai mult formala si cu o rezistenta a profesionistilor fata de evaluarea activitatii profesionale

Regulamentul de organizare si functionare al comisiei de audit clinic si Planul de audit clinic pentru anul 2020 fac obiectul **Anexei A 16.**

Art 3.16

COMISIA DE REZOLVARE A CONTESTATIILOR ,SESIZARILOR SI RECLAMATIILOR

Cadru legislativ –Legea 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii ;Legea 46 /2003 privind drepturile pacientilor;Procedura operationala privind managementul reclamatiiilor in Kardinal One Medical

Contestatia reprezinta cererea adresata de catre un client unei organizatii pentru reconsiderarea deciziei care a fost luata in legatura cu acel client

Reclamatia reprezinta expunerea unei nemulumiri,alta decat contestatia, de catre orice persoana sau organizatie catre un furnizor de servicii

Reclamatia trebuie sa contina clar numele si informatiile de contact ale reclamantului ,o descriere clara a problemei si dovezi carecare sa vina in sprijinul fiecarui element sau aspect al reclamatiei

Unitatea medicala are un **Registru unic de sesizari si reclamatii** la nivelul Biroului Runos si o **persoana desemnata** cu inregistrarea reclamatiiilor la nivel de spital .

Reclamatiiile se primesc numai in scris si sunt insotite obligatoriu de confirmare de primire – recipisa cu nr si data inregistrarii ei in registrul unic de reclamatii

Termenul de solutionare/raspuns este de 30 zile de la data inregistrarii

Reclamatia /contestatia /sesizarea sunt aduse la cunostiinta managerului in termen de 48 de la inregistrare.Dupa analiza,managerul repartizeaza reclamatia spre analiza dupa caz sefului compartimentului implicat/sefului SMC/ConsiliuluiEtic /Directorului medical

Daca reclamatia vizeaza modul de comportament al unui angajat, ea va fi trimisa spre cercetare comisiei de disciplina din spital

Structura /persoana desemnata analizeaza reclamatia si in cazul in care o considera intemeiata intocmeste un raport de neconformitate in care se consemneaza fapta,cauzele care au generat-o ,precum si masurile corective /preventive identificate ,necesare ptr eliminarea acestei cauze .

Raportul este inaintat managerului spre analiza si aprobare

Avocatul contractual al unitatii va viza solutia spre legalitate inainte de a emite raspunsul catre petent.

Dupa aprobarea de catre manager si avizarea juridica ,raspunsul este inregistrat in Registrul unic de reclamatii ,iar un exemplar va fi inmanat petentului cu confirmare de primire

Structura de management al calitatii verifica modul de implementare a actiunilor corective stabilite in raportul de neconformitate ,dar si eficacitatea masurilor intreprinse ca urmare a reclamatiiilor

Regulamentul de organizare si functionare al Comisiei de solutionare a contestatiilor/reclamatiiilor face obiectul **Anexei A17**

ART 3.17

COMISIA DE ANALIZA A EXISTENTEI PROTOCOALELOR SI GHIDURILOR TERAPEUTICE LA NIVELUL COMPARTIMENTELOR CLINICE SI A MODULUI DE IMPLEMENTARE A ACESTORA IN PRACTICA MEDICALA

Cadru legislativ –Legea 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, OMS 446/2017 privind acreditarea spitalelor

Fiecare medic coordonator de compartiment stabileste lista afectiunilor tratate ,criteriile de internare si intocmeste protocol terapeutic personalizat pt fiecare afeciune tratata

Daca exista un ghid national care se doreste a fi agreat si asumat in locul protocolului, acest lucru va fi adus la cunostiinta SMC si a directorului medical

Protocoalele terapeutice se vor actualiza anual sau ori de cate ori este nevoie

Dupa intocmire, ele vor fi supuse avizarii Consiliului medical si directorului medical , dar si aprobarii de catre manager .Lista actualizata a protocoalelor si ghidurilor terapeutice va fi inregistrata la secretariatul spitalului la fiecare inceput de an.

Modalitatea de implementare va fi monitorizata de catre SMC prin audituri ,dar si de Consiliul medical si directorul medical prin sondaj

Regulamentul de organizare si functionare al Comisiei face obiectul **Anexei A18.1**. Lista protocoalelor terapeutice existente la nivelul spitalului face obiectul **Anexei A18.2**.

COMISIA DE COORDONARE A PROCESULUI DE EVALUARE IN VEDEREA OBTINERII ACREDITARII IN CICLUL II DE ACREDITARE

Cadru legislativ-OMS 446/2017 privind aprobarea standardelor,procedurii si metodologiei de evaluare si acreditare a spitalelor ;Legea 95 privind reforma in domeniul sanatatii

Comisia de coordonare a procesului de evaluare in vederea obtinerii acreditarii spitalului in ciclul I de acreditare se infiinteaza prin dispozitie de manager si este formata din membri, presedintele si secretarul comisiei.

Membrii Comisiei de Coordonare a procesului de evaluare in vederea obtinerii acreditarii ciclul II de acreditare a Kardinal One Medical au urmatoarele obligatii:

- Stabilesc misiunea si viziunea unitatii sanitare in concordanta cu nevoia normativa de servicii de sanatate a comunitatii si resursele existente sau potentiale;
- Sustin Structura de Management al Calitatii in atingerea obiectivelor, in acreditarea spitalului, monitorizarea post acreditare, implementarea si dezvoltarea continua a „conceptului de calitate”;
- Identifica procesele din organizatie si problemele cu care se confrunta desfasurarea acestora;
- Analizeaza continutul standardelor de acreditare si stabilesc care sunt diferentele intre indicatorii de structura, de proces si de rezultat din unitate si din standard, care este drumul de parcurs pentru a atinge cel mai inalt grad de conformitate cu standardele;
- Stabilesc obiectivele, activitatile, resursele si termenele de realizare cu responsabilitati;
- Stabilesc modul de monitorizare si evaluare a derularii procesului;
- Stabilesc documentatia necesara asigurarii trasabilitatii proceselor eliminand documentele si inscrisurile redundante si inutile;
- Identifica activitatile pentru care este necesar sa se elaboreze proceduri de sistem sau operationale, pentru a asigura omogenitatea modului de actiune;
- Identifica actele medicale pentru care se considera ca este necesara elaborarea de protocoale de diagnostic si tratament;
- Stabilesc proceduri de monitorizare a eficacitatii si eficientei procedurilor si protocoalelor;
- Stabilesc echipele care vor elabora aceste documente; echipele vor fi formate din personalul care trebuie sa aplice aceste proceduri si protocoale;
- Stabilesc circuitul documentelor, avand in vedere siguranta si securitatea informatiilor;
- Se asigura de instruire, corectitudinea implementarii, constientizarea si asumarea procedurilor, protocoalelor promovate;
- Pastreaza confidentialitatea celor dezbatute;
- Pregatesc documentele necesare validarii conformitatii cu cerintele din standard;
- Coopereaza cu membrii comisiilor de evaluare;
- Participa la programul de evaluare;

- Transmit documentele solicitate sub forma de hartie sau in format electronic comisiei de evaluare;
- Se pun de acord in ceea ce priveste programul de evaluare impreuna cu membrii comisiei de evaluare pentru a nu perturba buna desfasurare a activitatii spitalului;
- Participa la sedintele de deschidere, informare zilnica si informare finala;
- Gestioneaza si aplaneaza situatiile tensionate.

Art. 4. In vederea indeplinirii atributiilor proprii, Comisia de Coordonare a procesului de evaluare in vederea obtinerii acreditarii ciclul II de acreditare a Kardinal One Medical , va avea in vedere:

- Obligatiile comisiei;
- Necesitatea respectarii regulilor Comisiei de Coordonare a procesului de evaluare in vederea obtinerii acreditarii ciclul II de acreditare a Kardinal one Medical ;
- Cresterea calitatii serviciilor medicale;
- Dezvoltarea continua a sistemelor de management al calitatii.

Comisia de Coordonare a procesului de evaluare in vederea obtinerii acreditarii ciclul II de acreditare a Kardinal One Medical are urmatoarele atributii:

- Analizeaza neconformitatile sesizate;
- Soluzioneaza neconformitatile sesizate;
- Traseaza planul de masuri pentru neconformitatile, situatiile necorespunzatoare sesizate;
- Mentine continuitatea calitatii serviciilor medicale;
- Coordoneaza elaborarea documentatiei aferente procesului de acreditare impreuna cu SMC;
- Elaboreaza documentele conform procedurilor si metodologiei de acreditare;
- Efectueaza audituri interne in toate zonele organizatiei pentru evaluarea eficacitatii si stadiul implementarii standardelor, respectiv sedinte ale comisiei, pentru evaluarea neconformitatilor specifice fiecarei structuri;
- Verifica eficacitatea actiunilor corective dispuse;
- Raporteaza periodic sau la cererea conducerii aspectele referitoare la standard;
- Participa la analiza managementului;
- Asigura interfata in fata organismelor de acreditare, precum si prezentarea sistemului adoptat in fata tertelor persoane, cu acordul conducerii;
- Stabileste obiectivele specifice proceselor pentru a atinge standardele din referinta de care apartin;
- Monitorizeaza si masoara indicatorii specifici proceselor;
- Raporteaza stadiul realizarii obiectivelor specifice proceselor (inclusiv prelucrarea statistica a datelor cu privire la performanta proceselor) catre conducerea institutiei;
- Coordoneaza activitatile de identificare si analiza a riscurilor asociate actului medical;
- Revizuieste activitatea Consiliului Medical si a compartimentelor medicale conform legislatiei in vigoare si cerintelor de acreditare;

- Revizuieste protocoalele existente;
- Solicita elaborarea protocoalelor / algoritmilor de stabilire a diagnosticului pe afectiunile mai frecvente;
- Solicita elaborarea protocoalelor de prescriere medicamente / investigatii costisitoare;
- Solicita elaborarea procedurilor de ingrijiri specifice;
- Elaboreaza protocoale / intelegeri scrise intre compartimente privind asistenta medicala, consulturi interdisciplinare;
- Elaboreaza documentele necesare monitorizarii spitalelor acreditate conform Ordinului MS nr. 639/2016 pentru aprobarea metodologiei de monitorizare a unitatilor sanitare acreditate.

Regulamentul de organizare si functionare al Comisiei de coordonare a procesului de evaluare in vederea obtinerii acreditarii in ciclul II face obiectul **Anexei A19** a prezentului regulament

Art. 3.19

COMISIA DE TRANSFUZIE ȘI HEMOVIGILENȚĂ-SE VA CONSTITUI IN MOMENTUL AUTORIZĂRII UTS

Cadru legislativ:

- **Legea nr. 95/2006** privind reforma în domeniul sănătății cu modificările și completările ulterioare;
- **Ordinul nr. 1228/2006** pentru aprobarea Normelor privind organizarea sistemului de hemovigilenta și de asigurare a trasabilității, precum și a Regulamentului privind sistemul de înregistrare și raportare în cazul apariției de incidente și reacții adverse severe legate de colecta și administrarea de sânge și de componente sanguine, completat de ORDIN Nr. 1167 din 2 iulie 2007 și modificat de ORDIN Nr. 17 din 14 ianuarie 2008;
- **Ordinul MS nr. 1224/2006** pentru aprobarea Normelor privind activitatea unităților de transfuzie sanguină în Spitale;
- **Ordinul nr. 1226/2006** pentru aprobarea Normelor privind colecta, controlul biologic, prepararea, conservarea, distribuția și transportul sangelui și componentele sanguine umane, modificat de ORDIN Nr. 650 din 22 iunie 2012.
- **Ordinul nr. 1227/2006** pentru aprobarea Normelor privind transfuzia autologa, modificat de ORDIN Nr. 648 din 22 iunie 2012;
- **Ordinul nr. 1237/2007** privind aprobarea Nomenclatorului național al componentelor sanguine umane pentru utilizare terapeutică, modificat de ORDIN Nr. 1361 din 19 septembrie 2011 și ORDIN Nr. 814 din 14 august 2012;
- **Ordinul nr. 1343/2007** pentru aprobarea Ghidului național de utilizare terapeutică rațională a sangelui și a componentelor sanguine umane;
- **Legea nr. 282/2005** privind organizarea activității de transfuzie sanguină, donarea de sânge și componente sanguine de origine umană, precum și asigurarea calității și securității sanitare, în vederea utilizării lor terapeutice, modificată de Ordonanță de Urgență nr. 7 din 16 februarie 2006 aprobată prin Legea nr. 434 din 27 noiembrie 2006, completată prin Legea nr. 37 din 19 martie 2008, modificată prin LEGE Nr. 187 din 24 octombrie 2012 pentru punerea în aplicare a Legii nr. 286/2009 privind Codul penal;
- **Ordinul nr. 1479/2014** privind stabilirea contravalorii unei unități de sânge, a componentelor sanguine umane pentru utilizare terapeutică, precum și a produselor sanguine obținute din prelucrarea plasmei;
- **Ordinul nr. 1251/2018** pentru aprobarea Ghidului de gestionare a sangelui pacientului în perioada perioperatorie;
- **Ordinul nr. 914/2006** pentru aprobarea normelor privind condițiile pe care trebuie să le îndeplinească un spital în vederea obținerii autorizației sanitare de funcționare, modificat și completat prin Ord. nr. 1144 din 15 septembrie 2006, Ord. nr. 1030 din 20 august 2009, Ord. nr. 1096/2016 din 30 septembrie 2016, Ord. nr. 1461/2017 din 21 decembrie 2017;
- **Directiva nr. 1214/2016** de modificare a Directivei 2005/62/CE privind standardele și specificațiile sistemului de calitate pentru unitățile de transfuzie sanguină;

- **Ordinul MS 446/2017** privind aprobarea Standardelor, Procedurii si metodologiei de evaluare si acreditare a spitalelor;
- **Ordinul (ANMCS) nr. 10/2018** privind aprobarea categoriilor de acreditare a unitatilor sanitare cu paturi, aferente celui de-al II –lea ciclu de acreditare

Comisia de transfuzie si hemovigilenta se constituie prin dispozitie de manager si are urmatoarele responsabilitati:

- Monitorizarea nivelului de asigurarea a securității transfuzionale la nivelul spitalului;
- Elaborarea și implementarea documentației necesare aplicării în practica din spital a ghidurilor de utilizare clinică a sângelui total și a componentelor sanguine;
- Evaluarea nivelului de pregătire profesională în domeniul transfuziei sanguine a tuturor categoriilor de personal implicate în activitatea de transfuzie sanguină din spital;
- Monitorizarea utilizării corecte a terapiei transfuzionale în compartimentele spitalului;
- Organizarea și monitorizarea funcționării sistemului de hemovigilență la nivelul spitalului și colaborarea cu centrul de transfuzii teritorial în analiza reacțiilor și incidentele adverse severe;
- Elaborarea și implementarea, în colaborare cu responsabilul cu asigurarea calității din spital, a sistemului de calitate în unitatea de transfuzie sanguină din spital și la nivelul compartimentelor, privind activitatea de transfuzie sanguină;
- Păstrează evidența reacțiilor și complicațiilor posttransfuzionale, în calitate de coordonator local în cadrul sistemului național de hemovigilență;
- Ia măsuri pentru prevenirea și aplicarea de urgență a tratamentului necesar pacienților la care apar reacții adverse severe și sau incidente adverse severe posttransfuzionale;
- Consiliază medicii prescriptori din spital în vederea unei cât mai corecte indicații de terapie transfuzională, având obligația de a se opune administrării transfuziilor nejustificate;
- Răspunde de utilizarea corectă și de întreținerea echipamentelor și aparaturii din dotarea unității.

Membrii comisiei raspund administrativ, material, disciplinar pentru orice incalcare a prevederilor legale privind activitatea efectuata.

Regulamentul de organizare si functionare al comisiei de transfuzie si hemovigilenta face obiectul **Anexei A20** al prezentului regulament.

CAPITOLUL IV

STRUCTURA ORGANIZATORICA A KARDINAL ONE MEDICAL

Art.4.1.

Structura organizatorică a Kardinal One Medical este avizată prin Ordinul Ministerului Sanatatii

Art.4.2.

Kardinal One Medical are un total de **25 de paturi =5 paturi pentru internare de zi in specialitatea medicina interna si 20 paturi pentru cronici**

Total - 25 paturi

- Camera de garda
- Compartiment de prevenire si limitare a infectiilor asociate actului medical - CPLIAAM;
- Unitate de transfuzie sanguina –UTS
- Compartiment de statistica medicala;
- Aparat functional-bloc alimentar,serviciul tehnico-administrativ
- Structura de management al calitatii –SMC-atributii partial delegate
- Birou financiar contabil
- Birou RUNOS
- Secretariat
- Serviciile de spalatorie ,laborator,farmacie si radiologie sunt externalizate

Art.4.3.

Între compartimentele și structurile functionale, există raporturi de cooperare și colaborare în scopul îndeplinirii sarcinilor privind asigurarea desfășurării activității unității in bune condiții.

Art.4.4.

Cabinetele medicale individuale urbane și comunale ale medicilor de familie, sunt în relații de colaborare din punct de vedere al asistenței medicale cu Kardinal One Medical . Spitalul are parteneriate cu spitale superioare pentru transferul pacientilor critici si pentru specialitati neacoperite,in vederea efectuarii consulturilor interdisciplinare ,cu Serviciul de Ambulanta Timis , cu servicii de imagistica ultraperformanta si cu 2 laboratoare externe pentru analizele care nu pot fi efectuate in cadrul spitalului ,parteneriate functionale etc

Art.4.5.

Structura de personal a Kardinal One Medical este cea prevazută în statul de functii ce se întocmește și se reactualizează anual cu aprobarea asociatului unic .Organigrama valabila pentru anul 2022-2023 si lista parteneriatelor strategice/functionale fac obiectul **Anexei A21.**

CAPITOLUL V

FINANTAREA KARDINAL ONE MEDICAL

Art.5.1.

Kardinal One Medical este o instituție medicala privata finanțată integral din venituri proprii care funcționează pe principiul autonomiei financiare. Veniturile proprii ale spitalului provin din sumele încasate pentru serviciile medicale prestate pe baza de contracte încheiate cu Casa de Asigurări de Sănătate și din alte surse, conform legii.

Art.5.2.

Spitalul poate realiza venituri suplimentare din:

- a) donații și sponsorizări
- b) legate
- c) închirierea unor spații medicale, echipamente sau aparatură medicală către alți furnizori de servicii medicale, în condițiile legii
- d) servicii medicale la cerere
- e) internari neprogramate non urgente care exced listei de asteptare
- f) taxa suplimentara pentru conditii hoteliere deosebite
- g) coplata ,incasata in conformitate cu prevederile legale in vigoare
- h) alte surse, conform legii

Art.5.3.

Contractul de furnizare de servicii medicale al spitalului cu Casa de Asigurări de Sanatate Timis reprezinta sursa principala a veniturilor în cadrul bugetului de venituri și cheltuieli și se negociază de către manager cu conducerea Casei de Asigurări de Sanatate, în condițiile stabilite în Contractul-Cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Art.5.4.

Spitalul poate încheia contracte de furnizare de servicii medicale și cu Casele de Asigurări de Sanatate Private.

Art.5.5.

Decontarea contravalorii serviciilor medicale contractate se face conform contractului de furnizare de servicii medicale, pe baza de documente justificative, în functie de realizarea acestora, cu respectarea prevederilor Contractului-Cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate.

Art.5.6.

În situația în care spitalul nu are angajat personal propriu sau personalul angajat este insuficient, pentru acordarea asistenței medicale corespunzătoare structurii organizatorice aprobate în condițiile legii, poate încheia contracte de prestări servicii pentru asigurarea acestora.

CAPITOLUL VI

ATRIBUTIILE KARDINAL ONE MEDICAL

A. Atribuțiile spitalului în domeniul asistenței medicale

Kardinal One Medical este o unitate spitaliceasca ce ofera servicii de internare de zi ,internare continua pentru pacienti cronici si consultatii de urgenta la camera de garda

Art.6.1.

Kardinal One Medical este integrat într-un sistem funcțional unitar prin care se asigură:

- a) accesul populației la formele de asistență medicală existente în structura aprobată ;
- b) unitatea de acțiune în rezolvarea problemelor de sănătate din teritoriu în limitele de competență ;
- c) continuitatea acordării asistenței medicale, în toate stadiile de evoluție a bolii, prin cooperarea permanentă a medicilor din această unitate sau din unități diferite, în limita structurii aprobate și a competențelor ;
- d) utilizarea eficientă a personalului de specialitate și a mijloacelor tehnice de investigație și tratament;
- e) dezvoltarea și perfecționarea continuă a asistenței medicale corespunzător nivelului medicinei moderne.

In acest scop, în spital sunt respectate toate legile, ordinele Min Sanatatii, OUG-urile enumerate în introducerea prezentului Regulament

Art.6.1.1.

În raport cu atribuțiile ce le are în asistența medicală, Kardinal One Medical asigură:

1. primul ajutor medical și asistență medicală de urgență la camera de garda ;
2. efectuarea consultațiilor, investigațiilor, tratamentelor și a altor îngrijiri medicale, pacienților ambulatorii și spitalizați în limitele de competență stabilite prin lege ;
3. recuperarea medicală a pacienților și a celor cu deficiențe, în limita de competență a spitalului;
4. depozitarea, și utilizarea medicamentelor precum și utilizarea instrumentarului și a altor produse tehnico-medice potrivit normelor în vigoare;
5. controlul și urmărirea calității serviciilor medicale medicamentelor, în vederea asigurării eficienței tratamentelor, evitarea riscului terapeutic și a fenomenelor adverse;

6. informarea și documentarea în domeniul medicamentelor;
7. stabilirea factorilor de risc din mediul de viață și muncă, a influenței acestora asupra stării de sănătate a populației și controlul aplicării normelor de igienă;
8. informarea pacientului sau a persoanelor celor mai apropiate asupra bolii și evoluției acesteia, în scopul asigurării eficienței tratamentului aplicat;
9. crearea unei ambianțe plăcute, asigurarea unei alimentații corespunzătoare afecțiunii – atât din punct de vedere cantitativ cât și calitativ – precum și servirea mesei în condiții de igienă;
10. asigurarea, în condițiile legii, a desfășurării unui act medical de calitate
11. realizarea condițiilor necesare pentru aplicarea măsurilor de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale, de protecție a muncii și paza contra incendiilor, conform normelor în vigoare;
12. aprovizionarea cu materiale sanitare și de uz gospodăresc în toate sectoarele de activitate precum și un stoc pentru urgențe;
13. asigurarea în permanență a materialelor sterile în termenii de valabilitate a sterilizării, conform normelor legale în vigoare;
14. păstrarea confidențialității față de terți asupra tuturor informațiilor decurse din serviciile medicale acordate pacienților;
15. acordarea serviciilor medicale în mod nediscriminatoriu pacienților;
16. respectarea dreptului la liberă alegere a furnizorului de servicii medicale în situațiile de trimitere în consulturi interdisciplinare;
17. neutilizarea și eliminarea din uz a materialelor a căror condiție de utilizare și/sau sterilizare nu este sigură;
18. completarea prescripțiilor medicale conexe actului medical pentru afecțiuni acute, subacute, cronice
19. existența unui plan de pregătire continuă a personalului medical.
20. implementarea culturii organizationale ce are ca element central siguranța pacientului, dar și a personalului angajat
21. implementarea unui sistem eficient de analiza, monitorizare a riscurilor clinice și a măsurilor de prevenire a acestora. Managementul riscurilor este implementat la nivel de spital și compartimente clinice, existând responsabili desemnați

Art.6.1.2

Pentru prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale Kardinal One Medical respecta prevederile OMS 1101/2016 privind combaterea, prevenirea și limitarea infecțiilor asociate actului medical și prevederile OMS 914/2006 privind condițiile pe care trebuie să le îndeplinească un spital pentru a primi autorizație de funcționare, cu modificările și completările ulterioare, inclusiv cele aduse prin Ordinul nr. 1461/2017 din 21 decembrie 2017; de asemenea, aplică normele tehnice ale Ministerului Sănătății Publice și ia orice măsură este necesară pentru îndeplinirea lor.

Art.6.1.3.

- a) Localul Kardinal One Medical , prin măsurile aplicate și reabilitările efectuate, corespunde cerințelor de igienă și antiepidemice în vigoare .În acest sens ,are autorizație de funcționare valabilă eliberată de DSP Timis .
- b) Conducerea unității are obligația să asigure condiții corespunzătoare necesare menținerii autorizației sanitare de funcționare.

Art.6.1.4.

Este obligatorie înregistrarea persoanelor cărora li se acordă asistență medicală, întocmirea fișei de consultație, a foii de observație clinică generală de zi -FSZ și FOCG - și a altor asemenea acte stabilite prin dispozițiile legale.

- a) De asemenea, se vor elibera la cererea celor interesați și potrivit dispozițiilor legale, certificatele medicale pentru incapacitatea temporară de muncă, buletinele de analiză, certificate de constatare a decesului și alte asemenea acte.
- b) Obligațiile și răspunderile care revin personalului sanitar din Kardinal One Medical în înregistrarea și raportarea activității desfășurate, documentele folosite în circuitul acestuia, se stabilesc de către management în conformitate cu actele normative privind sistemul informațional în unitățile sanitare,cu procedurile interne în vigoare ,Regulamentul intern .
- c) În acordarea asistenței medicale, personalul medico-sanitar trebuie să respecte fără limite ființa umană, să se conformeze normelor de etică și deontologie, să acționeze întotdeauna în interesul pacientului și pentru promovarea stării de sănătate a populației, să aibă o atitudine activă față de nevoile de îngrijire a sănătății fiecărui cetățean și a întregii populații, să îngrijească toți pacienții cu același interes și fără condiționare de alte avantaje materiale sau servicii personale.
- d) În cazul în care forma și stadiul de boală necesită îngrijiri medicale ce nu pot fi efectuate pacientului în cadrul Kardinal One Medical, medicul care îl are în îngrijire, va îndruma bolnavul la o unitate sanitară spitalicească sau ambulatorie competentă.

Art.6.1.5.

Întregul personal al Kardinal One Medical trebuie să acționeze cu fermitate pentru gospodărirea judicioasă a mijloacelor materiale și bănești, să lupte împotriva oricăror forme de risipă sau abateri.

Art.6.1.6.

- a) Kardinal One Medical este unitate sanitară clasificată în funcție de competență, în categoria V.
- b) Kardinal One Medical se structurează, funcționează și se conduce distinct, pe următoarele activități:
 - diagnostic și terapie;

- îngrijire a pacientului;
- management

Art.6.1.7.

Asistența medicală spitalicească se asigură:

- a) pentru cazurile acute
 - când se constata o stare a sănătății ce pune în pericol viața sau care are acest potențial
 - când diagnosticul nu poate fi stabilit și tratamentul nu poate fi aplicat în condițiile asistenței medicale ambulatorii,
- b) pentru cazurile cronice care necesită tratament sub supraveghere
- c) sau în alte situații justificate din punct de vedere medical.

Art.6.1.8.

În relațiile contractuale cu Casa de asigurări de sănătate spitalul este obligat:

1. să acorde servicii medicale in limitele de competenta respectand criteriile de calitate elaborate de Colegiul Medicilor din Romania ,ANMCS și negociate cu Casa Nationala de Asigurări de Sănătate;
2. să informeze asigurații despre serviciile medicale oferite și modul în care sunt furnizate;
3. să nu refuze acordarea asistenței medicale de urgență ori de câte ori se solicită aceste servicii;
4. să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, în conformitate cu prevederile Legii 506/2004 ,dar si a Regulamentului UE 2016/679 al Parlamentului European si al Consiliului din 27.04.2016 precum și intimitatea și demnitatea acestora;
5. să factureze lunar, în vederea decontării de către Casa de Asigurări de Sănătate, activitatea realizată, conform contractului de furnizare de servicii medicale;
6. să acorde servicii medicale de specialitate tuturor asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care s-a virat contribuția de asigurări de sănătate pentru aceștia;
7. să informeze medicul de familie al asiguratului sau, dupa caz, medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate, prin scrisoare medicală/bilet de externare, despre diagnosticul stabilit, controalele, investigațiile, tratamentele efectuate sau să transmită orice alte informații referitoare la starea de sănătate a asiguratului;
8. să respecte destinația sumelor contractate prin acte aditionale;
9. pentru eficientizarea serviciilor medicale se vor întocmi liste de așteptare, cu excepția cazurilor de urgență medico- chirurgicală;
10. să transmită datele solicitate de Casele de Asigurări de Sănătate și de Direcția de Sănătate Publică privind furnizarea serviciilor medicale și starea de sănătate a persoanelor consultate sau tratate, fiind direct răspunzătoare de corectitudinea acestora, potrivit formularelor de raportare stabilite prin ordin comun al

președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al Ministrului Sănătății, care se pun la dispoziție în mod gratuit;

11. să prezinte Casei de Asigurări de Sănătate, în vederea decontării, indicatorii specifici stabiliți prin normele metodologice de aplicare a contractului-cadru;
12. să elibereze acte medicale în condițiile stabilite prin norme;
13. să transmită instituțiilor abilitate datele clinice la nivel de pacient, codificate conform reglementărilor în vigoare.

B. Atribuțiile compartimentelor/camerei de garda

Art. 6.2 CAMERA DE GARDA

Art.6.2.1.

Camera de garda este organizata și funcționează în conformitate cu prevederile OMS nr. 1706/2007 modificat prin Ordinul nr. 1523/2008 și Ordinul 310/2009, și OMS nr 1375/2016.

Camera de garda are toate dotările prevăzute de OMS 1096-Anexa 3 articol 40 privind structura funcțională și dotările .

Consultările la camera de garda sunt acordate în contract cu CJAS Timis, care suportă contravaloarea consultărilor medicale, a unor manopere limitate -determinarea TA și saturației în O₂ , ca și a unui minimum de materiale necesare unui abord venos unic .

Prestările de la camera de garda care exced acestui decont prin CJAS (radiografii,echografii, investigații de laborator), non-urgentele și serviciile la cerere vor fi efectuate contra cost,cu achitarea contravalorii prestației la caseria unității.

Tarifele pentru aceste manopere sunt stabilite prin hotărâre de comitet director.

Baremul minim de analize ce pot fi efectuate gratuit în cadrul evaluărilor de la camera de garda a fost stabilit de către Consiliul medical și aprobat de către Comitetul director.

Lista tarifelor investigațiilor medicale face obiectul **Anexei A22** la prezentul regulament Această listă se află afișată pe site-ul spitalului și la avizierul central al instituției .Pentru toate sumele încasate se eliberează chitanța .

Art.6.2.1.1

Camera de garda este organizată astfel încât să fie posibilă primirea, trierea, investigarea de bază, stabilizarea și aplicarea tratamentului de urgență majorității pacienților sosiți cu ambulanțele sau cu mijloacele proprii de transport, fiind necesară organizarea transferului unor pacienți care necesită investigații complexe și tratament definitiv de urgență la un spital de categorie superioară .

Art.6.2.1.2

Camera de garda asigură asistența de urgență populației din orașul Ciacova și din zonele limitrofe

Art.6.2.1.3.

Camera de garda este deschisă tuturor pacienților care solicită acordarea asistenței medicale de urgență în urma apariției unei afecțiuni acute noi sau pe fondul unor afecțiuni cronice.

Triajul la camera de garda se execută în conformitate cu Protocolul național de triaj 2019

Art.6.2.1.4

Personalul din cadrul Camerei de garda are obligația de a asigura asistența medicală de urgență pacientului aflat în stare critică, în limita competențelor și a pregătirii, fiind obligatorie apelarea din timp a specialiștilor aflați de gardă în spital, în situațiile care necesită implicarea lor în acordarea asistenței medicale de urgență și eventual a tratamentului definitiv, după caz. În cazurile în care pacientul necesită transfer de urgență la un spital cu grad de competență mai înalt, personalul din cadrul Camerei de garda are obligația să inițieze procedurile de transfer interclinic, în conformitate cu prevederile OMS 1091/2006 privind transferul interspitalicesc al pacientului critic.

Art.6.2.1.5

La sosire, în urma efectuării triajului, pacienții din Camera de garda sunt examinați de medicul de gardă/medicul de serviciu, care vor decide investigațiile necesare și medicii de specialitate care urmează să fie chemați în vederea acordării consultului de specialitate, dacă se consideră necesar.

Art.6.2.1.6

Internarea de urgență a pacienților în spital prin Camera de garda are loc în urma întocmirii unei fișe de spitalizare de zi -FSZ - individuale de urgență, examinării și evaluării pacientului.

Criteriile de internare de zi a pacienților din Camera de garda, cu respectarea nivelului de competență al spitalului, sunt următoarele:

- pacientul nu este în stare critică (în acest caz se efectueaza transfer asistat la un spital superior);
- există posibilitatea apariției unor complicații care pot pune în pericol viața pacientului;
- afecțiunea pacientului necesită monitorizare, investigații suplimentare și tratament la nivel spitalicesc;
- simptomatologia și starea clinică a pacientului corelată cu alți factori, cum ar fi vârsta, sexul etc., pot fi cauzate de o afecțiune gravă chiar dacă testele și investigațiile paraclinice nu dovedesc acest lucru la momentul efectuării lor;
- elucidarea cazului necesită investigații suplimentare ce nu pot fi efectuate la momentul respectiv, iar starea pacientului nu permite adresarea către domiciliu ;
- afecțiunea de care suferă pacientul nu permite autosusținerea, iar pacientul locuiește singur și este fără aparținători; aceasta situație va fi imediat însoțită de efectuarea demersurilor către serviciul social din Primaria de domiciliu ,pentru a prelua pacientul la externare în vederea instituționalizării într-un azil
- alte situații bine justificate în care medicul de gardă consideră necesară internarea pacientului.
- pacienții vor fi gestionați cu FSZ în limita celor 24 ore prevăzute de lege
- vor fi monitorizați timpii de așteptare de la prezentare și până la primul consult medical

- Medicul din compartimentul caruia ii apartine afectiunea preia la ora 8.00 pacientul de la medicul de garda si hotaraste externarea sau dimpotriva ,internarea in regim de spitalizare continua
- Pe parcursul gestionarii cazului la camera de garda ,toate manoperele medicale,tratamentele ,ingrijirile,investigatiile vor fi consemnate in FSZ care va fi completata corect la toate rubricile
 - In cazul in care pacientul paraseste spitalul de la camera de garda ,FSZ se incheie obligatoriu cu consemnarea dg de externare,ora,data plecare,stare la externare
 - Daca pacientul refuza internarea in regim de spitalizare continua ,desi a fost informat asupra necesitatii acesteia,va semna in rubrica aferenta
 - Daca paraseste spitalul contrar recomandarii sau pe proprie raspundere/fara aviz,de asemenea se va consemna
 - Orice act de agresiune fizica sau verbala asupra personalului medical va fi imediat adus la cunostiinta conducerii ,consemnat in raportul de garda ,in FSZ si se va anunta imediat Politia prin serviciul 112.
 - In intervalul orar 07-15.00 serviciul la camera de garda este asigurat de catre medicii din spital ,asistenta si infirmiera proprie
 - In intervalul 15.00-07.00 serviciul la camera de garda va fi efectuat prin 1 linie de garda medicala

 - Este interzisa lasarea nesupravegheata a pacientilor la camera de garda,indiferent de gravitate sau patologie !!!
 - Interventiile,manoperele ,tratamentele efectuate la camera de garda vor respecta protocoalele terapeutice ,procedurile operationale si ghidurile aprobate in spital
 - Toate cazurile vor fi inregistrate obligatoriu in registrul unic pe spital
 - Este interzisa parasirea camerei de garda pe timpul serviciului de catre personalul angajat
 - La expirarea timpului de munca ,cazurile vor fi obligatoriu predate asistentilor care preiau serviciul ,care la randul lor vor informa medicul de garda .Acesta va hotara modul de gestiune ulterioara a cazurilor in functie de patologie si gravitate
 - Asistenta de serviciu va introduce imediat FSZ in ICMED ,inclusiv condica prescrisa
 - Asistenta de serviciu completeaza datele personale, aplica consimtamantul medical si pentru gestiunea datelor,consemneaza simptomele de prezentare,antecedentele patologice ,tratamentele anterioare ,starea de alergie,tratamentul aplicat ;introduce imediat datele in sistemul electronic,inclusiv condica electronica ,se semneaza pt gestiunea FSZ alaturi de medicul curant
 - Medicul de garda evalueaza pacientul si consemneaza dg ,starea la externare ,trat rec la externare ,examenul obiectiv ;parafeaza si semneaza FSZ la internare si externare
 - EKG ,pulsoximetria ,determinare TA si instalarea unui abord venos periferic sunt obligatorii de efectuat pt orice pacient aflat la camera de garda

- Pacienții aduși de ambulanță vor fi primiți doar cu fișa însoțitoare completată și cu linie venoasă
- Pacienții care se transferă vor avea și ei obligatoriu linie venoasă și documente însoțitoare
- Apelarea 112 se face EXCLUSIV de către medic
- Cazurile critice se predau de la medic la medic
- Prezentul regulament se completează cu prevederile din fișa postului

Art.6.2.1.7

În Camera de gardă pot fi reținuți pacienți sub observație pentru cel mult 24 de ore în următoarele situații:

- a) lipsa unui loc de internare potrivit în spital;
- b) necesitatea monitorizării temporare de scurtă durată fără să existe la momentul respectiv motive de internare într-o secție din spital;
- c) necesitatea repetării unor analize sau investigații în vederea confirmării ori excluderii unui diagnostic și/sau stabilirii unei conduite terapeutice; efectuarea unor tratamente limitate la câteva minute/ore, care nu necesită repetare
- d) pacientul reprezintă un caz social care necesită o rezolvare definitivă, nefiind posibilă externarea acestuia din Camera de gardă fără expunerea lui la un risc; în această situație se ia legătura urgentă cu serviciul social din Primăria de domiciliu
- e) alte cazuri care sunt considerate de către medicul de gardă/serviciu bine întemeiate și în favoarea pacientului, cu condiția menționării motivelor în scris în FSZ a pacientului.

Art.6.2.1.8

Reținerea unui pacient sub observație în Camera de gardă se face cu acordul acestuia sau, după caz, cu acordul aparținătorilor acestuia. Pacienților agresivi sau cu tulburări de comportament li se vor aplica mijloacele de contenție legale și tratament de sedare până la preluarea lor de către un echipaj de poliție/ambulanță în vederea transferului.

Echipajele de poliție vor fi solicitate imediat în caz de agresiune fizică sau verbală asupra personalului medical. Medicul de gardă gestionează orice conflict, indiferent de amploarea lui, consemnează producerea lui în raportul de gardă și anunță șeful gardii, care evaluează cazul și la nevoie anunță poliția și/sau managerul, după caz.

Dacă la camera de gardă se prezintă mai mult de 3 cazuri cu aceeași patologie, este anunțat imediat DSP ex-intoxicații de orice natură, toxiiinfecții alimentare, boli infectocontagioase de grup A.

În timpul în care pacientul se află sub observație în Camera de gardă, acesta se află sub directă responsabilitate a personalului din unitatea respectivă.

Stabilirea unei conduite terapeutice pentru pacientul aflat la camera de gardă este efectuată de către medicii de gardă din spital.

Este interzisă reținerea unor pacienți sub observație în Camera de gardă dacă nu există personalul necesar îngrijirii acestor pacienți sau dacă nu există condițiile necesare și echipamentele necesare monitorizării pacienților respectivi. În astfel de situații observarea pacienților va avea loc în secțiile de profil către care vor fi îndrumați imediat.

De la camera de gardă se eliberează concedii medicale atunci când este cazul.

Art.6.2.2.

Medicul de la Camera de garda are în principal următoarele atribuții:

1. Conduce activitatea Camerei de garda în conformitate cu prevederile legale în vigoare;
2. Asigură și răspunde de îndeplinirea promptă și corectă a sarcinilor de muncă, inclusiv ale personalului aflat în subordinea acestuia, direct sau prin intermediul coordonatorilor de compartimente și al persoanelor desemnate să răspundă de anumite activități;
3. Coordonează, asigură și răspunde de calitatea activității desfășurate de personalul aflat în subordine, de respectarea de către acesta a normelor de protecție a muncii, precum și a normelor etice și deontologice;
4. Asigură respectarea deciziilor, a prevederilor din fișa postului, precum și a regulamentului de functionare;
5. Își exercită profesia de medic în mod responsabil și conform pregătirii profesionale;
6. Asigură și controlează completarea corectă a fișelor pacienților și a tuturor formularelor necesare, în scris și pe calculator în programul ICMED , în cadrul Camerei de garda, în conformitate cu prevederile legale.
7. Este în permanență la dispoziția personalului din cadrul Camerei de garda în vederea rezolvării problemelor urgente apărute în cursul gărzilor și al turelor. În cazul în care este indisponibil, desemnează o persoană care are autoritatea și abilitatea să rezolve problemele din cadrul Camerei de garda;
8. Poartă orice mijloc de comunicație alocat, păstrându-l în stare de funcționare, fiind obligat să anunțe modalitatea prin care poate fi contactat în afara orelor de serviciu, cu excepția perioadelor de concediu când va desemna o persoană care îl va înlocui;
9. Este informat în permanență despre starea de disponibilitate a personalului din subordine și despre problemele survenite în aceasta privință;
10. Este informat în permanență despre problemele survenite în cursul turelor și a gărzilor, mai ales în cazul în care asemenea probleme pot afecta direct bunul mers al activității din cadrul unității;
11. Este informat în permanență despre reclamațiile pacienților și ale aparținătorilor, având obligația să colaboreze cu managementul în vederea anchetei de caz ,elaborand fisa de neconformitate cf procedurii
12. Are obligația de a elabora un plan de răspuns în cazul unui aflax masiv de victime, respectand prevederile din Planul Alb aprobat la nivelul spitalului;

13. Are obligația să asigure funcționarea unui plan de mobilizare a personalului din subordine, incluzând responsabilitatea și modalitățile de alertare a diferitelor categorii de personal;
14. Asigură respectarea și respectă drepturile pacientului conform prevederilor Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) și altor prevederi legale în vigoare - Legea 46/2003 a drepturilor pacientului;
15. Organizează și conduce ședințele (raport) de lucru cu tot personalul aflat în subordine sau delegă o persoană în locul său;
16. Aprobă programarea turelor și personalului din subordine;
17. Controlează efectuarea investigațiilor și urmărește stabilirea diagnosticului și aplicarea corectă a indicațiilor terapeutice, în conformitate cu protocoalele și procedurile în vigoare;
18. Colaborează cu medicii – coordonatori ai altor compartimente și laboratoare, în vederea stabilirii diagnosticului și aplicării tratamentului corespunzător;
19. Propune protocoale de colaborare cu alte unități spitalicești/structuri și asigură respectarea acestora;
20. Asigură colaborarea cu alte instituții medicale și nemedicale implicate în asistența medicală de urgență și respecta protocoalele de colaborare;
21. Stabilește de comun acord cu personalul din subordine și urmărește aplicarea protocoalelor de tratament conform standardelor internaționale;
22. În cazurile deosebite (accidente grave, colective, aflux de victime) va coordona personal împreună cu alte servicii de specialitate operațiunile de salvare și de tratament chiar și în afara orelor de program. În cazul indisponibilității, are obligativitatea de a delega o persoană responsabilă cu preluarea acestor sarcini;
23. Răspunde de ridicarea continuă a nivelului profesional al personalului aflat în subordine și de formarea continuă a acestuia;
24. Răspunde de buna utilizare și întreținere a aparaturii și instrumentarului din dotare și a întregului inventar al Camerei de gardă și face propuneri de dotare corespunzătoare necesităților;
25. Controlează și asigură prescrierea și justa utilizare a medicamentelor, răspunde prin intermediul unei persoane special desemnate, de păstrarea, prescrierea substanțelor stupefiante;
26. Controlează permanent ținuta corectă, folosirea echipamentului de protecție și comportamentul personalului din subordine în relație cu pacienții și aparținătorii acestora;
27. Informează periodic conducerea spitalului asupra activității și reprezintă interesele personalului Camerei de gardă în relație cu conducerea spitalului;
28. Instruiește personalul Camerei de gardă privind aplicarea ghidurilor, protocoalelor, algoritmilor și procedurilor aprobate la nivelul spitalului.
29. Instruiește personalul din subordine privind implementarea procedurilor specifice Sistemului de Management al Calității serviciilor medicale.
30. Aplică procedurile specifice Sistemului de Management al Calității serviciilor medicale.

31. Respectă și asigură respectarea de către tot personalul a confidențialității datelor personale, medicale și nemedicale ale pacienților din îngrijire.
32. Prezentul regulament se completează cu prevederile din fișa postului
33. Respecta prevederile ghidului național de triaj 2019
34. Cunoaște și prelucrează periodic personalului procedurile de resuscitare –suport vital de baza și suport vital avansat

Art.6.2.3

Medicul de garda efectuează garda în baza unui grafic prestabilit lunar și are următoarele atribuții:

1. Răspunde de îndeplinirea promptă și corectă a sarcinilor de muncă;
2. Răspunde de calitatea activității pe care o desfășoară în serviciu, de respectarea normelor de protecție a muncii, precum și a normelor etice și deontologice;
3. Răspunde de respectarea deciziilor, a prevederilor din fișa postului, precum și a regulamentului de organizare și funcționare și ROI;
4. Răspunde de informarea corectă și promptă a medicului șef de gardă, a managerului sau a locțiitorului acestuia asupra tuturor problemelor ivite în timpul gărzii și care au influență asupra derulării normale a activității, inclusiv cele legate de personal, indiferent dacă aceste probleme au fost rezolvate sau nu;
5. Își exercită profesia de medic în mod responsabil și conform pregătirii profesionale;
6. Primește bolnavul în camera de gardă, îl evaluează la acest nivel utilizând toate mijloacele diagnostice avute la îndemână, formulează un diagnostic și stabilește în scris o schema terapeutică. Supraveghează asistenta medicală în acordarea îngrijirilor medicale recomandate și în supravegherea pacientului până la stabilizarea lui, urmata de externarea lui de la camera de gardă sau internarea acestuia în spital; Infirmiera de la camera de gardă îl însoțește pe pacient până la secția unde va fi internat; pacienții nu vor fi lăsați deloc nesupravegheați pe parcursul sederii la camera de gardă. În cazul în care pacientul necesită transfer în alta unitate spitalicească întocmește biletul de trimitere și solicitarea de ambulanță, iar la nevoie întocmește fișa de transfer al pacientului aflat în stare critică.
7. În cazul în care se efectuează transferul pacientului critic este obligatorie anunțarea spitalului primitor anterior efectuării transferului
8. Anterior transferului, pacienții vor fi stabiliți la camera de gardă. Este interzis transportul pacienților dacă acesta le pune viața în pericol. Anterior transportării, se vor acorda toate îngrijirile necesare în vederea reanimării/resuscitării/sustinerii funcțiilor vitale.
9. Efectuează o vizită periodică, la intervale de maximum 1- 3 ore, la toți pacienții din Camera de gardă, reevaluează starea lor și adaptează conduita terapeutică conform stării clinice reevaluate
10. Informează permanent aparținătorii pacientului despre starea acestuia și manevrele ce se efectuează;

11. Completează toate rubricile din fișele pacienților aflați în Camera de garda și completează toate formele necesare, în scris și pe calculator;
12. Respectă regulamentul de funcționare al Camerei de garda și asigură respectarea acestuia de către restul personalului de gardă;
13. Respectă deciziile luate în cadrul serviciului de către medicul șef de garda /medicul coordonator al camerei de garda/directorul medical /manager sau locțiitorul acestuia și asigură îndeplinirea acestora de către restul personalului de gardă aflat în subordine;
14. Poartă permanent orice mijloc de comunicație alocat, păstrându-l în stare de funcționare;
15. Anunță în permanență starea de indisponibilitate responsabilului cu mobilizarea personalului cu minimum 24 de ore înainte (excepție fac situațiile deosebite ivite, cum ar fi un deces în familie, îmbolnăviri, accidente etc);
16. Este strict interzisă parasirea spitalului pe timpul garzii, întârzierea neanunțată la program, parasirea garzii înainte de expirarea programului de lucru .
17. Aplică ghidurile, protocoalele, algoritmi și procedurile aprobate la nivelul spitalului.
18. Asigură implementarea procedurilor specifice Sistemului de Management al Calității serviciilor medicale.
19. Completează raportul zilnic de garda la toate rubricile și îl depune la camera de garda în vederea îndosarierii
20. Respectă și asigură respectarea de către tot personalul a confidențialității datelor personale, medicale și nemedicale ale pacienților din îngrijire
21. Efectuează contravizita în compartimentele alocate (interne, pediatrie, nou născuți pentru medicul de garda din linia medicală și chirurgie, ginecologie pentru medicul de garda din linia chirurgicală) la ora 19 în zilele săptămânii și la orele 9.00 și 19.00 în weekend. Monitorizează evoluția pacienților internați și semnalează în scris și verbal medicului de secție/garda care preia cazul asupra evoluției nefavorabile și asupra măsurilor care au fost luate
22. Supraveghează personalul din subordine asupra modului de îndeplinire a sarcinilor de serviciu
23. Medicul cu gradul cel mai mare, iar în caz de grad identic cel cu vechimea cea mai mare în profesie este medic șef de gardă. El are statutul de locțiitor al managerului pe timpul garzii, este abilitat să dirijeze personal în vederea îndeplinirii în bune condiții a sarcinilor de serviciu. Poate reloca personal în funcție de aflul de pacienți, nevoi imediate etc. Nu este abilitat să aprobe parasirea spitalului de către personal sau pacienți internați. Are obligația de a anunța imediat managerul cu privire la orice eveniment negativ, avarie, conflict, situații speciale etc. Nerespectarea acestor sarcini atrage sancțiuni
24. Pacienții care se externează de la camera de gardă vor primi obligatoriu o scrisoare medicală care va cuprinde diagnosticul, un sumar al investigațiilor și îngrijirilor acordate, dar și recomandări imediate până la prezentarea la medicul de familie

- 25 Daca solicita ,pacientului i se va intocmi o adeverinta care sa ateste prezenta la camera de garda in vederea motivarii absentelor de la locul de munca /scoala etc
- 26.Medicul care efectueaza serviciul de garda are obligatia de a utiliza toate mijloacele diagnostice si terapeutice aflate in dotarea camerei de garda
- 27 Efectuarea unui EKG si masurarea TA,sat O2 sunt obligatorii la toate cazurile peste 18 ani prezentate la camera de garda
- 28 In caz de stop cardiorespirator si in absenta unor solicitari anterioare ale familiei de neincepere a manevrelor de resuscitare este obligatorie efectuarea manevrelor de resuscitare cu aplicarea suportului vital de baza si avansat . Toti medicii care efectueaza serviciu de garda au obligatia sa cunosca procedura de resuscitare si sa o aplice in mod corect .Initierea procedurii de resuscitare este urmata obligatoriu de completarea protocolului de resuscitare ,in care vor fi consemnate echipa de resuscitare ,ora inceperii si ora finalizarii,manevrele efectuate ,medicatia administrata,evolutia clinica ,TA, EKG si a oximetriei
29. Daca pacientul decedeaza la camera de garda ,va fi aplicata procedura de deces .In cazul unei patologii cunoscute ,daca familia solicita scutire de necropsie ,va completa o cerere in acest sens care va fi adresata conducerii spre aprobare ,iar cadavrul poate fi inmanat apartinatorilor legali care fac dovada afinitatii (sot,sotie,copii,frati etc)cu bon de insotire a cadavrului completat de catre medicul de garda .In caz de moarte suspecta va fi anuntata Politia prin serviciul 112 ,iar cadavrul va fi retentionat la morga spitalului pana la preluarea de catre serviciul de medicina legala .
- 30.Implementeaza in practica proprie si a subalternilor protocoalele,procedurile terapeutice,dispozitiile de manager si ale SMC
- 31 Prezentul regulament se completeaza cu prevederile din fisa postului

Art.6.2.4.

Asistentul medical din Camera de garda are în principal următoarele atribuții:

1. Asigură preluarea promptă a pacienților în camera de garda si initiaza procedura de triaj in cf cu ghidul national de triaj
2. Anunță telefonic medicul de gardă în momentul sosirii în Camera de garda a unui bolnav;
3. Asigură efectuarea triajului primar al pacienților sosiți;
4. Acordă îngrijirile medicale, în limita sa de competență, organizează activitățile de tratament, explorările funcționale la nevoie, examenele paraclinice, monitorizarea scriptică în fișele de observație speciale ale pacienților;
5. Consemnează în registru toți pacienții prezentați în Camera de garda, completând toate rubricile solicitate;
6. Înregistrează în programul informatic datele pacienților care se prezintă în Camerei de garda.
7. Răspunde de predarea corectă a documentelor, hainelor și valorilor pacienților in cazul transferului in sectie sau alt spital ;

8. Efectuează sau ajută la efectuarea toaletei pacientului imobilizat, cu respectarea regulilor de igienă, ori de câte ori este nevoie;
9. Ajută la pregătirea pacienților în vederea efectuării diferitelor examinări;
10. Coordonează efectuarea curățeniei, dezinfecției și păstrarea recipientelor utilizate de pacienți în locurile și în condițiile prevăzute de conducerea unității;
11. Întreține igiena, dezinfecția spațiilor, târgilor, cărucioarelor și a întregului mobilier din Camerei de garda, asigură pregătirea patului sau a târgilor de consultații și schimbarea lenjeriei pentru pacienți;
12. Ajută la organizarea transportului intraspitalicesc al pacienților și îi însoțește în caz de nevoie, în limita existenței numărului suficient de personal;
13. Asigură asistența medicală și îngrijirea pacienților din cadrul spitalizării de zi, conform indicațiilor medicului; respecta toate indicațiile medicului de administrare a tratamentului sau de acordare a îngrijirilor, de monitorizare etc
14. Asigură respectarea drepturilor pacienților conform prevederilor aprobate prin OMS și altor prevederi legale în vigoare-Legea 46/2003;
15. Răspunde de respectarea deciziilor, a prevederilor din fișa postului, precum și a regulamentului de funcționare de către personalul aflat în subordine;
16. Răspunde de asigurarea și respectarea confidențialității îngrijirilor medicale, a secretului profesional și a unui comportament etic față de bolnav;
17. Participă la predarea - preluarea turei către personalul care preda/preia serviciul
18. Verifica funcționalitatea aparatului medical și informează conducerea unității despre defecțiunile și lipsa de consumabile;
19. Informează asistentul medical coordonator pe spital sau locțiitorul acestuia în legătură cu stocul de medicamente și materiale de unică folosință și alte materiale, precum și despre aprovizionarea cu acestea;
20. Asigură preluarea corectă a medicamentelor, materialelor și soluțiilor de la farmacie, precum și păstrarea, administrarea și decontarea corectă a lor conform indicațiilor conducerii;
21. Aplică ghidurile, protocoalele, algoritmii și procedurile aprobate la nivelul spitalului.
22. Aplică procedurile specifice Sistemului de Management al Calității serviciilor medicale.
23. Respectă confidențialitatea datelor personale, medicale și nemedicale ale pacienților din îngrijire.
24. Nu este abilitat să dea relații despre starea sănătății pacienților.
25. Nu paraseste camera de garda in timpul programului ,lasand pacientii nesupravegheati
26. La expirarea timpului de munca, preda cazurile asistentilor din compartimente
27. Orice manopera medicala, tratament se face doar la recomandarea medicului si vor fi obligatoriu consemnate in FSZ cu data si ora de efectuare
28. FSZ va fi introdusa in ICMED de catre asistenta care gestioneaza cazul ,inclusiv condica de medicamente

29. Asistenta de la camera de garda completeaza raportul de autoevaluare a activitatii si alte inscrieri solicitate de SMC ,medicul coordonator si asistenta coordonatoare pe spital
30. Respecta graficul de lucru aprobat .Este interzisa parasirea spitalului pe timpul programului . Intarzierile si absenta nemotivata se sanctioneaza cf Codului muncii
31. Are obligatia de a utiliza cu grija aparatura din dotare,cf specificatiilor din fisa tehnica .In caz de avarii ale aparaturii instiinteaza conducerea in scris si verbal
32. Va avea un comportament civilizat fata de pacienti si apartinatori ,o tinuta adecvata
33. Va respecta in totalitate prevederile din fisa postului, ROI ,proceduri,regulamente interne,dispozitii manageriale etc
34. Daca pacientul este transferat catre alte spitale ,consemneaza in FSZ daca au fost inmanate cardul si cartea de identitate ,ca si bagajul personal
35. Asigura in permanenta existenta stocului minim de medicamente ,in special cele din trusa de urgenta
36. Implementeaza in practica proprie si a subordonatilor procedurile,protocoalele terapeutice ,dispozitiile de manager si ale SMC

Art.6.2.6

Îngrijitoarea din cadrul Camerei de garda are în principal următoarele atribuții

1. își exercită profesia în mod responsabil și conform pregătirii profesionale;
2. răspunde de îndeplinirea promptă și corectă a sarcinilor de muncă;
3. respectă normele igienico-sanitare și de protecție a muncii;
4. efectuează curățenie riguroasă în toate încăperile camerei de garda
5. efectuează curățenia în timpul turei, în fiecare încăpere, dimineata la ora 6.00 si ori de câte ori este nevoie;
6. răspunde de schimbarea lenjeriei murdare și transportarea ei la spalatorie in vederea igienizarii.Raspunde de asigurarea unui stoc permanent de lenjerie curata la nivelul camerei de garda si de depozitarea lenjeriei murdare in conformitate cu procedura in vigoare
7. răspunde prompt la solicitările personalului medical în subordinea căruia se află;
8. răspunde de decontaminarea si curatarea aparaturii din camera de garda
9. respectă regulamentul de funcționare a Camerei de garda ;
10. respectă deciziile luate în cadrul serviciului de medicul coordonator, loctiitorul acestuia sau de asistentul coordonator și asigură îndeplinirea acestora;
11. respectă confidențialitatea tuturor aspectelor legate de locul de muncă, indiferent de natura acestora,
12. aplică procedurile specifice Sistemului de Management al Calității serviciilor medicale.
13. respectă confidențialitatea datelor personale, medicale și nemedicale ale pacienților din îngrijire.
14. nu este abilitat să dea relații despre starea sănătății pacienților

15. îndeplinește orice alte sarcini stabilite de conducerea spitalului și/sau a Camerei de garda, în limita sa de competență.
16. Efectueaza procedura de igienizare a pacientului la camera de garda atunci cand se impune ,asista pacientul la efectuarea necesitatilor daca are nevoie ,ii asigura pijamale curate etc
17. Insoteste pacientul la investigatii sau catre compartiment atunci cand acesta urmeaza a fi internat
18. Daca pacientul este inconstient conserva ,inventariaza si preda asistentei de serviciu pe baza de bon individual hainele si bunurile de valoare ale acestuia- haine,telefoane,bani,bijuterii etc ,ele urmand a fi predate apartinatorilor cu semnatura de primire
19. Acorda hrana pacientilor aflati la camera de garda si ii asista pe cei care nu se pot alimenta singuri
20. Implementeaza in practica proprie procedurile ,protocoalele terapeutice ,dispozitiile manageriale si ale SMC

Art. 6.3 COMPARTIMENTELE CU PATURI

Art.6.3.1. Secția/compartimentul cu paturi are în principal următoarele atribuții:

a) **Birou internări/triaj internare** – Asigurarea înregistrării pacienților care au decizia de internare formulată de către medicul curant, în limita locurilor disponibile, cu respectarea procedurii proprii de internare. La nivelul biroului de internari se completeaza FOCG cu toate datele personale .Decizia de internare o ia medicul curant ,in urma evaluarii pacientului,cu respectarea criteriilor de internare de la nivelul fiecarui compartiment .Internarea poate fi de urgenta sau programata .

b) **Compartimentul cu paturi** are urmatoarele obligatii

-internarea în functie de nivelul de competenta si in limita criteriilor de internare aprobate de Consiliul medical

-ținerea evidenței ritmice a mișcării pacienților și asigurarea comunicării locurilor libere cabinetelor ambulatorii, camerei de garda si biroului de internari

-repartizarea pacienților în saloane în condițiile aplicării măsurilor referitoare la prevenirea și combaterea infecțiilor asociate asistenței medicale si a metodologiei de izolare a cazurilor cu potential epidemic ;

- asigurarea evaluării medicale complete și a investigațiilor minime a pacienților în ziua internării, la recomandarea si sub coordonarea medicului curant ;

- efectuarea în cel mai scurt timp a investigațiilor necesare stabilirii diagnosticului;

-asigurarea tratamentului medical complet, individualizat și diferențiat, în raport cu starea pacientului, cu forma și stadiul evolutiv al bolii, prin aplicarea diferitelor procedee și tehnici medicale și chirurgicale, indicarea, folosirea și administrarea alimentației dietetice, medicamentelor, utilizarea instrumentarului și aparaturii medicale din dotare in vederea sustinerii diagnosticului formulat ;

-in caz de urgenta ,tratamentul va fi acordat imediat si cu prioritate

-cazurile care necesita oxigenoterapie vor fi cazate in saloane dotate cu oxigenatoare

-pacientii vor fi supravegheati si monitorizati indeaproape pe toata perioada internarii

-asigurarea trusei de urgență la nivel de compartiment conform instrucțiunilor Ministerului Sănătății;in lipsa acesteia va fi utilizata trusa de urgenta din cadrul camerei de garda

-asigurarea medicamentelor necesare tratamentului indicat de medic se face prin completarea condicii electronice si receptionarea medicamentelor de la farmacie ;acestea se depoziteaza in punga personalizata a pacientului din camera de tratamente , fiind interzisă păstrarea medicamentelor la patul pacientului; Medicatia se distribuie asistat,pacientul fiindu-i interzisa utilizarea pe timpul spitalizarii a medicamentelor de la domiciliu fara avizul medicului curant .Asistenta administreaza personal medicatia dimineata ,la pranz si seara pacientilor internati ,asigurandu-se ca toti au primit tratamentul prescris

-cazurile cu nevoi speciale vor fi consemnate si abordate individual

- asigurarea alimentației pacienților printr-un număr minim de regimuri alimentare, aprobate de dietetician corect preparate, cantitativ și calitativ, în concordanță cu diagnosticul și stadiul evolutiv al bolii;
- desfășurarea unei activități care să asigure pacienților internați un regim rațional de odihnă și servirea mesei de igienă personală, de primire a vizitelor și păstrarea legăturii cu familia acestora;
- transmiterea concluziilor diagnostice și a indicațiilor terapeutice pentru pacienții externați medicilor de familie prin bilet de externare/scrisoare medicala ,ca si eliberarea rețetei si a concediului medical daca se impune .
- este interzisă lasarea nesupravegheată a pacienților din compartiment

Art.6.3.2.

Întreg personalul din compartimentele clinice are atribuții cu privire la asigurarea continuă a calitatii actului medical prestat ,care trebuie sa respecte standardele in vigoare din perspectiva sigurantei pacientului

Toate procedurile ,protocoalele terapeutice ,normele interne,dispozițiile emise de manager/Structura de management al calitatii /consiliul medical au caracter obligatoriu si trebuie implementate si respectate cu strictete de catre personalul angajat

Întreg personalul din compartimentele clinice trebuie sa respecte prevederile din fișa postului

Medicul coordonator din cadrul compartimentului are în principal următoarele atribuții:

1. îndrumă și realizează activitatea de acordare a îngrijirilor medicale în cadrul compartimentului respectiv și răspunde de calitatea actului medical;
2. organizează și coordonează activitatea medicală din cadrul compartimentului, fiind responsabil de realizarea indicatorilor specifici de performanță ai compartimentului;
3. răspunde de crearea condițiilor necesare acordării asistenței medicale de calitate de către personalul compartimentului;
4. propune directorului medical planul anual de furnizare de servicii medicale al compartimentului și răspunde de realizarea planului aprobat;
5. elaborează planul strategic al compartimentului și participă la elaborarea planului strategic al spitalului;
6. răspunde de calitatea serviciilor medicale prestate de către personalul medico-sanitar din cadrul compartimentului;
7. evaluează necesarul anual de medicamente și materiale sanitare al compartimentului, investițiile și lucrările de reparații curente și capitale necesare pentru desfășurarea activității în anul bugetar respectiv, pe care le transmite spre avizare consiliului medical și spre aprobare conducerii spitalului;
8. angajează cheltuieli în limita bugetului repartizat;
9. aplică strategiile de dezvoltare ale spitalului, adecvate la necesarul de servicii medicale specifice compartimentului;

10. înaintează consiliului medical și comitetului director propuneri privind proiectul bugetului de venituri și cheltuieli al compartimentului, elaborate cu sprijinul compartimentului economico-financiar;

11. înaintează comitetului director propuneri de creștere a veniturilor proprii ale compartimentului, conform reglementărilor legale, inclusiv din donații, fonduri ale comunității locale ori alte surse;

12. elaborează fișa postului pentru personalul aflat în subordine, pe care o supune aprobării managerului spitalului;

13. răspunde de respectarea la nivelul compartimentului a regulamentului de organizare și funcționare, a regulamentului intern al spitalului;

14. stabilește atribuțiile noi, în conformitate cu reglementările legale în vigoare, care vor fi prevăzute în fișa postului pentru personalul din subordine, pe care le înaintează spre aprobare managerului.

15. face propuneri comitetului director privind necesarul de personal, pe categorii și locuri de muncă, în funcție de volumul de activități, conform reglementărilor legale în vigoare;

16. propune programul de lucru pe locuri de muncă și categorii de personal, pentru personalul aflat în subordine, în vederea aprobării de către manager;

17. propune aplicarea de sancțiuni administrative pentru personalul aflat în subordine care se face vinovat de nerespectarea regulamentului de organizare și funcționare, a regulamentului intern al spitalului, a fișei postului;

18. supervizează conduita terapeutică, avizează tratamentul, prescrierea investigațiilor paraclinice, a indicațiilor operatorii și programului operator pentru pacienții internați în cadrul compartimentului;

19. aprobă internarea pacienților în secție, pe baza criteriilor de internare, cu excepția internărilor de urgență;

20. hotărăște oportunitatea continuării spitalizării în primele 24 de ore de la internare, respectiv conversia FSZ în FOCG ;

21. avizează și răspunde de modul de completare și de întocmirea documentelor medicale eliberate în cadrul compartimentului;

22. evaluează performanțele profesionale ale personalului aflat în subordinea directă, conform structurii organizatorice și fișei postului;

23. propune planul de formare și perfecționare a personalului propriu aflat în subordine, în conformitate cu legislația în vigoare, pe care îl supune aprobării managerului;

24. coordonează activitățile de control al calității serviciilor medicale serviciilor acordate de personalul medico-sanitar din cadrul secției/laboratorului sau compartimentului;

25. răspunde de asigurarea condițiilor adecvate de cazare, igienă, alimentație și de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale în cadrul compartimentului, în conformitate cu normele stabilite de Ministerul Sănătății Publice;

26. răspunde de îmbunătățirea calitatii serviciilor hoteliere și a calitatii serviciilor medicale;

27. asigură monitorizarea și raportarea indicatorilor specifici activității medicale, financiar-economici, precum și a altor date privind activitatea de supraveghere, prevenire și control din cadrul compartimentului, în conformitate cu reglementările legale în vigoare;

28. răspunde de respectarea prevederilor legale privind drepturile pacientului de către personalul medical din subordine și ia măsuri imediate când se constată încălcarea acestora, potrivit dispozițiilor legale în vigoare;

29. asigură respectarea prevederilor legale în vigoare referitoare la păstrarea secretului profesional, păstrarea confidențialității datelor pacienților internați, informațiilor și documentelor referitoare la activitatea compartimentului;

30. urmărește încheierea contractelor de asigurare de malpraxis de către personalul medical din subordine;

31. întocmește și revizuieste periodic protocoalele specifice de practică medicală, care urmează să fie implementate la nivelul compartimentului, cu aprobarea consiliului medical;

32. răspunde de soluționarea sugestiilor, sesizărilor și reclamațiilor referitoare la activitatea compartimentului la solicitarea managementului ; în acest sens întocmește fișa de neconformitate și efectuează cercetarea prealabilă, dar și stabilește măsurile corective care se impun

33. propune managerului un înlocuitor pentru perioada când lipsește din spital;

34. are obligația de a solicita consultări interdisciplinare efectuate de medici specialiști din cadrul spitalului sau din afara spitalului (în situația în care în spital nu există medic în specialitatea respectivă);

35. are obligația de a efectua controlul calității hranei servite pacienților în cadrul compartimentului;

36. are obligația de a se implica în constituirea bazelor de date pentru pacienți și DRG.

37. organizează, controlează și răspunde pentru derularea activităților proprii secției, conform planului anual de supraveghere și control al infecțiilor asociate asistenței medicale din unitatea sanitară; raportează în termenul legal către CPCIIAM orice episod de IIAM

38. Aplică ghidurile, protocoalele, regulamentele și procedurile aprobate la nivelul spitalului.

39. Asigură implementarea procedurilor specifice Sistemului de Management al Calității serviciilor medicale.

40. Este numit prin dispoziție managerială responsabil cu riscurile la nivel de compartiment, fiind obligat să întocmească Registrul riscurilor la nivel de structură. Identifică și raportează către SMC în interval de 24 ore orice eveniment advers la nivelul structurii pe care o coordonează. Întocmește raportul de risc și stabilește setul de măsuri necesare pentru prevenirea lui pe viitor

41. Comunică explicit pacientului datele și informațiile legate de starea sa de sănătate și obține acordul informat al acestuia pentru toate investigațiile, procedurile și tratamentele necesare pe perioada episodului de îngrijire.

42. Asigură dreptul pacientului la o a doua opinie, dacă acesta o solicită și la investigații imagistice de înaltă performanță dacă este cazul .

43. Încheie cu managerul un contract de administrare pe o perioadă de 3 ani .

44. Este desemnat și revocat din funcție de către manager

45. Prezentul regulament se completează cu prevederile din fișa postului

46. Implementează în practica proprie și a subalternilor protocoalele, procedurile aprobate, dispozițiile de manager și ale SMC

Art.6.3.4.

Medicul de specialitate are în principal următoarele atribuții:

1. Își desfășoară activitatea în mod responsabil, conform reglementărilor profesionale și cerințelor postului; programul de lucru este de 8 ore/zi, 5 zile/săpt; respectă în totalitate prevederile din fișa postului, ROI și prezentul ROF
2. În intervalul orar 08-16 efectuează și serviciul la camera de gardă, preluând cazistica prezentată, situație în care preia atribuțiile medicului de gardă. Examinează pacienții imediat la prezentare și decide internarea în regim de spitalizare de zi sau continuă, dispunând întocmirea documentului ales –FSZ sau FOCG . Completează foaia de observație de zi FSZ imediat și foaia de observație continuă FOCG în primele 24 de ore; evaluează pacienții respectând metodologia de triaj, stabilește diagnosticul și tratamentul corespunzător; consemnează în foaia de observație toate investigațiile efectuate, parametrii de monitorizare și cei de urmărit în viitor, formulează în scris și verbal recomandările speciale către asistentele medicale
3. Adresează spitalelor superioare cazurile care depășesc nivelul de competență al Kardinal One Medical
4. Examinează zilnic pacienții internați și consemnează în foaia de observație evoluția, explorările de laborator, alimentația și tratamentul corespunzător; ajustează schema terapeutică zilnic în funcție de evoluția bolnavului; la sfârșitul episodului internării întocmește epicriza, biletul de externare, decontul la externare, rețeta compensată/necompensată și concediul medical; elaborarea acestor documente este obligatorie
5. Colaborează cu ceilalți medici din spital în situația în care i se solicită sprijinul referitor la situația pacienților pe care aceștia îi au în îngrijire sau ori de câte ori este necesar;
6. Participă la consulturi cu medicii din alte specialități în cadrul comisiei multidisciplinare; în cazurile deosebite la examenele paraclinice precum și la expertizele medico-legale dacă este solicitat;
7. Comunică zilnic medicului de gardă pacienții gravi pe care îi are, îi investighează și care necesită supraveghere deosebită;

8. Întocmește și semnează condica de medicamente pentru pacienții pe care îi îngrijește ;
9. Supraveghează tratamentele medicale executate de cadrele medii ;
10. Recomandă și urmărește zilnic regimul alimentar al pacienților ;
11. Controlează și răspunde de întreaga activitate de îngrijire a pacienților desfășurată de personalul mediu și auxiliar cu care lucrează;
12. Răspunde de îngrijirea medicală adecvată a pacienților și de aplicarea corectă a tehnicilor aseptice cât și de comportamentul igienic al personalului.;
13. Raportează cazurile de boli infecțioase și boli profesionale potrivit dispozițiilor în vigoare ;
14. Răspunde de disciplina, ținuta și comportamentul personalului din subordine și al pacienților pe care îi are în îngrijire ;
15. Se preocupă în permanență de ridicarea nivelului profesional propriu ;
16. Depune o activitate permanentă de educație sanitară a pacienților și aparținătorilor ;
17. Controlează respectarea normelor de igienă și aplicarea măsurilor antiepidemice de către personalul mediu și auxiliar din secție.
18. Asigură gărzile în compartiment, potrivit programului stabilit prin Regulamentul intern și a graficului întocmit;
19. Respectă și aplică normele de igiena și antiepidemice de prevenire și control a infecțiilor asociate asistenței medicale;
20. În acest scop: investighează clinic și indică recoltarea probelor necesare examenelor de laborator, stabilește diagnosticul de infecție; consemnează în foaia de observație și informează medicul coordonator al compartimentului/ Directorul medical/medicul CPLIAAM. Asigură recoltarea probelor pentru diagnosticul etiologic, înstituie tratamentul cu antibiotice în funcție de evoluția clinică și rezultatul antibiogrammei. Efectuează izolarea pacienților infecțioși de la prima suspiciune și aplică măsurile pentru împiedicarea transmiterii infecției;
21. Informațiile pe care le deține angajatul ca efect al executării contractului de muncă sunt strict confidențiale. De asemenea sunt confidențiale documentele care s-au pus sau se vor pune la dispoziția angajatului.
22. Păstrarea secretului profesional este obligatoriu, cu excepția situațiilor prevăzute de lege.
23. Fac obiectul secretului profesional tot ceea ce salariatul, în timpul exercitării profesiei sale, a aflat direct sau indirect în legătura cu viața intimă a pacientului, a familiei, a aparținătorilor, precum și probleme de diagnostic, prognostic, tratament, diverse circumstanțe în legătură cu boala. Secretul profesional persista și după terminarea tratamentului sau decesul pacientului.
24. Secretul profesional trebuie păstrat și față de aparținători, dacă pacientul nu dorește altfel ;
25. Secretul profesional trebuie păstrat față de colegi, cadre sanitare și instituții medicale care nu sunt implicate în actul medical al pacientului în cauza ;
26. Respectă prevederile Ordinului nr. 961/2016 (modificat prin Ordinul nr. 78/2017, Ordinul nr. 880/2017 și Ordinul nr. 604/2017) privind curățarea, dezinfecția și sterilizarea în unitățile sanitare publice precum și prevederile Ordinului nr. 1101/2016

privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire și control al infecțiilor asociate asistenței medicale în unitățile sanitare.

27. Participă zilnic la raportul de gardă;
28. Confirmă decesul în foaia de observație consemnând data și ora producerii, precum și diagnosticul clinic de deces și dă dispoziție de transport a cadavrului la morgă după 2 ore de la deces, completează biletul de trimitere către serviciul de anatomie patologică (cu semnătură și parafă) dacă decesul a survenit în circumstanțe necunoscute ; mediaza întocmirea cererii de scutire de necropsie dacă aparținătorii legali solicita acest lucru și o înaintea conducerii spre aprobare .În acest caz,cadavrul poate fi predat familiei cu bon de însoțire
29. Respectă protocoalele de îngrijiri aplicabile în domeniul în care își desfășoară activitatea ;
30. Respectă principiile de etică și deontologie profesională
31. Cunoaște și respectă prevederile actelor normative în vigoare, aplicabile în domeniul sanitar ;
32. Este persoana responsabilă pentru intervențiile în caz de incendiu și a altor situații de urgență ;
33. Aplică ghidurile, protocoalele, algoritmi și procedurile aprobate la nivelul spitalului.
34. Asigură implementarea procedurilor specifice Sistemului de Management al Calității serviciilor medicale.
35. Comunică pacientului datele și informațiile legate de starea sa de sănătate și obține acordul informat al acestuia pentru toate investigațiile, procedurile și tratamentele necesare pe perioada episodului de îngrijire.
36. Asigură dreptul pacientului la o a doua opinie, dacă acesta o solicită;
37. Atribuțiile se completează cu cele stabilite prin deciziile emise în baza prevederilor legale aplicabile;
38. Completează fișele de autoevaluare lunare cf reglementărilor interne
39. Completează fișele de evaluare a riscurilor clinice la pacienții pe care îi tratează și instituie măsurile terapeutice și de îngrijire care derivă din cuantificarea acestor riscuri –ex profilaxia tromboembolismului, mobilizare asistată etc
40. Monitorizează evenimentele adverse suferite de pacienții tratați și le raportează SMC în maxim 24 ore de la producerea lor
41. Monitorizează riscurile semnificative la pacienții internați în structura în care își desfășoară activitatea,pt a fi aduse la cunoștința coordonatorului de structură ,în vederea includerii lor în registrul riscurilor de la nivel de compartiment .
42. Împreună cu șeful de structură și cu consilierea SMC se face analiza riscului și se stabilesc măsurile preventive pt a diminua efectele producerii lui
43. Se preocupă de perfecționarea medicală continuă EMC ,acumulând minim 40 puncte emc /an ,pe care le prezintă serviciului Runos
44. Participă la întâlnirile cu membrii SMC ,ale Consiliului medical,traininguuri interne ,instruiri ori de câte ori este convocat
45. Participă împreună cu medicul coordonator la elaborarea protocoalelor și ghidurilor din structură și specialitatea în care funcționează

46. Îndeplinește și alte sarcini de serviciu dispuse de superiori în limita competenței
47. .își reanșionează anual avizul de la Colegiul medicilor și asigurarea de malpraxis și le depune la Runos cu cel puțin 15 zile înainte de expirare
48. Îndeplinește toate sarcinile dispuse de SMC și întocmește în termenele recomandate solicitările acestora
49. Implementează toate dispozițiile manageriale ,deciziile SMC ,protocoalele terapeutice, procedurile operationale și de sistem în practica proprie și a personalului din subordine
50. Prezentul regulament se completează cu fișa postului

Art.6.3.5.

La nivelul Kardinal One Medical este organizată 1 linie de gardă.

Art.6.3.5.1

Principalele atribuții ale **medicilor de gardă** sunt:

1. Medicul șef de gardă răspunde de buna funcționare a compartimentelor și de aplicarea dispozițiilor prevăzute în Regulamentul intern, precum și a sarcinilor date de managerul spitalului, pe care îl reprezintă în orele în care acesta nu este prezent în spital;
2. Medicul șef de gardă controlează la intrarea în gardă prezența la serviciu a personalului medico-sanitar, existența mijloacelor necesare asigurării asistenței medicale curente și de urgență precum și predarea serviciului de către cadrele medii și auxiliare care lucrează în ture;
3. Medicul de gardă supraveghează tratamentele medicale executate de cadrele medii și auxiliare, iar la nevoie le efectuează personal;
4. Medicul de gardă supraveghează îndeaproape cazurile grave existente în secții sau internate în timpul gărzii.
5. Înscrie în registrul de consultații orice bolnav prezentat la spital în timpul gărzii, completează toate rubricile, semnează și parafează în registru pentru fiecare pacient;
6. Evaluează cazurile de urgență care se adresează spitalului, aplicând prevederile Ghidului național de triaj 2019. Temporizează cazurile care necesită evaluări suplimentare și le predă medicilor din spital spre rezolvare
7. Răspunde de justa indicație a internării sau a refuzului acestor cazuri, putând apela la ajutorul oricărui specialist din cadrul spitalului, chemându-l la nevoie de la domiciliu;
8. Răspunde la chemările care necesită prezența sa în cadrul spitalului și cheamă la nevoie alți medici ai spitalului necesari pentru rezolvarea cazului;
9. Întocmește foaia de observație a cazurilor internate de urgență –FSZ - și consemnează în foaia de observație evoluția pacienților și medicația de urgență pe care a administrat-o; De asemenea, consemnează toate investigațiile paraclinice efectuate

10. Acordă asistență medicală de urgență pacienților care nu necesită internarea și îi adresează către domiciliu cu documente care să concluzioneze despre și îngrijirile acordate ;
11. Asigură adresarea cu ambulanța către alte spitale a pacienților care nu pot fi rezolvați în spital, după acordarea primului ajutor;
12. Anunță cazurile de implicații medico-legale, Directorului medical sau Managerului spitalului după caz; de asemenea anunță poliția în cazul în care prevederile legale impun aceasta-moarte suspectă ;
13. Confirmă decesul, consemnând aceasta în foaia de observație și dă dispoziții de transportare a cadavrului la morga după 2 ore de la deces;
14. Asistă pe timpul gardii , prin sondaj, la distribuția alimentelor, alături de personalul desemnat
15. Medicul de gardă efectuează controlul calității hranei (organoleptic, cantitativ și calitativ), refuză alimentele alterate și sesizează aceasta conducerii unității;
16. Sesizează conducerii spitalului orice deficiențe în asigurarea calității hranei și procesul de distribuție a alimentelor de la blocul alimentar;
17. Verifică modul de servire a mesei de seară la pacienți făcând cunoscute conducerii spitalului problemele apărute;
18. Medicul de gardă din linia medicală controlează calitatea mâncărilor pregătite înainte de servirea mesei de dimineață, prânz, cină;
19. Refuză servirea felurilor de mâncare necorespunzătoare, consemnând observațiile în condica de la blocul alimentar; verifică reținerea probelor de alimente;
20. Anunță prin toate mijloacele posibile conducerea spitalului și autoritățile competente în caz de incendiu sau alte calamități ivite în timpul gardii și ia măsuri imediate de intervenție și prim ajutor cu mijloacele disponibile;
21. Urmărește disciplina și comportamentul vizitatorilor în orele de vizită și în afara lor dacă acestea sunt aprobate de conducerea spitalului sau șeful de secție și ia măsurile necesare atunci când se impune ;
22. Întocmește la terminarea serviciului raportul de gardă în formularul destinat acestui scop, consemnând activitatea din spital/compartiment pe timpul gardii, măsurile luate, deficiențele constatate și orice alte observații necesare;
23. Prezintă raportul de gardă;
24. Răspunde de aplicarea măsurilor de igienă și antiepidemice pentru prevenirea și controlul infecțiilor asociate asistenței medicale în timpul gardii;
25. Controlează igiena pacienților și însoțitorilor precum și starea de curățenie, ventilația, căldura saloanelor, grupurilor sanitare, etc, și dispune măsurile de remediere a lipsurilor constatate;
26. Controlează comportamentul igienic și respectarea tehnicilor aseptice de către personalul din subordine pe toată durata gardii și propune măsuri disciplinare;
27. Anunță imediat Directorul medical despre deficiențele de igienă constatate în timpul gardii și pe care nu le poate rezolva;
28. Aplică ghidurile, protocoalele, algoritmi și procedurile aprobate la nivelul spitalului.

29. Asigură implementarea procedurilor specifice Sistemului de Management al Calității serviciilor medicale.
30. Aplică procedurile specifice Sistemului de Management al Calității serviciilor medicale.
31. Comunică pacientului datele și informațiile legate de starea sa de sănătate și obține acordul informat al acestuia pentru toate investigațiile, procedurile și tratamentele necesare pe perioada episodului de îngrijire.
32. Utilizează aparatura din dotare pentru susținerea unui diagnostic corect
33. Utilizează judicios resursele materiale, medicamentele pt evitarea risipei
34. A se vedea și art 6.2.3
35. Isi reannoieste avizul de libera practica de la colegiul medicilor si asigurarea de malpraxis anual si le preda la Runos cu cel putin 15 zile inainte de expirare
36. Implementează protocoalele terapeutice, procedurile operationale și de sistem, deciziile manageriale și ale SMC în practica proprie și a personalului din subordine
37. Preia cazurile prezentate la camera de garda în funcție de simptomele de prezentare, cf listei aprobate de consiliul medical
38. Raspunde prompt la solicitarile de consult interdisciplinar ale medicului din cealalta linie de garda
39. Aplica prevederile ghidului de triaj
40. Respecta prevederile OMS 1091/2006 privind transferul interspitalicesc
41. Respecta codul de conduita
42. Are o abordare politicoasa si o atitudine empatica fata de pacientii
43. Solicita imediat interventia politiei prin dispecceratul 112 in caz de agrsiune fizica sau verbala asupra sa sau a personalului din subordine, precum si in caz de furt, distrugere a bunurilor spitalului etc

Art.6.3.6.

Asistentul medical cu atribuții de coordonare la nivel de spital are în principal următoarele atribuții:

1. Intocmeste graficele de lucru pe compartimente și structuri, ținând seama de prevederile Codului muncii, specificul activității, asigurarea continuității acesteia, competențele individuale și normativele de personal prevazute în OMS 1224.
2. Propune managerului spre aprobare relocările de personal lunare necesare în vederea asigurării continuității activității în caz de personal insuficient la nivelul structurilor medicale (concedii de odihna, concedii de studii, boala, etc)
3. Procedurează activitățile de tratament, explorări funcționale și îngrijire din secții și răspunde de calitatea acestora;
4. Prelevează testele de autocontrol stabilite prin programul lunar de autocontrol de către medicul șef CPCIIAM și le preda laboratorului în vederea prelucării
5. Monitorizează rezultatele testelor de sanitație și dispune împreună cu șeful CPCIIAM măsuri de remediere a neconformităților

6. Stabilește sarcinile de serviciu ale întregului personal din subordine, în concordanță cu competența individuală și fișa postului, pe care le poate modifica, înformand medicul coordonator al compartimentului ;
7. Intocmește graficele de curatenie de la nivelul compartimentelor ,monitorizand modul de respectare a lor
8. Monitorizeaza activitatea personalului de curatenie ritmmic ,dar si prin sondaj
9. Coordonează, controlează și răspunde de calitatea activității desfășurate de personalul medical din subordine;
10. Elaboreaza codul de bune practici medicale ale personalului medical si de ingrijire din subordine
11. Evaluează și apreciază ori de câte ori este necesar, individual și global, activitatea personalului din secție;
12. Organizeaza sesiuni de instruire cu personalul din subordine
13. Organizează impreuna cu Directorul medical și cu consultarea reprezentantului Ordinului Asistentilor Medicali, testări profesionale periodice pentru asistenții medicali și personalul auxiliar din cadrul compartimentului ;
14. Participă la selectarea asistenților medicali și a personalului auxiliar prin concurs, potrivit reglementarilor legale în vigoare;
15. Supraveghează și asigură acomodarea și integrarea personalului nou încadrat în vederea respectării sarcinilor din fișa postului;
16. Controlează activitatea de educație pentru sănătate realizată/desfășurată de asistenții medicali ;
17. Controlează calitatea mâncărilor pregătite înainte de servirea mesei de dimineață, prânz și cină; refuză servirea felurilor de mâncare necorespunzătoare,consemnând observațiile în condica de la blocul alimentar; verifică reținerea probelor de alimente ;
18. Informează conducerea spitalului despre evenimentele deosebite petrecute în timpul turelor precum și aspectele deosebite cu privire la evoluția și îngrijirea pacienților;
19. Întocmește tipurile de regimuri alimentare disponibile pe spital,facand parte din comisia de dietetica a spitalului
20. Aduce la cunoștința directorului medical absența temporară a personalului în vederea suplinirii acestuia potrivit reglementarilor legale în vigoare;
21. Coordoneaza și răspunde de aplicarea și respectarea normelor de prevenire și combatere a infecțiilor asociate asistenței medicale;
22. Răspunde de aprovizionarea compartimentelor cu instrumentar, lenjerie și alte materiale sanitare necesare și de întreținere și înlocuire a acestora conform normelor stabilite în unitate;
23. Asigură procurarea medicamentelor și materialelor sanitare curente pentru aparatul de urgenta al compartimentelor, controleaza modul în care medicatia este preluata din farmacie, pastrata, distribuita și administrata de catre asistentele și surorile medicale, Asigură justificarea la zi a medicamentelor din aparat ;

24. Realizează autoinventarierea periodică a dotării compartimentelor conform normelor stabilite în colaborare cu directorul medical și delegă persoana care răspunde de aceasta (dacă este cazul), față de administrația unității ;
25. Analizează și propune nevoile de perfecționare pentru categoriile de personal din subordine și le comunica conducerii ;
26. Însoțește ocazional medicul la vizită, consemnează și asigură îndeplinirea de către personalul din subordine a tuturor indicațiilor date de acesta;
27. Organizează instruirile periodice ale întregului personal din subordine privind respectarea procedurilor și normelor interne
28. Se preocupă de asigurarea unui climat etic al personalului din subordine față de pacienți;
29. Asigură păstrarea secretului profesional și nu oferă informații apartinatorilor ,cu excepția persoanelor desemnate ;
30. În cazul constatării unor acte de indisciplină la personalul din subordine, informează în scris medicul coordonator, și conducerea unității ;
31. Întocmește și răspunde de respectarea graficelor de lucru și programării concediilor de odihnă și asigură înlocuirea personalului pe durata concediilor;
32. Coordonează organizarea și realizarea instruirii elevilor școlilor postliceale sanitare însoțiți de instructorul de practică, conform stagiilor stabilite de comun acord cu școala;
33. Își desfășoară activitatea sub conducerea medicului coordonator și a directorului medical;
34. Răspunde de predarea datelor statistice ;
35. Centralizează fișele de autoevaluare ale personalului din subordine
36. Este numită persoana responsabilă cu activitatea de apărare împotriva incendiilor și a altor situații de urgență
37. Asigură prin materiale informative aducerea la cunoștința pacienților a drepturilor și obligațiilor pe care le au ;
38. Se preocupă de ridicarea continuă a nivelului profesional al personalului din subordine ;
39. Propune necesarul de achiziții materiale sanitare, echipamente de lucru și alte obiecte de inventar pentru anul următor;
40. Supervizează trimiterea condicilor de medicamente la farmacie și administrarea tratamentelor potrivit indicațiilor medicale ;
41. Controlează și răspunde de asigurarea sterilizării instrumentarului și a tuturor măsurilor de asepsie și antisepsie necesare prevenirii transmiterii infecțiilor interioare ;
36. Organizează și controlează folosirea integrală a timpului de muncă al personalului din subordine.
37. Are obligația de a participa la activitățile privind îmbunătățirea calității serviciilor spitalului.
38. Aplică ghidurile, protocoalele, algoritmi și procedurile aprobate la nivelul spitalului.

39. Asigură implementarea procedurilor specifice Sistemului de Management al Calității serviciilor medicale.
40. Aplică procedurile specifice Sistemului de Management al Calității serviciilor medicale.
41. În cazul în care efectuează munca pe secție, ca asistent medical de serviciu, se adaugă atribuțiile prevăzute la art 6.3.7
42. Implementează procedurile, protocoalele terapeutice aprobate, dispozițiile manageriale și deciziile SMC în practica proprie și a personalului din subordine
43. Prezentul regulament se completează cu prevederile din fișa postului

Art.6.3.7

Asistentul medical are în principal următoarele atribuții:

1. Preia pacientul nou internat, îi întocmește FOCG (la Biroul de internari / Camera de garda), îl supune procedurii de triaj la internare (verifică toaleta personală, ținuta de spital, deparazitare la nevoie) și îl repartizează în salon. Aplică procedurile de izolare în vederea transferului atunci când este cazul.
2. Instruiește bolnavii și aparținătorii cu privire la regulamentul de ordine interioară al spitalului și al compartimentului, asupra normelor de conduită și programului de secție și de vizită ; Prezintă pacienților reperele principale ale secției (sala de tratament, cabinet medic, toaleta, salon) ; Informează pacientul cu privire la modul de alertare rapidă în caz de urgență.
4. La internare observă simptomele și starea pacientului, măsoară și înregistrează funcțiile vitale, iar dacă starea pacientului o impune anunță imediat medicul.
5. Prezintă medicului de salon bolnavul pentru examinare și-l informează despre starea observată.
6. Întocmește documentația de îngrijire din FOCG cu toate rubricile, consemnând toate nevoile speciale ale pacientului. Centralizează aceste nevoi speciale la nivel de secție în Registrul de predare-primire al serviciului asistentelor. Îngrijește pacientul conform planului de îngrijire, terapeutic, explorări funcționale și informează medicul în mod sistematic privind evoluția lui.
7. Notează recomandările făcute de medic la vizită în caietul destinat acestui scop, caiet care rămâne în permanență în secția respectivă.
8. Pregătește bolnavul pentru examinările necesare, organizează transportul lui și la nevoie supraveghează starea acestuia pe timpul transportului, dacă este cazul.
9. Acordă primul ajutor în situații de urgență și cheamă medicul.
10. Observă simptomele și starea bolnavului și le înregistrează în FOCG, consemnând și medicul cărui i-au fost semnalate, cu data, ora și semnatura.
11. Raspunde de fixarea documentelor în FOCG (bilet internare, EKG, rezultate investigații) și de păstrarea în bune condiții a acestora.
12. Participă la vizita medicului de salon și a medicului coordonator de compartiment.
13. Notează recomandările medicului consemnate în FOCG, le execută autonom în limita competenței și le predă turelor următoare prin raportul scris al serviciului.

Informeaza prompt medicul asupra sarcinilor pe care din diverse motive nu le-a putut efectua, luand masuri pentru realizarea lor pe alta cale.

14. Desfasoara activitate de educatie pentru sanatate in functie de problemele si starea bolnavului internat.

15. Observa apetitul pacientilor, supravegheaza distribuirea mesei conform dietei consemnate in FOCG, desemneaza persoana care alimenteaza pacientii dependenti.

16. Asigura monitorizarea specifica a bolnavului conform prescriptiei medicale.

17. Pastreaza secretul profesional al actului medical si respecta codul de etica al asistentului medical.

18. Transcrie in format electronic condica de medicamente prescrisa de medic in FOCG si o transmite farmaciei pana la ora 11.00. Raspunde de preluarea medicamentelor scrise pe condica, de distribuirea lor corecta si completa. Daca se constata lipsa unui medicament din schema terapeutica, informeaza imediat medicul curant/ de garda pentru ca acesta sa fie inlocuit. De asemenea, inca de la internare informeaza pacientii privind sistarea oricarei medicatii anterioare aduse de la domiciliu. Pacientii care nu sunt apti sa-si administreze medicatia singuri, vor fi asistati. Daca un pacient se externeaza pe perioada valabilitatii unei condicii eliberate, medicamentele se returneaza farmaciei, prin completarea condicii de retur.

In cazul prezentarilor la Camera de garda- FSZ ,condica se scrie imediat in format electronic si se transmite farmaciei, urmand ca medicamentele sa fie recuperate a doua zi. Este interzisa administrarea unui medicament fara recomandarea medicului si fara ca el sa fie sczut imediat in condica electronica. Asistenta de serviciu in tura de zi, are obligatia de a evalua stocul de medicamente din aparatul de urgenta si de a-l completa la nevoie, astfel incat sa existe rezerva minima prevazuta la nivel de sectie.

19. Raspunde de utilizarea rationala a materialelor consumabile, le deconteaza in fisa de decontari din FOCG.

20. Raspunde de decontarea medicamentelor si a materialelor sanitare de la aparatul de urgenta.

21. Asigura pastrarea si utilizarea in conditii optime a instrumentarului si a aparaturii din dotare, precum si a inventarului moale existent.

22. Efectueaza verbal si in scris preluarea/ predarea fiecarui pacient si a serviciului in cadrul schimbului de tura privind continuarea tratamentului . Semnaleaza in scris si verbal asistentelor din tura urmatoare, toate situatiile speciale de urmarit sau de efectuat. Schimbul de tura se efectueaza in Camera de tratament de la nivelul compartimentului, cu semnatura de predare-primire, nu in vestiar, pe coridor sau in parcare spitalului.

Asistenta sefa de tura (asistenta cu vechimea cea mai mare), completeaza raportul de activitate al turei, il semneaza si il arhiveaza conform normelor de compartiment. Tot asistenta sefa de tura contrasemneaza raportul de activitate/igienizare al infirmierelor/ ingrijitoarelor din compartiment si tot ea intocmeste raportul de miscare al bolnavilor si centralizatorul de alimente pe care le preda Biroului de internari, respectiv Bucatariei.

23.Codifica in FOCG procedurile efectuate pacientilor (conform clasificarii interventiilor din domeniul sanatatii), atributie indeplinita de catre asistentele din tura de noapte, pentru

externarile din timpul zilei; centralizeaza consumurile in documentatia de ingrijire, recomandarile la externare conform rubricilor aferente.

24. Respecta programul de munca, graficul de ture stabilit de asistenta coordonatoare/ medicul coordonator/ management si programarea concediului de odihna. Se supune dispozitiilor de delegare emise de management.

25. Respecta codul de etica al Ordinului Asistentilor Medicali.

26. Respecta ROI , ROF, dispozitii manageriale.

27. Poarta echipamentul de protectie prevazut de Regulamentul de Ordine Interioara, care va fi schimbat ori de cate ori este nevoie, pentru pastrarea igienei si a aspectului estetic personal. Este interzisa venirea de acasa si plecarea la domiciliu in echipament de spital, schimbarea tinutei facandu-se obligatoriu in vestiar.

28. Supravegheaza modul de desfasurare a vizitei apartinatorilor, in vederea respectarii programului de vizita stabilit de conducere.

29. Se preocupa de actualizarea cunostintelor profesionale, prin studiu individual sau alte forme de educatie continua si conform cerintelor postului.

30. La inceputul si sfarsitul programului de lucru, fiecare persoana este obligata sa semneze condica de prezenta.

31. Respecta ordinea si disciplina la locul de munca, foloseste integral si cu maxima eficienta timpul de munca.

32. Isi desfasoara activitatea in mod responsabil, conform reglementarilor profesionale si cerintelor postului.

33. Prezentarea la serviciu cu deplina capacitate de munca, pentru a efectua servicii la parametrii de calitate impusi de compartiment.

34. Participa la procesul de formare a viitorilor asistenti medicali sub coordonarea asistentei sefe pe spital .

35. Raspunde de corectitudinea datelor pe care le consemneaza in documentele specifice de ingrijire.

37. Pregateste echipamentul, instrumentarul si materialul steril necesar interventiilor.

38. Respecta normele de securitate, manipulare si descarcare a stupefiantelor, precum si a medicamentelor cu regim special, in conformitate cu procedura operationala in vigoare.

39. Pregateste pacientul pentru externare. Pacientul va fi informat cu o zi inainte de data externarii. Daca acesta nu este apt sa paraseasca spitalul singur, va fi anuntata telefonic familia.

Daca beneficiaza de transport la domiciliu cu ambulanta , aceasta va fi solicitata telefonic cu 24 ore inainte pentru externarile programate si imediat pentru externarile din urgenta. La externare se face inventarul bunurilor proprii si de valoare ale pacientilor, pentru a exclude revendicari ulterioare; De asemenea vor fi inmanate pacientului, odata cu documentele de externare si buletinul si cardul de sanatate. Este interzisa parasirea spitalului de catre bolnavi cu branule, sonde urinare, nazo-gastrice, daca nu exista prevederi exprese in acest sens de la medicii curanti. Pacientii nedepasabili/greu deplasabili, vor fi insotiti de personalul medical pana la mijlocul de transport. Este interzisa externarea fara insotitori a persoanelor varstnice, invalide , greu deplasabile, cu boli psihice, etc.

40. In caz de deces constatat de medic, retientioneaza cadavrul 2 ore de la constatare, il izoleaza, in salon prin indepartarea celorlalti bolnavi, inventariaza obiectele personale cu proces verbal si le preda familiei pe semnatura. Organizeaza transportul acestuia la morga spitalului.

41. Raspunde de ingrijirea bolnavilor in salon si supravegheaza efectuarea de catre infirmiera a toaletei, schimbarii lenjeriei de corp si de pat, crearea conditiilor pentru satisfacerea nevoilor fiziologice, toate in conformitate cu nevoile de ingrijire identificate in fisa de ingrijire completata la internare.

42. Indruma si supravegheaza activitatea personalului auxiliar.

43. Se va supune masurilor administrative in ceea ce priveste neindeplinirea la timp si intocmai a sarcinilor prevazute in fisa postului.

44. Respectarea si aplicarea normelor prevazute in OMS 1761/2021, Ordinul MSP nr 961/2016 (modificat și completat prin Ordinul nr. 78/2017, Ordinul nr. 880/2017 și Ordinul nr. 604/2017) privind asigurarea curateniei, dezinfectiei, efectuarea sterilizarii si pastrarea obiectelor si materialelor sanitare, precum si a normelor prevazute in Ordinul MS nr. 1101/2016 privind aprobarea normelor de supraveghere, prevenire si control al infectiilor asociate activitatii medicale in unitatile sanitare, avand urmatoarele atributii:

- Anunta imediat asistentul medical coordonator asupra deficientelor instalatiilor de alimentare cu apa, instalatii sanitare, incalzire, oxigen, gaz, curent electric;
 - Respecta permanent si raspunde de aplicarea normelor de igiena, in special de spalarea si dezinfectia mainilor, cat si a regulilor de tehnica aseptica in efectuarea tratamentelor prescrise in conformitate cu procedurile in vigoare;
 - Raspunde de curatenia saloanelor, controleaza igiena insotitorilor;
 - Decontamineaza si pregateste materialul pentru interventii;
 - Ajuta la pastrarea igienei personale a pacientilor internati;
 - Supravegheaza efectuarea dezinfectiilor periodice (ciclice), zilnice;
 - Respecta masurile de izolare stabilite ;
 - Declara imediat asistentului medical coordonator pe spital/ medicului coordonator de compartiment orice imbolnavire acuta pe care o prezinta, precum si bolile transmisibile aparute la membrii familiei sale;
 - Supravegheaza si ia masuri de respectare a normelor de igiena de catre vizitatori (portul echipamentului, evitarea aglomerarii in saloane);
 - Supravegheaza mentinerea conditiilor de igiena si a toaletei bolnavilor imobilizati;
 - Supravegheaza curatenia si dezinfectia mainilor ca si portul echipamentului de protectie de catre infirmiere/ ingrijitoare, in cadrul transportului si distribuirii alimentelor.
45. Respecta Ordinul MS nr 1226/ 2012 pentru aprobarea Normelor tehnice privind gestionarea deșeurilor rezultate din activități medicale , colectand selectiv pe coduri specifice diferitele tipuri de deseuri periculoase si nepericuloase.
46. Respecta normele tehnice privind Ord. nr. 961 din 6 februarie 2016 pentru aprobarea curatarea, dezinfectia si sterilizarea in unitatile sanitare.
47. La trecerea intr-un alt loc de munca, va prelua sarcinile noului loc de munca in conformitate cu noua fisa de post.

48. Propune de solutii noi, cu motivarea acestora si evaluarea lor.
49. Asigura pastrarea la locul de munca si depunerea la arhiva a documentelor dupa expirarea perioadei de pastrare operative, sub coordonarea medicului sef compartiment.
50. Supravegheaza permanent pacientii pe timpul garzii si informeaza imediat medicul de garda cu privire la evolutia nefavorabila a unui pacient internat. Supravegheaza continuu pacientii veniti in urgenta si respecta toate indicatiile medicului de garda. Nu permite parasirea spitalului de catre pacienti pe timpul garzii sau in urgenta, fara avizul medicului. Raspunde direct pentru nedeclararea si nesemnarea la timp a oricarei evolutii negative/incident la nivelul compartimentului .
51. Schimbul de tura se efectueaza doar cu avizul medicului coordonator de compartiment, instiintat cu cel putin 48 ore inainte.
52. Parasirea locului de munca se face doar cu bilet de voie aprobat de manager si doar cu inlocuitor.
53. Prezentarea la serviciu se face cu circa 10-15 minute inainte de inceperea efectiva a turei, pentru a exista timpul necesar schimbului de tura.
54. Respecta programul de recoltare a analizelor de laborator in intervalul 6.00-10.30, Recupereaza rezultatele analizelor de la laborator intre orele 14.00-15.00 si le introduce in foile de observatie. Semnaleaza imediat medicului curant sau de garda eventuale constatari cu privire la valori patologice. Se ingrijeste de transmiterea urgenta la laborator a probelor urgente ca si de recuperarea urgenta a rezultatelor si comunicarea lor imediata medicului care le-a solicitat.
55. Cerintele care depasesc aria de competenta sau nu pot fi efectuate din diverse motive, vor fi raportate imediat sefului ierarhic.
56. Semnaleaza imediat sefului ierarhic orice eveniment negativ, incident, reactie adversa, conflict, etc. Situatiile neplacute vor fi tratate cu calm pe prim plan fiind grija fata de pacient.
57. Mentine permanent dialogul cu personalul din cadrul unitatii sanitare pentru rezolvarea problemelor conexe actului medical (reparatii, aprovizionare cu materiale si consumabile, etc).
58. Participa la toate cursurile , trainingurile efectuate de spital si la toate convocarile sefilor ierarhici (sedinta de compartiment, spital, etc.).
59. Comunica intr-o maniera politicoasa cu pacientii si colegii pentru evitarea conflictelor.
60. Prezinta biroului Runos ori de cate ori este necesara actualizarea: act de identitate, acte de stare civila si de nastere a copiilor, diplome de studii, competente profesionale.
61. Se supune examenelor medicale obligatorii periodice, la angajare si la reangajare in activitate, organizate de catre angajator, in colaborare cu Cabinetul de Medicina muncii, iar refuzul participarii la aceste controale reprezinta abatere disciplinara si se sanctioneaza in conformitate cu Legea 53/2003- Codul muncii.
62. In functie de nevoile spitalului identificate de management, va prelua si alte sarcini de de serviciu, in limitele competentei.
63. Se va supune masurilor administrative in ceea ce priveste neindeplinirea la timp si intocmai a sarcinilor prevazute in fisa postului.

64. Nu pastreaza telefonul mobil in buzunarele halatelor, pe masuta de tratamente, de recoltare, aparate medicale, etc. Acesta se pastreaza in geanta proprie din vestiar. Este interzisa conversatia privata la telefonul mobil in timpul serviciului.
65. Îsi desfasoara activitatea in echipa, respectand raporturile ierarhice si functionale.
66. Nu este abilitata sa dea relatii despre pacient sau boli, persoanelor neconsemnate de catre acestia in fisa de ingrijire. Orice informatie se va limita la prezenta sau absenta persoanei in spital, fara a se oferi date medicale.
67. Raporteaza situatiile de pericol care nu pot fi eliminate imediat, persoanelor abilitate in luarea deciziilor.
68. Reduce factorii de risc identificandu-i in functie de particularitatile locului de munca. Raporteaza factorii de risc si ii inlatura conform reglementarilor din procedurile interne . Respecta procedurile de urgenta si de evacuare, aplicand corect masurile necesare in functie de tipul accidentului si respectand procedurile specifice. Semnaleaza cu promptitudine accidentul personalului specializat si serviciilor de urgenta.
69. Este interzisa obtinerea de avantaje, foloase necuvenite/ bani pentru exercitarea atributiunilor de serviciu. Este interzisa folosirea calitatii profesionale pentru rezolvarea unor probleme personale sau obtinerea unor privilegii personale.
70. In cazul recomandarii concediului medical, anunta imediat seful ierarhic superior pentru a putea reorganiza turele de lucru si il depune in cel mult 24 ore de la emitere la biroul Runos
71. Are o tinuta decenta , un comportament profesional adecvat, poarta ecusonul de serviciu in timpul programului de lucru.
72. Respecta programul de functionare, circuitele functionale, reglementarile de acces.
73. Are obligatia de a se prezenta la serviciu odihnit, apt de lucru, fara sa fie sub influenta bauturilor alcoolice sau a altor substante psihotrope. Este interzis consumul acestora in timpul programului de lucru sau in incinta unitatii. Este interzis dormitul in timpul programului de lucru !!! Pe timpul garzii ,asistenta supravegheaza evolutia pacientilor internati si anunta medicul in caz de nevoie
74. Respecta Regulamentul de functionare al compartimentului cu privire la orarul de administrare a tratamentelor, orarul de recoltare, de investigatii, etc.
75. Asistenta cu vechimea cea mai mare este sefa de tura ;ea completeaza raportul de activitate zilnic si vizeaza raportul de activitate al infirmierelor /ingrijitoarelor din subordine numai dupa verificarea pe teren a efectuarii corespunzatoare a curateniei /dezinfectiei .
76. respecta prevederile OMS 1226/2012 privind gestionarea desurilor periculoase
77. completeaza toate rubricile din Planul de ingrijire si din foaia de observatie care sunt destinate completarii de catre asistentul medical
78. completeaza raportul de activitate zilnic si raportul de autoevaluare lunar
79. asistenta cu cea mai mare vechime in unitate este asistent responsabil de tura si coordoneaza activitatea celorlalte asistente si infirmiere de serviciu
- 80 .asistenta de serviciu identifica zilnic ,la preluarea serviciului pacientii critici si pe cei cu nevoi speciale, acordand ingrijiri corespunzatoare cu starea bolnavului si cu nevoile

reale identificate si consemnate in planul de ingrijire .Aceste cazuri vor fi predate in scris si verbal in procesul de predare -primire al serviciului .

81 comportamentul fata de pacient va fi politicos si empatic . Raspunsul la solicitarile pacientilor va fi imediat . Sunt interzise bruscarea pacientilor,atitudinea obraznica si raspunsul tardiv la solicitari.

82.comportamentul si atitudinea in timpul serviciului vor fi politicoase si corecte ,in consens cu mediul de lucru .In timpul programului sunt interzise radioul,programele TV,accesarea internetului si a aplicatiilor de social -media de pe calculatoarele institutiei, cu exceptia documentarii profesionale . De asemenea ,este interzisa utilizarea telefonului personal in alte scopuri decat cel al comunicarii de serviciu.

83.poarta ecuson de identificare

84.daca in compartimentul in care isi desfasoara activitatea nu este internat nici un pacient, asistenta anunta acest lucru medicului sef de garda si se pune la dispozitia acestuia ptr a prelua alte atributii.Se considera ca in aceasta situatie intervalul orar 07.00-10.00 este suficient ptr rezolvarea problemelor administrative din propriul compartiment .

85.participa la cursuri de perfectionare /instruire efectuate prin OAGMMR cel putin in limita celor 30 pcte obligatorii anual ,depunand curricula si diplomele la serviciul Runos al spitalului ,dar si la asistentul coordonator pe spital in vederea centralizarii

86.efectueaza cursul de resuscitare si de prevenire si combatere a IIAM organizate de spital anual

88.isi reannoieste anual avizul de libera de la OAMGMR si polita de raspundere civila in caz de malpraxis si le prezinta la biroul Runos cu cel putin 15 zile anterior expirarii

89 in cazul treceerii de la un compartiment de lucru intr-altul,respecta toate normele din noul compartiment ,atat de lucru,cat si de prevenire si combatere a IAAM .

90.verifica periodic valabilitatea medicamentelor,materialelor sterile,solutiilor,dezinfecantilor etc astfel incat sa fie inlaturate cele cu perioada de utilizare expirata

92 aplica procedurile de curatare si dezinfectie a aparatului de aerosoli

93 curata,dezinfecteaza si reorganizeaza permanent locul de munca si mesele de lucru ,indeosebi la sf programului

94 deconteaza imediat in condica electronica orice medicament utilizat de la aparatul de urgenta ,astfel incat el sa poata fi prompt substituit ,pt a mentine stocul de medicamente de urgenta la un nivel acceptabil,prestabilit de conducerea spitalului

95 nu este abilitata sa administreze medicatie cu de la sine initiativa,ci doar la recomandarea medicului

96 daca un medicament din schema terapeutica lipseste ,va fi informat imediat medicul curant sau de garada in vederea substituirii lui urgente ! este interzisa omiterea unei pozitii din schema terapeutica fara luarea de masuri compensatorii

97 asistenta medicala nu este abilitata sa invoiasca pacientii pentru parasirea spitalului.Daca medicul curant/de garda ii invoieste ,asistenta va consemna data,ora la care paraseste spitalul pe proprie raspundere si medicul care a acordat permisiunea .Dea semenea,vor fi consemnate data si ora revenirii

98 monitorizeaza permanent regimul vizitelor si ia masuri pentru respectarea regulamentului de vizita .Respecta masurile de carantina atunci cand situatia o impune

99 semnaleaza imediat medicului de sectie/garda orice atitudine agresiva fizica sau verbala ,comportament necivilizat etc din partea pacientilor,apartinatorilor si vizitatorilor

100 nu este abilitata sa dea relatii directe sau prin telefon apartinatorilor despre evolutia bolii sau prognostic

100 orice manevra terapeutica sau de ingrijire este imediat consemnata in FOCG cu data ,ora efectuarii ,de cine este recomandata si de cine este efectuata

101.asistenta de serviciu sefa de tura raspunde de intreaga evolutie a proceselor de ingrijire si tratament ,alimentatie ,igiena,curatenie,avand rol de coordonare a activitatii si a personalului din subordine -asistente,infirmiere

102 recoltarile produselor biologice de la pacientii internati sau retinuti pe timpul garzii se efectueaza de catre tura de noapte intre orele 06.00-07.00

103 tratamentul de dimineata se efectueaza de catre tura de dimineata intre orele 06.00-07.00

104.tratamentul de pranz se efectueaza de catre tura de zi intre orele 13.00-14.00

105 tratamentul de seara se efectueaza de catre asistentele de zi intre orele 18.00-19.00

106 daca din varia motive un tratament nu a fost efectuat ,acest lucru este adus la cunostiinta turei care urmeaza si preluat obligatoriu spre efectuare de catre acesata

107 aerosolii se efectueaza la orele 08.00, 14.00 si 20 .00 de catre personalul de serviciu din momentul respectiv

108 rezultatele de laborator sunt recuperate la ora 14.30 si introduse nominal in fiecare foaie de catre asistenta de serviciu

109 circuitul documentelor medicale respecta prevederile Legii 506 /2004 si ale Regulamentului UE 2016/679 privind gestiunea si protectia datelor

110 este interzisa abandonarea foilor de observatie in salaoane sau alte spatii ,inafara celor special destinate

111 toate aplicatiile se acceseaza cu parola de sectie sau individuala si vor fi inchise imediat dupa incetarea utilizarii lor

112.asistenta medicala nu este abilitata sa solicite analize de laborator

113 implementeaza procedurile ,protocoalele terapeutice si de ingrijire ,dispozitiile de management si ale SMC in practica proprie si a personalului din subordine

114.prezentul regulament se completeaza cu prevederile din fisa postului

115.asistenta de serviciu de la internarea pacientului este responsabila pentru existenta datelor de contact ale apartinatorilor in fiecare FSZ sau FOCG,inclusiv nr de telefon ;daca pacientul este adus cu ambulanta ,se solicita aceste date echipajului de ambulanta ,consemnandu-se nr apelantului la 112 ; daca pacientul nu poate furniza un nr de tel de contact,se consemneaza <<nu poate preciza >>

116.toate consimtamintele se semneaza de catre pacient/apartinatori inainte de efectuarea oricarei manopere medicale/investigatii/tratament

117.in situatia in care un pacient nu are apartinatori ,iar starea lui nu permite obtinerea consimtamantului informat ,se consemneaza acest lucru in foaia de observatie ,deciziile terapeutice fiind luate de catre medicul curant /garda

- 118 .este interzisa retinerea cartii de identitate si a cardului de sanatate
- 119 in caz de transfer al pacientului in alte unitati medicale pe langa documentele de transfer,pacientul va avea asupra lui cardul de sanatate si careta de identitate
- 120 in documentatia de transfer se specifica clar ca s-au inmanat actele personale
- 121 lucrurile personale vor insoti obligatoriu pacientul transferat
- 122.in caz de deces,lucrurile personale ,actele personale ,obiecte de valoare –telefoane .bani vor fi inmanate de catre asistenta de serviciu din momentul predarii cadavrului familiei pe semnatura
- 124 are obligatia de a cunoaste modul de functionare al tuturor aparatelor si analizoarelor de la camera de garda ,astfel incat sa poata efectua aceste solicitari cu rapiditate si fara resipa de reactivi si materiale
- 124 pentru neefectuarea la timp si corect a sarcinilor de serviciu vor raspunde cf Reg Intern si Codului Muncii

Art.6.3.12.

Infirmiera/ingrijitoarea .La Kardinal One Medical atributiile celor 2 posturi sunt intricate, personalul fiind instruit in acest sens privind executarea sarcinilor de serviciu si respectarea protocoalelor, procedurilor de lucru din compartimente

Are în principal următoarele atribuții:

1. Își desfășoară activitatea în mod responsabil conform reglementarilor profesionale și cerințelor postului ;
2. Își desfășoară activitatea sub îndrumarea și supravegherea asistentului medical;
3. Pregătește patul imediat după externarea pacientului . Schimbă lenjeria de pat si a pacienților la 3 zile,dar si ori de cate ori este nevoie ;
4. Efectueaza igiena pacienților la internare ,in cadrul procedurii de triaj epidemiologic la internare (imbaiere,deparazitare ,pijama curata).Daca situatia o impune ,executa procedura de deparazitare complet si corect si informeaza asistenta cu privire la acest aspect .
5. Preia efectele personale ale pacientilor care se interneaza și le depoziteaza la garderoba in baza unui bon inventar intocmit in 2 exemplare ,din care unul ramane la foaia de observatie ,celalalt fiind inmanat pacientului
6. Preia pacientul de la camera de garda si dupa evaluarea/rezolvaria starii de igiena il transporta la patul de spital
7. Informează asistenta medicală de tură despre orice incident/eveniment legat de pacient pe perioada deplasării de la internare pe secție și/sau la igienizare.
8. Efectueaza toaleta zilnica a pacientului imobilizat, cu respectarea regulilor de igienă, ori de cate ori este nevoie;
9. Ajuta asistentul medical la pozitionarea pacientului imobilizat.
10. Goleste periodic sau la indicația asistentului medical pungile care colectează urina sau alte produse biologice, excremente, după ce s-a facut bilanțul de către asistentul medical și a fost înregistrat în documentația pacientului.

11. Ajută pacienții deplasabili la efectuarea toaletei zilnice;
12. Ajută pacienții pentru efectuarea nevoilor fiziologice; informează asistenta de serviciu dacă un pacient prezintă tulburări de tranzit – scaune diareice în vederea izolării și a aplicării tratamentului adecvat .
13. Asigură curățenia, dezinfectia și păstrarea recipientelor utilizate, în locurile și în condițiile stabilite (în cadrul compartimentului);
14. Ajută la pregătirea pacienților în vederea examinării;
15. După decesul unui bolnav, sub supravegherea asistentului medical pregătește cadavrul și îl reținează 2 ore în salon, după care este predat firmei de pompe funebre
16. Transportă lenjeria murdară (de pat și a pacienților) în containere speciale la spălătorie și o aduce pe cea curată în containere speciale, cu respectarea circuitelor conform procedurilor în vigoare;
17. Execută curățenia și dezinfectia zilnică a mobilierului, pereților, suprafețelor, grupurilor sanitare, mijloacelor de transport etc din compartimentul în care își desfășoară activitatea, conform graficelor prestabilite și semnează în raportul zilnic de activitate pentru efectuarea lor ;
18. Pregătește la indicația asistentului medical, saloanele pentru dezinfectie ciclică ori de câte ori este necesar, efectuând curățenie generală ;
19. Transportă alimentele de la bucătărie pe secții cu respectarea normelor igienico-sanitare în vigoare (echipament adecvat-sort, manșuri, protecție mansete, mască, bonetă)
20. Distribuie masa pacienților ținând cont de tipurile de regim indicate în foaia de observație .
21. Asigură spălarea, dezinfectia și păstrarea igienică a veselei și tacâmurilor, curățenia oficiului alimentar din compartiment
22. Servește masa pacienților cu respectarea normelor igienico-sanitare în vigoare.
23. Ajută bolnavul să servească masa, dacă acesta nu se poate alimenta singur și asistenta medicală de tură i-a solicitat acest lucru și informează asistenta despre apetitul acestuia.
24. Asigură ordinea și curățenia în oficiile alimentare.
25. Efectuează dezinfectia tuturor echipamentelor cu folosință multiplă, cu respectarea concentrațiilor de utilizare a substanțelor dezinfectante și a timpului de contact, conform recomandărilor.
26. Efectuează curățenia și dezinfectia cărucioarelor pentru pacienți, a tărgilor și a celorlalte obiecte care ajută bolnavul la deplasare;
27. Pregătește și ajută bolnavul pentru efectuarea plimbării și îi ajută pe cei care necesită ajutor pentru a se deplasa;
28. Colectează materialele sanitare și instrumentarul de unică folosință, utilizate, în recipiente speciale și asigură transportul lor la spațiile amenajate de depozitare în vederea neutralizării, conform graficului stabilit ;
29. Răspunde de inventarul aflat în dotarea compartimentului;
30. Respectă regulamentul de ordine interioară;

31. Poartă echipamentul de protecție prevăzut de regulamentul intern care va fi schimbat ori de câte ori este nevoie pentru păstrarea igienei și aspectului estetic personal.
32. Poartă ecuson de identificare
33. Respectă normele igienico-sanitare și de protecția muncii;
34. Cunoaște și aplică normele legale în vigoare privind supravegherea, prevenirea și controlul infecțiilor asociate asistentei medicale.
35. Are grijă de protecția și securitatea echipamentelor și aparaturii din cadrul secției/compartimentului/cabinetului ;
36. Respectă un comportament etic față de pacienți și aparținători și față de personalul medico-sanitar;
37. Participă la instruirile periodice efectuate de asistentul medical, privind normele de igienă și protecția muncii, PSI;
38. Îndeplinește toate indicațiile asistentului coordonator, privind întreținerea curățeniei, salubrității, dezinfectiei și dezinsecției.
39. Respectă permanent regulile de igienă personală și declară asistentului coordonator îmbolnăvirile pe care le prezintă personal sau îmbolnăvirile survenite la membrii de familie.
40. Răspunde de păstrarea în bune condiții a materialelor de curățenie pe care le are în grijă personal precum și a celor care se folosesc în comun.
41. Informațiile pe care deține angajatul ca efect al executării contractului de muncă sunt strict confidențiale ; De asemenea sunt confidențiale documentele care s-au pus sau se vor pune la dispoziția angajatului ;
42. Secretul profesional este obligatoriu, cu excepția situațiilor prevăzute de lege ;
43. Face obiectul secretului profesional tot ceea ce salariatul , în timpul exercitării profesiei sale, a aflat direct sau indirect în legătură cu viața intimă a pacientului, a familiei, a aparținătorilor, precum și probleme de diagnostic, prognostic, tratament, diverse circumstanțe în legătura cu boala. Secretul profesional persistă și după terminarea tratamentului sau decesul pacientului.
44. Secretul profesional trebuie păstrat și față de aparținători, dacă pacientul nu dorește altfel.
45. Nu este abilitată să dea relații despre starea de sănătate a pacientului;
46. Aplică ghidurile, protocoalele, algoritmi și procedurile aprobate la nivelul spitalului.
47. Aplică procedurile specifice Sistemului de Management al Calității serviciilor medicale.
48. Participă la toate instruirile ,cursurile efectuate la nivel de spital
49. Nu părăsește spitalul pe timpul programului de lucru
50. Anunță imediat superiorii în caz de incapacitate de muncă , astfel încât să poată fi desemnat în timp util un înlocuitor
51. Efectuează curățenia saloanelor, sălilor de tratament, coridoarelor, scârilor, mobilierului, ferestrelor, ușilor și grupurilor sanitare;
52. Efectuează dezinfectia curentă a pardoselilor, peretilor, grupurilor sanitare, cu materiale și ustensile folosite numai în aceste locuri;

- 53.Efectuează cu avizul personalului mediu aerisirea periodică a saloanelor și răspunde de încălzirea corespunzătoare a acestora;Anunța defectiuni ale geamurilor ,caloriferelor ,mobilierului asistentului de serviciu, care la randul sau anunța prin referat de necesitate înregistrat la management serviciul administrativ în vederea remedierii defectiunilor
- 54.Transportă pe circuitul stabilit reziduurile solide la rampa de gunoi, curăță și dezinfectează recipientele;
- 55.Curăță și dezinfectează urinarele, plostile , etc. conform indicațiilor primite
- 56.Îndeplinește toate indicațiile asistentului coordonator, privind întreținerea curățeniei, salubrității, dezinfecției și dezinsecției.
- 57.Respectă permanent regulile de igienă personală și declară asistentului coordonator îmbolnavirile pe care le prezintă personal sau îmbolnavirile survenite la membrii de familie;
- 58.Participă la instruirile periodice efectuate de asistentul medical, privind normele de igienă și protecția muncii, PSI ;
- 59.Execută orice alte sarcini de serviciu la solicitarea asistentului medical sau a medicului, în limita de competență ;
- 60.Respectă codurile de procedură la colectarea deșeurilor ;
- 61.Atribuțiile se completează cu cele stabilite prin decizii emise în baza prevederilor legale aplicabile ;
- 62.Are obligația de a anunța în cel mai scurt timp asistentul coordonator în legătură cu orice caz de îmbolnăvire sau de apariție a unei boli transmisibile în familie, cu situațiile de incapacitate temporară de muncă;
- 63.Respectă prevederile Ordinului nr. 1226/2012 privind gestionarea deșeurilor rezultate din activitățile medicale, prevederile Ordinului nr. 961/2016 (modificat și completat prin Ordinul nr. 78/2017, Ordinul nr. 880/2017, ordinul nr. 604/2017) privind curățarea, dezinfecția și sterilizarea în unitățile sanitare publice precum și prevederile Ordinului nr. 1101/2016 privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire și control al infecțiilor asociate asistenței medicale în unitățile sanitare.
- 63.Nu este abilitată să dea relații despre starea de sănătate a pacientului.
- 64.Aplică ghidurile, protocoalele, algoritmi și procedurile aprobate la nivelul spitalului.
- 65.Aplică procedurile specifice Sistemului de Management al Calității serviciilor medicale.
- 66.Efectuează cursul de igienă și de resuscitare organizate de spital conform programării și cel de prevenire și combatere a infecțiilor asociate actului medical anual .
- 67.Completează toate înscrisurile ,rapoartele de activitate ,graficele de lucru în conformitate cu reglementările interne ,inclusiv data și ora deschiderii/închiderii recipientilor pentru deșeurile periculoase ,ingrijindu-se de respectarea duratei legale de utilizare .Completează graficele de temperatura ale frigiderelor din compartimentul în care lucrează .

68. Implementeaza in practica proprie toate procedurile ,protocoalele aprobate ,dispozitiile de manager si de la SMC

69. In caz de deces, depoziteaza obiectele personale ale decedatului si le inmaneaza sub supravegherea asistentei de serviciu apartinatorilor legali, cu semnatura de primire

Art 6.8 COMPARTIMENTUL DE PREVENIRE, COMBATERE ȘI LIMITARE A INFECȚIILOR ASOCIATE ASISTENȚEI MEDICALE-CPLIAAM

Funcționează în baza OMS 1101/2016 ,Legea 3/2021 și OMS 1761/2021

Atributii:-elaboreaza strategia,procedurile,protocoalele de prevenire si combatere a infectiilor asociate actului medical ;este condus de 1 medic cu statut de invitat permanent in sedintele comitetului director ;conlucreaza strans cu SMC in vederea indeplinirii obiectivelor strategice majore

-supervizeaza activitatea Comitetului de prevenire si combatere a IIAM din spital ,pe care il coordoneaza

Medicul epidemiolog sef al CPLIIAM are urmatoarele atributii :

1. organizează și participă la întâlnirile Comitetului de prevenire si combatere a infectiilor asociate asistentei medicale;
2. elaboreaza procedurile,protocoalele,regulamentele care guverneaza prevenirea si combaterea IIAM.
3. propune managerului sanctiuni pentru personalul care nu respectă procedurile și protocoalele de prevenire și limitare a infectiilor asociate asistentei medicale;
4. șeful/responsabilul contractat participă în calitate de membru la ședințele Comitetului director al unității sanitare și, după caz, propune acestuia recomandări pentru implementarea corespunzătoare a Planului anual de prevenire a infectiilor, echipamente și personal de specialitate;
5. elaborează și supune spre aprobare managementului si DSP teritoriala Planul anual de supraveghere, prevenire și limitare a infectiilor asociate asistentei medicale din unitatea sanitară;
6. organizează, în conformitate cu metodologia elaborată de Institutul Național de Sănătate Publică, anual, un studiu de prevalență de moment a infectiilor asociate asistentei medicale și a consumului de antibiotice din spital;
7. organizează și derulează activități de formare a personalului unității în domeniul prevenirii infectiilor asociate asistentei medicale;
8. organizează activitatea serviciului/compartimentului de prevenire a infectiilor asociate asistentei medicale pentru implementarea și derularea activităților cuprinse în Planul anual de supraveghere și limitare a infectiilor asociate asistentei medicale al unității;
9. propune și inițiază activități complementare de prevenție sau de limitare cu caracter de urgență, în cazul unor situații de risc sau al unui focar de infecție asociată asistentei medicale;
10. elaborează ghidul de izolare al unității sanitare și coordonează aplicarea precauțiilor specifice în cazul depistării colonizărilor/infectiilor cu germeni multi/plurirezistenți la pacienții internați;
11. întocmește harta punctelor și zonelor de risc pentru apariția infectiilor asociate asistentei medicale și elaborează procedurile și protocoalele de prevenire și limitare în conformitate cu aceasta;
12. implementează metodologiile naționale privind supravegherea bolilor transmisibile și studiile de supraveghere a infectiilor asociate asistentei medicale;

13. verifică completarea corectă a registrului de monitorizare a infecțiilor asociate asistenței medicale de pe secții și centralizează datele în registrul de monitorizare a infecțiilor al unității;
14. raportează la Direcția de Sănătate Publică Județeană infecțiile asociate asistenței medicale ale unității și calculează rata de incidență a acestora pe unitate și pe secții;
15. organizează și participă la evaluarea eficienței procedurilor de curățenie și dezinfecție prin recoltarea testelor de autocontrol;
16. colaborează cu medicul de laborator pentru cunoașterea circulației microorganismelor patogene de la nivelul secțiilor și compartimentelor, cu precădere a celor multirezistente și/sau cu risc epidemiologic major, pe baza planului de efectuare a testelor de autocontrol;
17. solicită trimiterea de tulpini de microorganisme izolate la laboratoarele de referință, în conformitate cu metodologiile elaborate de Institutul Național de Sănătate Publică, în scopul obținerii unor caracteristici suplimentare;
18. supraveghează și controlează buna funcționare a procedurilor de sterilizare și menținere a sterilității pentru instrumentarul și materialele sanitare care sunt supuse sterilizării;
19. supraveghează și controlează activitatea de triere, depozitare temporară și eliminare a deșeurilor periculoase rezultate din activitatea medicală;
20. organizează, supraveghează și controlează respectarea circuitelor funcționale ale unității, circulația pacienților și vizitatorilor, a personalului și, după caz, a studenților și elevilor din învățământul universitar, postuniversitar sau postliceal;
21. avizează orice propunere a unității sanitare de modificare în structura unității;
22. supraveghează și controlează respectarea în secțiile medicale și paraclinice a procedurilor de triaj, depistare și izolare a infecțiilor asociate asistenței medicale;
23. răspunde prompt la informația primită din secții și demarează ancheta epidemiologică pentru toate cazurile suspecte de infecție asociată asistenței medicale;
24. dispune, după anunțarea prealabilă a managerului unității, măsurile necesare pentru limitarea difuziunii infecției, respectiv organizează, după caz, triaje epidemiologice și investigații paraclinice necesare;
25. întocmește și definitivează ancheta epidemiologică a focarului, difuzează informațiile necesare privind focarul, în conformitate cu legislația, întreprinde măsuri și activități pentru evitarea riscurilor identificate în focar;
26. solicită colaborările interdisciplinare sau propune solicitarea sprijinului extern de la direcția de sănătate publică sau Institutul Național de Sănătate Publică - centru regional la care este arondat, conform reglementărilor în vigoare;
27. raportează managerului problemele depistate sau constatate în prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale;
28. întocmește rapoarte cu dovezi la dispoziția managerului spitalului, în cazurile de investigare a responsabilităților pentru infecții asociate asistenței medicale.

29. elaboreaza planul anual de autocontrol si monitorizeaza rezultatele testelor de sanatate ,stabilind masurile necesare in vederea constatarii de neconformitati
30. verifica prin sondaj starea de curatenie la nivelul blocului alimentar
31. ntocmeste calendarul prelevarii de probe de apa in vederea autocontrolului potabilitatii si a incarcaturii bacteriene
32. elaboreaza si verifica implementarea corecta a procedurilor de sterilizare ,dar si a controlului sterilizarii
33. elaboreaza planul anual de autocontrol mbacteriologic al personalului angajat,in special cel din sectoare sensibile-bucatarie ,sali de tratament
34. efectueaza analize periodice privind consumul de antibiotice, respectarea procedurilor de antibioterapie si antibioprofilaxia
35. elaboreaza harta antibioretistentei si stabileste lista antibioticelor de rezerva utilizate in spital,impreuna cu comisia abilitata
36. instiinteaza imediat managerul cu privire la existent unei infectii asociate si dispune masurile care se impugn pt neutralizarea si limitarea ei in cf cu OMS 1101/2016
37. conlucreaza cu SMC,laboratorul de analize medicale contractat ,Consiliul medical si Comitetul director in vederea realizarii acestor atributii

CAPITOLUL VII

STRUCTURI FUNCȚIONALE ALE KARDINAL ONE MEDICAL ȘI ATRIBUȚIILE LOR

Art.7.1.

Compartimentele funcționale ale spitalului sunt constituite pentru îndeplinirea atribuțiilor ce revin acestuia cu privire la activitatea economico-financiară și administrativ-gospodărească

Art.7.2.

Aceste activități se asigură prin următoarele servicii :

- Birou resurse umane-Runos
- Serviciul financiar-contabil
- Serviciul administrativ
- Bloc alimentar
- Secretariat
- Birou internari - statistica medicala

Biroul RUNOS are 1 angajat cu ½ norma și se afla în subordinea directă a managerului

Are în principal următoarele atribuții:

1. Intocmirea statelor de funcții conform structurii unității aprobate de Ministerul Sănătății, cu respectarea numărului maxim de posturi pe categorii de personal, și stabilirea fondului de salarii pe surse de finanțare.
2. Intocmirea normativului de personal în conformitate cu prevederile OMS 1224/2010 (modificat de Ordinul nr. 808/2019).
3. Tine evidența personalului angajat pe categorii și structurii organizatorice a unității și a liniilor de garda aprobate
4. Intocmește dosarul personal al fiecărui angajat care cuprinde contractul de muncă, dovada studiilor și competențelor, copie după actul de identitate și de căsătorie, copii după actele de naștere ale copiilor, actele adiționale la contractul inițial, fișa postului, fișele de aptitudine, diplomele și certificările personale dobândite ulterior angajării, documentația concursului de ocupare a postului, alte acte cu relevanță pt angajat
5. Dosarele personalului vor fi ținute în ordine și la zi
6. Stabilirea și acordarea drepturilor salariale (salar de bază, sporuri cu caracter permanent, indemnizații de conducere, etc.) conform legislației în vigoare - Legea 153/2017 și HG 153 /2018 privind salarizarea personalului din domeniul sanitar .
7. Stabilirea și acordarea drepturilor de concediu de odihnă; monitorizarea zilelor de concediu restant și planificarea acordării lor pt fiecare angajat în parte
8. Centralizează planificările de concediu de odihnă de la nivel de compartimente și monitorizează respectarea lor
9. Stabilirea programului de lucru pe categorii de personal în conformitate cu deciziile managerului emise în urma analizei necesarului de personal în vederea asigurării continuității activității în toate compartimentele, analiză efectuată împreună cu șefii de compartimente, directorul medical și asistentul coordonator pe spital .
10. Organizează evaluarea performanțelor profesionale individuale anuale de către conducătorii de compartimente .
11. Intocmește împreună cu șefii de secții și servicii fișa postului pentru toate categoriile de persoane.
12. Completează și operează la zi în programul Revisal, pentru întreg personalul, contractele individuale de muncă și actele adiționale acestora, întocmește documentația de întrerupere a contractelor de muncă, conform Legii nr.53/2003.
13. Organizează concursurile pentru ocuparea posturilor vacante și asigură secretariatul desfășurării acestora .
14. Intocmește documentația pentru pensionare limită de vârstă sau invaliditate
15. Intocmirea statelor de plată lunar - calcularea tuturor drepturilor salariale pe baza foilor colective de prezență și a graficelor de gardă (salar de bază, indemnizație de conducere, sporuri, sărbători, gardă, concedii de boală, maternitate, îngrijire copil până la doi ani). Calcularea tuturor reținerilor lunare la drepturile salariale individuale și întocmirea situațiilor aferente pentru CJAS, Direcția Muncii, Direcția Finanțelor Publice (impozit, contribuția pentru pensie suplimentară, contribuția

pentru sanatate, somaj și cotizatii pentru Colegiul Medicilor, Ordinul Asistentilor Medicali

16. Intocmeste situatiile și raportarile statistice la termenele stabilite pentru Ministerul Sănătății, D.S.P., C.J.A.S, Directia Finantelor Publice, Directia Muncii etc.

17. Efectueaza corespondenta curenta a serviciului.

18. Elaboreaza Planul de formare profesionala la nivel de spital ,centralizand propunerile de la nivelul compartimentelor ;monitorizeaza implementarea lui

19. Elibereaza adeverinte de venit,angajat etc la cerere

20. Biroul R.U.N.O.S. asigura cadrul legal pentru strategia de personal a managerului unității, în vederea realizării obiectivelor privind asigurarea unei structuri de personal funcționala, motivata și eficienta, asociata atat cu resursele financiare prevazute în bugetul de venituri și cheltuieli, precum și cu obligațiile contractuale asumate în domeniul sănătății .

22. Biroul R.U.N.O.S. are ca obiect de activitate recrutarea, selectarea, angajarea, raporturile de munca și salarizarea personalului, în concordanța cu structura organizatorica și complexitatea atribuțiilor unității, pe domeniul de activitate pe care îl reprezinta, în vederea realizării cu eficiență maximă a obiectivelor unității sanitare și a satisfacerii nevoilor angajaților.

23. Conlucreaza cu Comitetul Director, SMC ,Consiliul medical in vederea elaborarii strategiei de personal pe termen scurt,mediu si lung in vederea asigurarii continuitatii serviciilor medicale

24. Aplica anual chestionarele de satisfactie ale salariatilor ,le preoceseaza,centralizeaza datele si intocmeste un raport catre manager cu propuneri de imbunatatire a activitatii si cu principalele probleme identificate

25. Declanseaza procedura de integrare a noilor angajati si monitorizeaza indeplinirea ei la nivelul structurilor

26. Raspunde de continutul si securitatea dosarelor personale ale angajatilor ,de asumarea prin semnatura a tuturor contractelor,actelor aditionale,dispozitiilor de delegare/dirijare/mutare /transfer

27. Tine evidenta dispozitiilor manageriale si se ocupa de difuzarea lor si luarea la cunostiinta de catre angajati prin semnatura

28. Raspunde de afisarea la timp la avizierul institutiei a tuturor hotararilor de interes major ce vizeaza politica de personal ,a anunturilor si regulamentelor de concurs,Reg intern si ROF

29. Afiseaza pe site-ul institutiei anunturile de concursuri in conformitate cu legislatia, asigura secretariatul concursurilor

30. Afiseaza lunar pe site-ul institutiei lista garzilor

31. Afiseaza pe site-ul spitalului Regulamentul intern ,ROF ,comisiile de lucru din spital cu componenta actualizata ,drepturile si obligatiile pacientului ,programul de vizita etc

32. Actualizeaza site-ul spitalului ori de cate ori se schimba un coordonator de structura ,presedinte de comisie,comitet director,membrii ai comisiilor etc

33. Centralizeaza cursurile efectuate de catre angajati, monitorizand indeplinirea necesarului de 40 puncte EMC anual pentru medici/farmacisti si 30 pentru asistente ;atentioneaza managementul cu privire la neindeplinirea acestor cerinte de catre angajati

34. centralizeaza sanctiunile hotarate in urma cercetarilor disciplinare si monitorizeaza implementarea actiunilor corective

35. Tine corespondenta cu CJAS Timis cu privire la problemele de personal, certificari , autorizatii de libera practica , polite de malpraxis

36. solicita si arhiveaza anual in dosarele personale avizele de libera practica si politele de malpraxis ale tuturor angajatilor din domeniul medical

37. intocmeste rapoartele, situatiile centralizatoare solicitate de CJAS si DSP Timis in totalitate si la timp

38 elaboreaza procedurile privitoare la politicile de personal si activitatea Runos

39. implementeaza standardele ANMCS cu privire la politicile de personal

40. conlucreaza cu SMC in vederea indeplinirii standardelor de acreditar

41. fisa postului lucratorului de la Runos constituie anexa la prezentul regulament

42. angajatii Runos vor avea o atitudine politicoasa ,de colegialitate cu restul personalului

43. adeverintele de salariu si cele care atesta calitatea de angajat se elibereaza in 24-72 ore .Alte cereri se solutioneaza in termenul legal de 30 zile

44. intocmeste contractul de munca al viitorilor angajati, il prezinta managerului spre semnare si il inregistreaza in Revisal cu 24 ore anterior inceperii activitatii.

45. nu admite prezenta la munca a persoanelor care nu au contract de munca valabil

46. intocmeste contracte de voluntariat pentru persoanele care solicita efectuarea acestui gen de activitate

47 implementarea condicilor de prezenta si monitorizarea prezentei/intarzierilor la locul de munca ,cu centralizarea lor si prezentarea situatiei centralizatoare catre manager in vederea luarii masurilor care se impun

Principiile esentiale ale managementului resurselor umane sunt:

1. Aprecierea factorului uman ca o resursă vitală;
2. Corelarea, într-o manieră integrată, a politicilor și sistemelor privind resursele umane cu misiunea și strategia organizației din unitatea sanitară;
3. Preocuparea susținută de concentrare și direcționare a capacităților și eforturilor individuale în vederea realizării eficiente a misiunii și obiectivelor stabilite;
4. Dezvoltarea unei culturi organizaționale sănătoase.

Obiectivele urmărite de managementul resurselor umane constă in:

1. Creșterea eficienței și eficacității personalului;
2. Reducerea absenteismului;

3. Creșterea satisfacției în muncă a angajaților;
4. Creșterea capacității de inovare, rezolvare a problemelor și schimbare a organizației.

Art. 7.5

Structura de Management al Calității serviciilor medicale

Structura de management al Calității serviciilor medicale desfășoară în principal următoarele activități:

1. Elaborează și implementează Planul anual al managementului calității serviciilor medicale;
2. coordonează activitățile de elaborare a documentelor sistemului de management al calității serviciilor medicale:
 - a1) manualul calității serviciilor medicale;
 - a2) procedurile;
3. coordonează și implementează programul de acreditare a tuturor serviciilor oferite în cadrul unității, pe baza procedurilor operaționale specifice fiecărei secții, laborator etc. și a standardelor de calitate;
4. coordonează și implementează procesul de îmbunătățire continuă a calității serviciilor medicale;
5. colaborează cu toate structurile unității în vederea îmbunătățirii continue a sistemului de management al calității serviciilor medicale;
6. implementează instrumente de asigurare a calității serviciilor medicale și de evaluare a serviciilor oferite;
7. asigură implementarea strategiilor și obiectivelor referitoare la managementul calității serviciilor medicale declarate de Manager;
8. asigură implementarea și menținerea conformității sistemului de management al calității serviciilor medicale cu cerințele specifice;
9. coordonează activitățile de analiză a neconformităților constatate și propune managerului acțiunile de îmbunătățire, corective sau preventive ce se impun;
10. coordonează analizele cu privire la eficacitatea sistemului de management al calității serviciilor medicale;
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

Art. 7.2.3.1

Responsabilul Managementul Calității Serviciilor medicale (RMC).

1. Pregătește și implementează ”Planul anual de îmbunătățire a calității și siguranței pacienților” și-l supune aprobării managerului spitalului;
2. Pentru modificările/îmbunătățirile aduse prin ”Planul anual de îmbunătățire a calității și siguranței pacienților”, care presupun alocarea de fonduri financiare, întocmește propuneri de alocări bugetare ori de câte ori este necesar, pe care le supune aprobării comitetului director al spitalului;
3. Coordonează toate activitățile de elaborare și revizuire a documentelor sistemului de management al calității: manualul calității și procedurile operaționale;

4. Coordonează și implementează în colaborare cu Consiliul medical programul de acreditare a tuturor serviciilor oferite în cadrul unității, pe baza procedurilor operaționale specifice fiecărei secții, laborator etc. și a standardelor de calitate;
5. Coordonează și implementează procesul de îmbunătățire continuă a calității serviciilor;
6. Colaborează cu toate structurile unității în vederea îmbunătățirii continue a sistemului de management al calității, fiind în acest sens obligat să facă propuneri fundamentate legal;
7. În calitate de coordonator al echipei de audit clinic, desfășoară auditul clinic în baza unei planificări anuale, utilizând în acest sens rezultatele rapoartelor de evaluare periodică a protocoalelor diagnostice și terapeutice puse la dispoziție de către structurile din cadrul spitalului abilitate. La solicitarea managerului spitalului desfășoară misiuni de audit clinic suplimentare, atunci când apar evenimente indezirabile. În scopul perfecționării pregătirii sale profesionale, are obligația de a participa la un curs de auditor clinic recunoscut de ANMCS;
8. Implementează instrumente de asigurare a calității și de evaluare a serviciilor oferite;
9. Asigură implementarea strategiilor și obiectivelor referitoare la managementul calității declarate de managerul spitalului (prin planul strategic și/sau planul de management);
10. Asigură implementarea și menținerea conformității sistemului de management al calității cu cerințele specifice;
11. Efectuează, prin sondaj – în baza unui plan de control aprobat de către managerul unității, controlul - din punct de vedere a asigurării unor servicii de calitate, a activităților desfășurate în cadrul structurilor spitalului;
12. Asigură prin personalul din subordinea sa, desfășurarea activității de analiză a gradului de satisfacție al pacienților internați, prin discuții directe cu pacienții și prin interpretarea chestionarelor de satisfacție completate de pacienți, pe care le prezintă ulterior spre analiză managerului, dar și Consiliului medical.
13. În acest sens, analizează sugestiile pacienților internați în spital referitoare la activitatea medicală a spitalului și face propuneri privind luarea unor măsuri corective și de înlăturarea a deficiențelor constatate;
14. Coordonează activitățile de analiză a tuturor neconformităților constatate și propune managerului acțiunile de îmbunătățire sau corective ce se impun;
15. Coordonează analizele cu privire la eficacitatea sistemului de management al calității;
16. Asigură aplicarea strategiei sanitare și politicii de calitate a unității în domeniul medical în scopul asigurării sănătății pacienților;
17. Asistă și răspunde tuturor solicitărilor managerului pe domeniul de management al calității și siguranței pacienților;
18. Întocmește analize, informări privind stadiul implementării sistemului de management al calității, în cadrul cărora identifică problemele și propune măsuri

- de remediere a acestora, urmărind ulterior punerea în practică a propunerilor adoptate;
19. Dispune prin personalul aflat în subordine, măsuri de informare a personalului spitalului privind stadiul implementării sistemului de management al calității, precum și a măsurilor de remediere/înlăturare a deficiențelor constatate;
 20. În vederea conformării la referințele, standardele, criteriile, cerințele și indicatorii utilizați de către A.N.M.C.S. în procesul de evaluare sau/și în procesul de monitorizare, întocmește propuneri scrise privind:
 - elaborarea și revizuirea planului strategic al spitalului, regulamentului de organizare și funcționare, regulamentului intern, procedurilor operaționale, etc.
 - modificări ale organigramei spitalului;
 - modificări ale circuitelor funcționale din cadrul spitalului;
 - implementarea unor prevederi normative nou apărute, care privesc sau au legătură cu managementul calității serviciilor medicale;
 - îmbunătățirea oricăruia dintre procesele derulate în cadrul spitalului în contextul în care constată că acestea determină probleme de calitate sau/și siguranță ale părților implicate în acestea;
 - implementarea de procese/activități noi.
 21. Consiliază managerul spitalului privind implementarea și îmbunătățirea permanentă a sistemului de management al calității, întocmind la cererea acestuia puncte de vedere bine documentate - bazate pe realizarea dezideratului de asigurare a legalității hotărârilor, prin studierea și aplicarea permanentă a legilor, regulamentelor militare, ordinelor și dispozițiilor în vigoare.
 22. În exercitarea atribuțiilor funcționale redactează proiecte fundamentate legal, pe care le supune aprobării managerului spitalului.
 23. Ia la cunoștință zilnic sarcinile stabilite pentru Birou managementul calității serviciilor medicale de către managerul spitalului.
 24. Este obligat ca în exercitarea atribuțiile funcționale să contribuie la îndeplinirea obiectivelor prevăzute în planul strategic.
 25. În raport cu activitățile necesare realizării obiectivelor din Planul strategic de dezvoltare, prezintă semestrial/anual (după caz) rapoarte privind stadiul îndeplinirii acestora, motivele pentru care acestea nu au fost îndeplinite și propuneri concrete pentru remedierea deficiențelor;
 26. În baza ”Raportului intermediar de etapă de monitorizare”, a ”Planului de îndeplinire a cerințelor de monitorizare” și a ”Raportului final de etapă de monitorizare” transmise spitalului de către responsabilul zonal cu monitorizarea – nominalizat de către A.N.M.C.S., dispune personalului din subordine întocmirea (cu sprijinul Comisiei de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților) a ”Planului de îndeplinire a cerințelor de monitorizare” și urmărește remedierea tuturor neconformităților,
 27. Dispune prin personalul din subordine întocmirea Planificării anuale a instruirilor privind asigurarea și îmbunătățirea continuă a calității serviciilor de sănătate și a

- siguranței pacientului (diferențiată pe categorii de personal), și, după caz, susține prezentări /informări în cadrul instruirilor planificate;
28. Pentru aplicarea prevederilor art. 2 alin. (2) din Ordinul președintelui A.N.M.C.S. nr. 639/2016 pentru aprobarea ”*Metodologiei de monitorizare a unităților sanitare acreditate*”, **în calitate de responsabil cu managementul calității**, în cadrul procesului de monitorizare de către A.N.M.C.S. a spitalului, asigură permanent, cu sprijinul *Comisiei de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților*, fluența comunicării inter-instituționale, în scopul urmăririi de către A.N.M.C.S. a conformității spitalului cu cerințele standardelor de acreditare și cu celelalte prevederi legale aplicabile pe toata durata de valabilitate a acreditării, asigurând în acest sens desfășurarea în bune condiții a activităților impuse prin respectiva normă juridică;
 29. Organizează, îndrumă și controlează activitatea personalului din subordine în vederea realizării obiectivelor curente, medii și de lungă durată, impuse serviciului pe care-l conduce.
 30. În vederea perfecționării pregătirii profesionale continue, participă anual, la minim un curs, forum, conferință sau altă formă de pregătire profesională organizată sub egida A.N.M.C.S., care are ca subiect managementul calității serviciilor de sănătate și/sau privind auditul clinic/intern.
 31. Participă ori de câte ori este solicitat la ședințele comitetului director spitalului, rapoartele de gardă, este invitat permanent la ședințele Consiliului medical și redactează în acest sens procesele-verbale de ședință, precum și pe cele ale Comitetului director. Pe parcursul acestor activități are obligația de a consilia conducerea unității în toate problemele care pot avea legătură cu îmbunătățirea proceselor/activităților din cadrul spitalului, oferind în acest sens soluții viabile;
 32. Dispune personalului din subordine executarea activității de evaluare a a nivelului de conformitate a respectării procedurilor (inclusiv cele din domeniul informațional care permit eficientizarea activității în spital, conform planificării anuale prealabile) și a protocoalelor aprobate, la nivelul tuturor sectoarelor de activitate din spital, în baza unei planificări anuale aprobate de către comandant, întocmită în baza propunerilor *Comisiei de coordonare a implementării managementului calității serviciilor*. Asigură în acest sens întocmirea de rapoarte anuale cu privire la nivelul de conformitate a reglementărilor/ procedurilor/ protocoalelor analizate;
 33. În funcție de rezultatele controlului intern de calitate al laboratorului clinic, propune conducerii spitalului măsuri de remediere a deficiențelor;
 34. Monitorizează consumurile specifice aferente sectorului propriu de activitate (atunci când sunt alocate) și întocmește anual o analiză în acest sens, pe care o transmite Comitetului director;
 35. În calitate de RMC, are obligația de a propune modificarea și completarea atribuțiilor din fișele de post ale personalului din subordine, ori de câte ori prevederile legale o impun, astfel încât responsabilitățile asociate postului să fie în deplină concordanță cu nivelul de competență profesională cerut de către acesta.

36. Întocmește (redactează) lucrări specifice pe calculator, îndeosebi, la nevoie, puncte de vedere fundamentate legal aferente domeniului său de activitate.
37. Evaluează anual din punct de vedere profesional personalul din subordine
38. În vederea asigurării dreptului pacienților de a fi respectați ca ființe umane, este obligat să acorde sprijin fără discriminare pe bază de rasă, sex, vârstă, apartenență etnică, origine națională, religie, opțiuni politică sau antipatie personală, tuturor pacienților;
39. În activitatea de relaționare zilnică, dă dovadă că are capacitatea de a comunica cu șefii ierarhici, colegii, ceilalți angajați ai spitalului și cu pacienții/apartinătorii;
40. Respectă normele în vigoare privind gestionarea, întocmirea, multiplicarea, evidența, păstrarea, distrugerea și transportul documentelor clasificate și neclasificate.
41. Organizează instructaje de protecția muncii cu personalul din subordine și supraveghează respectarea planului de măsuri pentru P.S.I. în spațiul în care își desfășoară activitatea, potrivit prevederilor legale în vigoare.

În calitate de membru al Comisiei cu atribuții de monitorizare, coordonare și îndrumare metodologică a implementării și integrității sistemelor proprii de control intern/managerial:

1. Participă la elaborarea obiectivelor și a indicatorilor de performanță ai comandamentului spitalului, potrivit responsabilităților.
2. Coordonează inventarierea activităților din cadrul structurii pe domenii de activitate, precum și elaborarea și revizia procedurilor operaționale.
3. Avizează *Inventarul funcțiilor sensibile, Lista cu salariații care ocupă funcții sensibile și Planul pentru asigurarea rotației salariaților din funcții sensibile*, în cadrul ședinței *Comisiei*.
4. Coordonează activitatea de stabilire a măsurilor de management al riscurilor.
5. Analizează, avizează și supune spre aprobare, în cadrul *Comisiei*, componenta din *Registrul de riscuri și Planul privind implementarea măsurilor de management al riscurilor*, specifică domeniului de activitate gestionat.
6. Monitorizează și coordonează permanent activitățile de punere în aplicare a măsurilor de management al riscurilor.
7. Propune președintelui *Comisiei* noi acțiuni sau revizuirii de termene, atunci când apar disfuncții în implementarea măsurilor de management al riscurilor.
8. Propune președintelui *Comisiei* raportarea riscurilor care nu pot fi controlate prin măsuri interne, pe cale ierarhică, până la eșalonul care poate asigura managementul acestora.
9. Analizează, avizează și supune spre aprobare *Situația semestrială privind stadiul implementării sistemului propriu de control intern*.
10. Analizează, avizează și supune spre aprobare *Raportul anual și Situația sintetică a rezultatelor autoevaluării*, denumită în continuare *Situația sintetică*, în cadrul ședinței *Comisiei*.

11. Analizează, avizează și supune spre aprobare *Programul de dezvoltare a sistemului de control intern/managerial*, în cadrul ședinței *Comisiei*.

Art. 7.2.3.2

Licentiat cu studii superioare angajat al Biroului de Management al Calității Serviciilor medicale-1/4 norma

1. Participă la pregătirea "*Planului anual de îmbunătățire a calității și siguranței pacienților*" elaborat de către Consiliul medical și-l supune analizei și avizării RMC.
2. În baza dispozițiilor RMC, în raport cu competențele deținute, coordonează:
 - activitățile de elaborare și revizuire a documentelor sistemului de management al calității: manualul calității și procedurile operaționale;
 - programul de acreditare a tuturor serviciilor oferite în cadrul unității, pe baza procedurilor operaționale specifice fiecărei secții, laborator etc. și a standardelor de calitate;
 - procesul de asigurare și îmbunătățire a calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului în colaborare cu șefii tuturor sectoarelor de activitate;
 - îmbunătățirea continuă a sistemului de management al calității, fiind în acest sens obligat să facă propuneri fundamentate legal pe care le supune avizului RMC;
 - luarea măsurilor impuse de prevederile normative în vigoare privind certificarea de calitate a activităților desfășurate;
3. Din dispoziția RMC, în raport cu competențele deținute, desfășoară/execută:
 - analiza tuturor neconformităților constatate în toate sectoarele de activitate ale spitalului și propune RMC acțiunile de îmbunătățire sau corective ce se impun;
 - analiza lunară a gradului de satisfacție pentru toți pacienții care beneficiază de servicii spitalicești, prin discuții directe și prin interpretarea chestionarelor de satisfacție completate de aceștia, pe care le prezintă ulterior spre analiză RMC.
 - În acest sens, analizează sugestiile tuturor pacienților referitoare la activitatea medicală a spitalului și face propuneri privind luarea unor măsuri corective și de înlăturare a deficiențelor constatate urmărind punerea în practică a acestora.
 - Totodată, elaborează și actualizează periodic (la nevoie) chestionare de satisfacție a pacienților în scopul identificării posibilelor neconformități
 - Efectuează controlul, din punct de vedere a asigurării unor servicii de calitate, a activităților desfășurate în cadrul structurilor spitalului, în baza unui plan de control aprobat de către manager, la propunerea RMC.;

- propune luarea măsurilor necesare în vederea respectării principiilor și valorilor calității, conform misiunii asumate de către spital și se preocupă de implementarea și dezvoltarea culturii calității în spital
 - analizează periodic reclamațiile primite de la pacienți pentru a îmbunătăți serviciile medicale furnizate;
 - întocmește propuneri și identifică modalități de evaluare a eficienței proceselor de îmbunătățire a calității derulate în spital și urmărește ca acestea să fie utilizate de către spital în vederea eficientizării activităților;
 - ca membru al echipei de audit clinic, desfășoară auditul clinic în baza unui ”Plan anual de audit clinic”, utilizând în acest sens rezultatele rapoartelor de evaluare periodica a protocoalelor diagnostice și terapeutice puse la dispoziție de către structurile din cadrul spitalului abilitate.
4. Asistă și răspunde tuturor solicitărilor RMC pe domeniul de management al calității, în raport cu competențele deținute;
 5. Întocmește, în raport cu competențele deținute, analize, informări privind stadiul implementării sistemului de management al calității, în cadrul cărora identifică problemele și propune RMC măsuri de remediere a acestora, urmărind punerea în practică a propunerilor adoptate;
 6. Întocmește din dispoziția RMC informări către personalul spitalului privind stadiul implementării sistemului de management al calității, precum și a măsurilor de remediere/înlăturare a deficiențelor constatate;
 7. În raport cu competențele deținute, susține prezentări /informări în cadrul instruirilor planificate prin ”*Planificarea anuală a instruirilor privind asigurarea și îmbunătățirea continuă a calității serviciilor de sănătate și a siguranței pacientului*” (diferențiată pe categorii de personal).
 8. Ține o evidență clară a tuturor
 - propunerilor înaintate managerului de către personalul B.M.C.S.M. pe linia îmbunătățirii calității serviciilor medicale și siguranței pacienților,
 - a măsurilor dispuse de către acesta în vederea implementării respectivelor propuneri, precum și
 - privind stadiul aplicării în practică a acestora de către factorii responsabili, stabilite prin ”*Planul de acțiuni pentru asigurarea și îmbunătățirea calității serviciilor și siguranței pacienților*”,
 - întocmește autoevaluări realizate pentru monitorizarea implementării managementului calității,
 - analizează modul de respectare a termenelor de realizare a activităților în vederea identificării cauzelor de întârziere și adoptării măsurilor în consecință.
 9. În vederea conformării la referințele, standardele, criteriile, cerințele și indicatorii utilizați de către A.N.M.C.S. în procesul de evaluare sau/și în procesul de monitorizare, întocmește din dispoziția RMC. sau din proprie inițiativă propuneri scrise privind:

- elaborarea și revizuirea regulamentului de organizare și funcționare, regulamentului intern, procedurilor operaționale, etc.
 - modificări ale organigramei spitalului;
 - modificări ale circuitelor funcționale din cadrul spitalului;
 - implementarea unor prevederi normative nou apărute, care privesc sau au legătură cu managementul calității serviciilor medicale;
 - îmbunătățirea proceselor derulate în cadrul spitalului în contextul în care constată că acestea determină probleme de calitate sau/și siguranță ale părților implicate în acestea;
 - implementarea de procese/activități noi.
10. În raport cu competențele deținute, consiliază RMC privind implementarea și îmbunătățirea permanentă a sistemului de management al calității, întocmind la cererea acestuia puncte de vedere bine documentate - bazate pe realizarea dezideratului de asigurare a legalității hotărârilor, prin studierea și aplicarea permanentă a legilor, regulamentelor militare, ordinelor și dispozițiilor în vigoare.
11. Transpune în practică, în termenele ordonate, sarcinile stabilite pentru Biroul managementul calității serviciilor medicale de către manager.
12. Pentru aplicarea prevederilor Ordinului președintelui A.N.M.C.S. nr. 639/2016 pentru aprobarea *"Metodologiei de monitorizare a unităților sanitare acreditate"* desfășoară următoarele activități:
- Coordonează activitatea de întocmire a situațiilor semestriale/anuale precum și întocmește, după caz, documentele care susțin setul de indicatori prevăzuți pentru monitorizarea anuală/semestrială care privesc activitatea de monitorizare a unităților sanitare și, ulterior, le încarcă pe pagina dedicată spitalului din aplicația informatică CaPeSaRo a A.N.M.C.S.;
 - În baza *"Raportului intermediar de etapă de monitorizare"*, a *"Planului de îndeplinire a cerințelor de monitorizare"* și a *"Raportului final de etapă de monitorizare"* transmise spitalului de către responsabilul zonal cu monitorizarea – nominalizat de către A.N.M.C.S., întocmește împreună cu ceilalți responsabili de domenii nominalizați de către comandant propriul *"Plan de îndeplinire a cerințelor de monitorizare"*, urmărește remedierea tuturor neconformităților și-l încarcă, în termenul legal, pe pagina dedicată spitalului din aplicația informatică CaPeSaRo a A.N.M.C.S., împreună cu documentele care atestă realizarea acestuia;
 - Aplică întocmai și la termen prevederile *"Procedurii de sistem privind gestionarea evenimentelor adverse la nivelul spitalului"* în partea care privește raportarea către A.N.M.C.S. și Direcția medicală (în termen de 24 de ore) a tuturor evenimentelor adverse și, întocmește rapoarte de analiză a cauzelor care au dus la apariția evenimentelor și a măsurilor identificate pentru prevenirea repetării (pe care le transmite către

- Direcția medicală și A.N.M.C.S., în maximum 30 de zile de la raportarea fiecăruia dintre evenimente);
- Încarcă în maximum 30 de zile de la autorizarea funcționării noii structuri - pe pagina dedicată spitalului din aplicația informatică CaPeSaRo a A.N.M.C.S., toate modificările în structura spitalului (avizate de Ministerul Sănătății și intrate în vigoare prin modificarea statutului de organizare).
 - În baza setului de indicatori și a documentelor de monitorizare specifice structurii rezultate în urma modificării acesteia, comunicate de către A.N.M.C.S., raportează către respectiva instituție, în maximum 6 luni, stadiul de îndeplinire a acestora, timp în care, împreună cu ceilalți responsabili nominalizați de către comandant, ia măsurile necesare în vederea îndeplinirii acestor indicatori.
13. În vederea perfecționării pregătirii profesionale continue, participă anual – în limita fondurilor financiare cu această destinație, la minim un curs, forum, conferință sau altă formă de pregătire profesională organizată sub egida A.N.M.C.S., care are ca subiect managementul calității serviciilor de sănătate și/sau privind auditul clinic/intern.
 14. În vederea asigurării dreptului pacienților de a fi respectați ca ființe umane, este obligat să acorde sprijin fără discriminare de rasă, sex, vârstă, apartenență etnică, origine națională, religie, opțiune politică sau antipatie personală, tuturor pacienților.
 15. În activitatea de relaționare zilnică, dă dovadă că are capacitatea de a comunica cu șefii ierarhici, colegii, ceilalți angajați ai spitalului și cu pacienții/aparținătorii;
 16. Întocmește (redactează) lucrări specifice pe calculator, îndeosebi, la nevoie, puncte de vedere fundamentate legal aferente domeniului său de activitate.
 17. În lipsa șefului B.M.C.S.M. și a referentului de specialitate din cadrul B.M.C.S.M., participă la ședințele zilnice, rapoartele de gardă, ședințele Consiliului medical, ședințele Comitetului director, precum și la ședințele Comisiei de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților. Asigură în acest context secretariatul ședințelor Comitetului director și al Comisiei de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților, tehnoredactând procesele-verbale ale ședințelor acestora, pe care le înregistrează potrivit prevederilor normative în vigoare/ reglementărilor interne, aplicabile la nivelul spitalului;
 18. Asigură fluxul documentelor în cadrul B.M.C.S.M. cu respectarea normelor în vigoare privind gestionarea, întocmirea, multiplicarea, evidența, păstrarea, distrugerea și transportul documentelor clasificate și neclasificate.
 19. Respectă regulile de securitate și sănătate în muncă și cele care privesc apărarea împotriva incendiilor în spațiul în care își desfășoară activitatea, potrivit prevederilor legale în vigoare.

20. Asigură secretariatul Comisiei cu atribuții de monitorizare, coordonare și îndrumare metodologică a implementării sistemelor proprii de control intern/managerial. În acest context, tehnoredactează procesele verbale ale ședințelor respectivei Comisii, pe care le înregistrează potrivit prevederilor normative în vigoare/ reglementărilor interne, aplicabile la nivelul spitalului;
21. În lipsa șefului B.M.C.S.M. și referentului de specialitate din cadrul B.M.C.S.M. asigură îndeplinirea atribuțiilor acestora, după caz.
22. Fisa postului „Licentiat cu studii superioare în cadrul SMC >>face parte integranta din prezentul regulament
23. În prezent, la Kardinal One Medical licentiatul cu studii superioare este desemnat și RMC .

Art. 7.2.3.3

Medic cu atribuții delegate al Biroului de Management al Calității Serviciilor medicale

1. Participă la pregătirea ”Planului anual de îmbunătățire a calității și siguranței pacienților” elaborat de SMC în urma consultărilor și cu Consiliul medical
2. În baza dispozițiilor șefului B.M.C.S.M, în raport cu competențele deținute, contribuie la :
 - activitățile de elaborare și revizuire a documentelor sistemului de management al calității: manualul calității și procedurile operaționale;
 - programul de acreditare a tuturor serviciilor oferite în cadrul unității, pe baza procedurilor operaționale specifice fiecărei secții, laborator etc. și a standardelor de calitate;
 - procesul de asigurare și îmbunătățire a calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului în colaborare cu șefii tuturor sectoarelor de activitate
 - îmbunătățirea continuă a sistemului de management al calității, fiind în acest sens obligat să facă propuneri fundamentate legal pe care le supune avizului RMC
 - luarea măsurilor impuse de prevederile normative în vigoare privind certificarea de calitate a activităților desfășurate;
3. În baza dispozițiilor RMC în raport cu competențele deținute, desfășoară/execută:
 - analiza tuturor neconformităților constatate în toate sectoarele de activitate ale spitalului și propune RMC acțiunile de îmbunătățire sau corective ce se impun;
 - controlul - din punct de vedere a asigurării unor servicii de calitate, a activităților desfășurate în cadrul structurilor spitalului, în baza unui plan de control aprobat de către managerul unității, la propunerea RMC.;
 - propune luarea măsurilor necesare în vederea respectării principiilor și valorilor calității, conform misiunii asumate de către spital și se preocupă de implementarea și dezvoltarea culturii calității în spital;
 - întocmește propuneri și identifică modalități de evaluare a eficienței proceselor de îmbunătățire a calității derulate în spital și urmărește ca acestea să fie utilizate de către spital în vederea eficientizării activităților;

- ca membru al echipei de audit clinic, desfășoară auditul clinic în baza unui "Plan anual de audit clinic" , utilizând în acest sens rezultatele rapoartelor de evaluare periodica a protocoalelor diagnostice si terapeutice puse la dispoziție de către structurile din cadrul spitalului abilitate.
4. Asistă și răspunde tuturor solicitărilor RMC. pe domeniul de management al calității, în raport cu competențele deținute;
 5. Întocmește, în raport cu competențele deținute analize, informări privind stadiul implementării sistemului de management al calității, în cadrul cărora identifică problemele și propune RMC măsuri de remediere a acestora, urmărind ulterior punerea în practică a propunerilor adoptate;
 6. Participa la intocmirea "*Planificării anuale a activităților B.M.C.S.M.*", astfel încât aceasta să asigure conformarea la cerințele standardelor de acreditare
 7. evaluează periodic stadiul implementării managementului calității în spital, prin fișa de autoevaluare
 8. Participa la intocmirea "*Planului de conformare la cerințele standardelor de acreditare*" rezultat în urma evaluării. Activitățile care privesc procesul de autoevaluare se execută în baza "*Planificării anuale a activităților de evaluare a conformării la cerințele standardelor de acreditare*" pe care o întocmește în acest sens
 9. Întocmește "*Planificarea anuală a instruirilor privind asigurarea și îmbunătățirea continuă a calității serviciilor de sănătate și a siguranței pacientului*" (diferențiată pe categorii de personal), și, după caz, susține prezentări /informări în cadrul instruirilor planificate, în raport cu competențele deținute.
 10. În raport cu competențele deținute evaluează semestrial nivelul de conformitate a respectării procedurilor și a protocoalelor aprobate, la nivelul tuturor sectoarelor de activitate din spital, cu respectarea planificării anuale aprobate de către comandant și, întocmește rapoarte anuale cu privire la nivelul de conformitate a reglementărilor/ procedurilor/ protocoalelor.
 11. Execută activitatea de verificare a procedurilor operaționale utilizate -din domeniul informațional- care permit eficientizarea activității în spital, conform planificării anuale prealabile, pe care o întocmește, în baza propunerilor *Comisiei de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților.*
 12. Întocmește semestrial (în lunile iulie și ianuarie a fiecărui an, pentru semestrul trecut) informări privind stadiul implementării strategiilor, obiectivelor și activităților referitoare la managementul calității și siguranța pacienților declarate de către comandantul spitalului (prin planul strategic de dezvoltare și/sau planul de management), precum și informări privind stadiul implementării activităților cuprinse în Planul anual de îmbunătățirea calității în cadrul spitalului;
 13. Din dispoziția RMC sau din proprie inițiativă desfășoară activitățile necesare în vederea asigurării implementării și menținerii conformității sistemului de management al calității cu cerințele specifice și prevederile legale în vigoare;

14. În vederea conformării la referințele, standardele, criteriile, cerințele și indicatorii utilizați de către A.N.M.C.S. în procesul de evaluare sau/și în procesul de monitorizare, întocmește din dispoziția RMC sau din proprie inițiativă propuneri scrise privind:
 - elaborarea și revizuirea regulamentului de organizare și funcționare, regulamentului intern, procedurilor operaționale, etc.
 - modificări ale organigramei spitalului;
 - modificări ale circuitelor funcționale din cadrul spitalului;
 - implementarea unor prevederi normative nou apărute, care privesc sau au legătură cu managementul calității serviciilor medicale;
 - îmbunătățirea oricăruia dintre procesele derulate în cadrul spitalului în contextul în care constată că acestea determină probleme de calitate sau/și siguranță ale părților implicate în acestea;
 - implementarea de procese/activități noi.
15. În raport cu competențele deținute, consiliază RMC privind implementarea și îmbunătățirea permanentă a sistemului de management al calității, întocmind la cererea acestuia puncte de vedere bine documentate - bazate pe realizarea dezideratului de asigurare a legalității hotărârilor, prin studierea și aplicarea permanentă a legilor, ordinelor și dispozițiilor în vigoare.
16. În exercitarea atribuțiilor funcționale redactează proiecte fundamentate legal, pe care le supune avizului RMC și, ulterior, aprobării managerului.
17. Transpune în practică, în termenele ordonate, sarcinile stabilite pentru Biroul managementul calității serviciilor medicale.
18. În vederea perfecționării pregătirii profesionale continue, participă anual – în limita fondurilor financiare cu această destinație, la minim un curs, forum, conferință sau altă formă de pregătire profesională organizată sub egida A.N.M.C.S., care are ca subiect managementul calității serviciilor de sănătate și/sau privind auditul clinic/intern.
19. În vederea asigurării dreptului pacienților de a fi respectați ca ființe umane, este obligat să acorde sprijin fără discriminare de rasă, sex, vârstă, apartenență etnică, origine națională, religie, opțiune politică sau antipatie personală, tuturor pacienților.
20. În activitatea de relaționare zilnică, dă dovadă că are capacitatea de a comunica cu șefii ierarhici, colegii, ceilalți angajați ai spitalului și cu pacienții/aparținătorii;
21. Întocmește (redactează) lucrări specifice pe calculator, îndeosebi, la nevoie, puncte de vedere fundamentate legal aferente domeniului său de activitate.
22. În lipsa RMC participă la rapoartele de gardă, ședințele Consiliului medical, ședințele Comitetului director, precum și la ședințele Comisiei de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților.
23. Asigură în acest context secretariatul ședințelor Comisiei de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților, tehnoredactând procesele-verbale ale ședințelor acestora, pe care le înregistrează

- potrivit prevederilor normative în vigoare/ reglementărilor interne, aplicabile la nivelul spitalului;
24. Respectă regulile de securitate și sănătate în muncă și cele care privesc apărarea împotriva incendiilor în spațiul în care își desfășoară activitatea, potrivit prevederilor legale în vigoare.
 25. Asigură secretariatul Comisiei cu atribuții de monitorizare, coordonare și îndrumare metodologică a implementării și integrității sistemelor proprii de control intern/managerial. În acest context, tehnoredactează procesele verbale ale ședințelor respectivei Comisii, pe care le înregistrează potrivit prevederilor normative în vigoare/ reglementărilor interne, aplicabile la nivelul spitalului;
 26. În lipsa RMC și asistentului medical din cadrul B.M.C.S.M. asigură îndeplinirea atribuțiilor acestora, după caz.

Art.7.2.4

Compartimentul financiar-contabilitate are următoarele atribuții principale:

Baza legala de functionare :Legea 95/2006, Legea contabilitatii 82/1991

1. organizarea contabilității conform prevederilor legale și asigurarea efectuării corecte și la timp a înregistrărilor precum și a raportării situațiilor financiare lunare, trimestriale și anuale; întocmește BVC pe spital
2. organizarea analizei periodice a utilizării bunurilor materiale și luarea măsurilor necesare, împreună cu celelalte birouri și servicii din unitate, în ceea ce privește stocurile disponibile supranormative fără mișcare sau cu mișcare lentă, ori pentru prevenirea oricăror altor imobilizări de fonduri și propune comitetului director măsurile necesare pentru evitarea cheltuielilor inutile;
3. asigurarea întocmirii la timp și în conformitate cu dispozițiile legale a situațiilor financiare lunare și a dărilor de seamă contabile;
5. participarea la organizarea sistemului informațional al unității, urmărind folosirea cât mai eficientă a datelor contabile;
6. asigurarea întocmirii, circulației și păstrării documentelor justificative sau care stau la baza înregistrărilor contabile;
7. preocuparea pentru informatizarea lucrărilor contabile;
8. organizarea evidentei tehnico-operative și de gestionare;
9. organizarea inventarierii și regularizarea diferențelor constatate;
10. asigurarea îndeplinirii periodice a condițiilor privind încadrarea sau numirea gestionarilor, constituirea garanțiilor materiale și reținerea ratelor;
11. asigură măsurile de păstrare, manipulare și folosire a formularelor cu regim special;
12. întocmește studiile de perfecționare a pregătirii profesionale privind îmbunătățirea activității economice din unitate și propune măsuri corespunzătoare;
13. monitorizează lunar gradul de realizare a indicatorilor financiari ai spitalului și informează managerul;
14. analizarea și pregătirea din punct de vedere financiar a evaluării eficienței utilizării mijloacelor materiale și bănești, puse la dispoziția unității, precum și luarea măsurilor necesare pentru neeconomicoase și inoportune;
15. întocmește proiectul bugetului de venituri și cheltuieli pe surse de finanțare;
16. întocmește cererea de deschidere de credite și urmărește încadrarea în creditele aprobate;
17. verifică documentele justificative de cheltuieli sub aspectul formei, conținutului și legalității operațiunilor;
18. întocmește formele de recuperare a sumelor care au fost, eventual, greșit plătite;
19. ține evidența finanțării unității conform Legii nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, a finanțării de la bugetul de stat, din venituri proprii, fonduri extrabugetare, donații și sponsorizări;
20. întocmește situațiile cerute de C.J.A.S., având ca obiect execuția bugetară lunară

- 22 efectuează plata furnizorilor și altor servicii prestate spitalului
- 23. urmărește debitorii pentru încasarea sumelor datorate;
- 24. asigură efectuarea corectă și în conformitate cu dispozițiilor legale a operațiilor de încasări și plăți în numerar;
- 25. asigură întocmirea situațiilor solicitate de Ministerul Sănătății respectând termenele și răspunde de datele înscrise;

Art.7.2.4.1. Economistul-1/4 norma ,indeplinește cu atribuții delegate funcția de director financiar

Isi desfășoară activitatea în cadrul compartimentului financiar contabil, aflat în subordinea managerului.

a). ATRIBUȚII SPECIFICE:

- desfășoară activitățile specifice pentru casieria spitalului: întocmește registrul de casa, înregistrează în programul informatic operațiunile legate de casierie;
- îndeplinește sarcinile specifice în relația cu Banca /Trezoreria – întocmire/depunere ordine de plată, încasări/ridicări numerar, ridicare extrase de cont etc.;
- întocmește ordinele de plată către furnizori;
- asigură prin autoinstruire cunoștințele cerute de ritmul alert în care echipamentele tehnice și softurile de lucru se modernizează;
- răspunde de utilizarea și păstrarea în bune condiții a echipamentelor de lucru;
- ținerea și conducerea evidențelor analitice nominale ale debitorilor, chirii, popriri, impozite și alte rețineri legale; creditorilor pentru servicii prestate, alimente sau materiale furnizate ;
- întocmirea instrumentelor de plată, verificarea borderoului de încasări și plăți înainte de depunerea lor la casierie;
- executarea corectă și la zi a înregistrărilor;
- ține evidența conturilor și întocmește notele contabile privind diverse operațiuni, înregistrează în fișele de execuție bugetară și întocmește execuția bugetară pe articole și aliniate; întocmește notele contabile pe baza documentelor justificative;
- ține evidența garanțiilor, carburanților;
- verifică toate documentele referitoare la operațiunile contabile cu privire la existența confirmării cantitative și calitative, legalitatea prețului conform contractului, calcularea corectă a prețului și a valorii facturii;
- ține și conduce jurnalul de înregistrare al notelor contabile;
- ține și conduce fișele contabile sintetice;
- ține și conduce fișele contabile analitice, pentru furnizori, debitori, creditori, fonduri, disponibilități;
- ține și conduce fișele contabile sintetice și analitice pentru conturi în afara bilanțului;
- verifică lunar și trimestrial stocul scriptic din fișele de magazie și compară cu fișele contabile și analizează, luând măsurile necesare pentru punerea lor de acord;

- întocmește balanța de verificare sintetică și analitică pentru toate conturile, lunar , trimestrial și anual
- participă la întocmirea situațiilor financiare trimestriale, semestriale și anuale;
- îndeplinește orice alte sarcini încredințate de șeful serviciului sau manager;
- răspunde de executarea la timp și corect a tuturor atribuțiilor și sarcinilor de serviciu în conformitate cu legislația în materie, precum și alte acte normative în vigoare în acest domeniu de activitate;
- răspunderea este disciplinară sau administrativă, după caz, precum și materială atunci când s-a constatat un prejudiciu;
 - răspunde disciplinar pentru faptele în legătură cu munca sa și care constau într-o acțiune sau inacțiune săvârșită cu intenție prin care a încălcat normele legale, fișa postului ,regulamentul intern, ROF, contractul individual de muncă , ordinele și dispozițiile legale ale conducătorului unității;
 - respectă prevederile Regulamentului intern, ale legislației în domeniu pe care este obligată să o cunoască și să o aplice corect , procedurile de lucru, precum și celelalte reguli și regulamente existente în unitate, dispoziții, decizii, circulare și hotărâri ale Conducerii;
 - respectă atribuțiile stabilite în prezenta fișă a postului precum și alte sarcini stabilite de conducătorul ierarhic superior;
 - asimilează cunoștințele necesare îndeplinirii sarcinilor de serviciu precum și a legilor, regulamentelor, instrucțiunilor și ordinelor referitoare la sarcinile de serviciu;
 - în cazul unor situații de excepție ce impun rezolvarea operativă a altor situații sau probleme ivite, va răspunde acestor cerințe inclusiv în zilele nelucrătoare, prin prelungirea programului de muncă săptămânal, la solicitarea conducerii;
 - respectă confidențialitatea informațiilor obținute cu ocazia exercitării atribuțiilor și sarcinilor de serviciu;
- monitorizează consumurile la nivelul celulelor de cost și informează managerul dacă ele depășesc nivelurile prognozate

b). ATRIBUTII GENERALE:

- să își însușească și să respecte normele de securitate și sănătate în muncă și măsurile de aplicare a acestora;
- să aducă la cunoștința conducătorului de muncă accidentele de muncă suferite de propria persoană și de alte persoane participante la procesul de muncă;
- să oprească lucrul la apariția unui pericol iminent de producere a unui accident și să îl informeze de îndată pe conducătorul locului de muncă;
- să coopereze, atâta timp cât este necesar, cu angajatorul și/sau persoanele desemnate, pentru a permite angajatorului să se asigure că mediul de muncă și condițiile de muncă sunt sigure și fără riscuri pentru securitate și sănătate, în domeniul său de activitate;
- nu părăsește locul de muncă fără permisiunea managerului și fără bilet de voie aprobat ;
- atunci când intra în contact cu mediul spitalicesc, respectă reglementările privind prevenirea, controlul și combaterea infecțiilor nosocomiale, a condițiilor igienico-sanitare, a circuitelor sanitare conform ordinelor în vigoare .

- semneaza condica de prezenta la intrarea si iesirea din serviciu ;
- are o tinuta decenta la locul de munca ,office;
- respecta programul de lucru si programarea concediilor de odihna aprobata la inceput de an de catre manager ;
- se prezinta la locul de munca odihnit ,in deplina capacitate de munca ,folosind cu maxima eficienta timpul de munca ;
- se preocupa permanent pentru dezvoltarea profesionala ,actualizandu-si cunostiintele;
- isi desfasoara activitatea in echipa pastrand relatiile functionale si ierarhice stabilite prin prezenta fisa a postului ;
- in functie de nevoi si competente ,va prelua si alte sarcini de serviciu indicate de seful ierarhic superior sau manager ;
- se supune masurilor administrative in ceea ce priveste neindeplinirea la timp si intocmai a sarcinilor prevazute in fisa postului;
- este interzisa obtinerea de avantaje/foloase necuvenite /bani pentru exercitarea atributiilor de serviciu;
- nu foloseste calitatea pe care o detine in cadrul institutiei pentru a obtine privilegii personale sau pentru a rezolva probleme personale ;
- participa la programele de instruire organizate de catre angajator;
- isi insuseste calificativele obtinute la evaluarea anuala si masuri pentru imbunatatirea lor;
- anunta la Biroul Runos orice concediu medical in termen de 24 ore de la emiterea lui ;
- se prezinta la controalele de angajare /periodice sau la cererea conducerii in serviciul de medicina muncii cu care unitatea are contract ,la datele prestabilite ;
- nu paraseste locul de munca fara aprobarea managerului;
- poarta ecuson ;
- nu consuma alcool sau alte substante stupefiante in timpul serviciului si nu se prezinta la serviciu sub influenta acestora;
- informeaza imediat conducerea cu privire la orice problema de serviciu care nu poate fi rezolvata prin decizii/forte proprii.
- fisa postului economist face parte integranta a acestui regulament

7.2.5 Serviciul administrativ –este condus de un administrator cu norma întreaga , care are următoarele atribuții:

1. Respectă și aplică prevederile regulamentului intern și a regulamentului de organizare și funcționare al unității;
2. Organizează, îndrumă și controlează nemijlocit activitatea personalului din subordine;
3. Stabilește cauzele degradării sau distrugerii construcțiilor, instalațiilor sau utilajelor, propune măsuri corespunzătoare și întocmește planul anual de reparații curente sau capitale;
4. Asigură asistența și documentația tehnică a lucrărilor de reparații și investiții;
5. Urmărește desfășurarea și efectuarea lucrărilor de investiții, reparații capitale și curente pe stadii de efectuare conform graficului și verifică situațiile de lucrări pe această linie din punct de vedere cantitativ și calitativ și participă la activitatea de recepționare a tuturor lucrărilor executate;
6. Informează periodic managerul unității, asupra stadiului efectuării lucrărilor de reparații și investiții, având la bază eșalonările lucrărilor și solicitarea fondurilor necesare pentru desfășurarea ritmică a acestora;
7. Răspunde de starea tehnică a tuturor clădirilor, instalațiilor și utilajelor instituției și asigură buna întreținere a acestora; verifică periodic starea instalațiilor și informează conducerea asupra defectiunilor constatate în vederea remedierii lor
8. Asigură întocmirea necesarului anual de piese, materiale pentru întreținere, construcții și reparații în vederea unei bune aprovizionări și verifică utilizarea corectă a acestora;
9. Participă la recepționarea bunurilor procurate și întocmirea formelor necesare în cazul când bunurile primite nu corespund cantitativ sau calitativ;
10. Răspunde de activitatea de gestionare a patrimoniului unității;
11. Răspunde de conservarea și manipularea corespunzătoare a bunurilor de inventar;
12. Asigură verificarea la timp și în bune condiții a aparaturii medicale, instalațiilor și utilajelor conform dispozițiilor în vigoare și răspunde de funcționarea în condiții bune a acestora;
13. Verificarea periodică a stării tehnice a grupurilor electrogene;
14. Asigură buna funcționare a rețelelor de electricitate, a instalațiilor de apă și gaze, a instalațiilor termice, a instalației de monitorizare video
15. Răspunde de buna desfășurare a activităților personalului de întreținere și reparații;
16. Ține evidența consumurilor la utilități, propune și i-a măsuri pentru utilizarea eficientă a acestora;
17. Urmărirea modului de funcționare a aparaturii medicale din întreaga unitate sanitară și derularea contractelor de service pentru aparatura din dotare;
18. Ținerea la zi a fișelor tehnice pentru fiecare aparat medical în parte;
19. Se îngrijește ca aparatura sau echipamentele medicale nefuncționale să fie corespunzător semnalizate, pentru a evita utilizarea lor de către personalul unității sanitare;

20. Întocmește fișele postului ale personalului din subordine;
21. Întocmește fișele de apreciere ale personalului din subordine;
23. Verifică întocmirea foilor colective de prezență a personalului din subordine;
24. Centralizează și avizează propunerile pentru perioadele de concediu de odihnă ale personalului din subordine;
25. Avizează cererile de concedii odihnă, concedii fără plată, pentru personalul din subordine;
26. Urmărește efectuarea concediului de odihnă, conform programărilor pentru personalul din subordine;
27. Se preocupă ca personalul să utilizeze echipament corespunzător de lucru și de protecție în toate sectoarele de activitate subordonate;
28. Urmărește îmbunătățirea condițiilor de muncă pentru a se evita accidentele de muncă sau îmbolnăvirile profesionale;
29. Propune măsuri de stimulare sau sancționare a personalului subordonat;
30. Are obligația de a cunoaște și respectă atât legislația de protecție a muncii, cât și măsurile de aplicare a acesteia;
31. Efectuează instructajul de securitate a muncii și P.S.I. pentru personalul din subordine;
32. Întocmește și reactualizează procedura de lucru pentru activitățile salariaților din subordine;
34. Asigură organizarea și exercitarea măsurilor pentru prevenirea și combaterea incendiilor, controlează și răspunde de competența echipelor constituite în acest scop ;
35. Răspunde de curățenia în curtea și demisolul unitatii
36. Organizează și controlează activitatea serviciului de pază al unității;
38. Ia măsuri pentru stabilirea și realizarea planului de perfecționare a pregătirii profesionale a cadrelor din subordine pe care le coordonează;
39. Execută la termenul precizat orice altă lucrare repartizată de către conducerea unității privind problemele specifice repartizate serviciului administrativ.
40. Participa la implementarea controlului managerial intern la nivelul structurii din care face parte;
41. În domeniul managementului Calității serviciilor medicale:
 - să cunoască și să respecte documentele Sistemului de Management al Calitatii aplicabile în activitatea depusă
 - să participe activ la realizarea obiectivelor generale de calitate stabilite de managementul de calitate și a obiectivelor specifice locului de muncă.

Art.7.2.6

Responsabilul cu protecția mediului-exercita aceasta activitate ca atributii delegate, are în principal următoarele activitati:

- a) elaborează și supune spre aprobare conducerii planul de gestionare a deșeurilor rezultate din activitățile medicale, pe baza regulamentelor interne și a codurilor de procedură pentru colectarea,depozitarea, transportul și eliminarea deșeurilor periculoase;
- b) coordonează și răspunde de sistemul de gestionare a deșeurilor în unitatea sanitară;
- c) stabilește codul de procedură a sistemului de gestionare a deșeurilor periculoase;
- d) evaluează cantitățile de deșeuri periculoase și nepericuloase produse în unitatea sanitară;
- e) coordonează determinarea cantităților produse pe tipuri de deșeuri, în vederea completării bazei naționale de date și a evidenței gestiunii deșeurilor, conform ordinului M.S.F. nr. 1226/2012;
- f) supraveghează activitatea personalului implicat în gestionarea deșeurilor periculoase;
- h) colaborează cu medicul - șef CPLIAAM în scopul derulării unui sistem de gestionare corect și eficient a deșeurilor periculoase rezultate din activitatea medical
- i).raporteaza catre Ministerul Mediului cantitatea de deseuri periculoase si nepericuloase lunar
- j) monitorizeaza respectarea prevederilor contractuale de catre furnizorii de servicii de salubritate ,dar si de colectare a deseurilor periculoase in vederea neutralizarii

Art.7.2.7

Blocul alimentar

Organizare și atribuții generale:

Activitatea de pregătire a hranei se desfășoară în cadrul blocului alimentar, dimensionat, amenajat și structurat în raport cu mărimea unității și cu cerințele specifice acestuia: Blocul alimentar cuprinde în mod obligatoriu:

- bucătăria propriu-zisă;
- spațiu pentru tranșat carne
- spațiu pentru curățat, spălat și prelucrat zarzavatul;
- spațiu pentru păstrarea alimentelor pentru o zi;
- spațiu pentru spălarea vaselor din bucătărie;
- spațiu pentru depozitarea veselei din bucătărie;
- spațiu pentru distribuire hranei de la bucătărie în sala de mese și în compartimente;
- vestiar pentru personalul blocului alimentar;
- grupul sanitar;
- lăzi frigorifice, frigidere;
- magazia de alimente.
- sala de mese pacienți
- sala de mese personal

Spațiile vor fi utilizate, luminate și ventilate corespunzător. În Blocul alimentar se stabilesc și respectă circuite distincte pentru alimentele neprelucrate și pentru mâncarea pregătită, respectându-se procesul tehnologic și orientarea fluxului într-un singur sens, evitând încrucișările între fazele salubre și cele insalubre.

Atribuții generale:

- prepararea alimentelor în mod centralizat pentru pacienții și insoțitorii internați (prelucrare primară și prelucrare finală)
- respectarea meniului zilnic diferențiat pe afecțiuni, întocmit de asistenta dieteticiană;
- livrarea alimentelor preparate către secțiile și compartimentele cu paturi ale spitalului;
- respectarea normelor igienico-sanitare, și a celor de protecția muncii aplicabile personalului

Asistentul dietetician-aceasta sarcina este indeplinita prin delegare de catre asistenta coordonatoare pe spital .

1. organizează alimentația rațională a pacienților prin realizarea unui număr corespunzător de diete și meniuri cât mai variate, în limitele alocației bugetare;
2. calculează regimurile alimentare și verifică respectarea principiilor alimentare;
3. calculează valoarea calorică și structura meniurilor, ținând seama de concentrația ce trebuie asigurată pacienților internați;

4. supraveghează și participă la prepararea regimurilor speciale;
5. supraveghează prelucrarea culinară corectă a alimentelor, potrivit indicațiilor dietetice ;
6. analizează și întocmește meniurilor săptămânale;
7. realizează periodic planuri de regimuri și diete;
8. organizează evidența controlului cantitativ și calitativ a hranei pacienților și modului de eliberare a alimentelor din magazie. conduce și coordonează activitatea echipei din blocul alimentar și bucătărie, privind pregătirea alimentelor și respectarea prescripțiilor medicale;
9. stabilește graficul de servire a mesei, în așa fel încât să nu se împiedice desfășurarea activității de asistență medicală;
10. centralizează zilnic regimurile dietetice prescrise de secții și întocmește lista cu cantitățile și sortimentele de alimente necesare;
11. întocmește zilnic lista cu alimentele și cantitățile necesare;
12. verifică prin sondaj gramajul porțiilor atât în bucătărie cât și pe secție;
13. verifică prin sondaj numărul pacienților pentru care se prepară și se distribuie hrana;
14. verifică prin sondaj corectitudinea distribuirii mesei la pacienți;
15. organizează controale inopinate atât la blocul alimentar, cât și pe secții, în scopul eliminării sustragerilor de alimente din rația pacienților;
16. organizează depozitarea și conservarea în condiții corespunzătoare a alimentelor, legumelor și fructelor;
17. sesizează conducerea spitalului atunci când apar disfuncționalități, defecțiuni sau sincope de aprovizionare și propune soluții pentru eliminarea/remedierea acestora.
18. verifică și supraveghează personalul blocului alimentar pentru efectuarea la timp a examenelor medicale periodice obligatorii;
19. asigură respectarea cu rigurozitate a normelor igienico-sanitare privind aprovizionarea, prepararea și distribuirea alimentelor;
20. asigură organizarea procesului de spălare și dezinfecție a veselei, tacâmurilor, utilizate de pacienți și a utilajelor de bucătărie;
21. controlează respectarea normelor igienico-sanitare în bucătărie și blocul alimentar, curățenia și dezinfecția curentă a veselei;
22. asigură colectarea și evacuarea reziduurilor alimentare în condiții corespunzătoare;
23. supraveghează respectarea de către personalul din blocul alimentar a normelor în vigoare privind prevenirea, controlul și combaterea infecțiilor asociate asistenței medicale, a normelor de protecție a muncii și a regulamentului de ordine interioară;
24. verifică calitatea și valabilitatea alimentelor cu care se aprovizionează instituția, modul de păstrare în magazie, calitatea și valabilitatea alimentelor la eliberarea din magazie;

25. anunță conducerea unității dacă în magazie există produse expirate sau care nu corespund din punct de vedere organoleptic;
26. controlează modul de respectare a normelor de igienă privind transportul și circuitele pentru alimente conform reglementarilor în vigoare;
27. răspunde de aplicarea și respectarea normelor de igienă la recepția, depozitarea, prelucrarea și distribuirea alimentelor, la înregistrarea igienică a blocului alimentar și a utilajelor, la efectuarea de către personalul de la blocul alimentar a examenelor medicale periodice;
28. verifică stocurile de produse alimentare din depozitul central, înainte de întocmirea meniurilor;
29. îndrumă activitatea tehnică a blocului alimentar și răspunde de aplicarea și respectarea regulilor sanitare și antiepidemice;
30. se îngrijește ca păstrarea temporară a alimentelor preparate să nu se facă în vase descoperite;
31. se îngrijește ca mâncarea proaspăt preparată să nu fie amestecată cu cea rămasă;
32. monitorizează modul de aplicare a procedurii de recoltare a probelor de la fiecare fel de mâncare, etichetarea acestora cu data, ora și felul alimentelor
33. se îngrijește ca probele să fie ținute la frigider timp de 48 de ore;
34. semnează documentul cumulativ cu gramajele ce au stat la baza întocmirii listei de alimente și a listei de comenzi pentru aprovizionare;
35. controlează starea de funcționare a instalațiilor frigorifice pentru conservarea alimentelor;
36. informează conducerea unității despre deficiențele constatate privind prepararea, distribuirea și conservarea alimentelor;
37. organizează activități de educație pentru sănătate privind o alimentație sănătoasă;
38. participă la formarea asistenților medicali de dietetică/ nutriționiștilor;
39. respectă secretul profesional și codul de etică al asistentului medical;
40. respectă normele igienico-sanitare și de protecție a muncii și a incendiilor;
41. se preocupă permanent de actualizarea cunoștințelor profesionale prin studiu individual sau alte forme de educație continuă și conform cerințelor postului;
42. participă la implementarea controlului managerial intern la nivelul structurii din care face parte;
43. cunoaște și respectă documentele Sistemului de Management al Calitatii aplicabile în activitatea depusă
44. participă activ la realizarea obiectivelor generale de calitate stabilite de managementul de calitate și a obiectivelor specifice locului de muncă.

Muncitor calificat în meseria de bucătar:1 norma

Principalele atribuții ale muncitorului calificat în meseria de bucătar sunt următoarele:

- Preia la ora 7.00 de la compartimentele clinice fisele de solicitare de hrana completate de către asistentul de serviciu din tura de zi precedentă ,pe tipuri de regim și dietă .
- Intocmește necesarul de materie primă pt prepararea meniului prestabilit din ziua respectivă ,pe cantități și grupe de alimente ,în fișa de magazie zilnică prepară hrana în funcție de dietele stabilite ,respectând rețetele prestabilite de asistenta dieteticiană;
- împarte micul dejun secțiilor la ora 8.00-9.00 ,prânzul între orele 12-13,30 și cina la ora 17-18
- respectă normele de păstrare, preparare și distribuție a alimentelor;
- respectă regulile de igienă sanitară în timpul prelucrării alimentelor ;
- sesizează conducerea de deficiențele semnalate în funcționalitatea utilajelor din dotarea bucătăriei,solicitând intervențiile autorizate pt remedierea defectiunilor ;
- respectă procedurile și circuitele funcționale din bucatarie cu privire la prepararea alimentelor
- respectă rețetarele, modul de preparare termică a diferitelor categorii de alimente
- șpală și dezinfectează vasele ce se utilizează în procesul de prelucrare culinară a alimentelor;
- pastrează probele alimentare în borcane sterilizate , potrivit procedurii ,în frigiderul special dedicat acestei activități
- asigură și răspunde de aplicarea tuturor măsurilor de igienă, antiepidemice și antiseptice, a normelor de protecția muncii, precum și circuitele funcționale stabilite;
- poartă obligatoriu echipament de protecție corespunzător operațiilor pe care le execută, pe toată perioada serviciului. Halatul de protecție va fi schimbat ori de câte ori este nevoie;
- răspunde de curățenia din spațiul arondat blocului alimentar
- participă în mod obligatoriu la controlul periodic al stării personale de sănătate, având completat la zi carnetul de sănătate cu examenul clinic, investigații de laborator conform controlului medical periodic anual și legilor în vigoare;
- nu utilizează focul în blocul alimentar pentru alte scopuri, în afara celui de gătit, se îngrijește ca focul aprins să nu rămână nesupravegheat;
- atunci când este ultima persoană care părăsește blocul alimentar, verifică obligatoriu ca focul să fie stins,instalația de gaz și apa închisă ;
- îndepărtează bijuteriile personale (cele care pot intra în contact cu alimentele) în timpul procesului de preparare a alimentelor; poartă mănuși pe tot parcursul procesului de prelucrare a alimentelor și le schimbă ori de câte ori este nevoie
- răspunde de îndeplinirea promptă și corectă a sarcinilor de muncă;

- îndeplinește și alte sarcini trasate de șefii ierarhic superiori in limita competentelor ;
- respectă graficul de lucru întocmit lunar;
- respectă Regulamentul intern și ROF la nivel de unitate;
- anunta in timp util absenta motivata de la locul de munca
- anunta imediat asistentului coordonator pe spital orice semn de boala acuta cu potential contagios –diaree,eruptii,infectii cutanate ,febra ,greturi,varsaturi etc si nu se prezinta la munca daca prezinta una din aceste afectiuni ,pana la vindecarea lor completa
- efectueaza zilnic comanda de paine pt a doua zi dimineata ,in functie de nr de pacienti estimati ca fiind prezenti in spital
- in limita portiilor existente ,elibereaza portii si pentru pacientii retinuti la camera de garda
- depune la contabilitate lista materiilor prime utilizate zilnic in vederea calcularii costurilor si actualizarii stocurilor
- tine evidenta stocurilor de alimente si intocmeste lista cu produse de achizitionat ,evitand stocurile inutile si tinand seama de termenele de valabilitate si de rulajul produselor din magazine
- depoziteaza in agregatele frigorifice alimentele in functie de categorii-carne,lactate ,oua separat etc
- curata si dezinfecteaza agregatele de racire ,chiuvetele ,pavimentele,mesele de lucru ,masinile de gatit,hota etc in conformitate cu procedurile de lucru aprobate
- curata si dezinfecteaza grupurile sanitare din blocul alimentar in conformitate cu procedura in vigoare
- completeaza zilnic raportul de lucru
- aplica toate procedurile,protocoalele de lucru aprobate de SMC,CPCIIAM ,manager si consiliul medical
- este strict interzisa pastrarea mancarurilor preparate de pe o zi pe alta in cadrul bucatariei ,ca si returnarea alimentelor ramase din sectii la blocul alimentar
- resturile alimentare din sectii ,dar si din blocul alimentar se colecteaza in recipienti inchisi ermetic , special cu aceasta destinatie ,care sunt colectati zilnic in baza unui contract de preluare cu o persoana privata .
- dupa golire ,acesti recipienti sunt spalati si dezinfectati
- este strict interzisa aducerea de alimente de acasa in blocul alimentar ,utilizarea de alimente expirate
- este strict interzis accesul persoanelor neautorizate in bloc,inclusiv din spital
- predarea portiilor de mancare catre infirmierele din spital se efectueaza in zona special amenajata ,personalului din spital nefiindu-i autorizat accesul in blocul alimentar
- este strict interzisa deplasare personalului din blocul alimentar in echipamentul specific inafara acestuia si in sectiile cu paturi
- este strict interzis fumatul in blocul alimentar

- este strict interzisa intersectarea procesului de distribuire a meselor cu alte activitati cu potential de contaminare-ex evacuarea deseurilor, lenjeriei etc ,aceste activitati fiind clar diferite orar
- orice reclamatie din partea pacientilor privind neconformitati ale cantitatii sau calitatii hranei vor fi analizate in comisia de dietetica
- orice imbolnavire care ar putea avea sursa susceptibila hrana distribuita in spital va fi imediat semnalata conducerii si CPCIIAM in vederea declansarii anchetei epidemiologice in focar
- medicul de garda din linia medicala verifica hrana inainte de a fi distribuita pacientilor si opreste de la distribuire produsele neconforme ,luand masuri pt inlocuirea lor ad-hoc cu hrana rece
- orice furt, lipsa la inventar etc se semnaleaza politiei
- participă la implementarea controlului managerial intern la nivelul structurii din care face parte;
- cunoaște și respectă documentele Sistemului de Management al Calitatii aplicabile în activitatea depusă
- participă activ la realizarea obiectivelor generale de calitate stabilite de managementul de calitate și a obiectivelor specifice locului de muncă.

Art. 7.2.8

Spălătoria –activitatea de spalare a lenjeriei la Kardinal One Medical este in prezent externalizata

Principalele activități care se derulează în acest sector sunt legate de:

În zona murdară se realizează :

- primirea lenjeriei murdare de la compartimente in saci etichetati pe categorii de lenjerie ,depozitata în rasteluri care sunt preluate luna si joia de catre firma care asigura serviciul externalizat de spalatorie

În zona curata se realizează următoarele operații:

- receptionarea lenjeriei curate aduse de operatorul contractat
- depozitarea lenjeriei curate;
- predarea lenjeriei curate în vederea transportului către locurile de utilizare-compartimente .

Art.7.2.9

Serviciul de întreținere /reparatii instalatii /clădiri –coordonat de administrator ,lucrari externalizate , se desfasoara dupa cum urmeaza:

-verificarea si mentenanta instalatiei electrice,impamantarii si a prizelor-serviciu externalizat

-verificarea si mentenanta aparaturii medicale –serviciu externalizat

-intretinerea instalatiilor de apa,canal si termice-serviciu externalizat ,plata la interventie

Atributia de semnalare a defectiunilor pt segmentul incalzire/instalatii apartine personalului de serviciu din zonele respective

Atributia de semnalare a defectiunilor la aparatura medicala apartine personalului medical-medic si asistenta din sectorul in care s-a produs defectiunea

Punerea /scoaterea din functiune a generatorului in caz de pana de curent este atributia administratorului

-orice defectiune este raportata imediat in scris si verbal conducerii in vederea rezolvarii ei prompte si identificarii de solutii alternative acolo unde este posibil

Art. 7.2.10 Compartimentul PSI-responsabilul cu prevenirea si stingerea incendiilor in unitate exercita acesta atributie prin delegare

Principalele atribuții ale **Responsabilului cu prevenirea si stingerea incendiilor** în cadrul Compartimentului PSI sunt următoarele:

1. întocmește, actualizează, păstrează și pune în aplicare documentele operative de intervenție și răspuns în cazul producerii situațiilor de protecție civilă.
2. verifică menținerea în permanență a stării de operativitate a punctelor de comandă de protecție civilă și dotarea acestora conform normativelor în vigoare.
3. asigură măsurile organizatorice necesare privind înștiințarea și aducerea personalului cu atribuții în domeniul protecției civile la sediile respective, în mod oportun, în caz de dezaastre sau la ordin.
4. conduce lunar pregătirea formațiilor de intervenție de protecție civilă.
5. verifică prin exerciții de alarmare viabilitatea, starea de operativitate și de intervenție.
6. elaborează și aduce la indeplinire planurile privind activitățile de protecție civilă anuale și lunare, de pregătire a formațiilor, salariaților
7. conduce, lunar instructajele și sesiunile de pregătire organizate și tine evidența participării la pregătire.
8. răspunde de asigurarea măsurilor de protecție a bolnavilor internati, bunurilor materiale, împotriva efectelor negative ale situațiilor de urgență, dezaastrelor și conflictelor armate.

9. ține evidența cu necesarul și existentul materialelor și mijloacelor de protecție individuală necesare pacienților și salariaților din zona de competență.
10. prezintă informări cu privire la realizarea măsurilor de protecție civilă, a pregătirii și alte probleme specifice.
11. propune măsuri de îmbunătățire a activității de protecție civilă, în domeniul situațiilor de urgență și dezastrelor în zona competență.
12. acordă asistență tehnică de specialitate instituției și verifică îndeplinirea măsurilor stabilite potrivit prevederilor legii, regulamentelor, instrucțiunilor și ordinelor în vigoare.
13. participă la convocări, bilanțuri, analize și alte activități conduse de eșaloanele superioare.
14. prezintă propuneri pentru introducerea în bugetul de venituri și cheltuieli a fondurilor necesare pentru înzestrarea formațiilor și realizarea măsurilor de protecție civilă.
15. propune includerea în bugetele proprii a fondurilor necesare organizării activității de apărare împotriva incendiilor, dotării cu mijloace tehnice pentru apărarea împotriva incendiilor și echipamente de protecție specifice.
16. elaborează documente specifice activității PSI.
17. avizează documentele privind prevenirea și stingerea incendiilor.
18. prezintă conducerii, semestrial sau ori de câte ori situația impune, raportul de evaluare a capacității de apărare împotriva incendiilor și răspunde de întocmirea planurilor de intervenție.
Intocmirea planului de evacuare în caz de incendiu.
19. Face instructajul șefilor/coordonatorilor de secție/compartiment/serviciu și ține fișele P.S.I.
20. Urmărește echiparea și verificarea periodică a hidranților și instinctoarelor în secții/compartimente/laboratoare.
21. Păstrează documentele comisiei tehnice de prevenire și stingere a incendiilor; procese verbale de control tehnic de specialitate a activității de prevenire și stingere a incendiilor întocmite de instituțiile de specialitate, hotărârile, ordinele, deciziile și programele de măsuri referitoare la prevenirea și stingerea incendiilor adoptate de conducerea obiectivului sau de autoritățile tutelare, tematice de instruire a personalului încadrat în muncă privind cunoașterea normelor P.S.I., copii după organizarea prevenirii și stingerii incendiilor pe locuri de muncă și după schemele de intervenție în caz de incendiu și explozie, listă aprobată cu locurile de fumat, tabelul cu personalul autorizat să execute lucrări cu focul deschis, rapoartelor și informațiilor privind activitatea P.S.I., corespondență etc.
22. participa la implementarea controlului managerial intern la nivelul structurii din care face parte;
23. în domeniul managementului Calității serviciilor medicale serviciilor:
 - să cunoască și să respecte documentele Sistemului de Management al Calitatii aplicabile în activitatea depusă

- să participe activ la realizarea obiectivelor generale de calitate stabilite de managementul de calitate și a obiectivelor specifice locului de muncă.

Art 7.2.11 Compartimentul statistica medicala-este deservit de ½ norma statistician

Atributii statistician

1. Executa orice lucrari de statistica medicala, raportari statistice, cu privire la activitatea sectiilor, compartimentelor sau intregii unitati la solicitarea factorilor de decizie din unitate.
2. Introduce in DRG foile bolnavilor iesiti din spital ,inclusiv procedurile
- 3.Raporteaza prompt nr de imbolnaviri solicitate de catre DSP Timis pt anumite categorii de boli sezoniere sau cu potential endemo-epidemic
4. Intocmeste situatiile catre CAS Timis lunar pentru: DRG, acuti, cronici si spitalizare zi si transmite XML lunar la fiecare inceput de luna in perioada 1-5 pentru luna precedenta in vederea intocmirii decontului lunar
5. Calculeaza lunar, trimestrial, semestrial si annual indicatorii de utilizare a serviciilor pe sectiile spitalului si le aduce la cunostiinta acestora si a conducerii in scris si verbal
6. Transmite lunar intre 1-3 ale lunii catre SNSPMSMB fisierul mdp.pgp in vederea validarii serviciilor medicale
- 7.identifica erorile de validare ,le corecteaza atunci cand este posibil si retrimite fisierul catre SNSPMSB in vederea revalidarii

8. Clasifica foile de observatie ale bolnavilor iesiti pe sectii, luni, ani si le arhiveaza cf nomenclatorului in vigoare ; tine evidenta FOCG care au fost solicitate de catre sectii si se afla inafara arhivei si a biroului de internari
9. Tine evidenta datelor statistice pe formulare stabilite de MS, intocmeste rapoartele specifice ale spitalului, verificand exactitatea datelor statistice cuprinse in rapoartele sectiilor
10. Pune la dispozitia sectiilor datele statistice si documentatia medicala necesara pentru activitatea curenta si asigura prelucrarea datelor statistice
11. Urmareste colectarea diferitilor indicatori de activitate comparativa cu alte unitati si informeaza sefii de sectii si managerul in caz de abateri mari
12. Inregistreaza intrarile si iesirile bolnavilor din spital, intocmind fisa de miscare zilnica la nivel de spital
13. Primeste din sectii numarul de paturi libere, completeaza si tine la zi evidentele corespunzatoare
14. Tine evidenta imprimatelor cu regim special pe care le are in gestiune
15. Executa orice alte sarcini date de conducerea unitatii in limitele calificarii
16. Asigura accesul la datele bolnavilor internati in conformitate cu prevederile DGPAR si cu procedurile interne .
17. Se preocupă permanent de ridicarea nivelului profesional.
18. Informeaza de indata conducerea despre orice deficiente constatata in activitatea proprie sau eveniment negativ petrecut;
- 19.Utilizeaza resursele existente exclusiv in interesul unitatii
20. Aduce la cunostinta, de indata, superiorului accidentele de munca suferite de propria persoana sau de alti angajati
21. Isi insuseste si respecta normele si instructiunile de protectie a muncii si masurile de aplicare a acestora;
22. Indeplineste orice alte sarcini, in limita competentei, specifice domeniului de activitate stabilite de conducerea spitalului
23. Isi desfasoara activitatea in mod responsabil, conform reglementarilor profesionale si cerintelor postului
24. Nu paraseste locul de munca fara aprobarea superiorului si fara a lasa locul de munca in ordine
25. Intocmeste anual Formularul SAN privind „Activitatea unitatilor sanitare” si il depune la DSP
26. Tine legatura cu operatorii ICMED in cazul in care constata deficiente ale sistemului de raportare
27. Asigura suport asistentilor medicali de pe sectiile spitalului in vederea asigurarii unei evidente corecte a FSZ si FOCG
- 28.Preda lunar la arhiva foile de observatie in baza unui proces verbal de predare –primire ;
- 29.Respectă reglementările privind prevenirea, controlul si combaterea infectiilor nosocomiale, a conditiilor igienico-sanitare, a circuitelor sanitare conform ordinelor in vigoare
- 30.Informeaza prompt managerul /directorul medical asupra episoadelor de internare care depasesc media DMS pe patologie
- 31.Are o tinuta decenta ,office
- 32.Este interzisa parasirea biroului de internari fara avizul managerului
- 33.Pauzele in activitate sunt contorizate,timpul aferente urmand a fi recuperate corespunzator peste programul normal de lucru

Art 7.2.12 Secretariatul –este deservit de un secretar subordonat managerului si comitetului director si care are urmatoarele atributii delegate

- primeste ,inregistreaza in registrul unic si distribuie catre structuri documentele interne ,pastrand nivelul de confidentialitate ,proceduri interne privitoare la managementul si circuitul documentelor
- asigura activitatea de tehnoredactare a informarilor,dispozitiilor ,notelor si a altor documente intocmite de manager/director medical /director financiar
- asigura delegat si activitatea de arhivare a documentelor in conformitate cu procedurile si prevederile legale
- asigura secretariatul sedintelor interne si intocmeste /arhiveaza procesele verbale de sedinta
- indeplineste si alte sarcini de serviciu la solicitarea managerului si a CD in limita competentelor profesionale
- instiinteaza structurile din spital cu privire la notele,dispozitiile,informarile sau solicitarile forurilor superioare –DSP,MS ,manager,SMC etc ,adresantii fiind stabiliti de catre manager
- preluarea /predarea tuturor documentelor se efectueaza in baza unui PV de predare –primire sau semnatura de luare la cunostiinta

CAPITOLUL VIII

SECRETUL PROFESIONAL ȘI CONFIDENȚIALITATEA DATELOR

Art. 8.1.

1. Extras din Codul de deontologie medicală, Anexa nr.2 a Hotărârii Colegiului Medicilor din România nr.2/30.03.2012, publicată în Monitorul Oficial al României nr. 298/ 07.05.2012, intrat în vigoare din data de 06.06.2012:

(a) Medicul va păstra secretul profesional și va acționa în acord cu dreptul legal al fiecărei persoane la respectul vieții sale private din punctul de vedere al informațiilor referitoare la sănătatea sa.

(b) Obligația medicului de a păstra secretul profesional este opozabilă inclusiv față de membrii familiei persoanei respective.

(c) Obligația medicului să păstreze secretul profesional persistă și după ce persoana respectivă a încetat să îi fie pacient sau a decedat.

(d) Medicul, la solicitarea persoanei în cauză, o va informa pe aceasta sau pe persoana desemnată de aceasta cu privire la orice informație pe care o deține referitoare la starea de sănătate a persoanei în cauză.

- (e) Derogările de la dreptul fiecărei persoane la respectul vieții sale private din punctul de vedere al informațiilor referitoare la sănătate sunt numai cele prevăzute în mod expres de lege.
2. Secretul medical este obligatoriu, cu excepția situațiilor prevăzute de lege.
 3. Obiectul secretului este tot ceea ce medicul, în timpul exercitării profesiei sale, a aflat direct sau indirect în legătură cu viața intimă a pacientului, a familiei, a aparținătorilor, precum și probleme de diagnostic, prognostic, tratament, circumstanțe în legătură cu boala.
 4. Secretul profesional trebuie păstrat față de colegi, cadre sanitare și instituțiile medicale care nu sunt implicate în actul medical al pacientului în cauză.
 5. În comunicările științifice, cazurile vor fi în așa fel prezentate, încât identitatea pacientului să nu poată fi recunoscută.
 6. În cazul în care nu este contrar intereselor pacientului, medicul curant va permite accesul mass-mediei la pacient numai cu acceptul acestuia. Medicii șefi ai secțiilor sunt obligați să ia toate măsurile în așa fel încât accesul mass-mediei la pacient să se facă numai cu acceptul medicului curant și al pacientului. Acordarea de informații cu privire la un anumit caz se poate face numai cu acordul pacientului, a medicului curant și al șefului unității medicale.
 7. Evidențele medicale trebuie păstrate ca materiale secrete profesionale.

CAPITOLUL IX DREPTURILE ȘI OBLIGAȚIILE PACIENȚILOR

Art.9.1.

1. Drepturile și obligațiile pacienților sunt prevăzute în Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, Legea nr. 46/2003 privind drepturile pacienților și Ordinul Ministrului Sănătății nr. 1410/2016 privind aprobarea Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003.
2. Pacienții au dreptul la îngrijiri medicale de cea mai înaltă calitate de care societatea dispune, în conformitate cu resursele umane, financiare și materiale.
3. Pacientul are dreptul de a fi respectat ca persoană umană, fără nici o discriminare.
4. Pacientul are dreptul de a fi informat cu privire la serviciile medicale disponibile, precum și la modul de a le utiliza.
5. Pacientul are dreptul de a fi informat asupra identității și statutului profesional al furnizorilor de servicii de sănătate.
6. Pacientul internat are dreptul de a fi informat asupra regulilor și obiceiurilor pe care trebuie să le respecte pe durata spitalizării.

7. Pacientul are dreptul de a fi informat asupra stării sale de sănătate, a intervențiilor medicale propuse, a riscurilor potențiale ale fiecărei proceduri, a alternativelor existente la procedurile propuse, inclusiv asupra neefectuării tratamentului și nerespectării recomandărilor medicale, precum și cu privire la date despre diagnostic și prognostic.
8. 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.
9. Informațiile se aduc la cunostință pacientului într-un limbaj respectuos, clar, cu minimalizarea terminologiei de specialitate; în cazul în care pacientul nu cunoaște limba română, informațiile i se aduc la cunostință în limba maternă ori în limba pe care o cunoaște sau, după caz, se va căuta o altă formă de comunicare.
10. 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.
11. Rudele și prietenii pacientului pot fi informați despre evoluția investigațiilor, diagnostic și tratament, cu acordul pacientului.
12. Pacientul are dreptul de a cere și de a obține o altă opinie medicală.
13. Pacientul are dreptul să solicite și să primească, la externare, un rezumat scris al investigațiilor, diagnosticului, tratamentului și îngrijirilor acordate pe perioada spitalizării.
14. Pacientul are dreptul să refuze sau să oprească o intervenție medicală asumându-și, în scris, răspunderea pentru decizia sa; consecințele refuzului sau ale opririi actelor medicale trebuie explicate pacientului.
15. Când pacientul nu își poate exprima voința, dar este necesară o intervenție medicală de urgență, personalul medical are dreptul să deducă acordul pacientului dintr-o exprimare anterioară a voinței acestuia.
16. În cazul în care pacientul necesită o intervenție medicală de urgență, consimțământul reprezentantului legal nu mai este necesar.
17. În cazul în care se cere consimțământul reprezentantului legal, pacientul trebuie să fie implicat în procesul de luare a deciziei atât cât permite capacitatea lui de înțelegere.
18. În cazul în care furnizorii de servicii medicale consideră că intervenția este în interesul pacientului, iar reprezentantul legal refuză să își dea consimțământul, decizia este declinată unei comisii de arbitraj de specialitate.
19. Comisia de arbitraj este constituită din 3 medici pentru pacienții internați în spitale și din 2 medici pentru pacienții din ambulator.
20. Consimțământul pacientului este obligatoriu pentru recoltarea, păstrarea, folosirea tuturor produselor biologice prelevate din corpul său, în vederea stabilirii diagnosticului sau a tratamentului cu care acesta este de acord.
21. 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 consimțământului de la reprezentantul legal și dacă cercetarea este făcută și în interesul pacientului.

22. Pacientul nu poate fi fotografiat sau filmat într-o unitate medicală fără consimțământul său, cu excepția cazurilor în care imaginile sunt necesare diagnosticului sau tratamentului și evitării suspectării unei culpe medicale.
23. Toate informațiile privind starea pacientului, rezultatele investigațiilor, diagnosticul, prognosticul, tratamentul, datele personale sunt confidențiale chiar și după decesul acestuia.
24. 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.
25. În cazul în care informațiile sunt necesare altor furnizori de servicii medicale acreditați, implicați în tratamentul pacientului, acordarea consimțământului nu mai este obligatorie.
26. Pacientul are acces la datele medicale personale.
27. 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.
28. Sunt considerate excepții cazurile în care pacientul reprezintă pericol pentru sine sau pentru sănătatea publică.
29. În cazul în care furnizorii sunt obligați să recurgă la selectarea pacienților pentru anumite tipuri de tratament care sunt disponibile în număr limitat, selectarea se face numai pe baza criteriilor medicale.
30. Intervențiile medicale asupra pacientului se pot efectua numai dacă există condițiile de dotare necesare și personal acreditat.
31. Se exceptează de la prevederile alin. (30) cazurile de urgență apărute în situații extreme.
32. Pacientul are dreptul la îngrijiri terminale pentru a putea muri în demnitate.
33. Pacientul poate beneficia de sprijinul familiei, al prietenilor, de suport spiritual, material și de sfaturi pe tot parcursul îngrijirilor medicale. La solicitarea pacientului, în măsura posibilităților, mediul de îngrijire și tratament va fi creat cât mai aproape de cel familial.
34. Pacientul internat are dreptul și la servicii medicale acordate de către un medic acreditat din afara spitalului.
35. Personalul medical sau nemedical din unitățile sanitare nu are dreptul să supună pacientul nici unei forme de presiune pentru a-l determina pe acesta să îl recompenseze altfel decât prevăd reglementările de plată legale din cadrul unității respective.
36. Pacientul poate oferi angajaților sau unității unde a fost îngrijit plăți suplimentare sau donații, cu respectarea legii.
37. Pacientul are dreptul la îngrijiri medicale continue până la ameliorarea stării sale de sănătate sau până la vindecare.
38. Continuitatea îngrijirilor se asigură prin colaborarea și parteneriatul dintre diferitele unități medicale publice și nepublice, spitalicești și ambulatorii, de specialitate sau de medicină generală, oferite de medici, cadre medii sau de alt

personal calificat. După externare pacientii au dreptul la serviciile comunitare disponibile.

39. Pacientul are dreptul să beneficieze de asistentă medicală de urgență, de asistentă stomatologică de urgență și de servicii farmaceutice, în program continuu.

CAP.X

DISPOZITII FINALE

Art.101. Toate structurile organizatorice ale spitalului și întreg personalul care își desfășoară activitatea în spital au obligația cunoașterii și implementării standardelor de management al Calității serviciilor medicale ISO 9001/2008.

Art.10.2. Toate structurile organizatorice ale spitalului și întreg personalul care își desfășoară activitatea în spital au obligația cunoașterii și implementării standardelor de acreditare a spitalelor, cf OMS 446/2017 și Ordinului nr. 10/2018.

Art.10.3. Personalul încadrat are obligația să respecte prevederile Contractului Cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și a normelor de aplicare, în caz contrar acesta va fi sancționat disciplinar și va răspunde patrimonial pentru pagubele materiale produse angajatorului din vina și în legătura cu munca lor conform Regulamentului Intern, Codului Muncii și principiilor răspunderii civile contractuale.

Art.10.4. Prevederile prezentului regulament de organizare și funcționare se aplică tuturor angajaților Kardinal One Medical, indiferent de felul și durata contractului de muncă.

Art.10.5. Enumerarea atribuțiilor din prezentul regulament nu este limitativă, ele putându-se completa cu îndeplinirea de a îndeplini orice alte sarcini de serviciu conform pregătirii și/sau dispozițiilor cuprinse în actele normative în vigoare și în fișa individuală a postului, alte regulamente și dispoziții interne.

Art.10.6. Regulamentul de organizare și funcționare poate fi modificat sau completat ori de câte ori necesitățile legale de organizare, funcționare în unitate o cer.

Art.10.7. Regulamentul de organizare și funcționare va fi pus la dispoziție în fiecare structură funcțională a Kardinal One Medical și prelucrat cu toți angajații, încheindu-se proces verbal sub semnătură de luare la cunoștință.

Art.10.8. Pentru personalul încadrat după intrarea în vigoare a Regulamentului de organizare și funcționare prelucrarea se face de către coordonatorul compartimentului în care acesta se angajează.

Art.10.9. Acest regulament de organizare și funcționare este redactat în conformitate cu reglementările legale în vigoare

Art.10.10. Atât angajatorul, cât și angajatul sunt obligați să respecte, enumerate dar nu limitative, atribuțiile ce-i revin, inclusiv hotărârile aprobate de manager, a consiliilor și comitetelor organizate la nivelul Kardinal One Medical a caror componentă și atribuții se regăsesc în prezentul R.O.F.

Art.10.11 Angajații Spitalului au drepturi și îndatoriri cf Codului muncii și fișei postului

Art.10.12. Prezentul Regulament de Organizare și Funcționare intră în vigoare începând cu data demarării activității medicale în cod Caen 8610

Art.10.13. Atunci când intră în circuitul spitalicesc, toți angajații din alte sectoare administrative, Tesa etc vor respecta toate prevederile regulamentului de acces-echipare cu botosei, halat de protecție

Art.10.14. Parasirea spitalului în timpul programului se efectuează numai cu aprobarea managerului și cu recuperarea integrală a timpului de lucru

Art.10.15. Pauzele din timpul programului de lucru se însumează și recuperează corespunzător prin prelungirea programului de lucru cu timpul aferent.

Art.10.16. Voluntarii vor respecta toate prevederile din fișa postului din domeniul în care activează, precum și reglementările prezentului ROF

CAPITOLUL XI INREGISTRARI SPECIFICE, PASTRARE/ARHIVARE

Arhivarea documentelor se efectueaza de catre secretar prin atributii delegate in conformitate cu prevederile Nomenclatorului general de arhivare in baza documentului de mai jos :

Document	Arhivare		Semnatura	Expira perioada de arhivare la data	Predat spre distrugere catre /la data	Solicitare dezarhivare de catre/la data	Returnare in arhiva de catre /la data	Solicitare dezarhivare de catre /la data	Returnare in arhiva de catre /la data
	Data								
	Preda								
	Preia								

CAPITOLUL XII ANEXE

**ANEXA A1 REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE AL
COMITETULUI DIRECTOR**

**ANEXA A2 REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE A
CONSILIULUI MEDICAL**

ANEXA A3 REGULAMENTUL DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE AL

CONSILIULUI ETIC

- ANEXA A4 REGULAMENTUL DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE AL COMISIEI DE MONITORIZARE, RESPONSABILA CU IMPLEMENTAREA SI DEZVOLTAREA SISTEMULUI DE CONTROL INTERN MANAGERIAL**
- ANEXA A5.1. REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE AL BIROULUI MANAGEMENTULUI CALITATII SERVICIILOR MEDICALE**
A5.2. PLAN DE MANAGEMENT AL CALITATII KARDINAL ONE MEDICAL
- A6 PLAN ANUAL DE AUDIT CLINIC**
- ANEXA**
- ANEXA A7 REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE AL COMISIEI DE PRESCRIERE A MEDICAMENTULUI SI FARMACOVIGILENTA**
- ANEXA A8 REGULAMENTUL DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE A COMISIEI DE ANALIZA A DECESELOR INTRASPITALICESTI**
- ANEXA A9 REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE AL COMISIEI DE PRESCRIERE A TRATAMENTULUI ANTIBIOTIC IN SPITAL**
- ANEXA A10 REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE AL COMISIEI DE ANALIZA A RAPORTARILOR DRG**
- ANEXA A11 REGULAMENTUL DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE AL COMITETULUI DE PREVENIRE SI LIMITARE A INFECTIILOR ASOCIATE ACTULUI MEDICAL**
- ANEXA A12 REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE AL COMISIEI DE DISCIPLINA**
- ANEXA A13 REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE AL COMITETULUI DE SECURITATE SI SANATATE IN MUNCA**

ANEXA A14 REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE AL COMISIEI DE PRODUSE BIOCIDDE SI MATERIALE SANITARE

ANEXA A15 REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE A COMISIEI PROFESIONAL STIINTIFICE SI DE PERFECTIONARE A PERSONALULUI MEDICAL

A15.2 PLANUL DE PERFECTIONARE PROFESIONALA A ANGAJATILOR KARDINAL ONE MEDICAL

ANEXA A16 REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE AL COMISIEI DE AUDIT CLINIC

A16.2 PLANUL ANUAL DE AUDIT CLINIC 2020

ANEXA A17 REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE AL COMISIEI DE REZOLVARE A CONTESTATIILOR, SESIZARILOR SI RECLAMATIILOR

ANEXA A18 REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE AL COMISIEI DE ANALIZA A EXISTENTEI PROTOCOALELOR SI GHIDURILOR TERAPEUTICE LA NIVELUL COMPARTIMENTELOR CLINICE SI A MODULUI DE IMPLEMENTARE A ACESTORA IN PRACTICA MEDICALA

ANEXA A18.2 LISTA PROTOCOALELOR MEDICALE EXISTENTE LA NIVELUL KARDINAL ONE MEDICAL

ANEXA A 19 REGULAMENTUL DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE AL COMISIEI DE COORDONARE A PROCESULUI DE EVALUARE IN VEDEREA OBTINERII ACREDITARII IN CICLUL I DE ACREDITARE

ANEXA A 20 REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE AL COMISIEI DE TRANSFUZIE SI HEMOVIGILENTA

ANEXA A 21 ORGANIGRAMA APROBATA A KARDINAL ONE MEDICAL

ANEXA A 22 LISTA TARIFELOR PENTRU ANALIZELE MEDICALE SI

LISTA TARIFELOR PENTRU MANOPERELE MEDICALE LA KARDINAL ONE MEDICAL

Definiții specifice

Comitet Director	Organism de conducere al unității sanitare cu paturi format din Manager, Director Medical, Director financiar-contabil.
Consiliu Medical	Organism constituit din șefii de compartimente, farmacist etc, pentru monitorizarea și evaluarea activității medicale desfășurate în spital în scopul creșterii performanțelor profesionale și utilizării eficiente a resurselor alocate
Consiliu Etic	Organism de autoritate morală constituit în cadrul spitalului, în vederea garantării punerii în valoare a principiilor morale și deontologice în cadrul sistemului de sănătate.
Comisia de monitorizare, coordonare și îndrumarea metodologică a sistemului propriu de control managerial intern	Structură cu atribuții în sensul monitorizării, coordonării și îndrumării metodologice a implementării și dezvoltării sistemului de control intern managerial

Comisia de implementare a sistemului de management al calității serviciilor medicale	Organism care asigură mecanismele de relaționare a tuturor structurilor unității în vederea îmbunătățirii continue a sistemului de management al Calității serviciilor medicale.
Comisia Medicamentului	Organism care urmărește optimizarea utilizării medicamentelor precum și folosirea judicioasă a fondurilor bănești destinate medicamentelor și materialelor sanitare, la nivelul spitalului
Comisia de analiza a deceselor intraspitalicesti	Organism cu atribuții privind verificarea concordanței între diagnosticele clinice și anatomopatologice în vederea creșterii gradului de concordanță diagnostică
Comisia de alimentare și dietetică	Organism care asigură sistemul de aprovizionare, prescriere, preparare și distribuire a alimentelor, regimurilor dietetice la nivelul spitalului
Comisia de analiză a DRG	Organism cu atribuții în analiza cazurilor rezolvate în sistem de spitalizare continuă și de zi, validate, nevalidate și propuse spre validare
Comitetul de prevenire și combatere a infecțiilor asociate asistenței medicale	Organism care asigură prevenirea, supravegherea și controlul infecțiilor asociate asistenței medicale
Comisia de disciplină	Organism cu atribuții în cercetarea disciplinară prealabilă a abaterilor în disciplina muncii săvârșite de salariații spitalului, nerespectarea oricăror altor obligații de serviciu prevăzute în actele normative generale sau interne în vigoare și propunerea de sancțiuni disciplinare.
Comitetul de Sănătate și securitate în muncă	Organism care stabilește principiile generale referitoare la prevenirea riscurilor profesionale, protecția sănătății și securitatea lucrătorilor, eliminarea factorilor de risc și accidentare, informarea, consultarea, participarea echilibrată potrivit legii, instruirea lucrătorilor și a reprezentanților lor, precum și direcțiile generale pentru implementarea acestor principii
Echipa de evaluare și gestionare a riscurilor	Organism cu atribuții în ținerea sub control a tuturor riscurilor posibile care pot afecta atât organizația cât și pacienții

ANEXE

Anexa A1

REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE AL COMITETULUI DIRECTOR

Art. 1. Comitetul director al Kardinal One Medical se constituie in baza Dispozitiei managerului si functioneaza in conformitate cu prezentul regulament.

Art. 2. Comitetul director al Kardinal One Medical este format din manager, director medical si director financiar-contabil. Funcțiile specifice comitetului director sunt ocupate prin numire de catre manager.

Art. 3. Comitetul director are următoarele atribuții generale:

- elaboreaza planul de dezvoltare al spitalului pe perioada mandatului, in baza propunerilor scrise ale consiliului medical;
- elaboreaza, pe baza propunerilor consiliului medical, planul anual de furnizare de servicii medicale al spitalului;
- propune managerului, in vederea aprobarii:
 - a) numarul de personal, pe categorii si locuri de munca, in functie de reglementarile in vigoare;
 - b) organizarea concursurilor pentru posturile vacante, in urma consultarii cu sindicatele, conform legii;
- elaboreaza regulamentul de organizare si functionare, regulamentul intern si organigrama spitalului, in urma consultarii cu sindicatele, conform legii;
- propune spre aprobare managerului si urmareste implementarea de masuri organizatorice privind imbunatatirea calitatii serviciilor medicale, a conditiilor de cazare, igiena si alimentatie, precum si de masuri de prevenire a infectiilor asociate asistentei medicale, conform normelor aprobate prin ordin al ministrului sanatatii publice; in acest sens, seful CPLIAM este membru fara drept de vot in comitetul director, avand statut de invitat la toate sedintele. Si RMC are statut de invitat permanent.
- Elaboreaza proiectul bugetului de venituri si cheltuieli al spitalului, pe baza centralizarii de catre compartimentul economico-financiar a propunerilor fundamentate ale conducatorilor sectiilor si compartimentelor din structura spitalului, pe care il supune aprobarii managerului;
- Urmareste realizarea indicatorilor privind executia bugetului de venituri si cheltuieli pe sectii si compartimente, asigurand sprijin coordonatorilor de compartimente pentru incadrarea in bugetul alocat;
- analizeaza propunerea consiliului medical privind utilizarea fondului de dezvoltare, pe care il supune spre aprobare managerului;
- asigură monitorizarea si raportarea indicatorilor specifici activitatii medicale, financiari, economici, precum și a altor date privind activitatea de supraveghere, prevenire și control, pe care le prezintă managerului, conform metodologiei stabilite;
- 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 medicale;
- elaboreaza planul de actiune pentru situatii speciale si asistenta medicala in caz de razboi, dezastre, atacuri teroriste, conflicte sociale si alte situatii de criza; in acest sens elaboreaza, aproba si se asigura de implementarea Planului Alb de interventie in caz de evenimente cu victime multiple

- 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;
- 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 patronatului
- negociaza, prin manager, directorul medical si directorul financiar-contabil, contractele de furnizare de servicii medicale cu casele de asigurari de sanatate;
- se intruneste lunar sau ori de cate ori este nevoie, la solicitarea majoritatii membrilor sai ori a managerului spitalului public, si ia decizii in prezenta a cel putin doua treimi din numarul membrilor sai, cu majoritatea absoluta a membrilor prezenti;
- face propuneri privind structura organizatorica, reorganizarea, restructurarea, schimbarea sediului si a denumirii spitalului;
- 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;
- raspunde in fata managerului pentru indeplinirea atributiilor care ii revin;
- analizeaza activitatea membrilor sai pe baza rapoartelor de evaluare si elaboreaza raportul anual de activitate al spitalului.

Art. 4. Atributiile specifice ale **directorului medical** sunt:

- 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, fundamentarea bugetului de venituri si cheltuieli din perspectiva cheltuielilor cu functionarea sectiile clinice;
- monitorizeaza calitatea serviciilor medicale acordate la nivelul spitalului, inclusiv prin evaluarea satisfactiei pacientilor, si elaboreaza, impreuna cu sefi de sectii, propuneri de imbunatatire a activitatii medicale;
- aproba protocoale de practica medicala la nivelul spitalului si monitorizeaza procesul de implementare a protocoalelor si ghidurilor de practica medicala la nivelul intregului spital;
- raspunde de coordonarea si corelarea activitatilor medicale desfasurate la nivelul sectiilor pentru asigurarea tratamentului adecvat pentru pacientii internati;
- intocmeste planul de formare si perfectionare a personalului medical, la propunerea sefilor de compartimente, farmacie si laboratoare;
- asigura respectarea normelor de etica profesionala si deontologie medicala la nivelul spitalului, colaborand cu Colegiul Medicilor din Romania;
- raspunde de acreditarea personalului medical al spitalului si de acreditarea activitatilor medicale desfasurate in spital, in conformitate cu legislatia in vigoare;
- 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.);
- participa, alaturi de manager, la organizarea asistentei medicale in caz de dezastre, epidemii si in alte situatii speciale;

- 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;
- supervizeaza respectarea prevederilor in vigoare referitoare la documentatia medicala a pacientilor tratati, asigurarea confidentialitatii datelor medicale, constituirea arhivei spitalului;
- raspunde de utilizarea in activitatea curenta, la toate componentele activitatilor medicale de preventie, diagnostic, tratament si recuperare a procedurilor si tehnicilor prevazute in protocoalele unitatii, a standardelor de sterilizare si sterilitate, asepsie si antisepsie, respectiv a normelor privind cazarea, alimentatia si conditiile de igiena oferite pe perioada ingrijirilor acordate;
- coordoneaza activitatea de informatică in scopul inregistrarii corecte a datelor in documentele medicale, gestionarii si utilizarii eficiente a acestor date;
- ia masurile necesare, potrivit dispozitiilor legale si contractului colectiv de munca aplicabil, pentru asigurarea conditiilor corespunzatoare de munca, prevenirea accidentelor si imbolnavirilor profesionale.

Art. 5. Directorul financiar contabil are urmatoarele atributii specifice:

- asigura si raspunde de buna organizare si desfasurare a activitatii financiare a unitatii, in conformitate cu dispozitiile legale;
- organizeaza contabilitatea in cadrul unitatii, in conformitate cu dispozitiile legale, si asigura efectuarea corecta si la timp a inregistrarilor;
- asigura intocmirea la timp si in conformitate cu dispozitiile legale a balantelor de verificare si a bilanturilor anuale si trimestriale;
- propune defalcarea pe trimestre a indicatorilor financiari aprobati in bugetul de venituri si cheltuieli;
- asigura executarea bugetului de venituri si cheltuieli al spitalului, urmarind realizarea indicatorilor financiari aprobati si respectarea disciplinei contractuale si financiare;
- participa la negocierea contractului de furnizare de servicii medicale cu casele de asigurari de sanatate;
- angajeaza unitatea prin semnatura alaturi de manager in toate operatiunile patrimoniale, având obligația, în condițiile legii, de a refuza pe acelea care contravin dispozițiilor legale;
- analizeaza, din punct de vedere financiar, planul de acțiune pentru situatii speciale prevazute de lege, precum si pentru situatii de criza;
- participa la organizarea sistemului informational al unitatii, urmarind folosirea cat mai eficienta a datelor contabilitatii;
- evalueaza, prin bilantul contabil, eficienta indicatorilor specifici;
- asigură indeplinirea, in conformitate cu dispozitiile legale, a obligatiilor unitatii catre bugetul statului, trezorerie si terti;
- asigura plata integrala si la timp a drepturilor banesti cuvenite personalului incadrat in spital;

- asigura intocmirea, circuitul si pastrarea documentelor justificative care stau la baza inregistrarii in contabilitate;
- organizeaza evidenta tuturor creantelor si obligatiilor cu caracter patrimonial care revin spitalului din contracte, protocoale si alte acte asemanatoare si urmareste realizarea la timp a acestora;
- ia masuri pentru prevenirea pagubelor si urmareste recuperarea lor;
- asigura aplicarea dispozitiilor legale privitoare la gestionarea valorilor materiale si ia masuri pentru tinerea la zi si corectă a evidentelor gestionarii;
- indeplineste formele de scadere din evidenta a bunurilor de orice fel, in cazurile si conditiile prevazute de dispozitiile legale;
- impreuna cu directorul/serviciul administrativ intocmeste si prezinta studii privind optimizarea masurilor de buna gospodarire a resurselor materiale si banesti, de prevenire a formarii de stocuri peste necesar, in scopul administrarii cu eficienta maxima a patrimoniului unitatii si a sumelor incasate in baza contractului de furnizare servicii medicale;
- organizeaza si ia masuri de realizare a perfectionarii pregatirii profesionale a cadrelor financiar-contabile din subordine;
- organizeaza la termenele stabilite si cu respectarea dispozitiilor legale inventarierea mijloacelor materiale în unitate.

Art.6. Comitetul director se intruneste lunar sau ori de cate ori este nevoie.

Art. 5. Fiecare intrunire va fi consemnata intr-un proces verbal, datat si inregistrat in registrul propriu al Comitetului Director.

Anexa A2

REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE A CONSILIULUI MEDICAL

Art. 1. Consiliul medical se reorganizeaza in baza Dispozitiei managerului si functioneaza in conformitate cu prezentul regulament.

Art. 2. Consiliul medical este alcătuit din medici si asistentul coordonator pe spital, sau persoanele carora le-au fost desemnate atribuții de coordonare a activitatii personalului conform fisei postului.

Art.3. Presedintele Consiliului medical este Directorul medical.

Art.4. Consiliul medical se intruneste lunar sau ori de cate ori este nevoie, si la solicitarea managerului unitatii.

Art. 5. Membrii consiliului medical au principal urmatoarele atributii:

- evalueaza necesarul de servicii medicale al populatiei deservite de spital si face propuneri pentru elaborarea:
 - planului de dezvoltare/reorganizare a spitalului, pe perioada mandatului;
 - planului anual de furnizare de servicii medicale al spitalului;
 - planului anual de achizitii publice, cu privire la achizitia de aparatura si echipamente medicale, medicamente si materiale sanitare;
 - face propuneri comitetului director in vederea elaborarii bugetului de venituri si cheltuieli al spitalului;
 - participa la elaborarea regulamentului de organizare si functionare si a regulamentului intern ale spitalului;
 - desfasoara activitate de evaluare si monitorizare a calitatii serviciilor medicale si eficientei activitatilor medicale desfasurate in spital, inclusiv:
- evaluarea satisfactiei pacientilor care beneficiaza de servicii in cadrul spitalului sau in ambulatoriul de specialitate integrat al acestuia;
- monitorizarea principalilor indicatori de performanta in activitatea medicala;
- prevenirea si controlul infectiilor asociate asistentei medicale.

Aceste activități sunt desfasurate in colaborare cu Structura de Management al Calitatii serviciilor medicale si cu Compartimentul de prevenire si limitare a infectiilor asociate asistentei medicale de la nivelul spitalului - CPLIIAM;

- stabileste reguli privind activitatea profesionala, protocoalele de practica medicala la nivelul spitalului si raspunde de aplicarea si respectarea acestora;
- elaboreaza planul anual de imbunatatire a calitatii serviciilor medicale furnizate de spital, pe care il supune spre aprobare directorului general;
- inaintea managerului propuneri cu caracter organizatoric pentru imbunatatirea activitatilor medicale desfasurate la nivelul spitalului;
- evalueaza necesarul de personal medical al fiecarei sectii/laborator si face propuneri comitetului director pentru elaborarea strategiei de personal a spitalului;
- evalueaza necesarul liniilor de garda si face propuneri managerului cu privire la structura si numarul acestora la nivelul spitalului, dupa caz;
- participa la stabilirea fiselor posturilor personalului medical angajat;
- inaintea managerului propuneri pentru elaborarea planului de formare si perfectionare continua a personalului medico-sanitar;
- face propuneri si monitorizeaza desfasurarea activitatilor de educatie si cercetare medicala desfasurate la nivelul spitalului, in colaborare cu institutiile acreditate;
- reprezinta spitalul in relatiile cu organizatii profesionale din tara si din strainatate si faciliteaza accesul personalului medical la informatii medicale de ultima ora;

- Asigura respectarea normelor de etica profesionala si deontologie medicala la nivelul spitalului, colaborand cu Colegiul Medicilor din Romania;
- raspunde de acreditarea personalului medical al spitalului si de acreditarea activitatilor medicale desfasurate in spital, in conformitate cu legislatia in vigoare;
- 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.);
- participa, alaturi de manager, la organizarea asistentei medicale in caz de dezastre, epidemii si in alte situatii speciale;
- stabileste coordonatele principale privind consumul medicamentelor la nivelul spitalului, in vederea unei utilizari judicioase a fondurilor spitalului, prevenirii polipragmaziei si a rezistentei la medicamente;
- supervizează respectarea prevederilor in vigoare, referitoare la documentatia medicala a pacientilor tratati, asigurarea confidentialității datelor medicale, constituirea arhivei spitalului;
- avizeaza utilizarea bazei de date medicale a spitalului pentru activitati de cercetare medicala, in conditiile legii;
- analizeaza si solutioneaza impreuna cu comitetul director si comisiile de disciplina sugestiile, sesizarile si reclamațiile pacientilor tratati in spital, referitoare la activitatea medicala a spitalului;
- elaboreaza raportul anual de activitate medicala a spitalului, in conformitate cu legislatia in vigoare.

Anexa A3

REGULAMENTUL DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE AL CONSILIULUI ETIC

Art.1. Consiliul Etic al Kardinal One Medical se organizeaza in baza dispozitiei managerului si este alcatuit din 2 membri, un presedinte si un secretar desemnat prin decizia managerului unitatii.

Art.2.Durata mandatului de membru al Consiliului etic este de 3 ani.

Art.4. Scopul Consiliului etic îl reprezintă întrunirea membrilor acestuia la sesizarea unui pacient/apartinător, a unui cadru medical sau a oricarei persoane careia i-au fost încălcate drepturile recunoscute de lege în domeniul acordării asistenței medicale.

Art.5. Atribuțiile consiliului etic sunt în principal următoarele :

- promovează valorile etice medicale și organizatorice în rândul personalului medico-sanitar, auxiliar și administrativ al spitalului;
- identifică și analizează vulnerabilitățile etice și propune managerului adoptarea și implementarea măsurilor de prevenție a acestora la nivelul spitalului;
- primește din partea managerului spitalului sesizările adresate direct Consiliului etic și alte sesizări transmise spitalului care conțin spete ce cad în atribuțiile Consiliului;
- analizează, cu scopul de a determina existența unui incident de etică sau a unei vulnerabilități etice, spetele ce privesc:
 - (i)** cazurile de încălcare a principiilor morale sau deontologice în relația pacient - cadru medico-sanitar și auxiliar din cadrul spitalului, prevăzute în legislația specifică;
 - (ii)** încălcarea drepturilor pacienților de către personalul medico-sanitar și auxiliar, prevăzute în legislația specifică;
 - (iii)** abuzuri savarsite de către pacienți sau personalul medical asupra personalului medico-sanitar și auxiliar, prevăzute în legislația specifică;
 - (iv)** nerespectarea demnității umane;
- emite avize etice, ca urmare a analizei realizate;
- sesizează organele abilitate ale statului ori de câte ori consideră că aspectele unei spete pot face obiectul unei infracțiuni, dacă acestea nu au fost sesizate de reprezentanții spitalului sau de către petent;
- sesizează Colegiul Medicilor ori de câte ori consideră că aspectele unei spete pot face obiectul unei situații de malpraxis;
- asigură informarea managerului și a Compartimentului de integritate din cadrul Ministerului Sănătății privind conținutul avizului etic. Managerul poartă răspunderea punerii în aplicare a soluțiilor stabilite de avizul etic;
- întocmește conținutul comunicărilor adresate petenților, ca răspuns la sesizările acestora;
- emite hotărâri cu caracter general ce vizează spitalul;
- aprobă conținutul rapoartelor întocmite semestrial și anual de secretarul Consiliului etic;
- analizează rezultatele implementării mecanismului de feedback al pacientului;
- analizează și avizează regulamentul de ordine interioară al spitalului și face propuneri pentru îmbunătățirea acestuia;
- analizează din punct de vedere al vulnerabilităților etice și de integritate și al respectării drepturilor pacienților și oferă un aviz consultativ comisiei de etică din cadrul spitalului, pentru fiecare studiu clinic desfășurat în cadrul spitalului;
- oferă, la cerere, consiliere de etică pacienților, aparținătorilor, personalului medico-sanitar și auxiliar.

➤ Consiliul etic poate solicita documente si informatii in legătura cu cauza supusa analizei si poate invita la sedințele sale persoane care pot sa contribuie la solutionarea spetei prezentate.

Art.5. Atributiile presedintelui Consiliului etic sunt urmatoarele:

- convoaca Consiliul etic, prin intermediul secretarului;
- prezideaza sedințele Consiliului etic, cu drept de vot;
- avizeaza, prin semnatura, documentele emise de catre Consiliul etic si rapoartele periodice;
- informeaza managerul spitalului, in termen de 7 zile lucratoare de la vacantarea unui loc in cadrul Consiliului etic, in vederea completarii componenței acestuia.

Art.6. Atributiile secretarului Consiliului etic sunt urmatoarele:

- detine elementele de identificare - antetul si ștampila Consiliului etic - in vederea avizarii si transmiterii documentelor;
- asigura redactarea documentelor, inregistrarea si evidenta corespondentei, a sesizarilor, hotararilor si avizelor de etica;
- introduce sesizarile primite in sistemul informatic securizat al Ministerului Sanatatii, in termen de o zi lucratoare de la inregistrarea acestora, si asigura informarea, dupa caz, a membrilor Consiliul etic si a managerului spitalului prin mijloace electronice, cu privire la acestea;
- realizeaza, gestioneaza si actualizeaza baza de date privind sesizarile, avizele, hotararile Consiliului etic si soluționarea acestora de catre manager;
- informeaza presedintele cu privire la sesizarile primite in vederea convocarii Consiliului etic;
- convoaca membrii Consiliului etic ori de câte ori este necesar, la solicitarea presedintelui, cu cel puțin doua zile lucratoare inaintea sedintelor;
- asigura confidentialitatea datelor cu caracter personal;
- intocmeste procesele-verbale ale sedintelor Consiliului etic;
- asigura trimestrial informarea membrilor Consiliului etic si a managerului spitalului cu privire la rezultatele mecanismului de feedback al pacientului, atat prin comunicare electronica, cat si prezentarea rezultatelor in cadrul unei sedinte;
- asigura postarea lunara pe site-ul spitalului a informatiilor privind activitatea Consiliului etic (lista sesizarilor, a avizelor si hotararilor etice, rezultatul mecanismului de feedback al pacientului);
- formuleaza si/sau colecteaza propunerile de imbunatatire a activitatii Consiliului sau spitalului si le supune aprobarii Consiliului etic;
- intocmeste raportul semestrial al activitatii desfasurate, in primele 7 zile ale lunii urmatoare semestrului raportat, si il supune avizarii presedintelui si ulterior aprobarii managerului;

- întocmește raportul anual al activității desfășurate și Anuarul etic, în primele 15 zile ale anului următor celui raportat, și îl supune avizării președintelui și aprobării managerului;
- pune la dispoziția angajaților Anuarul etic, care constituie un manual de bune practici la nivelul spitalului.

Art.7. Funcționarea Consiliului etic

- Consiliul etic se întrunește lunar sau ori de câte ori apar noi sesizări ce necesită analiză de urgență, la convocarea managerului, a președintelui Consiliului sau a cel puțin 2 dintre membrii acestuia.
- Ședințele sunt conduse de către președinte sau, în lipsa acestuia, de către persoana decisă prin votul secret al membrilor prezenți;
- Cvorumul ședințelor se asigură prin prezența a cel puțin 2 dintre membrii Consiliului etic, inclusiv președintele de ședință.
- Prezența membrilor la ședințele Consiliului etic se confirmă secretarului cu cel puțin o zi înainte de ședință. În cazul absenței unuia dintre membrii Consiliului, secretarul solicită prezența membrului supleant respectiv.
- Deciziile se adoptă prin vot secret, cu majoritate simplă. În cazul în care în urma votului membrilor Consiliului etic se înregistrează o situație de paritate, votul președintelui este decisiv.
- Exprimarea votului se poate face "pentru" sau "împotriva" variantelor de decizii propuse în cadrul ședinței Consiliului etic.
- În situația în care speta supusă analizei implică o problemă ce vizează structura de care aparține unul dintre membrii Consiliului etic sau membrul are legături directe sau indirecte, de natură familială, ierarhică ori financiară, cu persoanele fizice sau juridice implicate în speta supusă analizei Consiliului, acesta se suspendă, locul său fiind preluat de către supleant. În cazul în care și supleantul se găsește în aceeași situație de incompatibilitate, acesta se suspendă, speta fiind soluționată fără participarea celor doi, cu respectarea cvorumului.
- La fiecare ședință a Consiliului etic se întocmește un proces-verbal care reflectă activitatea desfășurată și deciziile luate.
- Consiliul etic asigură confidențialitatea datelor cu caracter personal, inclusiv după soluționarea sesizărilor, în conformitate cu prevederile legale în vigoare. Încălcarea confidențialității de către orice membru al Consiliului etic atrage răspunderea legală a acestuia.
- În cazul motivat de absența a unui membru, acesta este înlocuit de membrul supleant. În caz de absența a președintelui, membrii Consiliului etic aleg un președinte de ședință, prin vot secret.
- Managerul spitalului are obligația de a promova Consiliul etic în cadrul fiecărei secții din spital prin afișe al căror conținut este definit de Compartimentul de integritate al Ministerului Sănătății.
- Art.8. Consiliul etic se întrunește lunar sau ori de câte ori este nevoie, la sesizarea unui pacient/apartinător al acestuia, a unui cadru medical sau a oricărei persoane care i-au fost încălcate drepturile recunoscute de lege în domeniul acordării asistenței medicale;

ANEXA A4

Regulament de organizare si functionare al Comisiei de Monitorizare, responsabila cu implementarea si dezvoltarea sistemului de control intern managerial

Art.1. Comisia de Monitorizare, responsabila cu implementarea si dezvoltarea sistemului de control intern managerial se reconstituie in baza deciziei managerului si functioneaza in conformitate cu prezentul regulament.

Art.2. Scopul Comisiei de Monitorizare il constituie crearea si implementarea unui sistem intregat de control intern managerial in cadrul Kardinal One Medical

Art.3. Structura organizatorica a Comisiei de Monitorizare

- (1) Comisia de Monitorizare este formata din Presedinte si membrii comisiei.
- (2) Secretariatul tehnic asista Comisia de Monitorizare si este asigurat de doua persoane desemnate prin dispozitie.

Art.4. Conducerea Comisiei de Monitorizare

- (1) Conducerea Comisiei de Monitorizare este asigurata de Presedinte.
- (2) Presedintele asigura conducerea sedintelor, conform ordinii de zi, si aproba minutele sedintelor si, dupa caz, hotararile acestora.
- (3) In lipsa Presedintelui, atributiile sunt asigurate de catre o alta persoana cu functie de conducere desemnata de catre Presedintele Comisiei de Monitorizare.

NOTA:

Persoana care poate primi atributii de conducere a sedintelor Comisiei de Monitorizare in locul Presedintelui este Directorul Medical sau alta persoana cu functie de conducere desemnata de acesta.

- (4) In cazul neparticiparii, din motive intemeiate, a Presedintelui sau a inlocuitorului acestuia, sedinta Comisiei de Monitorizare se reprogrameaza in termen de maxim 5 zile lucratoare.

Art.5. Atributiile Comisiei de Monitorizare

- (1) Comisia de Monitorizare coordoneaza procesul de actualizare a obiectivelor generale si specifice, a activitatilor procedurale, a procesului de gestionare a riscurilor, a sistemului de monitorizare a performantelor, a situatiei procedurilor si a sistemului de monitorizare si de raportare, respectiv informare catre conducatorul entitatii publice.
- (2) Elaboreaza Programul de dezvoltare a sistemului de control intern managerial al Spitalului, program care cuprinde obiective, activitati, termene, responsabili, precum si unele masuri necesare dezvoltarii acestuia. La elaborarea programului se vor avea in vedere cerintele generale continute in standardele de control intern managerial, atributiile, particularitatile organizatorice si functionale ale Spitalului, personalul si structura acestuia, alte reglementari si conditii specifice.
- (3) Supune aprobarii Programul de dezvoltare a sistemului de control intern managerial al Spitalului.
- (2) Urmareste realizarea si asigura actualizarea Programului de dezvoltare a sistemului de control intern managerial, ori de cate ori este necesar.
- (3) Urmareste ca termenele prevazute in Programul de dezvoltare a sistemului de control intern managerial al Spitalului sa fie respectate si decide masurile care se impun in cazul nerespectarii acestora.
- (4) Urmareste si indruma metodologic compartimentele din cadrul institutiei, in vederea identificarii activitatilor si actiunilor recomandate a fi incluse in Programul de dezvoltare.

- (5) Prezinta conducerii Spitalului, ori de cate ori se considera necesar, rapoarte referitoare la progresele inregistrate cu privire la dezvoltarea sistemului de control intern managerial, in raport cu programul adoptat, la actiunile de monitorizare, coordonare si indrumare metodologica intreprinse, precum si la alte probleme aparute.
- (6) Analizeaza capacitatea interna a Spitalului de a finaliza implementarea standardelor de control intern managerial, tinand seama de complexitatea proceselor.
- (7) Analizeaza Registrul de Riscuri la nivelul Spitalului, profilul de risc si limita de toleranta la risc la nivelul acestuia.

Art.6. Atributiile Presedintelui Comisiei de Monitorizare

- (1) Conduce si coordoneaza sedintele Comisiei de Monitorizare si activitatea Secretariatului tehnic al Comisiei de Monitorizare.
- (2) Urmareste respectarea termenelor stabilite de catre Comisia de Monitorizare si decide asupra masurilor care se impun pentru respectarea acestora.
- (3) Propune ordinea de zi, asigura si coordoneaza buna desfasurare a sedintelor.
- (4) Decide asupra participarii la sedintele Comisiei de monitorizare a altor persoane a caror participare este necesara pentru clarificarea aspectelor aflate pe ordinea de zi a sedintei.
- (5) Aproba ROF-ul comisiei de monitorizare, minutele sedintelor, rapoartele si hotararile Comisiei.
- (6) Convoaca membrii Comisiei de monitorizare, prin intermediul Secretariatului tehnic, in scris sau prin e-mail, cu cel putin 3 zile inainte de sedinta.
- (7) Solicita Secretariatului tehnic realizarea de lucrari in limita competentelor acestuia.
- (8) Avizeaza Programul de dezvoltare a sistemului de control intern managerial la nivelul Spitalului.
- (9) Avizeaza procedurile de sistem si operationale.
- (10) Avizeaza Registrul de riscuri la nivelul institutiei.
- (11) Avizeaza Profilul de risc si limita de toleranta la risc, precum si Planul de implementare a masurilor de control.
- (12) Aproba situatiile centralizatoare anuale, privind stadiul implementarii si dezvoltarii sistemului de control intern managerial si informarile privind desfasurarea procesului de gestionare a riscurilor si monitorizarea performantelor la nivelul Spitalului.

Art.7. Atributiile conducatorului entitatii – Managerul

- (1) Emite dispozitia interna de constituire si actualizare a Comisiei de Monitorizare.
- (2) Aproba Programul de dezvoltare a sistemului de control intern managerial la nivelul Spitalului.
- (3) Aproba procedurile de sistem si cele operationale.
- (4) Aproba Registrul riscurilor la nivelul entitatii, profilul de risc si limita de toleranta la risc.
- (5) Aproba planul de implementare a masurilor de control.
- (6) Aproba Raportul anual asupra sistemului de control intern managerial la data de 31 decembrie.

Art.8. Atributiile Secretariatului tehnic al Comisiei de Monitorizare

- (1) Secretariatul tehnic al Comisiei de Monitorizare asigura sprijin metodologic pentru implementarea si dezvoltarea sistemului de control intern managerial si in procesul de elaborare a documentelor de management organizational.
- (2) Elaboreaza Regulamentul de Organizare si Functionare al Comisiei.
- (3) Centralizeaza datele primite de la compartimente si elaboreaza Programul de dezvoltare a sistemului de control intern managerial la nivelul Spitalului;
- (4) Analizeaza Registrele de riscuri pe compartimente, elaboreaza Registrul de riscuri la nivelul Spitalului, propune profilul de risc si limita de toleranta la risc. Elaboreaza Planul de implementare a masurilor de control (prin centralizarea masurilor primite de la compartimente) si il transmite compartimentelor in vederea aplicarii acestuia.
- (5) Verifica daca procedurile respecta structura minimala, aprobata prin procedura interna. Transmite spre analiza procedurile de sistem membrilor Comisiei de Monitorizare. Aloca codul procedurilor de sistem.
- (5) Asigura diseminarea masurilor si hotararilor Comisiei de Monitorizare in scris sau prin e-mail si serveste drept punct de legatura in vederea bunei comunicari intre compartimentele Spitalului si Comisia de Monitorizare.
- (6) Semnaleaza Comisiei de Monitorizare situatiile de nerespectare a deciziilor acesteia si propune Comisiei stabilirea masurilor corectoare ce se impun.
- (7) Convoaca, la cererea Presedintelui Comisiei de Monitorizare, membrii Comisiei pentru sedinte si participa la acestea.
- (8) Intocmeste minutele sedintelor, pe care le transmite prin e-mail membrilor comisiei de monitorizare.
- (9) Duce la indeplinire, transmite sau monitorizeaza, dupa caz, hotararile si masurile Comisiei de Monitorizare si Presedintelui acesteia.

Art.9. Atributiile conducatorilor de compartimente

- (1) Pentru asigurarea unui management eficient al riscurilor la toate nivelurile institutiei , conducatorii compartimentelor desemneaza la nivelul acestora un responsabil cu riscurile. Desemnarea responsabilului, precum si atributiile aferente se realizeaza prin intermediul fisei de post.
- (2) Responsabilul cu riscurile colecteaza informatiile privind riscurile din cadrul compartimentului, elaboreaza si actualizeaza registrul de riscuri la nivelul acestuia.
- (3) Responsabilii cu riscurile consiliaza personalul din cadrul compartimentelor si asista conducatorii acestora in procesul de gestionare a riscurilor.
- (4) Riscurile aferente obiectivelor si/sau activitatilor se identifica si se evalueaza la nivelul fiecarui compartiment, in conformitate cu elementele minimale din *Registrul de riscuri*; riscurile semnificative sau majore se centralizeaza la nivelul Comisiei de monitorizare in *Registrul de riscuri al institutiei*
- (5) Aproba Registrul de riscuri pe compartiment;

- (6) Transmite masurile de control pentru riscurile semnificative secretariatului tehnic al Comisiei de monitorizare;
- (7) Elaboreaza si actualizeaza procedurile formalizate.
- (8) Stabilesc indicatorii de performanta si de rezultat.
- (9) Elaboreaza Raportul anual privind desfasurarea procesului de gestionarea a riscurilor, pe compartiment, care cuprinde in principal numarul total de riscuri gestionate la nivelul compartimentului, numarul de riscuri tratate si nesolutionate pana la sfarsitul anului, stadiul implementarii masurilor de control si eventualele revizuri ale evaluarii riscurilor, cu respectarea limitei de toleranta la risc aprobate de conducerea institutiei .

Art.10. Participarea la sedintele Comisiei de Monitorizare este sarcina de serviciu cu caracter obligatoriu. In cazul absentei din Spital a unui membru al Comisiei, acesta are obligatia desemnarii in scris a unui inlocuitor. Inscrisul prin care se desemneaza inlocuitorul se depune in mod obligatoriu la Secretariatul ethnic al Comisiei de Monitorizare,

ANEXA A5.1

REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE AL BIROULUI MANAGEMENTULUI CALITATII SERVICIILOR MEDICALE

Art. 1. Structura de management al calitatii serviciilor medicale se reorganizeaza in baza Dispozitiei managerului si functioneaza in conformitate cu prezentul regulament.

Art. 1. (1) Reglementarea activitatii B.M.C.S.M. la nivelul Kardinal One Medical are drept scopuri principale:

- a) Adecvarea activitatilor desfasurate de catre personalul B.M.C.S.M. asa cum sunt acestea prevazute in normele legale care reglementeaza organizarea activitatii structurilor de management al calitatii si sigurantei pacientilor la nivelul unitatilor sanitare , la specificul proceselor si activitatilor subsecvente acestora care se desfasora la nivelul spitalului;
- b) Se asigura posibilitatea tuturor angajatilor spitalului de a lua cunostinta de locul, rolul, importanta si activitatile desfasurate de catre personalul B.M.C.S.M. in cadrul Kardinal One Medical, precum si de decizia declarata public de catre managerul spitalului in a sustine activitatea acestora.
- c) Elimina urmatoarele riscuri existente in Registrul de riscuri:
 - Aparitia unor disfunctionalitati in ceea ce priveste exercitarea atributiilor desfasurate de catre personalul B.M.C.S.M. in contextul in care angajatii spitalului nu au cunostinta de activitatile pe care le desfasoara B.M.C.S.M.
 - Incertitudinea in ceea ce priveste delimitarea clara a activitatilor desfasurate de catre B.M.C.S.M. si a atributiilor exercitate de catre personalul care incadreaza structura respectiva.

Art. 2. B.M.C.S.M. se normeaza potrivit prevederilor statului de organizare la posturi fixe generale si se organizeaza potrivit prevederilor acestuia la nivel de birou, avand in structura urmatoarele posturi cu studii superioare::

- a) Licentiat in stiinte medicale-1/4 norma
- b) Medic – atributii delegate

Art. 3. (1) B.M.C.S.M. are drept obiect principal de activitate implementarea la nivelul spitalului a sistemului de management al calitatii serviciilor de sanatate si sigurantei pacientului.

(2) Rolul B.M.C.S.M. in cadrul Spitalului consta in organizarea, planificarea, coordonarea si monitorizarea activitatilor privind asigurarea si imbunatatirea continua a calitatii serviciilor de sanatate si sigurantei pacientului.

(3) Controlul activitatilor privind asigurarea si imbunatatirea continua a calitatii serviciilor de sanatate si sigurantei pacientului reprezentand responsabilitatea managerului Spitalului, in a carui subordine directa se afla personalul B.M.C.S.M.

Art. 4 (1) Pentru realizarea obiectului sau de activitate, B.M.C.S.M. desfasoara urmatoarele activitati principale:

- Elaborarea, impreuna cu Consiliul medical a planului de management al calitatii serviciilor de sanatate, precum si coordonarea si monitorizarea implementarii acestuia. In acest sens, se asigura ca recomandarile cele mai pertinente de imbunatatire a calitatii serviciilor de sanatate rezultate din analiza chestionarelor de satisfactie a pacientilor se regasesc in acesta, in functie de fondurile financiare existente;

- Evaluarea periodica a stadiului de implementare a planului de management al calitatii serviciilor de sanatate si a nivelului de conformitate cu standardele adoptate de catre Autoritatea Nationala de Management al Calitatii in Sanatate¹.
- Informarea periodica a conducerii spitalului si a personalului din cadrul acestuia cu privire la nivelul de implementare a planului de management al calitatii serviciilor de sanatate si, dupa caz, actualizarea acestuia;
- Coordonarea si monitorizarea elaborarii de catre structurile de la nivelul Spitalului a documentelor calitatii in vederea implementarii si dezvoltarii continue la nivelul acestora a conceptului de „calitate”. In acceptiunea prezentului Regulament, prin documentele calitatii se intelege totalitatea documentelor si a inregistrarilor pe baza carora se organizeaza si functioneaza sistemul de management al calitatii serviciilor de sanatate si sigurantei pacientului la nivelul spitalului;
- Asigurarea instruirii si informarii permanente a personalului din cadrul spitalului cu privire la organizarea si implementarea sistemului de management al calitatii serviciilor de sanatate si sigurantei pacientului;
- Coordonarea si evaluarea periodica a procesului de implementare a standardelor adoptate de catre A.N.M.C.S., precum si monitorizarea activitatilor desfasurate in vederea imbunatatirii nivelului de conformitate cu acestea;
- Masurarea si evaluarea calitatii serviciilor furnizate de catre spital, inclusiv investigarea nivelului de satisfactie a pacientilor;
- Coordonarea activitatii de colectare si de raportare, conform legislatiei in vigoare, a datelor si documentelor necesare in procesul de implementare a sistemului de management al calitatii serviciilor de sanatate si sigurantei pacientului;
- Coordonarea activitatii de analiza, evaluare si raportare a indicatorilor de monitorizare a conformitatii la cerintele standardelor adoptate de catre A.N.M.C.S.;
- Monitorizarea, centralizarea, analiza si raportarea catre A.N.M.C.S. a situatiilor legate de producerea evenimentelor adverse asociate asistentei medicale, precum si a altor informatii necesare pregatirii evaluarii spitalului sau monitorizarii nivelului de conformitate cu standardele adoptate de catre A.N.M.C.S.;
- Coordonarea si participarea, alaturi de alte structuri din spital, la organizarea si desfasurarea activitatii de audit clinic;
- Coordonarea si participarea, alaturi de alte structuri din spital, la organizarea si desfasurarea procesului de management al riscurilor;
- Asigurarea consilierii conducerii spitalului in domeniul managementului calitatii serviciilor de sanatate si sigurantei pacientului si participarea la elaborarea si implementarea politicii de calitate a serviciilor de sanatate la nivelul acestuia;
- Elaborarea si inaintarea catre conducerea spitalului a rapoartelor periodice continand propuneri si recomandari ca urmare a activitatilor desfasurate si a rezultatelor obtinute;

¹ Denumita in continuare A.N.M.C.S.

- Asigurarea mecanismelor de relationare a tuturor structurilor unitatii in vederea imbunatatirii continue a sistemului de management al calitatii, fiind in acest sens obligat sa faca propuneri fundamentate legal;
- Inaintarea de propuneri fundamentate care sustin implementarea strategiilor si obiectivelor referitoare la managementul calitatii declarate de managerul spitalului (prin planul strategic si/sau planul de management);
- Analizarea permanenta a neconformitatilor constatate in derularea proceselor/activitatilor si inaintarea de propuneri privind luarea de masuri de imbunatatire sau corective ce se impun;
- Inaintarea de propuneri privind luarea masurilor necesare in vederea respectarii principiilor si valorilor calitatii, conform misiunii asumate de catre spital si luarea masurilor necesare de implementare, dezvoltare si armonizarea mediului ambiantal (cultura organizationala) si culturii calitatii in Spital;
- Monitorizarea conditiilor de obtinere/mentinere a tuturor certificatelor de calitate specifice activitatilor desfasurate in toate sectoarele de activitate ale spitalului si face propuneri concrete in acest sens catre Consiliul medical/Comitetul director, dupa caz;
- Analizarea continutului standardelor, criteriilor, cerintelor si indicatorilor si stabilirea drumului de parcurs pentru a atinge cel mai inalt grad de conformitate cu acestea/acestia, raportat la resursele aflate la dispozitia spitalului, conditiile concrete si prioritatile de etapa existente, stabilind in acest sens obiectivele, activitatile, resursele si termenele de realizare cu responsabilitati de implementare a propunerilor formulate;
- In situatia analizei unor indicatori, indeosebi a celor comuni mai multor liste de verificare, propune:
 - i. Un mod de actiune comun pentru toate microstructurile care implementeaza respectivii indicatori;
 - ii. Modul de monitorizare si evaluare a derularii proceselor avute in vedere a fi imbunatatite;
 - iii. Documentatia necesara asigurarii trasabilitatii proceselor avute in vedere a fi imbunatatite, eliminand documentele si inscrisurile redundante si inutile;
 - iv. Activitatile pentru care este necesar sa se elaboreze proceduri de sistem sau operationale, pentru a asigura omogenitatea modului de actiune;
 - v. Actele medicale pentru care se considera ca este necesara elaborarea de protocoale de diagnostic si tratament;
 - vi. Proceduri de monitorizare a eficacitatii si eficientei procedurilor si protocoalelor;
 - vii. Echipele care vor elabora aceste documente - acestea vor fi formate din personalul implicat in aplicarea acestor proceduri/ protocoale;
 - viii. Circuitul documentelor, avand in vedere siguranta si securitatea informatiilor;
 - ix. Implementarea, constientizarea si asumarea procedurilor, protocoalelor promovate.

(2) Pentru indeplinirea activitatilor B.M.C.S.M. mentionate la alineatul precedent, fiecareia dintre membrii acestuia i se intocmeste o fisa de post in care se detaliaza atributiile specifice, corelate cu competentele specifice detinute in raport cu domeniul de licenta absolvit;

Art. 5 In vederea indeplinirii activitatilor si responsabilitatilor proprii, B.M.C.S.M. va avea in vedere in permanenta:

- Cresterea calitatii serviciilor si sigurantei pacientilor;
- Implementarea si dezvoltarea culturii calitatii in spital;
- Implementarea si mentinerea conformitatii sistemului de management al calitatii cu cerintele specifice;
- Dezvoltarea continua a sistemelor de management al calitatii.

Art.6. (1) B.M.C.S.M. de la nivelul Kardinal One Medical este coordonat de catre un responsabil cu managementul calitatii².

(2) RMC are urmatoarele atributii principale:

- coordoneaza si controleaza functionarea B.M.C.S.M.;
- analizeaza si avizeaza procedurile interne ale B.M.C.S.M.;
- elaboreaza si supune aprobarii managerului spitalului planul anual de formare si perfectionare profesionala a personalului din subordine;
- analizeaza si avizeaza documentele calitatii elaborate la nivelul unitatii sanitare;
- analizeaza si avizeaza impreuna cu Consiliul medical planul de management al calitatii serviciilor de sanatate de la nivelul spitalului;
- coordoneaza si monitorizeaza activitatile legate de asigurarea si imbunatatirea calitatii serviciilor de sanatate, desfasurate de catre responsabilii desemnati la nivelul fiecareia dintre structurile spitalului;
- coordoneaza si monitorizeaza activitatile legate de asigurarea si imbunatatirea calitatii serviciilor de sanatate desfasurate de catre comisiile, consiliile si comitetele constituite la nivelul spitalului;
- elaboreaza si inainteaza spre aprobare managerului spitalului rapoarte/informari periodice privind activitatea B.M.C.S.M. , pe care le aduce la cunostinta personalului spitalului;
- coordoneaza si monitorizeaza activitatile privind raportarea si monitorizarea efectelor adverse asociate asistentei medicale, fara caracter acuzator;
- colaboreaza cu sefii celorlalte structuri din cadrul Spitalului in vederea implementarii sistemului de management al calitatii serviciilor de sanatate si sigurantei pacientului;
- asigura comunicarea permanenta cu responsabilul zonal cu monitorizarea, desemnat de catre A.N.M.C.S.;
- planifica, organizeaza, coordoneaza si monitorizeaza intreaga activitate privind implementarea sistemului de management al calitatii si sigurantei pacientului la nivelul spitalului;
- in calitate de coordonator al echipei de audit clinic, desfasora auditul clinic in baza unei planificari anuale, utilizand in acest sens rezultatele rapoartelor de evaluare periodica a protocoalelor diagnostice si terapeutice puse la dispozitie de catre structurile din cadrul spitalului

² Denumit in continuare R.M.C.

abilitate. La solicitarea managerului spitalului desfasora misiuni de audit clinic suplimentare, atunci cand apar evenimente indezirabile;

- intocmeste analize, informari privind stadiul implementarii sistemului de management al calitatii, in cadrul carora identifica problemele si propune masuri de remediere a acestora, urmarind ulterior punerea in practica a propunerilor adoptate;

- in vederea conformarii la referintele, standardele, criteriile, cerintele si indicatorii utilizati de catre A.N.M.C.S. in procesul de evaluare sau/si in procesul de monitorizare intocmeste propuneri scrise privind:

○ Elaborarea si revizuirea planului strategic de dezvoltare al spitalului, regulamentului de organizare si functionare, regulamentului intern, procedurilor operationale, etc.

○ Modificari ale organigramei spitalului;

○ Modificari ale circuitelor functionale din cadrul spitalului;

○ Implementarea unor prevederi normative nou aparute, care privesc sau au legatura cu managementul calitatii serviciilor medicale;

○ Imbunatatirea oricaruia dintre procesele derulate in cadrul spitalului in contextul in care constata ca acestea determina probleme de calitate sau/si siguranta ale partilor implicate in acestea;

○ Implementarea de procese/activitati noi.

- Consiliaza managerul spitalului privind implementarea si imbunatatirea permanenta a sistemului de management al calitatii, intocmind la cererea acestuia puncte de vedere bine documentate – bazate pe realizarea dezideratului de asigurare a legalitatii hotararilor, prin studierea si aplicarea permanenta a legilor, regulamentelor militare, ordinelor si dispozitiilor in vigoare;

- Pentru aplicarea prevederilor art.2 alin. (2) din Ordinul presedintelui A.N.M.C.S. nr. 639/2016 pentru aprobarea „Metodologiei de monitorizare a unitatilor sanitare acreditate”, in cadrul procesului de monitorizare de catre A.N.M.C.S. a spitalului, asigura permanent, cu sprijinul Comisiei de coordonare a implementarii managementului calitatii serviciilor si sigurantei pacientilor, fluent comunicarii inter-institutionale, in scopul urmaririi de catre A.N.M.C.S. a conformitatii spitalului cu cerintele standardelor de acreditare si cu celelalte prevederi legale aplicabile pe toata durata de valabilitate a acreditarii, asigurand in acest sens desfasurarea in bune conditii a activitatilor impuse prin respectiva norma juridica;

(4) R.M.C. participa ca membru sau are statut de invitat permanent, dupa caz, la urmatoarele activitati/comisii/comitete/consilii:

- Comitetul director – are statut de invitat permanent

- Consiliul medical – are statut de invitat permanent

- Comisia de monitorizare – este membru permanent

- Comisia de coordonare si implementare a managementului calitatii serviciilor medicale si sigurantei pacientilor;
- Sedintele managerului – participa la sedintele zilnice ordinare precum si la cele extraordinare, cand este nominalizat;
- Rapoartele de garda zilnice – are statut de invitat permanent;

(5) Pe parcursul activitatilor mentionate in alineatul precedent, R.M.C. are obligatia de a consilia conducerea Spitalului in toate problemele care pot avea legatura cu imbunatatirea proceselor/activitatilor din cadrul spitalului, oferind in acest sens solutii viabile, in concordanta cu prevederile actelor normative in vigoare incidente.

Art. 7 Personalul B.M.C.S.M. desfasoara zilnic, in zilele lucratoare, program de lucru.

Art. 8 (1) Indicatorii de eficienta (dupa caz) si eficacitate a activitatilor desfasurate de catre B.M.C.S.M. sunt urmatoorii:

- Gradul de indeplinire in termenele legale al activitatilor necesar a fi desfasurate de catre B.M.C.S.M. pe parcursul unui an calendaristic;
- Gradul de indeplinire in termenele legale al atributiilor necesar a fi executate de catre personalul B.M.C.S.M. pe parcursul unui an calendaristic;
- Activitatile desfasurate de catre B.M.C.S.M. sunt bazate permanent pe realizarea dezideratului de asigurare a legalitatii hotararilor, prin studierea si aplicarea permanenta a legilor, regulamentelor militare, ordinelor si dispozitiilor in vigoare;
- Numar de propuneri formulate in raport cu numarul de neconformitati constatate pe parcursul unui an calendaristic;
- Impactul previzionat al implementarii propunerilor formulate in raport cu numarul de neconformitati constatate pe parcursul unui an calendaristic;
- Numar de reclamatii intocmite de catre personalul spitalului prin care sesizeaza neindeplinirea unor activitati de catre B.M.C.S.M. sau neexecutarea unor atributii functionale de catre membrii acestora.

(2) Indicatorii de evaluare/monitorizare a indeplinirii obiectivelor planului strategic privind imbunatatirea calitatii serviciilor si a sigurantei pacientilor sunt inscrisi anual in planul de management al calitatii serviciilor de sanatate elaborate de catre B.M.C.S.M. impreuna cu Consiliul medical.

ANEXA A5.2

Plan de Management al Calitatii Kardinal One Medical 2020

Maximizarea beneficiilor pentru pacient cu minimalizarea riscurilor ,optimizarea resurselor in vederea obtinerii celor mai bune rezultate cu costurile cele mai mici ,in conditii de siguranta deplina pentru pacient prin aplicarea unui management de conformitate ,cu respectarea vietii private ,reducerea evenimentelor adverse in cadrul unui ecosistem medic -pacient-comunitate reprezinta dezideratul major al unui sistem medical modern,flexibil ,responsabil si integrativ .

De- lungul timpului au fost formulate mai multe definitii ale calitatii actului medical ,dintre care ne-o asumam pe cea apartinand parintelui conceptului modern de calitate Donabedian ,care descrie calitatea ingrijirilor in sanatate ca fiind :

<acele ingrijiri care se asteapta sa maximizeze dimensiunea bunastarii pacientilor,luand in considerare echilibrul castigurilor si pierderilor asteptate care apar in toate etapele procesului ingrijirilor de sanatate >

Donabedian identifica doua componente ale calitatii serviciilor medicale

-latura tehnica

- latura interpersonală .

Exista 9 variabile ale calitatii ce stau la baza furnizarii serviciilor medicale :

- competenta profesionala**
- accesibilitatea**
- eficacitatea**
- eficienta**
- relatiile interpersonale**
- continuitatea**
- siguranta**
- infrastructura fizica si confortul**
- alegera**

Se apreciaza ca in acest moment exista inglobate in conceptul de calitate cel putin 3 dimensiuni fundamentale :

-calitatea profesionala-serviciul indeplineste toate conditiile stabilite de standardele de practica stabilite de profesionistii de top din domeniul medical

-asteptarile pacientului -se traduc prin satisfactia pacientului sub toate coordonatele ei:complianta la tratament,indeplinirea asteptarilor,imaginea pozitiva la nivel social etc

-managementul calitatii totale-prin calitate totala se intelege atat calitatea serviciilor,cat si calitatea sistemului ;este un model organizational care implica participarea generala a organizatiei in vederea planificarii si implementarii unui proces de imbunatatire continua a calitatii ce depaseste asteptarile clientilor . 3 principii guverneaza conceptul calitatii totale :

-focalizarea pe client

-imbunatatirea continua a calitatii

-munca in echipa

Practic un spital obtine rezultate optime in furnizarea unor servicii de calitate daca asigura :

-siguranta -evitarea accidentelor in procesul de ingrijire

-eficacitatea-furnizarea de servicii medicale bazate pe dovezi stiintifice si cea mai buna practica medicala

-pacientul plasat in centrul ingrijirii -ingrijirea respecta si raspunde nevoilor fiecarui pacient

-furnizarea de ingrijire atunci cand este nevoie -reducerea timpilor de asteptare

-eficienta-evitarea pierderilor

-echitabilitatea-acordarea serviciilor de ingrijire nediscriminatoriu

Sunt necesare o serie de trimiteri la **calitatile intrinseci ale profesionistului din sanatate** ,acestea fiind primele care impacteaza calitatea actului medical:

-sanatatea ,desi este un drept constitutional,nu este un << bun comun>>,dar este un drept inalienabil al fiecarui individ

-un medic are nevoie in medie de 11 ani de studiu pentru a obtine avizul de libera practica

-tot ce se intampla in actul medical propriu-zis se supune celor 4 principii ale eticii medicale

-binefacerea

-nefacerea raului

-autodeterminarea

-autonomia persoanei

-inaintea tuturor dogmelor si a tuturor teoriilor ramane insa calitatea suverana a bunului simt fara de care nu exista calitatea actului medical

-rigoarea fata de sine si fata de ceilalti -inseamna constiinta dobandita a apartenentei la vocatie .
<Medicul trebuie sa fie patruns de nobilele idealuri care simbolizeaza medicina. Singur,halatul nu poate personifica medicul .Chiar si aruncand halatul,tot medic trebuie sa ramana > Thoma Ionescu

-majoritatea plangerilor inregistrate in sistem vizeaza latura interpersonală a ingrijirilor de sanatate,modul de comunicare,adresare,pozitionare etc

-respectarea confidentialitatii si a secretului profesional fac din medic un <<trezorier>> al intregii patologii ,trairi,asteptari ale pacientului ,sadinu-se astfel o incredere ce sta la baza calitatii actului medical

-respectarea autonomiei si demnitatii umane -conform filozofiei medicinei moderne pacientul este definit prin trup,suflet si spirit .Medicul care nu-si iubeste pacientii nu poate vindeca .Pacientul care nu-si respecta medicul nu se poate vindeca .

-sacrificiul de sine -un element de calitate ; medicul nu este neaparat un om fericit ,pentru ca poarta cu sine povara profesiei sale :boala,suferinta,moartea,doliul. Acestea nu trec fara urme pe langa un om fundamental sensibil,cum este sau ar trebui sa fie medicul.

Cultura calitatii este deficitara in spitalele din Romania

Formalismul reprezinta primul si cel mai important risc in implementarea managementului calitatii in spital,ca si lipsa de pregatire a profesionistilor din sanatate pe acest palier .

Structura de management a calitatii reprezinta interfata intre ANMCS si managerii de spital ,oferindu-le acestora instrumentele prin care sa-si exercite prerogativele manageriale

Deși în anul 2019 bugetul alocat sănătății a crescut cu 19 % față de anul anterior, bugetul CNAS pentru anul 2019 ajungând la 8,2 mld euro iar din acestia 48 % se alocă spitalelor, România rămâne în continuare pe primul loc la mortalitatea materno-infantila, nr de cazuri de tuberculoză, morbiditatea evitabilă, spitalizarea evitabilă .

De asemenea, țara noastră se află pe penultimul loc în ceea ce privește nivelul de utilizare a tehnologiei în serviciile medicale . Este necesară o nouă abordare în ceea ce privește modul în care interacționează tehnologia cu actul medical, managementul medical și relația cu pacientii .

În sectorul medical relația cu <<clientul >> este diferită de celelalte sectoare, pacientul nefiind client direct platitor, ci beneficiar al serviciilor de sănătate în baza unei plăți indirecte, prin contribuția la FNUASS . Adeseori el nu are dimensiunea reală a cheltuielii efective pe care o produce în sistem printr-un episod de îmbolnăvire, și datorită neeliberării decontului la externare de către cele mai multe dintre spitalele românești .

Conform **Euro Health Consumer** sistemul medical românesc se confruntă cu:

- o structură antică
- lipsa medicilor
- organizare deficitară
- lipsa unei culturi organizatorice
- comunicare defectuoasă
- nivelul scăzut de încredere al populației în sistem

Caracteristicile principale ale asistenței medicale din România sunt :

- condițiile inadecvate de infrastructură hotelieră și de tratament
- echipamente inadecvate
- lipsa protocoalelor și a procedurilor
- flexibilitate redusă și capacitate de adaptare diminuată la preluarea integrată multidisciplinară a pacientului
- insatisfacția populației

Sectorul privat din medicina românească, mult dezvoltat în ultimii ani ,(din totalul de 670 unități spitalicești doar 372 spitale mai sunt publice) a deschis o perspectivă concurențială în domeniul serviciilor de sănătate din România , fiind salutară concurența ,dar și complementaritatea dintre unitățile publice și cele private .

Sectorul privat a contribuit mult la dezvoltarea serviciilor de sanatate din Romania atat prin introducerea de tehnologii avansate ,cat si prin competitia in sine ca factor stimulator al cresterii calitatii din domeniul sanitar .

Faptul ca suntem inca pe primul loc la mortalitatea materno-infantila,mortalitatea si morbiditatea evitabila si spitalizarea evitabila reflecta nivelul scazut al preocuparii pentru siguranta pacientului atat la nivelul managementului spitalului,cat si la nivelul managementului sistemului ca intreg .

Conform **EUROBAROMETRU** ,27 % din pacienti sufera un eveniment advers pe parcursul internarii .

Cele 9 obiective de siguranta majora a pacientului care trebuiesc indeplinite in orice spital sunt :

- identificarea corecta a pacientului**
- imbunatatirea comunicarii efective**
- siguranta utilizarii medicamentelor de risc inalt**
- chirurgia corecta ,in locul corect ,pacientului corect**
- lista de verificare chirurgicala**
- reducerea infectiilor asociate actului medical in cadrul unui parteneriat spital-medic-pacient**
- reducerea riscului de leziuni datorate caderilor**
- siguranta alimentului**
- invatarea din erori**

Siguranta pacientului reprezinta un obiectiv prioritar al tuturor politicilor de sanatate din statele europene pe termen lung si mediu. Ea presupune :

-informare si implicare din partea pacientului

versus

-promovare si responsabilizare din partea personalului medical

Pentru realizarea acestor obiective ,este necesara educatia si formarea profesionistilor din sanatate nu doar in sistemul universitar,ci si intraspital. Digitalizarea permite difuzarea informatiei in randul personalului,inclusiv a modelelor de bune practici medicale ,permite organizarea sistematica a procesului medical.

Siguranta pacientului reprezinta o problema de sanatate publica la nivel international

Conform EUROBAROMETRU, in Uniunea Europeana :

- 4,1 mil pacienti contracteaza anual o infectie asociata actului medical
- 37.000 pacienti mor anual prin infectii asociate actului medical
- 110.000 decese sunt influentate de evenimente adverse actului medical
- 8-12% din pacientii internati au evenimente adverse pe timpul spitalizarii

In SUA 250.000 pacienti decedeaza /an consecutiv erorilor medicale, aceasta cauza fiind pe locul 3 al cauzelor de deces,dupa afectiunile oncologice si cardiovasculare

Cele mai frecvente **cauze de erori** sunt:

- evaluarea superficiala**
- depasirea competentei**
- datele incomplete**
- monitorizarea deficitara**

Evaluarea nevoilor de sanatate ale pacientului la internare este cel mai deficitar demers in spital .

Siguranta pacientului este periclitata prin **erori de omisiune** sau de **comisiune** care genereaza prejudicii-evenimente adverse asociate asistentei medicale .

Evenimentele nedorite din spitale sunt consecutive :

- deficientelor manageriale**
- lipsei culturii organizationale pentru siguranta pacientului exprimata prin lipsa preocuparii pentru identificarea si prevenirea riscurilor asociate asistentei medicale**
- necunoasterii si nesatisfacerii asteptarilor pacientilor**

-lipsei de preocupare pentru asigurarea si imbunatatirea calitatii serviciilor medicale

Recomandarile ANMCS privind siguranta pacientilor sunt :

-stabilirea nivelului real de competenta si nedepasirea lui

-evaluarea completa a nevoilor de ingrijire medicala

-preluarea pacientului in ingrijire in functie de nivelul de competenta

-utilizarea protocoalelor si a procedurilor complementare

-identificarea si evitarea riscurilor clinice asociate fiecarui sector de activitate

-identificarea si analizarea evenimentelor adverse cu scopul invatarii din erori ,evitand blamarea .Aderenta raportorilor este scazuta desi nu are caracter acuzator .

Erorile cele mai frecvente sunt de **-medicatie**

-diagnostic

-utilizare a aparaturii

-identificare a pacientului

Nivelul de raportare al evenimentelor adverse in UE este de 8-12%

In Romania acest nivel se situeaza intre 0,4-0,8 % .

Rata infectiilor asociate actului medical raportate este de 5 % in Europa si sub 1 % in Romania (0,84 %)

Aplicarea scorului Carmeli la internare permite decelarea potentialelor colonizari cu germeni multidrog rezistenti doar daca raportarile sunt reale .

Autoevaluarea bunelor practici manageriale si clinice reprezinta principalul **tablou de bord** privind respectarea **standardelor de calitate** .

Lipsa culturii calitatii serviciilor medicale si a sigurantei pacientului se reflecta in rata de raspuns privind utilizarea acestui instrument .

Cauza neutilizarii acestui instrument deriva din :

-lipsa sprijinului managerului pentru SMC

-perceptia ca respectarea standardelor de calitate reprezinta doar un act birocratic care trebuie indeplinit doar de SMC

-refuzul clinicienilor de a elabora, influenta si respecta protocoalele si procedurile

-refuzul de a evalua periodic respectarea bunelor practici in activitatea medicala

-insuficienta personalului

Este necesara asadar o dezvoltare a **culturii calitatii si sigurantei pacientului** in orice institutie medicala . Vorbim de o **cultura manageriala** si o **cultura organizationala** privind siguranta pacientului.

Ciclul 1 de acreditare prevede implementarea managementului calitatii fundamentat pe principii internationale acreditate ISQ-ua .

Paradoxul sistemului de sanatate romanesc consta in faptul ca desi costurile cu sanatate au crescut exponential ,ajungand la 6 % din PIB pt anul 2019, rezultatul operational al sistemului este negativ .

Sistemul medical romanesc pare sa nu fi inteles ca reforma inseamna finantare,nu economie ,ca lipsa de viziune poate deveni malpraxis,,ca noi doar ne up-gradam in loc sa ne up-datam.

Costurile reale ale sistemului pentru o complicatie a unei boli sunt de cca 600 euro ,ele incluzand si costurile societale ,pe langa cele medicale .

Tinand seama de toate aceste consideratii generale , formulez **4 obiective majore** de actiune:

1.Conformarea la standardele de calitate aprobate prin Ordinul Presedintelui ANMCS OMS 446/2017 in vederea indeplinirii cerintelor ciclului I de acreditare

In acest sens vor fi elaborate proceduri /norme interne/metodologii care sa reglementeze,standardizeze si uniformizeze toate practicile relevante din spital

Odata elaborate ,aceste proceduri/norme/metodologii vor fi difuzate ,instructate si implementate la nivelul tuturor structurilor clinice si neclinice ,dupa natura lor -operationale sau de sistem .

Se va elabora un calendar prestabilit de prelucrare a acestor proceduri atat la nivel de spital ,cat si in cadrul programului de instruire intraclinica a fiecarui compartiment in parte Lunar vor fi prelucrate un numar de minim 5 proceduri ,cu participarea intregului personal din compartiment .

Trimestrial se vor aplica teste grila de verificare a nivelului de asimilare a acestor informatii de catre reprezentantii SMC

Aceste activitati au drept scop final indeplinirea indicatorilor utilizati pentru evaluarea ingrijirilor de sanatate din spital :

-politica institutiei fata de pacient se bazeaza pe un plan strategic

-evidenta pacientilor si nevoile nemedicale ale acestora sunt asigurate

-nevoile medicale ale pacientului sunt asigurate

-institutia are o politica de prevenire a riscurilor tehnico-medicale

-institutia are o politica de securitate fata de riscurile tehnico-medicale

-institutia evalueaza activitatea sa din perspectiva calitatii prin monitorizarea gradului de satisfactie al pacientilor si angajatilor ,analiza indicatorilor de performanta ai spitalului

2. Implementarea Ordinului 975/2012 privind organizarea SMC in cadrul unitatilor sanitare cu paturi.

Oms 975/2012 prevede obligativitatea constituirii **Structurii de management a calitatii -SMC** -in toate unitatile sanitare cu paturi,organizata sub forma de **birou** pentru spitalele cu mai putin de 300 paturi.

SMC astfel constituita elaboreaza- **planul anual de management al calitatii**
-manualul calitatii
-procedurile

SMC- implementeaza strategiile si obiectivele referitoare la managementul calitatii

- asigura implementarea si mentinerea conformitatii sistemului de management al calitatii
- coordoneaza analizele cu privire la eficacitatea sistemului de management al calitatii
 - asigura aplicarea strategiei sanitare si politica de calitate a unitatii in scopul asigurarii sanatatii pacientilor
- analizeaza neconformitatile constatate si propune managerului actiunile de imbunatatire sau corective ce se impun

In conformitate cu **Ord 600/2018** se va institui o **comisie de monitorizare** ,coordonata de un **presedinte** ,avand un secretariat tehnic si un **regulament de organizare si functionare**

3. Implementarea auditului clinic in organizatie ca fiind cel mai complex instrument de analiza retrospectiva a activitatii medicale din spital ,reprezentand una din metodele cele mai eficiente de imbunatatire a calitatii.

Indeplinirea acestei cerinte urmeaza etapele :

- 1.- stabilirea - contextului
 - necesitatii
 - obiectivelor
 - perioadei
 - echipei
 - temei misiunii de audit

2.-desfasurarea misiunii de audit propriu -zise

3.-identificarea deficientelor

4.-intocmirea unui raport de audit

5.-elaborarea unui plan de masuri de imbunatatire a activitatii care sa corecteze deficientele

6.-implementarea planului de masuri stabilite

Auditul clinic compara practicile de asistenta medicala in baza unui referential pentru a analiza calitatea acestor practici si rezultatul ingrijirii,avand drept scop imbunatatirea lor .

Auditul clinic trebuie sa fie un proces educational planificat in organizatie, sa faca parte din practica de rutina si sa se bazeze pe standarde cunoscute .

Auditul clinic trebuie sa concluzioneze schimbari organizationale ,dar sa induca si schimbari de reglementare la nivelul sistemului.

O misiune de audit eficienta tine seama de :

-frecventa unor practici -cu cat o practica este mai frecventa cu atat creste si riscul aferent acesteia

-existenta unei mari variabilitati in cadrul aceleasi practici

-caracterul critic pentru pacienti

-potentialul de imbunatatire si motivare pentru profesionisti

SMC coordoneaza toate activitatile de audit .

Concluziile misiunii de audit impacteaza eficienta si eficacitatea actului medical prin :

1.-**maximizarea beneficiilor pentru pacient** ,avand ca indicatori masurabili -**supravietuirea**

-**functionalitatea** (cuantificata prin gradul de recuperare dupa boala si intervalul parcurs pana la revenirea la activitatea anterioara)

- **scaderea prejudiciilor suferite**

2. **reducerea evenimentelor adverse**

3. **costuri minime pentru organizatie**

Stabilirea nivelului de competenta al unui spital tine cont de resursa umana ,expertiza echipei,existenta resurselor necesare si existenta protocoalelor

Diagrama Pareto stabileste in urma unei metaanalize privind erorile din sistemul medical ca cca 20% din cauze sunt responsabile pentru 80 % din efectele adverse constatate .

De asemenea ,s-a constatat ca in cazul unui esec 80 % este vina organizatiei si 20 % a personalului.

Scaderea numarului de erori medicale de identificare,de proces,de rezultat,generate de lipsa cunostiintelor,lipsa coordonarii,lipsa organizarii,lipsuri materiale este un obiectiv major al auditului clinic in organizatie

Gruparea cauzelor unei erori prin diagrame de tip <cauza-efect> a permis prioritizarea cauzelor erorilor medicale

4.Elaborarea si implementarea registrului riscurilor medicale /nemedicale

In conformitate cu **standardul 8 din Ord 600/2018** orice entitate este obligata sa organizeze si sa implementeze un proces de management al riscurilor care sa faciliteze indeplinirea obiectivelor acesteia in conditii de economicitate,eficienta si eficacitate

Conducerea entitatii :

-stabileste vulnerabilitatile si amenintarile aferente obiectivelor si activitatilor care pot afecta atingerea acestora

- evalueaza riscurile prin estimarea probabilitatii de materializare ,
-ierarhizeaza riscurile

-le prioritizeaza in functie de toleranta la risc

-stabileste strategia de gestionare a riscurilor

-identifica cele mai adecvate modalitati de tratare a riscurilor

-monitorizeaza implementarea masurilor de control stabilite si revizuirea acestora in functie de eficacitatea rezultatelor

-raportarea anuala a situatiei riscurilor

Responsabilii cu riscurile de la nivelul compartimentelor

- colecteaza riscurile aferente activitatilor
- identifica strategia de risc
- elaboreaza registrul riscurilor la nivel de compartiment
- propun masuri de control
- monitorizeaza implementarea acestora
- le raporteaza anual conducatorului entitatii

Informarea anuala este analizata si aprobata in **comisia de monitorizare** si adusa la cunostiinta **conducatorului entitatii publice**

ANEXA A7

REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE AL COMISIEI DE PRESCRIERE A MEDICAMENTULUI SI FARMACOVIGILENTA

Art. 1. Comisia de precriere a medicamentului si de farmacovigilenta se reactiveaza in baza Deciziei managerului si functioneaza in conformitate cu prezentul regulament.

Art. 2. Comisia de prescriere a medicamentului si de farmacovigilenta este formata din 2 membri, un presedinte – in persoana Directorului medical si un secretar.

Art. 3. Scopul Comisiei il reprezinta optimizarea utilizării medicamentelor precum și folosirea judicioasă a fondurilor bănești destinate medicamentelor și materialelor sanitare, la nivelul spitalului.

Art. 3. Comisia de precriere a medicamentului si de farmacovigilenta desfasoara, in principal, urmatoarele activitati:

- stabileste strategia de achizitii a medicamentelor si materialelor sanitare;
- urmareste consumul de medicamente la nivelul spitalului, in vederea utilizarii judicioase a fondurilor, prevenirii polipragmaziei si a rezistentei la antibiotice;
- in acest context se va stabili o lista care sa cuprinda toate grupele de medicamente si care trebuie sa fie in permanenta accesibile in farmacia spitalului;
- forma finala a listei de achizitii va trebui sa fie discutata in cadrul comisiei, dupa care va fi inaintata spre avizare comitetului director;
- verifica continuu stocul de medicamente pentru a preveni disfunctionalitatile in aprovizionare si asistenta medicala cu incadrare in buget;
- comisia solicita rapoarte periodice de la sefii de sectie privind consumul si administrarea de medicamente, in functie de incidenta diferitelor afectiuni si incadrarea in bugetul alocat;
- comisia poate dispune intreruperea administrarii de medicamente cu regim special in cazul cand acel tratament se considera inutil si costisitor;
- comisia poate analiza oricand necesarul si oportunitatea achizitiei de medicamente, urmand a face propuneri directorului medical sau sa inainteze comitetului director propuneri pentru introducerea in planul anual de achizitii de medicamente.

Art.4. Comisia de precriere a medicamentului si de farmacovigilenta se intruneste lunar, sau la solicitarea presedintelui comisiei, la nevoie.

Art. 5. Fiecare intrunire va fi consemnata de catre secretarul comisiei intr-un proces verbal care va fi inregistrat, datat si va fi inaintat managerului spitalului spre avizare.

ANEXA A8

REGULAMENTUL DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE A COMISIEI DE ANALIZA A DECESELOR INTRASPITALICESTI

Art. 1. Comisia de analiza a deceselor se reorganizeaza in baza deciziei managerului si functioneaza in conformitate cu prezentul regulament.

Art. 2. Comisia de analiza a deceselor este formata din 2 membri, un presedinte – in persoana Directorului medical si un secretar.

Art.3. Scopul comisiei il reprezinta verificarea circumstantelor de producere a decesului intraspitalicesc.

Art. 4. Membrii Comisiei de analiza a deceselor au in principal urmatoarele atributii:

- analizeaza datele medicale obtinute din foaia de observatie, investigatiile paraclinice, diagnosticul anatomo-patologic necroptic (macroscopic si histopatologic) daca acesta a fost efectuat;
- evidentiaza gradul de concordanta diagnostica intre diagnosticul de internare, diagnosticul de externare si final (anatomo-patologic) avand ca scop cresterea gradului de concordanta diagnostica;
- realizeaza o statistica a deceselor din spital pe compartimente si al numarului de necropsii in raport cu numarul de internari din spital, evidentiind totodata patologia cea mai frecventa a deceselor;

Art.5. Comisia de analiza a deceselor se intruneste la solicitarea directorului medical, lunar, sau ori de cate ori este nevoie.

Art. 6. Fiecare intrunire va fi consemnata de catre secretarul comisiei intr-un proces verbal care va cuprinde toate aspectele dezbatute, proces verbal care va fi inregistrat, datat si trimis managerului in vederea avizarii.

ANEXA A9

REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE AL COMISIEI DE PRESCRIERE A TRATAMENTULUI ANTIBIOTIC IN SPITAL

Art. 1. Comisia de precieri a medicamentului antibiotic se reactiveaza in baza Dispozitiei managerului si functioneaza in conformitate cu prezentul regulament.

Art. 2. Comisia de precieri a medicamentului si de farmacovigilenta este formata din 2 membri, un presedinte – in persoana Directorului medical si un secretar.

Art. 3. Scopul Comisiei il reprezinta optimizarea consumului de antibiotice, implementarea bunelor practici privind utilizarea antibioticelor si implementarea procedurilor agreate privind antibioterapia si antibioprofilaxia

Art. 4. Comisia de prescriere a medicamentului antibiotic are, in principal, urmatoarele atributii:

- analizeaza rapoartele de antibiorezistenta intocmite de laboratorul spitalului si adapteaza politica de utilizare a antibioticului in conformitate cu acestea;
- intocmeste lista antibioticelor de rezerva de la nivelul spitalului si o supune aprobarii Consiliului medical;
- Monitorizeaza consumurile de antibiotice pe sectii si pe medici prescriptori;
- Analizeaza gradul de respectare a procedurilor de prescriere a antibioticelor prin audituri retrospective asupra FOCC;

Art.4. Comisia se intruneste lunar sau la solicitarea presedintelui comisiei, ori de cate ori este nevoie, intocmind un proces verbal cu masurile propuse, proces verbal care va fi prezentat spre avizare managerului spitalului.

ANEXA A10

REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE AL COMISIEI DE ANALIZA A RAPORTARILOR DRG

Art. 1. Comisia de analiza a raportarilor DRG se reactiveaza in baza Dispozitiei managerului si functioneaza in conformitate cu prezentul regulament.

Art. 2. Comisia de analiza a a raportarilor DRG este formata din 2 membri, un presedinte – in persoana Directorului medical si un secretar

Art.3. Scopul comisiei il reprezinta analiza cazurilor rezolvate in sistem de spitalizare continua si de zi, validate, nevalidate si propuse spre revalidare.

Art. 4. Membrii Comisiei de analiza a raportarilor DRG au in principal urmatoarele atributii:

- analizeaza toate cazurile nevalidate, iar cele care pot fi revalidate sunt transmise compartimentului in vederea remedierii deficientelor si retransmiterii lor la compartimentul de statistica pentru raportarea acestora spre revalidare;
- analizeaza modul de codificare in vederea imbunatatirii indicelui de complexitate a cazurilor ;
- analizeaza corectitudinea codificarii in sistem D.R.G.;
- instruieste permanent personalul medical implicat in codificarea in sistem D.R.G.
- urmareste concordanta intre diagnosticul la internare si diagnosticul la externare.

Art.5. Comisia de analiza a raportarilor DRG se intruneste trimestrial.

Art. 6. Fiecare intrunire va fi consemnata de catre secretarul comisiei intr-un proces verbal care va cuprinde toate aspectele dezbatute, proces verbal care va fi inregistrat, datat si centralizat.

ANEXA A11

REGULAMENTUL DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE AL COMITETULUI DE PREVENIRE SI LIMITARE A INFECTIILOR ASOCIATE ACTULUI MEDICAL

Art.1. Comitetul de prevenire si combatere a infectiilor asociate actului medical se reorganizeaza in baza Dispozitiei managerului si functioneaza in conformitate cu prezentul regulament.

Art.2. Scopul Comitetului de prevenire si combatere a infectiilor asociate actului medical il reprezinta prevenirea, supravegherea și combaterea infectiilor asociate asistentei medicale.

Art.3. Comitetul de prevenire si combatere a infectiilor asociate actului medical este alcatuit din toti medicii coordonatori de compartimente, un presedinte - in persoana medicului epidemiolog (coordonatorul CPLIAAM) si un secretar.

Art. 4. Principalele atributii ale Comitetului de prevenire si combatere a infectiilor asociate asistentei medicale sunt:

- elaboreaza impreuna cu CPCIIAM si inaintea spre aprobarea Comitetului director Planul anual de activitate pentru supravegherea si controlul infectiilor asociate asistentei medicale;
- monitorizeaza conditiile de implementare in activitate a prevederilor Planului anual de activitate pentru supravegherea si controlul infectiilor asociate asistentei medicale;
- urmareste indeplinirea obiectivelor planului de activitate, urmareste rezultatele obtinute, eficienta economica a masurilor;
- urmareste asigurarea conditiilor de igiena privind cazarea si alimentatia pacientilor;
- urmareste si asigura utilizarea in activitatea curenta, la toate componentele activitatilor medicale de preventie, diagnostic, tratament si recuperare, a procedurilor si tehnicilor prevazute in protocoalele unitatii, a standardelor de sterilizare si sterilitate, a sepsie si antisepsie, respectiv a normelor privind cazarea, alimentatia si conditiile de igiena oferite pe perioada ingrijirilor acordate;
- urmareste asigurarea aplicarii Precautiunilor standard si izolarea corecta a pacientilor;
- evalueaza si monitorizeaza respectarea comportamentului igienic al personalului din spital, a respectarii regulilor de tehnica aseptica de catre acesta.
- monitorizeaza circulatia germenilor in spital, monitorizand testele de sanatate efectuate in spital. In acest sens mentine legatura cu laboratorul de microbiologie si stabileste masurile de remediere a neconformitatilor constatate, verificand totodata implementarea lor
- monitorizeaza respectarea circuitelor functionale din spital/compartiment in functie de specific.

Art 5 .Comitetul de prevenire si combatere a infectiilor asociate actului medical se intruneste trimestrial sau ori de cate ori situatia epidemiologica o impune pentru analiza situatiei si elaborarea de propuneri catre Comitetul director

Anexa A12

REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE AL COMISIEI DE DISCIPLINA

Art.1. Comisia de disciplina se reorganizeaza in baza Dispozitiei managerului si functioneaza in conformitate cu prezentul regulament.

Art.2. Înființarea comisiei de disciplină are ca scop cercetarea disciplinară prealabilă a abaterilor săvârșite de salariații spitalului

Art.3. Comisia de disciplină are în componență 2 membri titulari ,un presedinte si un secretar.

Art.4 Cercetarea disciplinara constă în:

a) audierea persoanei care a formulat sesizarea și a angajatului a cărui faptă a fost sesizată ca abatere disciplinară, a altor persoane care pot oferi informații cu privire la soluționarea cazului sau a persoanelor desemnate să efectueze cercetarea disciplinară

b) administrarea probelor propuse de părți, precum și, dacă este cazul, a celor solicitate de comisia de disciplină;

c) dezbaterea cazului.

Art.5 Activitatea comisiei de disciplină are la bază următoarele principii:

a) prezumția de nevinovăție, conform căruia angajatul este considerat nevinovat pentru fapta sesizată ca abatere disciplinară comisiei de disciplină atât timp cât vinovăția sa nu a fost dovedită;

b) garantarea dreptului la apărare, conform căruia angajatul are dreptul de a fi audiat, de a prezenta dovezi în apărarea sa și de a fi asistat sau reprezentat pe parcursul procedurii de cercetare disciplinara

c) contradictorialitatea, conform căruia comisia de disciplină are obligația de a asigura persoanelor aflate pe poziții divergente posibilitatea de a se exprima cu privire la orice act sau fapt care are legătură cu abaterea disciplinară pentru care a fost sesizată comisia de disciplină;

d) proporționalitatea, conform căruia trebuie respectat un raport corect între gravitatea abaterii disciplinare, circumstanțele săvârșirii acesteia și sancțiunea disciplinară propusă să fie aplicată;

e) legalitatea sancțiunii, conform căruia comisia de disciplină nu poate propune decât sancțiunile disciplinare prevăzute de lege;

f) unicitatea sancțiunii, conform căruia pentru o abatere disciplinară nu se poate aplica decât o singură sancțiune disciplinară;

g) celeritatea procedurii, conform căruia comisia de disciplină are obligația de a proceda fără întârziere la soluționarea cauzei, cu respectarea drepturilor persoanelor implicate și a procedurilor prevăzute de lege și de prezenta hotărâre;

h) obligativitatea opiniei, conform căruia fiecare membru al comisiei de disciplină are obligația de a se pronunța pentru fiecare sesizare aflată pe rolul comisiei de disciplină.

Art. 6 Comisia de disciplină își desfășoară activitatea numai în baza unei sesizări, în limitele și raportat la obiectul acesteia.

Art.7 Competențele comisiei de disciplină se realizează prin exercitarea de către membrii comisiilor a atribuțiilor care le revin, cu respectarea principiilor independenței,

stabilității în cadrul comisiei, integrității, obiectivității și imparțialității în analizarea faptelor și luarea deciziilor.

Refuzul unui membru al comisiei de disciplină de a-și exprima opinia sau abținerea de la vot pe parcursul cercetării administrative constituie abatere disciplinară și se sancționează conform legii.

Art. 8 În desfășurarea activității și îndeplinirea atribuțiilor, membrii și secretarul comisiei de disciplină au următoarele obligații:

a) să asigure prin activitatea desfășurată respectarea legislației în vigoare, precum și aplicarea principiilor de mai sus în derularea procedurii de cercetare disciplinara

b) să aducă la cunoștința președintelui comisiei de disciplină orice ingerință în activitatea lor din partea unor persoane fizice sau juridice ori a unui grup de interese care ar putea să le afecteze independența sau imparțialitatea ori ar putea crea suspiciuni cu privire la acestea;

c) să participe la ședințele de lucru, stabilite potrivit procedurii de cercetare administrativă;

d) să respecte confidențialitatea deliberărilor și a datelor cu caracter personal, în condițiile legii;

e) să nu își exprime public opinia cu privire la procedurile aflate în derulare;

f) să evite orice contact privat cu persoana care a formulat sesizarea și angajatul a cărui faptă a fost sesizată pe durata procedurii de cercetare administrativă;

g) să respecte regimul incompatibilităților și al conflictului de interese și să aplice prevederile legale privind modalitățile de evitare a conflictului de interese.

Membrii comisiei de disciplină pot absentă de la ședințele de lucru stabilite potrivit procedurii de cercetare administrativă din motive obiective, aduse la cunoștința președintelui comisiei de disciplină, în scris, cu cel puțin două zile înaintea ședinței comisiei de disciplină, fiind înlocuiți de membrii supleanți corespunzători. În cazul în care în această situație se află președintele comisiei de disciplină, acesta va fi înlocuit de membrul supleant .

ANEXA A13

REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE AL COMITETULUI DE SECURITATE SI SANATATE IN MUNCA

Art. 1. Comitetul de securitate si sanatate in munca se reconstituie in baza Dispozitiei managerului si functioneaza in conformitate cu prezentul regulament.

Art.2. Scopul comitetului de securitate si sanatate in munca il reprezinta stabilirea principiilor generale referitoare la prevenirea riscurilor profesionale, protecția sănătății și securitatea lucrătorilor, eliminarea factorilor de risc și accidentare, informarea, consultarea, participarea echilibrată potrivit legii, instruirea lucrătorilor și a reprezentanților lor, precum și direcțiile generale pentru implementarea acestor principii.

Art. 3. Comitetul de securitate si sanatate in munca este alcatuit din 2 membri, un presedinte si un secretar.

Art. 4. Principalele atribuțiile ale comitetului de securitate și sănătate în muncă sunt :

- analizează și face propuneri privind politica de securitate și sănătate în munca și planul de prevenire și protecție, conform regulamentului intern și/sau regulamentului de organizare și funcționare, dispozițiilor manageriale, procedurilor si protoalelor in vigoare;
- urmărește realizarea planului de prevenire și protecție, inclusiv alocarea mijloacelor necesare realizării prevederilor lui și eficiența acestora din punct de vedere al îmbunătățirii condițiilor de munca;
- propune măsuri de amenajare a locurilor de munca, ținând seama de prezenta grupurilor sensibile la riscuri specifice;
- urmărește modul în care se aplica și se respecta reglementările legale privind securitatea și sănătatea în munca, măsurile dispuse de inspectorul de munca și inspectorii sanitari;
- analizează propunerile lucrătorilor privind prevenirea accidentelor de munca și a îmbolnăvirilor profesionale, precum și pentru îmbunătățirea condițiilor de munca și propune introducerea acestora în planul de prevenire și protecție;
- analizează cauzele producerii accidentelor de munca, îmbolnăvirilor profesionale și evenimentelor produse și poate propune măsuri tehnice în completarea măsurilor dispuse în urma cercetării;

Art.5. Comitetul de securitate si sanatate in munca se intruneste trimestrial sau la solicitarea presedintelui comisiei, ori de cate ori este nevoie.

Art. 5. Fiecare intrunire va fi consemnata de catre secretarul comisiei intr-un proces verbal care va cuprinde masurile propuse pentru remedierea deficientelor aparute in utilizarea protoalelor si ghidurilor de practica adoptate.

Art. 6. Fiecare proces verbal va fi inregistrat, datat si va fi inaintat managerului spitalului spre avizare.

ANEXA A14

REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE AL COMISIEI DE PRODUSE BIOCIDICE

Art.1. Comisia de produse biocide se constituie in baza dispozitiei managerului si functioneaza in conformitate cu prezentul regulament.

Art. 2. . Comisia de produse biocide si materiale sanitare este alcatuita din 2 membri, un presedinte si un secretar.

Art.3. Principalele atributii ale comisiei sunt:

- Stabileste tipurile de biocide necesare unitatii sanitare, in functie de riscul epidemiologic, in vederea asigurarii prevenirii infectiilor asociate asistentei medicale;
- Evalueaza documentatia tehnica;
- Elaboreaza instructiunile de lucru pentru biocidele utilizate in unitatea sanitara;
- Instruieste personalul cu privire la folosirea biocidelor;
- Verifica utilizarea corecta a biocidelor, conform instructiunilor de lucru.

Art.4 Comisia de produse biocide si materiale sanitare are obligatia de a stabili cantitatile de biocide si materiale sanitare necesare spitalului in vederea asigurarii prevenirii infectiilor asociate asistentei medicale.

Art.5. Comisia de produse biocide si materiale sanitare se intruneste lunar sau la solicitarea presedintelui comisiei, ori de cate ori este nevoie.

Art. 6. Fiecare intrunire va fi consemnata de catre secretarul comisiei intr-un proces verbal care va cuprinde toate aspectele dezbattute si deciziile luate.

Art. 7. Fiecare proces verbal va fi inregistrat, datat si va fi inaintat managerului spitalului spre avizare.

Anexa A15.1 REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE A COMISIEI PROFESIONAL STIINTIFICE SI DE PERFECTIONARE A PERSONALULUI MEDICAL

Art. 1. Comisia profesional stiintifica si de perfectionare a personalului medical se constituie in baza deciziei managerului si functioneaza in conformitate cu prezentul regulament.

Art. 2. Comisia Profesional Stiintifica si de perfectionare a personalului medical este formata din 2 membri, un presedinte – in persoana Directorului medical si un secretar.

Art.3. Comisia Profesional Stiintifica si de perfectionare a personalului medical se intruneste semestrial, in lunile ianuarie si iulie, iar in luna decembrie are loc o intrunire pentru analiza anuala.

Art. 4. Membrii Comisiei Profesional Stiintifice si de perfectionare a personalului medical au in principal urmatoarele atributii:

- Identificarea nevoilor de perfectionare ale personalului si intocmirea Planului anual de formare profesionala, in urma consultarii cu medicii coordonatori de compartiment ,SMC si Consiliul medical;
- Propune spre aprobare Comitetului Director Planul anual de formare profesionala si face demersuri in vederea alocarii fondurilor necesare in BVC spitalului pentru implementarea planului;
- participa impreuna cu sefii de compartimente/structuri la elaborarea fiselor de post;
- avizeaza participarea angajatilor la cursuri/simpozioane/instruiri etc care nu sunt cuprinse in planul propriu de formare profesionala;
- identifica competentele critice si stabileste planul de masuri pentru asigurarea continuitatii activitatii in sectoare critice;
- stabileste strategii de perfectionare profesionala pe termen mediu si lung,inclusiv rotatia cadrelor;
- stabileste necesarul de personal pt urmatorii 5-10 ani, propunand managerului numarul si specialitatea posturilor de medici rezidenti necesari in vederea scoaterii posturilor la concurs;
- monitorizeaza curricula cursurilor interne de la nivel de compartimente.

Art. 5. Fiecare intrunire va fi consemnata de catre secretarul comisiei intr-un proces verbal, inregistrat si datat care va fi inaintat managerului spitalului, in vederea luarii masurilor ce se impun in conformitate cu legislatia in vigoare.

A15.2. PLANUL DE PERFECTIONARE PROFESIONALA A ANGAJATILOR KARDINAL ONE MEDICAL 2020

1 PREGATIREA PROFESIONALA SI DEZVOLTAREA CARIEREI

DEFINIRE Pregătirea profesională este un proces de instruire pe parcursul căruia participanții dobândesc cunoștințe teoretice și practice necesare desfășurării activității lor prezente

Dezvoltarea profesională este un proces mai complex decât pregătirea profesională, având drept obiectiv însușirea cunoștințelor utile, atât în raport cu poziția actuală, cât și cu cea viitoare

Obiectivele pregătirii profesionale pot fi constituite din :

- perfectiunea capacității de rezolvare a problemelor
- executarea unor lucrări specifice
- rezolvarea unor sarcini noi
- îmbunătățirea capacității de comunicare
- pregătirea unor schimbări

Stabilirea cerințelor de pregătire profesională presupune parcurgerea următoarelor etape:

- precizarea obiectivelor organizației, pe componente structurale, pt fiecare angajat
- stabilirea noilor cunoștințe care sunt necesare salariaților ptr a-și îndeplini sarcinile în mod eficient
- stabilirea metodelor de pregătire, a instituțiilor la care se va apela și inventarierea resurselor disponibile
- elaborarea planului de dezvoltare profesională

Metodele de pregătire profesională sunt :

- pregătirea profesională la locul de muncă
- participarea în grup la elaborarea unor proiecte, lucrări, studii etc
- delegarea sarcinilor
- înlocuirea temporară a șefului ierarhic
- rotarea posturilor
- participarea la traininguri interne și sedințe

Conceptul de job rotation nu este ceva nou în panoplia tehnicilor de training și dezvoltare.

Definitia lui este << o modalitate de dezvoltare prin intermediul careia o persoana este alocata pe rand pe diverse joburi/responsabilitati/functii pt a putea dobandi prin practica o expunere cat mai mare la toate zonele operationale ale unui business >>

Unul din aspectele esentiale ale eficientei procesului este dat de calitatea procesului de planificare si de ratiunea logica cu care sunt alese functiile pe care sa activeze fiecare individ in parte .

Cand este in sa vorba de competenta de recrutor intern, tehnica job rotation-ului ar trebui sa fie ,probabil,printre cele mai des utilizate si cu o varietate cat mai mare de responsabilitati ocupate in timp.

Un bun program de job –rotation duce la consolidarea unui capital de cunostiinte foarte utile in situatii de criza a departamentelor de recrutare si face institutia minim vulnerabila in aceste cazuri .(plecari spontane,demisii la zi, emigrari de personal inalt calificat etc)

Elaborarea planului de perfecționare a personalului urmărește etapele urmatoare:

- Stabilirea nevoilor de pregatire;
- Stabilirea formelor de pregatire;
- Stabilirea continuturilor pentru pregatirea desfasurata in spital si proiectarea obiectivelor specifice instruirii;
- Stabilirea persoanei care face instruirea;
- Delegarea instructorului din randul angajatilor si specializarea acestuia;
- Stabilirea duratei pregatirii;
- Analiza ofertelor de cursuri pentru pregatirea facuta in afara spitalului;
- Oferirea de posibilitati pentru angajati de a face cursuri in afara spitalului;
- Angajarea de formatori pentru instruire profesionala;
- Stabilirea unei clauze contractuale cu respectivii formatori;
- Testarea nivelului de indeplinire a obiectivelor planului de pregatire;
- Evaluarea rezultatelor pentru angajatii care au parcurs programul de pregatire;

Distribuția personalului pe specialități:

Specialitatea	Nr.personane
Medici,inclusiv CPCIAAM si director medical	6

Asistenti medicali	5
Statistician	½ norma
Personal auxiliar sanitar	5
Personal administrativ	1
Muncitori -serviciul tehnic	1
Runos	½ norma
Bucatar	1
Economist /contabil	¼ norma
SMC	¼ norma
Total angajati	20,5

Eficiența perfecționării pregătirii profesionale se va regăsi în:

- creșterea calității actului medical
- scurtarea timpilor de așteptare pentru pacienți
- actualizarea și perfecționarea cunoștințelor din domeniul managementului sistemului de sanatate, pentru a crește nivelul de performanță al cursanților în îndeplinirea atribuțiilor pe care le au.

Pentru personalul medical cursurile vor fi creditate de către **Colegiul Medicilor** din România în cazul medicilor sau de către Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, în cazul asistentelor medicale

În mod direct prin planul perfecționării pregătirii profesionale se urmăresc:

- Crearea condițiilor necesare prestării unor acte medicale de calitate de către personalul medico-sanitar din spital;
- Implementarea protocoalelor de practică medicală la nivelul spitalului, pe baza recomandărilor consiliului medical;
- Realizarea activităților de control al calității serviciilor medicale oferite de spital, coordonată de directorul medical, cu sprijinul consiliului medical și al comisiei profesional-stiințifice și de pregătire a personalului medical;
- Asigurarea condițiilor adecvate de cazare, igienă, alimentație și prevenirea infecțiilor nosocomiale, în conformitate cu normele stabilite de Ministerul Sănătății Publice;
- Monitorizarea și raportarea indicatorilor specifici activității medicale, financiare, economice, precum și a altor date privind activitatea de supraveghere, prevenire și control, în conformitate cu reglementările legale în vigoare;
- Analizarea modului de îndeplinire a obligațiilor membrilor comitetului director, ai consiliului medical, comisiei profesional-stiințifice și de pregătire a personalului medical și consiliului etic, pentru spitalele orășenești, dispunând măsuri de îmbunătățire a activității;
- Modul de aplicare a prevederilor legale în vigoare cu privire la respectarea drepturilor pacientului și dispune măsuri atunci când se constată încălcarea acestora;

Indicatorii luați în calcul pentru perfecționarea pregătirii personalului medico-sanitar, auxiliar și administrativ sunt următorii:

- I. Gradul de calificare al personalului (apreciat prin numărul anilor de studii);
- II. Vechimea personalului în muncă (specialitate);
- III. Structura personalului medico-sanitar, auxiliar și administrativ față de structura normativă specifică spitalului;
- IV. Gradul de perfecționare profesională a personalului medico-sanitar, auxiliar și administrativ, prin cursuri de profil.

Pentru muncitori pregătirea și perfecționarea profesională va fi structurată ca „program personal de pregătire cu evaluarea periodică a cunoștințelor”.

Instruirea se va realiza sub conducerea administratorului.

Participanții la program au posibilitatea ca între verificări să ceară explicații conducătorului de program sau altor persoane competente ori de câte ori este necesar.

Durata unui program individual cu verificare periodică a cunoștințelor se va limita la 1 an .

Conținuturile pentru programul de instruire vor fi stabilite din activitățile pe care le desfășoară angajații compartimentului respectiv.

Evaluarea se va realiza corespunzător fiecărei teme, urmărindu-se în principal caracterul practic-aplicativ al activității de pregătire parcurse.

Temele cu caracter teoretic vor fi predate de către specialiști pe respectivele probleme (ex. tema legată de SSM să fie predată de inspectorul de specialitate în domeniu-serviciu extern) .

La nivelul planului de perspectivă se stabilesc formele de pregătire care vor fi utilizate. În cadrul

acestui plan am propus ca forme de pregătire:

- programe de perfecționare cu verificarea periodică a cunoștințelor;
- cursuri organizate la nivelul spitalului sau în afara acestuia;
- programe de instruire derulate în spital de furnizorii de echipamente și tehnologii.

Concretizarea obiectivelor generale și etapizarea realizării lor se regăsește în planul anual de pregătire

Corespunzător planului anual de pregătire fiecare conducător de program de instruire va realiza în proiectarea programului de pregătire următoarele:

- formularea obiectivelor operaționale prin derivarea obiectivelor specifice din plan;
- stabilirea conținutului de instruire și împărțirea acestuia pe teme;
- precizarea locului și a dotărilor materiale necesare ședințelor de pregătire profesională;
- stabilirea metodelor de instruire și adecvarea acestora la conținuturi;
- planificarea ședințelor de pregătire pe zile și ore;
- stabilirea modalităților de evaluare.

Va rezulta astfel la nivelul spitalului un număr de planuri de pregătire, aferente compartimentelor, care vor detalia și concretiza prevederile din planul anual și vor fi subsumate acestuia din punct de vedere al obiectivelor.

Rezultate așteptate -creșterea competenței profesionale prin dobândirea de cunoștințe și abilități noi

-creșterea gradului de satisfacție al angajaților la locul de muncă

-scaderea numarului de reclamatii de la angajati
Indicatori monitorizati-numar de cursuri/angajat/an

TEMATICA CURSURILOR PROGRAMATE LA NIVEL DE SPITAL IN ANUL 2022-2023

- 1.Calitate in sanatate.Managementul riscului medical
- 2.Acreditarea Spitalului. Standardele de acreditare
- 3.Cultura organizationala.Siguranta pacientului
- 4 .Resuscitarea cardiorespiratorie-suport vital de baza si suport vital avansat
- 5.Ghidul National de Triage 2019
- 6.Prevenirea si combaterea infectiilor asociate actului medical
- 7.Identificarea,raportarea,analiza si prevenirea evenimentelor adverse asociate actului medical
- 8.Codul de etica si integritate
- 9.Managementul deseurilor periculoase
- 10.Bune practici medicale
- 11.Guvernanta clinica
- 12.Instructaj al personalului care manevreaza echipamente cu risc
- 14.Managementul deseurilor periculoase
- 15.Managementul riscului
- 16.Curs de comunicare cu pacientii si aparinatorii
- 17.Curs privind gestionarea si managementul informatiilor
- 19.Curs de SSM si PSI –mai 2020

Anexa A16.1. REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE AL COMISIEI DE AUDIT CLINIC

Art. 1. Comisia audit clinic se a in baza Dispozitiei managerului si functioneaza in conformitate cu prezentul regulament.

Art. 2. Comisia de audit este alcatuita din 2 membri, un presedinte – in persoana Directorului medical si un secretar.

Art.3. Auditul clinic trebuie sa fie un proces educational care sa faca parte din practica de rutina, sa se bazeze pe standarde cunoscute si sa concluzioneze schimbari organizationale si schimbari de reglementare la nivelul sistemului.

Art.4.Auditul medical clinic are drept obiective:

- imbunatatirea calitatii ingrijirii pacientului
- promovarea utilizarii eficiente a resurselor
- imbunatatirea organizarii si furnizarii resurselor
- promovarea pregatirii si educatiei profesionale

Art.5. Atribuțiile specifice ale Comisiei de audit clinic sunt următoarele:

- a)** identificarea și definirea unui set de indicatori de calitate aplicabili fiecărei secții, compartiment, laborator și a unui set de indicatori aplicabili la nivelul spitalului;
- b)** monitorizarea internă a calitatii serviciilor medicale furnizate (evaluare a calității serviciilor medicale);
- c)** raportarea trimestrială către Comitetul director a analizei indicatorilor, problemelor identificate, măsurilor de îmbunătățire propuse;
- d)** elaborarea și aprobarea în Comitetul director a unui plan de monitorizare și evaluare a calității îngrijirilor în spital;
- e)** elaborarea și aprobarea în Comitetul director a unui plan de măsuri pentru îmbunătățirea calității serviciilor medicale, cu includerea de obiective și măsuri specifice fiecărei secții;
- f)** elaborarea și transmiterea către Comitetul director a unui raport de evaluare anuală a programului de îmbunătățire a calității serviciilor;
- g)** monitorizarea periodică a modului de întocmire, prelucrare și gestionare a documentelor medicale;
- h)** analizează eficiența procedurilor și protocoalelor implementate și necesitatea introducerii altora noi; vor fi efectuate, prin sondaj, un număr de minimum două evaluări lunare. Data efectuării sondajelor și constatările vor fi înscrise în Registrul de activitate al Comisiei de audit clinic, cu semnătura persoanei care a efectuat sondajul, și vor fi utilizate pentru întocmirea punctajului aferent criteriilor de calitate și urmărire lunară pentru reactualizarea acestuia.

Art 6. Auditul clinic este util pentru:

- Stabilirea nivelului de competență al unui spital dat de resursa umană, expertiza echipei, existența resurselor necesare, existența protocoalelor;
- Evaluarea corectă a nevoilor medicale și internarea asumată în funcție de nivelul de competență;
- Autoevaluarea practicii fiecărei secții prin analiza periodică;
- Identificarea evenimentelor adverse și analiza lor.

Art. 7. Când vor alege tema de audit, membrii comisiei trebuie să țină seama de:

- frecvența unei practici - cu cât o practică este mai frecventă, cu atât crește riscul erorilor aferente ei;
- existența unei mari variabilități în cadrul aceleiași practici;
- caracterul critic pentru pacient;
- potențialul de îmbunătățire și de motivare a profesioniștilor;

Art.8. Managerul entitatii stabileste prin decizie manageriala contextul/utilitatea misiunii de audit, obiectivul, durata, echipa si seful misiunii de audit. El participa la desfasurarea misiunii de audit si la comunicarea rezultatelor .

Art.9. Activitatea echipei de audit este voluntara si neremunerata.

Art.10. Echipa de audit trebuie sa posede abilitati metodologice, sa fie profesionisti in tema implicata. Optim ea cuprinde 2-3 persoane, obligatoriu un membru al SMC si un membru din structura auditata.

Art.11. Misiunile de audit se planifica si se desfasoara anual. In cazul in care se produc evenimente indezirabile, echipa de audit poate propune managerului teme de audit suplimentare.

Art.12. Odata stabilite scopul si obiectivele misiunii de audit, se parcurg etapele:

- alegerea temei
- alegerea referentialelor
- colectarea datelor
- prelucrarea datelor
- stabilirea concluziilor si a unui plan de masuri
- implementarea schimbarilor

Art.13. Este obligatorie auditarea rezultatelor prin monitorizare, astfel incat are loc:

- colectarea unui nou set de date
- analiza datelor reevaluate
- analiza imbunatatirii obtinute

Art. 14. Referentialele pot fi ghiduri clinice, standarde nationale si internationale, ghiduri metodologice, reglementarile legislative.

Art. 15. Indicatorii vizati se grupeaza in: indicatori de structura, indicatori de proces si indicatori de rezultat; De asemenea ,ei pot fi cantitativi sau calitativi. Un indicator trebuie sa reflecte realitatea, sa fie relevant pentru calitate, sa fie realizabil, validabil, sa aiba potential de imbunatatire, dar si sa aiba o valoare tinta, optim exprimata procentual.

Art. 16. Tipul de studiu in cadrul misiunii de audit poate fi

- abordarea prospectiva
- observatia directa
- abordarea retrospectiva

Art.17. Analiza datelor are drept scop abordarea masurilor necesare reducerii diferentelor intre practica reala si referentialul de bune practici, prin identificarea cauzelor diferentelor constatate, care pot fi de natura profesionala, organizationala, institutionala, personala. Pentru fiecare criteriu deficitar va fi identificata natura problemelor. Diagrama Pareto stabileste ca 20% din cauze sunt responsabile pentru 80 % din erori.

Art.18. Planul de imbunatire este un ansamblu de masuri corective care difera in functie de frecventa si severitatea consecintelor determinate de diferentele relevate de auditul clinic. Schimbarile asteptate pot viza practici, mijloace, protocoale terapeutice, proceduri etc.

ANEXA A16.2

PLAN DE AUDIT CLINIC KARDINAL ONE MEDICAL 2022-2023

<< Auditul clinic este parte integranta a Guvernantei Clinice a unui sistem de sanatate, iar Guvernanta Clinica reprezinta cadrul general pe baza caruia se poate determina responsabilitatea organizatiilor din sanatate pentru imbunatatirea continua a standardelor privind calitatea serviciilor si siguranta pacientului, prin asigurarea unui climat propice pentru dezvoltarea excelentei clinice >>

British Medical Journal , 4 July 1998

Auditul clinic intern compara practicile de asistenta medicala in baza unui referential pentru a stabili calitatea acestor practici si rezultatul ingrijirii in vederea imbunatatirii lor .

Auditul clinic este cel mai complex instrument de analiza retrospectiva a activitatii.

Auditul clinic trebuie desfasurat sistematic, astfel incat sa faca parte din expertiza furnizorului de servicii medicale .

Auditul clinic nu garanteaza calitatea actului medical,dar garanteaza ca unitatea face un act medical de calitate .De aceea,temele propuse auditarii trebuie sa fie prioritati ale unitatii respective .

Auditul clinic ajuta la:

- **stabilirea nivelului de competenta** al unui spital dat de:
 - resursa umana
 - experienta echipei
 - existenta resurselor necesare
 - existenta protocoalelor
- evaluarea corecta a nevoilor medicale si internarea asumata** in functie de **nivelul de competenta**
- autoevaluarea practicii** fiecarei sectii prin analiza periodica
- identificarea evenimentelor adverse** si analiza lor

Auditul clinic trebuie :

- sa fie un **proces educational** care sa faca parte din practica de rutina
- sa se bazeze pe **standarde cunoscute**
- sa concluzioneze- **schimbări organizationale**
 - schimbări de reglementare la nivelul sistemului**

Eficacitatea si eficienta actului medical se definesc prin :

- 1 -**maximizarea rezultatelor** care conteaza pentru pacient /beneficiilor pacientului
cuantificate prin - supravietuire
 - functionalitate -gradul de recuperare dupa boala
 - intervalul de timp pana la revenirea la activitatea normala ,anterioara imbolnavirii
 - prejudiciile suferite
- 2-**reducerea evenimentelor adverse**
- 3-**costuri minime pentru sistem**

Temele de audit tin seama de :

- frecventa unei practici -cu cat o practica este mai frecventa ,cu atat creste riscul erorilor aferente ei
- existenta unei mari variabilitati in cadrul aceleasi practici
- caracterul critic pentru pacienti
- potentialul de imbunatatire si de motivare a profesionistilor

Managerul entitatii -stabileste : - contextul /utilitatea misiunii de audit

- obiectivul/durata misiunii
- echipa de audit
- seful echipei de audit

-participa la - desfasurarea misiunii de audit

- la comunicarea rezultatelor

Activitatea echipei de audit este **voluntara** si **neremunerata** .

Echipa de audit trebuie sa posede abilitati metodologice ,sa fie profesionisti in tema implicata .Optim ea cuprinde intre 4 -10 persoane , obligatoriu un membru al SMC si un membru din structura auditata .

Echipa de audit clinic este parte integranta a **SMC** .

Misiunile de audit se planifica **anual** .

In cazul in care se produc evenimente indezirabile ,echipa de audit poate propune managerului **misiuni suplimentare**.

Pot propune misiuni de audit -managerul

- SMC
- orice structura functionala din cadrul spitalului
- sefii de sectie

Odata stabilite **scopul** si **obiectivele** misiunii de audit ,se parcurg etapele:

- alegerea temei
- alegerea referentialelor
- colectarea datelor
- prelucrarea datelor

- stabilirea concluziilor si a unui plan de masuri
- implementarea schimbarilor

Este obligatorie **auditarea rezultatelor** prin monitorizare ,astfel incat au loc

- colectarea unui nou set de date
- analiza datelor reevaluate
- analiza imbunatatirilor obtinute

Referentialele pot fi : -ghiduri clinice

- standarde nationale si internationale
- ghiduri metodologice
- reglementari legale /administrative

Indicatorii vizati se grupeaza in:

- indicatori de structura** -privesc resursele umane,materiale, organizationale etc
- indicatori de proces** -se refera la procesele de ingrijire ,de comunicare ,de luare a

deciziilor etc

-**indicatori de rezultat** -masoara consecintele proceselor asupra evolutiei clinice sau asupra starii pacientilor

Un indicator este o dovada admisa de majoritate ca permite o apreciere obiectiva ,valida,cu privire la conformitatea practicii evaluate .

Indicatorii pot fi -**calitativi** -stabilesc nivelul de conformare binar -DA/NU

-**cantitativi**-stabilesc valori numerice

Un indicator trebuie sa : - reflecte realitatea

- fie relevant pentru calitate
- fie realizabil
- fie validabil
- aiba potential de imbunatatire
- aiba o valoare tinta ,optim exprimata procentual

Tipul de studiu in cadrul misiunii de audit poate fi :

- abordarea prospectiva**
- observarea directa**
- abordarea retrospectiva**

Analiza datelor are drept scop adoptarea masurilor necesare reducerii diferentelor intre practica reala si referentialul de bune practici ,prin identificarea **cauzelor** diferentelor constatate ,care pot fi de natura - profesionala

- organizationala
- institutionala
- personala

Pentru fiecare criteriu deficitar va fi identificata natura problemelor .

Se vor prioritiza cauzele luand in considerare frecventa,gravitatea si consecintele acestora

Diagrama Pareto stabileste ca 20 % din cauzele identificate sunt responsabile de 80 % din erori .

Planul de imbunatatire este un ansamblu de masuri corective care difera in functie de frecventa si severitatea consecintelor determinate de diferentele relevate de auditul clinic .

Schimbarile asteptate pot viza practici,mijloace,protocoale terapeutice ,proceduri etc

In concluzie ,auditul clinic este un domeniu nou de activitate,pentru care personalul nu este inca suficient pregatit , cu o organizare mai mult formala si cu o rezistenta a profesionistilor fata de evaluarea activitatii profesionale .

PLANUL DE AUDIT CLINIC 2022-2023

1. Auditarea protocoalelor terapeutice de la nivelul compartimentelor clinice (mentionarea bibliografiei, a mentionarii indicatorilor de structura necesari pt implementarea lor, atat materiali cat si de resurse umane ,daca contin date referitoare la continuitatea procesului de ingrijire in etapa postspital ,daca sunt precizati indicatorii de evaluare a rezultatelor ,daca contin precizari cu privire la echipa de elaborare ,daca sunt aprobati de Consiliul medical si SMC .), responsabil-RMC si Director medical
2. Auditarea gradului de respectare a Ghidului national de triaj 2019-monitorizarea timpilor de asteptare de la camera de garda ,de la prezentare pana la prima evaluare medicala –Responsabil RMC si coordonator camera de garda
3. Auditarea parametrilor de activitate -DMS mediu /sectie,DMS mediu /caz DRG ,comparativ cu DMS national pe sectie cu acelasi profil si pe acelasi cod DRG
 - cost mediu /caz
 - cost mediu/boala
 - cost mediu/ boala /comparativ intre medici ptacelasi diagnostic principal DRG
Responsabil-RMC,director medical ,director financiar
4. Corelarea consumului de medicamente /materiale sanitare cu adresabilitatea - responsabil RMC /director medical
5. Auditarea externarilor la cerere –cauze ,responsabil RMC si director medical
6. Auditarea eficientei utilizarii serviciilor de sanatate din spital –iulie 2020, responsabil RMC,director medical,director financiar
7. Auditarea consumului de medicamente pe sectii/medic/pacient ,responsabil RMC si director medical
8. Auditarea consumului de antibiotice pe medic/sectie/pacient, responsabili RMC ,CPCIAAM,,director medical
9. Auditarea nivelului de conformare a personalului medical/nemedical la cerinta de formare profesionala si educatie medicala continua –responsabil RMC , Runos ,director medical,asistent coordonator
10. Auditarea numarului si cauzelor de transfer interspitalicesc –responsabil dir med,RMC
11. Analiza abordarii integrate a cazurilor din perspectiva multidisciplinaritatii/transdisciplinaritatii/interdisciplinaritatii ,ca mijloc de crestere a calitatii actului medical ,-responsabil director medical ,RMC
12. Auditarea concordantei intre necesarul estimat al resurselor umane si cel existent in compartimentele clinice din perspectiva OMS 1224/2010 ,dar si a volumului,complexitatii ingrijirilor medicale ,gradului de dependenta al pacientilor - RMC ,sef Runos,asistent sef,director medical
13. Auditarea nivelului de implementare al standardului << COMUNICARE >> din OSG 600/2018 –evaluarea pe teren a satisfactiei pacientului din perspectiva comunicarii cu medicul curant si personalul de ingrijire –asistenti si infirmiere medicale –responsabili-RMC ,director medical,asistent sef

14. Auditarea pe teren de catre personalul SMC a gradului de satisfactie al pacientilor din perspectiva calitatii hranei, confortului hotelier, atitudinii personalului medical, acordarea la timp si de calitate a serviciilor medicale (respectarea orarului de administrare a medicatiei, recoltarea analizelor, efectuarea investigatiilor etc), responsabil RMC

Comisiile de audit vor fi stabilite ulterior.

Rezultate asteptate -cresterea gradului de satisfactie al pacientilor tratati

- scaderea numarului de evenimente adverse
- scaderea numarului de reclamatii
- scurtarea timpilor de asteptare
- scaderea ratei de transfer
- scaderea mortalitatii intraspitalicesti
- acreditarea cu nivel ridicat de incredere in urma auditului ANMCS

Indicatori monitorizati -numar chestionare de satisfactie cu peste 90 % grad de satisfactie declarat

- rata transferurilor catre alte unitati spitalicesti
- timpii de asteptare de la prezentarea la spital si pana la primul consult medical
- indicele de mortalitate
- nivelul de acreditare
- numar de evenimente adverse raportate
- numar de rapoarte de audit cu neconformitati

ANEXA A17

REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE AL COMISIEI DE REZOLVARE A CONTESTATIILOR, SESIZARILOR SI RECLAMATIILOR

Art. 1. Comisia de rezolvare a contestatiilor, sesizarilor si reclamatiiilor se reactiveaza in baza Dispozitiei managerului si functioneaza in conformitate cu prezentul regulament.

Art. 2. Comisia de rezolvare a contestatiilor, sesizarilor si reclamatiiilor este formata din 2 membri, un presedinte – in persoana Managerului si un secretar de comisie.

Art.3. Contestatia reprezinta cererea adresata de catre un client unei organizatii pentru reconsiderarea deciziei care a fost luata in legatura cu acel client. Reclamatia reprezinta expunerea unei nemulumiri, alta decat contestatia, de catre orice persoana sau organizatie catre un furnizor de servicii.

Art.4. Reclamatia trebuie sa contina clar numele si informatiile de contact ale reclamantului, o descriere clara a problemei si dovezi care sa vina in sprijinul fiecarui element sau aspect al reclamatiei.

Art.5. Unitatea medicala are un Registru unic de sesizari si reclamatii la nivelul Biroului Runos si o persoana desemnata cu inregistrarea reclamatiiilor la nivel de spital.

Art.6. Reclamatiile se primesc numai in scris si sunt insotite obligatoriu de confirmare de primire – recipisa cu numarul si data inregistrarii ei in registrul unic de reclamatii.

Art.7. Termenul de solutionare/raspuns este de 30 zile de la data inregistrarii.

Art.8. Reclamatia /contestatia /sesizarea sunt aduse la cunostiinta managerului in termen de 48 de la inregistrare. Dupa analiza,managerul repartizeaza reclamatia spre analiza dupa caz sefului compartimentului implicat/sefului SMC/Consiliului Etic /Directorului medical.

Art.9. Daca reclamatia vizeaza modul de comportament al unui angajat, ea va fi trimisa spre cercetare comisiei de disciplina din spital

Art.10. Structura /persoana desemnata analizeaza reclamatia si in cazul in care o considera intemeiata intocmeste un raport de neconformitate in care se consemneaza fapta, cauzele care au generat-o, precum si masurile corective /preventive identificate , necesare pentru eliminarea acestei cauze .

Art.11. Raportul este inaintat managerului spre analiza si aprobare

Art.12. Consilierul juridic al unitatii va viza solutia spre legalitate inainte de a emite raspunsul catre petent.

Art.13. Dupa aprobarea de catre manager si avizarea de catre consilierul juridic, raspunsul este inregistrat in Registrul unic de reclamatii, iar un exemplar va fi inmanat petentului cu confirmare de primire .

Art.14. Structura de management al calitatii verifica modul de implementare a actiunilor corective stabilite in raportul de neconformitate, dar si eficacitatea masurilor intreprinse ca urmare a reclamatiiilor

ANEXA A 18.1

REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE AL COMISIEI DE ANALIZA A EXISTENTEI PROTOCOALELOR SI GHIDURILOR TERAPEUTICE LA NIVELUL COMPARTIMENTELOR CLINICE SI A MODULUI DE IMPLEMENTARE A ACESTORA IN PRACTICA MEDICALA

Art. 1. Comisia de analiza a existentei protocoalelor si ghidurilor terapeutice la nivelul compartimentelor clinice si a modului de implementare a acestora in practica medicala se reactiveaza in baza Dispozitiei managerului si functioneaza in conformitate cu prezentul regulament.

Art. 2. Comisia de analiza a existentei protocoalelor si ghidurilor terapeutice la nivelul compartimentelor clinice si a modului de implementare a acestora in practica medicala este formata din 2 membri, un presedinte – in persoana Directorului medical si un secretar.

Art. 3. Membrii Comisiei de analiza a existentei protocoalelor si ghidurilor terapeutice la nivelul compartimentelor clinice si a modului de implementare a acestora in practica medicala desfasora in principal urmatoarele activitati:

- Fiecare medic coordonator de compartiment stabileste lista afectiunilor tratate, criteriile de internare si intocmeste protocol terapeutic personalizat pentru fiecare afectiune tratata;
- Daca exista un ghid national care se doreste a fi agreat si asumat in locul protocolului, acest lucru va fi adus la cunostiinta SMC si directorului medical;
- Vor actualiza protocoalele terapeutice anual sau ori de cate ori este nevoie;
- Dupa intocmire, protocoalele vor fi supuse avizarii Consiliului medical si directorului medical , dar si aprobarii de catre manager. Lista actualizata a protocoalelor si ghidurilor terapeutice va fi inregistrata la secretariatul spitalului la fiecare inceput de an.
- Modalitatea de implementare va fi monitorizata de catre SMC prin audituri, dar si de Consiliul medical si directorul medical prin sondaj;

Art.4. Comisia de analiza a existentei protocoalelor si ghidurilor terapeutice la nivelul compartimentelor clinice si a modului de implementare a acestora in practica medicala se intruneste trimestrial sau la solicitarea presedintelui comisiei, ori de cate ori este nevoie.

Art. 5. Fiecare intrunire va fi consemnata de catre secretarul comisiei intr-un proces verbal care va cuprinde masurile propuse pentru remedierea deficientelor aparute in utilizarea protocoalelor si ghidurilor de practica adoptate.

Art. 6. Fiecare proces verbal va fi inregistrat, datat si va fi inaintat managerului spitalului spre avizare.

ANEXA A18.2

Lista protocoalelor medicale existente la Kardinal One Medical

**KARDINAL ONE MEDICAL
PROTOCOALE MEDICALE – COMPARTIMENT INTERNE / CRONICI/CAMERA DE
GARDA
2020**

Nr.crt.	DENUMIRE	PROTOCOL
1	ANEMII SI ALTE TULBURARI ALE HEMATOPOEZEI NON MALIGNNE	PM-INT-001
2	DIABET ZAHARAT TIP I	PM-INT-002
3	DIABET ZAHARAT TIP II	PM-INT-003
4	CETOACIDOZA DIABETICA FARA COMA	PM-INT-004
5	HIPOGLICEMIA	PM-INT-005
6	DISLIPIDEMII	PM-INT-006
7	LITIAZA RENALA/COLICA RENALA	PM-INT-007
8	RETENTIA ACUTA DE URINA	PM-INT-008
9	INFECTIA URINARA	PM-INT-009

10	GLOMERULONEFRITA ACUTA	PM-INT-010
11	GLOMERULONEFRITE CRONICE	PM-INT-011
12	INSUFICIENTA RENALA ACUTA	PM-INT-012
13	INSUFICIENTA RENALA CRONICA	PM-INT-013
14	DISELECTROLITEMII	PM-INT-014
15	BOLI ALERGICE, ALERGIA RESPIRATORIE, URTICARIA ALERGICA, SOCUL ANAFILACTIC	PM-INT-015
16	TRATAMENTUL ANTICOAGULANT	PM-INT-016
17	ACCIDENTUL VASCULAR CEREBRAL	PM-INT-017
18	INTOXICATII	PM-INT-018
19	GASTRITA	PM-INT-019
20	ULCER GASTRIC / DUODENAL	PM-INT-020
21	BOALA DIAREICA ACUTA	PM-INT-021
22	PANCREATITA ACUTA / CRONICA	PM-INT-022
23	COLECISTITA ACUTA / CRONICA	PM-INT-023
24	HEPATITA CRONICA	PM-INT-024
25	CIROZA HEPATICA	PM-INT-025
26	PATOLOGIA ESOFAGULUI(Esofagita de reflux/ Hernia hiatala/ Cancerul de esofag/ Diverticuli esofagieni/ Tulburarile de motilitate)	PM-INT-026
27	BOLI INFLAMATORII INTESTINALE (Rectocolita ulcerohemoragica/Boala Chron)	PM-INT-027
28	PATOLOGIA COLONULUI SI INTESTINULUI SUBTIRE(in afara RUH si Boala Chron). Apendicita acuta/Ileusul/Ischemia intestinala/Diverticuloza/Diverticulita/Polipoza/Cancerul de colon/Colonul iritabil/Sindromul de malabsorbție/Intoleranta la gluten/Boala hemoroidala/Herniile	PM-INT-028
29	GUTA/ATAFUL DE GUTA	PM-INT-029
30	SARCOIDOZA	PM-INT-030
31	MIELOM MULTIPLU	PM-INT-031
32	LEUCEMII ACUTE	PM-INT-032
33	LEUCEMII CRONICE	PM-INT-033
34	SCLERODERMIA	PM-INT-034
35	POLIMIOZITA(DERMATOMIOZITA)	PM-INT-035
36	POLIARTRITA REUMATOIDA	PM-INT-036
37	SPONDILITA ANCHILOPOETICA	PM-INT-037
38	BOALA ARTROZICA. SPONDILOZA CERVICALA, SPONDILOZA LOMBARA, COXARTROZA, GONARTROZA	PM-INT-038
39	REUMATISM ARTICULAR ACUT	PM-INT-039
40	LUPUS ERITEMATOS SISTEMIC	PM-INT-040
41	SEPSIS	PM-INT-041
42	PNEUMONIA	PM-INT-042
43	ASTMUL BRONSIC	PM-INT-043
44	BPOC	PM-INT-044
45	CANCERUL BRONHOPULMONAR	PM-INT-045
46	PLEUREZIA	PM-INT-046
47	EDEMUL PULMONAR ACUT	PM-INT-047
48	EMBOLIA PULMONARA	PM-INT-048

49	BOALA CORONARIANA-ANGINA PECTORALA STABILA	PM-INT-049
50	SINDROMUL CORONARIAN ACUT FARA SUPRADENIVELARE ST	PM-INT-050
51	INFARCTUL MIOCARDIC ACUT	PM-INT-051
52	HIPERTENSIUNEA ARTERIALA ESENTIALA SI SECUNDARA	PM-INT-052
53	TROMBOEMBOLISMUL VENOS.TROMBOZA VENOASA PROFUNDA DISTALA	PM-INT-053
54	ARTERIOPATIA OBLITERANTA ACUTA SI CRONICA	PM-INT-054
55	BOLILE PERICARDULUI	PM-INT-055
56	MIOCARDITA	PM-INT-056
57	ENDOCARDITA INFECTIOASA	PM-INT-057
58	INSUFICIENTA CARDIACA	PM-INT-058
59	ARITMII	PM-INT-059
60	CARDIOMIOPATIA HIPERTROFICA	PM-INT-060
61	CARDIOMIOPATIA DILATATIVA	PM-INT-061
62	VALVULOPATII	PM-INT-062
63	MIASTENIA GRAVIS / MIODISTROFIA	PM-INT-063
64	SCLEROZA IN PLACI	PM-INT-064
65	RESUSCITAREA CARDIO-PULMONARA	PM-INT-065
66	MIODISTROFIA	PM-INT-066

ANEXA A19

COMISIA DE COORDONARE A PROCESULUI DE EVALUARE IN VEDEREA OBTINERII ACREDITARII IN CICLUL I DE ACREDITARE

Cadru legislativ-OMS 446/2017 privind aprobarea standardelor,procedurii si metodologiei de evaluare si acreditare a spitalelor ;Legea 95 privind reforma in domeniul sanatatii

Comisia de coordonare a procesului de evaluare in vederea obtinerii acreditarii spitalului in ciclul I de acreditare se infiinteaza prin dispozitie de manager .

Art. 2. Comisia de Coordonare a procesului de evaluare in vederea obtinerii acreditarii ciclul I de acreditare a Kardinal One Medical este formata din toti medicii, un presedinte si un secretar al comisiei.

Art. 3. Membrii Comisiei de Coordonare a procesului de evaluare in vederea obtinerii acreditarii ciclul I de acreditare a Kardinal One Medical au urmatoarele obligatii:

- Stabilesc misiunea si viziunea unitatii sanitare in concordanta cu nevoia normativa de servicii de sanatate a comunitatii si resursele existente sau potentiale;
- Sustin Structura de Management al Calitatii in atingerea obiectivelor, in re acreditarea spitalului, monitorizarea post acreditare, implementarea si dezvoltarea continua a „conceptului de calitate”;
- Identifica procesele din organizatie si problemele cu care se confrunta desfasurarea acestora;
- Analizeaza continutul standardelor de acreditare si stabilesc care sunt diferentele intre indicatorii de structura, de proces si de rezultat din unitate si din standard, care este drumul de parcurs pentru a atinge cel mai inalt grad de conformitate cu standardele;
- Stabilesc obiectivele, activitatile, resursele si termenele de realizare cu responsabilitati;
- Stabilesc modul de monitorizare si evaluare a derularii procesului;
- Stabilesc documentatia necesara asigurarii trasabilitatii proceselor eliminand documentele si inscrisurile redundante si inutile;
- Identifica activitatile pentru care este necesar sa se elaboreze proceduri de sistem sau operationale, pentru a asigura omogenitatea modului de actiune;
- Identifica actele medicale pentru care se considera ca este necesara elaborarea de protocoale de diagnostic si tratament;
- Stabilesc proceduri de monitorizare a eficacitatii si eficientei procedurilor si protocoalelor;
- Stabilesc echipele care vor elabora aceste documente; echipele vor fi formate din personalul care trebuie sa aplice aceste proceduri si protocoale;
- Stabilesc circuitul documentelor, avand in vedere siguranta si securitatea informatiilor;
- Se asigura de instruire, corectitudinea implementarii, constientizarea si asumarea procedurilor, protocoalelor promovate;
- Pastreaza confidentialitatea celor dezbatute;
- Pregatesc documentele necesare validarii conformitatii cu cerintele din standard;
- Coopereaza cu membrii comisiilor de evaluare;
- Participa la programul de evaluare;
- Transmit documentele solicitate sub forma de hartie sau in format electronic comisiei de evaluare;
- Se pun de acord in ceea ce priveste programul de evaluare impreuna cu membrii comisiei de evaluare pentru a nu perturba buna desfasurare a activitatii spitalului;
- Participa la sedintele de deschidere, informare zilnica si informare finala;
- Gestioneaza si aplaneaza situatiile tensionate.

Art. 4. In vederea indeplinirii atributiilor proprii, Comisia de Coordonare a procesului de evaluare in vederea obtinerii acreditarii ciclul I de acreditare a Kardinal One Medical , va avea in vedere:

- Obligatiile comisiei;
- Necesitatea respectarii regulilor Comisiei de Coordonare a procesului de evaluare

- Cresterea calitatii serviciilor medicale;
- Dezvoltarea continua a sistemelor de management al calitatii.

ATRIBUTII

Art. 5. Comisia de Coordonare a procesului de evaluare in vederea obtinerii acreditarii / ciclul I de acreditare a Kardinal One Medical are urmatoarele atributii:

- Analizeaza neconformitatile sesizate;
- Solutioneaza neconformitatile sesizate;
- Traseaza planul de masuri pentru neconformitatile, situatiile necorespunzatoare sesizate;
- Mentine continuitatea calitatii serviciilor medicale;
- Coordoneaza elaborarea documentatiei aferente procesului de acreditare impreuna cu SMC;
- Elaboreaza documentele conform procedurilor si metodologiei de acreditare;
- Efectueaza audituri interne in toate zonele organizatiei pentru evaluarea eficacitatii si stadiul implementarii standardelor, respectiv sedinte ale comisiei, pentru evaluarea neconformitatilor specifice fiecarei structuri;
- Verifica eficacitatea actiunilor corective dispuse;
- Raporteaza periodic sau la cererea conducerii aspectele referitoare la standard;
- Participa la analiza managementului;
- Asigura interfata in fata organismelor de acreditare, precum si prezentarea sistemului adoptat in fata tertelor persoane, cu acordul conducerii;
- Stabileste obiectivele specifice proceselor pentru a atinge standardele din referinta de care apartin;
- Monitorizeaza si masoara indicatorii specifici proceselor;
- Raporteaza stadiul realizarii obiectivelor specifice proceselor (inclusiv prelucrarea statistica a datelor cu privire la performanta proceselor) catre conducerea institutiei;
- Coordoneaza activitatile de identificare si analiza a riscurilor asociate actului medical;
- Revizuieste activitatea Consiliului Medical si a compartimentelor medicale conform legislatiei in vigoare si cerintelor de acreditare;
- Revizuieste protocoalele existente;
- Solicita elaborarea protocoalelor / algoritmilor de stabilire a diagnosticului pe afectiunile mai frecvente;
- Solicita elaborarea protocoalelor de prescriere medicamente / investigatii costisitoare;
- Solicita elaborarea procedurilor de ingrijiri specifice;
- Elaboreaza protocoale / intelegeri scrise intre compartimente privind asistenta medicala, consulturi interdisciplinare;
- Elaboreaza documentele necesare monitorizarii spitalelor acreditate conform Ordinului MS nr. 639/2016 pentru aprobarea metodologiei de monitorizare a unitatilor sanitare acreditate.

Art. 6. Comisia de Coordonare a procesului de evaluare se intruneste ori de cate ori este nevoie, la sesizarea conducerii, pentru solutionarea situatiilor neconforme.

Art. 7. Comisia de Coordonare a procesului de evaluare in vederea obtinerii acreditarii / ciclul I de acreditare se intruneste ori de cate ori este nevoie, minim o data pe luna, pentru promovarea / implementarea / dezvoltarea sistemelor de management al calitatii si a imbunatatirii stadiului de implementare.

Art.8. Fiecare intrunire se va consemna intr-un proces verbal, inregistrat si datat, care va cuprinde toate aspectele, atat cele sesizate, cat si masurile propuse a fi luate de catre managerul spitalului.

Art. 9. Procesul verbal va fi inaintat managerului spitalului, in vederea luarii masurilor ce se impun in conformitate cu legislatia in vigoare.

Art. 10. Comisia de Coordonare a procesului de evaluare colaboreaza cu celelalte comisii ale spitalului in vederea cresterii calitatii actului medical si a implementarii / dezvoltarii „conceptului de calitate”.

Art. 11. Cel putin o data pe luna sau ori de cate ori este nevoie, Presedintele Comisiei de Coordonare a procesului de evaluare, va inainta conducerii spitalului un Raport informativ asupra activitatii comisiei.

Art. 12 Metodologia prezentata privind organizarea si functionarea Comisiei de Coordonare a procesului de evaluare este adoptata de toti membrii si devine obligatorie. Toate materialele elaborate, inclusiv rapoartele, vor fi gestionate de presedintele Comisiei si arhivate conform legii. Comisia va avea un Registru in care se vor inregistra toate documentele primite si cele elaborate.

ANEXA A20

REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE AL COMISIEI DE TRANSFUZIE SI HEMOVIGILENTA

Art. 1. Comisia de transfuzie si hemovigilenta se reorganizeaza in baza Dispozitiei managerului si functioneaza in conformitate cu prezentul regulament.

Art. 2. Comisia de transfuzie este alcatuita din 2 membri, un presedinte – in persoana medicului coordonator si un secretar.

Art. 3. Comisia de transfuzie si hemovigilenta are, in principal urmatoarele responsabilitati:

- Monitorizarea nivelului de asigurare a securitatii transfuzionale la nivelul spitalului;
- Elaborarea si implementarea documentatiei necesare aplicarii in practica din spital a ghidurilor de utilizare clinică a sangelui total si a componentelor sanguine;
- Evaluarea nivelului de pregatire profesionala in domeniul transfuziei sanguine a tuturor categoriilor de personal implicate in activitatea de transfuzie sanguina din spital;
- Monitorizarea utilizarii corecte a terapiei transfuzionale in compartimentele spitalului;
- Organizarea si monitorizarea functionarii sistemului de hemovigilenta la nivelul spitalului si colaborarea cu centrul de transfuzii teritorial in analiza reactiilor si incidentele adverse severe;

- Elaborarea si implementarea, in colaborare cu responsabilul cu asigurarea calitatii din spital, a sistemului de calitate in unitatea de transfuzie sanguina din spital si la nivelul compartimentelor, privind activitatea de transfuzie sanguina;
- Pastreaza evidenta reactiilor si complicatiilor posttransfuzionale, in calitate de coordonator local in cadrul sistemului national de hemovigilenta;
- Ia masuri pentru prevenirea si aplicarea de urgenta a tratamentului necesar pacientilor la care apar reactii adverse severe si sau incidente adverse severe posttransfuzionale;
- Consiliaza medicii prescriptori din spital in vederea unei cat mai corecte indicatii de terapie transfuzionala, avand obligatia de a se opune administrarii transfuziilor nejustificate;
- Raspunde de utilizarea corecta si de intretinerea echipamentelor si aparaturii din dotarea unitatii.
- Membrii comisiei raspund administrativ, material, disciplinar pentru orice incalcare a prevederilor legale privind activitatea efectuata.

Art.4. Comisia se va intruni lunar,sau ori de cate ori este nevoie, la solicitarea presedintelui comisiei.

Art. 5. Fiecare intrunire va fi consemnata de catre secretarul comisiei intr-un proces verbal care va cuprinde toate aspectele puse in discutie si planu de masuri propus pentru remedierea deficientelor aparute.

Art. 6. Fiecare proces verbal va fi inregistrat, datat si va fi inaintat managerului spitalului spre avizare

ANEXA A21

Organigrama Kardinal One Medical

ORGANIGRAMA KARDINAL ONE MEDICAL

ORGANIGRAMA KARDINAL ONE MEDICAL										
	DIRECTOR MEDICAL atributii delegate			MANAGER					ADMINISTRATOR 1 administrator norma intreaga	
CPLAAM ½ norma medic epidemiolog		SMC ¼ norma licentiat								
Compartiment cronici	Compartiment de zi	Camera de garda	Runos	Compartiment financiar contabil	Birou statistica	Secretariat	Serviciu tehnico-administrativ	Bloc alimentar	Spalatorie	
2 medici 8 ore/zi	In comun cu compartimentul cronici	4 medici cu contract de munca cu timp partial-efectuare garzi	½ norma referent	¼ norma economist	½ norma referent	atributii delegate	1 muncitor intretinere norma intreaga	1 bucatareasa norma intreaga	Serviciu externalizat	
6 asistente ,din	In comun cu	In comun cu								

care 5 in ture si 1 la 8 ore zilnic	compartimentul cronici	compartimentul cronici							
4 ingrijitoare curatenie	In comun cu compartimentul cronici	In comun cu compartimentul cronici							

Serviciul farmaceutic -externalizat Farmacia Acconitum

Serviciul radiologic -externalizat Afideea SA

Serviciul de laborator -externalizat Laboratoarele Biclinica si Clinica Sante

ANEXA A22 –Tarife practicate la Kardinal One Medical

Lista tarifulor pentru analizele medicale in Kardinal One Medical

Nr. Crt.	ANALIZE MEDICALE	TARIFE (LEI)
	RECOLTARE	10
	HEMATOLOGIE	
1 (**)	HEMOLEUCOGRAMA	25
2	VSH	5
3	INR	20
1(*) cu exceptia determinarilor pretransfuzionale	RH+GRUP DE SANGE	50
	ASTRUP	50
	BIOCHIMIE	
1 (*)	Hb A1C	40

2 (**)	GLICEMIE	15
3(*)	COLESTEROL	15
6 (*)	TRIGLICERIDE	15
7	CALCIU	15
8	ALAT	15
9 (**)	ASAT	15
10	UREE	15
11 (**)	CREATININA	15
12	BLIRUBINA TOTALA	15
13	BILIRUBINA DIRECTA	15
14	AMILAZA PANCREATICA	15
15	ACID URIC	15
16	FIER	15
17	MAGNEZIU	15
18	PROTEINE TOTAL	15
19	GAMA GT	15
20	FOSTFATAZA ALCALINA	15
21	CK-MB	50
22	SODIU SERIC	15
23	POTASIU SERIC	15
24	CLOR SERIC	15
25 (**)	EXAMEN SUMAR URINA	25
	IMUNOLOGIE	
1 (*)	ASLO	25
2 (*)	PROTEINA C REACTIVA	25
3 (*)	FACTOR REUMATOID	25
4(*)	AG.HBS	45
5(*)	AC ANTI HCV	45
6 (*)	AC. ANTI HELICOBACTER PYLORI	50
7 (*)	HIV	50
8 (*)	VDRL	25
9 (*)	TSH	40
10 (*)	FT4	40
11 (*)	PSA	50
	MICROBIOLOGIE	
9 (*)	EXAMEN COPROPARAZITOLOGIC	30
10 (*)	EXUDAT FARINGIAN /NAZAL+ANTIBIOGRAMA	70

Analizele marcate cu * se efectueaza doar contra cost.

Analizele marcate cu ** fac parte din baremul de urgenta de la camera de garda si se efectueaza gratuit.

Restul analizelor se efectueaza in mod gratuit pacientilor cu internare continua/de zi si contra cost pentru celalalte categorii.

La cerere se pot efectua si alte analize din lista partenerului Bioclinica SA .

TARIFE INVESTIGATII/MANOPERE MEDICALE KARDINAL ONE MEDICAL

Investigatie /manopera	Cost	Mentiuni
EKG	50 ron	Gratuit pacientilor internati si in urgenta daca este necesar pt stabilirea diagnosticului Contracost la cerere
Echografie	50 ron	Gratuit pacientilor internati si in urgenta daca este necesara pt stabilirea diagnosticului Contracost la cerere
Consultatie medic primar /specialist	50 ron	Gratuit pacientilor internati si in urgenta Contracost la cerere
Tratament perfuzabil *	50 ron	Gratuit pacientilor internati si in urgenta Contra cost la cerere
Tratament injectabil intravenos *	30 ron	Gratuit pacientilor internati si in urgenta Contracost la cerere
Tratament injectabil intramuscular *	20 ron	Gratuit pacientilor internati si in urgenta Contra cost la cerere
Analize de laborator pachet minimal Astrup	50 ron	Gratuit pacientilor internati Contracost la cerere

Analize de laborator pachet SKYLA 1-2	150 ron	Gratuit pacientilor internati Contracost la cerere
Toaleta,pansament plaga preexistenta **	50 ron	Gratuit in urgenta Contra cost ulterior urgentei ,la cerere
Sutura plaga recenta,toaleta ,pansament **	50 ron	Gratuit in urgenta
ATPA	75ron	Exclusiv contra cost
Pachet servicii EKG/echografie/consultatie /analize Astrup ***	150 ron	Pentru servicii la cerere,contra cost
Pachet servicii EKG/echografie /consultatie ***	100 ron	Pentru servicii la cerere,contra cost
Pachet EKG/Astrup/consultatie ***	100 ron	Pentru servicii la cerere,contra cost
Pachet EKG/consultatie/echografie /analize Skyla ****	200 ron	Pentru servicii la cerere,contra cost
Monitorizare Holter TA	200 ron	Exclusiv contra cost
Tarif zi spitalizare	200 ron	Cost hotelier (cazare +masa) Gratuit pacientilor internati in limita a 24 ore pentru internarea de zi si 10 nopti/11 zile pentru internarea de tip cronic ,exclusiv pentru pacientii asigurati ,decont prin Cjas Timis Contracost pentru internare la cerere

*exclusiv manopera

**inclusiv materiale

***reducere 50 ron

****reducere 100 ron