

**Hotărârea nr. 104
din 26 iulie 2022**

*privind aprobarea Regulamentului de organizare și funcționare al Spitalului Orășenesc
"Dr. Valer Russu" Luduș*

Consiliul local al orașului Luduș, întrunit în ședință ordinară de lucru,
Având în vedere adresa Spitalului Orășenesc "Dr. Valer Russu" Luduș nr. 31791
din 07.07.2022, raportul de specialitate al Administratorului Public nr. 32641 din
19.07.2022 și referatul de aprobare al Primarului Orașului Luduș nr. 32640 din
19.07.2022;

Ținând cont de avizele comisiilor de specialitate "Învățământ. Cultură. Sănătate.
Sport. Agreement. Culte și Protecție Socială", "Juridică" și "Administrarea Domeniului
Public și Privat și Administrație Publică Locală",

În conformitate cu prevederile Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul
sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, a OUG nr. 162/2008
privind transferul ansamblului de atribuții și competențe exercitate de Ministerul
Sănătății Publice către autoritățile administrației publice locale, cu modificările și
completările ulterioare, precum și a H.G. nr. 56/2009 pentru aprobarea Normelor
metodologice de aplicare a Ordonanței de Urgență a Guvernului nr. 162/2008 privind
transferul ansamblului de atribuții și competențe exercitate de Ministerul Sănătății
Publice către autoritățile administrației publice locale, cu modificările și completările
ulterioare,

În temeiul prevederilor art. 129 alin. (1), alin. (2) lit. a) și alin. (3) lit. c), art. 139
alin. (1), precum și art. 196 alin. (1) lit. a), din OUG nr. 57/2019 privind Codul
administrativ, cu modificările și completările ulterioare

Hotărăște:

Art. 1 Se aprobă Regulamentul de organizare și funcționare al Spitalului
Orășenesc "Dr. Valer Russu" Luduș, conform anexei care face parte integrantă din
prezenta hotărâre.

Art. 2 Cu data prezentei își încetează aplicabilitatea HCL Luduș nr. 147/2015
privind aprobarea Regulamentului de organizare și funcționare a Spitalului "Dr. Valer
Russu" Luduș.

Art. 3 Cu ducere la îndeplinire a prevederilor prezentei hotărâri se încredințează
Primarul orașului Luduș, prin compartimentele de specialitate și Spitalul Orășenesc "Dr.
Valer Russu" Luduș.

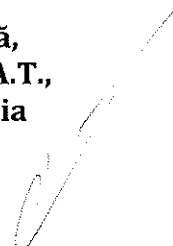
Un exemplar din prezenta hotărâre se comunică:

- Instituției Prefectului – județul Mureș,
- Primarului orașului Luduș,
- Administratorului Public,
- Spitalului Orășenesc "Dr. Valer Russu" Luduș,
- Spre afișare.

**Președinte de ședință,
Consilier, Orban Karol Tiberiu**



**Contrasemnează,
Secretar general al U.A.T.,
jr. Giurgea Eugenia**

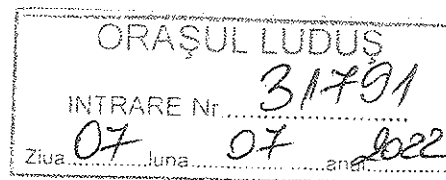


Hotărârea nr. 104 din 26 iulie 2022 a fost adoptată cu 13 voturi pentru.



Acest document conţine informaţii şi date care sunt proprietatea Spitalului Orăşenesc "Dr.Valer Russu " Luduş
Reproducerea şi difuzarea sunt în exclusivitate drepturile spitalului.

Un. 8441/07.07.2022

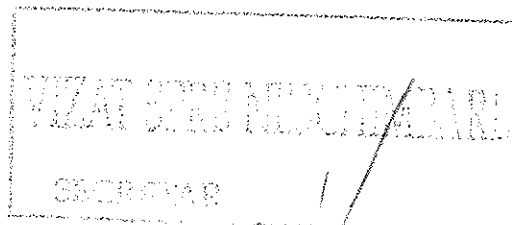


**Către
Consiliul Local Luduş**

În temeiul art.36 alin. (3) lit.b şi alin. 6 lit. a pct.3 din Legea nr.215/2001 a administraţiei publice locale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, vă înaintăm anexat, spre aprobare, Regulamentul de organizare şi funcţionare al Spitalului Orăşenesc Dr."Valer Russu" Luduş, aprobat în şedinţă de Comitet Director din data de 09.06.2022, PV. Nr. 7213/09.06.2022 şi înregistrat sub nr. 7276/10.06.2022.

Menţionăm, faptul că, regulamentul anexat prezentei adrese, înlocuieşte Regulamentul de organizare şi funcţionare înreg. cu nr.5851/15.09.2015.

**Manager,
Ec.Claudia Utiu**



Consiliul Local Luduş

Spitalul Orăşenesc „Dr.Valer Russu” Luduş

Romania, 545200, Luduş, Judeţul Mureş, B-dul 1 Decembrie 1918, Nr. 20

CUI: 4323543, Tel :+40-265-411889, Fax :+40-365-430755, e-mail :spludus@gmail.com , www.spital-ludus.ro

Operator de date cu caracter personal înregistrat la ANSPDCP nr. 13540

SPITALUL ORĂȘENESC "DR VALER RUSSU " LUDUȘ
Jud. Mureș, Luduș, B-dul 1 Decembrie 1918, nr.20
Tel/fax: 0265-411889; e-mail: spludus@gmail.com

Nr. 7276/10.06.2022

Aprobat,
CONSILIUL DE ADMINISTRAȚIE

AVIZAT,

SPITALUL ORĂȘENESC
CONSILIUL ETIC
Dr VALER RUSSU LUDUȘ
CONSILIUL ETIC

Dr. PALUȘA MAERIAN
medic psihiatru
cod: 144694

REGULAMENT DE ORGANIZARE ȘI FUNCȚIONARE AL SPITALULUI ORĂȘENESC DR. "VALER RUSSU" LUDUȘ

VIZAT SPRE NESCHIMBARE
SECRETAR

2022

Aprobat în Comitet Director din data de 09.06.2022 (PV Nr.7213/09.06.2022).

La data intrării în vigoare a prezentului Regulament, încetează aplicabilitatea prevederilor Regulamentului de Organizare și Funcționare al Spitalului Orășenesc "Dr. Valer Russu" Luduș din data de 15.09.2015, cu modificările și completările ulterioare.

CUPRINS

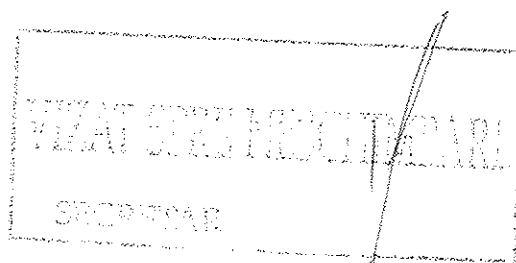
CAPITOLUL I – DISPOZIȚII GENERALE

CAPITOLUL II - CONDUCEREA SPITALULUI

CAPITOLUL III – ORGANIZAREA SPITALULUI ORĂŞENESC DR. „VALER RUSSU,, LUDUŞ

- I. Secțiunea 1 - Organizarea structurilor din compunerea S.O. Luduş
- II. Secțiunea 2 - Sistemul de relații
- III. Secțiunea 3 - Planificarea, organizarea, coordonarea și desfășurarea activităților
- IV. Secțiunea 4 - Domeniile de responsabilitate și activitățile specifice structurilor din compunerea S.O. Luduş

CAPITOLUL IV – COMISIILE, CONSILIILE, COMITETELE , GRUPURILE ȘI ECHIPELE DE LUCRU ORGANIZATE LA NIVELUL SPITALULUI ORĂŞENESC DR."VALER RUSSU" LUDUŞ



CAPITOLUL V – FINANȚAREA SPITALULUI

CAPITOLUL VI – DISPOZIȚII FINALE

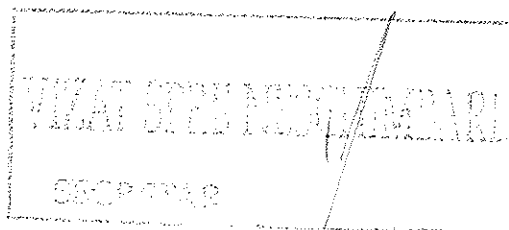
CAPITOLUL VII – ANEXE

I. Glosar de termeni

II. Drepturile și obligațiile pacienților internați

III. Drepturile și obligațiile aparținătorilor/vizitatorilor pacienților internați

IV. Regulamentele de organizare și funcționare ale comisiilor, comitetelor, grupurilor și echipelor din cadrul Spitalului Orășenesc Dr."Valer Russu" Luduș



CAPITOLUL I

DISPOZIȚII GENERALE

Art. 1 - Spitalul Orășenesc "Dr.Valer Russu" Luduș este unitate sanitară cu paturi de utilitate publică, cu personalitate juridică, ce furnizează servicii medicale și poate funcționa cu secții private care pot furniza servicii cu plată, asigură asistență medicală de specialitate, de urgență, curativă, preventivă și de recuperare a bolnavilor internați și din ambulatoriul integrat, de pe teritoriul spitalului.

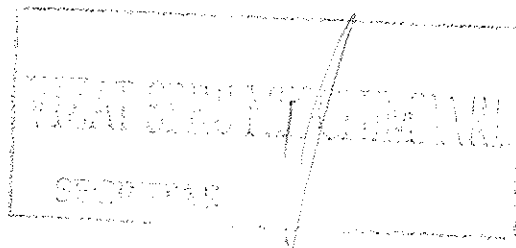
Art. 2 - În raport cu obiectivele, volumul de activitate și dotarea tehnică, Spitalul Orășenesc "Dr.Valer Russu" Luduș, este unitate sanitară de categoria IV, conform clasificării pe categorii a unităților sanitare *Ord. MS. Nr. 834/2011*, Anexa 30, având un număr de 216 paturi.

Art. 3 (1) Spitalul Orășenesc "Dr."Valer Russu" Luduș este subordonat Administrației Publice Locale și în exercitarea atribuțiilor sale, colaborează cu Casa de Asigurări de Sănătate Mureș, și alte sisteme de asigurare, alte case de asigurări, organe ale administrației publice locale, DGASPC, Agenția Națională de Protecția Copilului, Poliția, conducerea unităților și alte organe interesate în ocrotirea sănătății populației.

(2) În exercitarea funcției de autoritate centrală în domeniul sănătății publice, Ministerul Sănătății, prin comisii de evaluare, poate să verifice, să controleze și să sancționeze, potrivit legii, activitatea tuturor spitalelor.

Art. 4 - Prin sistemul funcțional unic Spitalul Orășenesc "Dr.Valer Russu" Luduș asigură:

- accesul populației la toate formele de asistență medicală,



SPITALUL ORĂȘENESC "DR VALER RUSSU" LUDUȘ
Jud. Mureș, Luduș, B-dul 1 Decembrie 1918, nr.20
Tel/fax: 0265-411889; e-mail: spludus@gmail.com

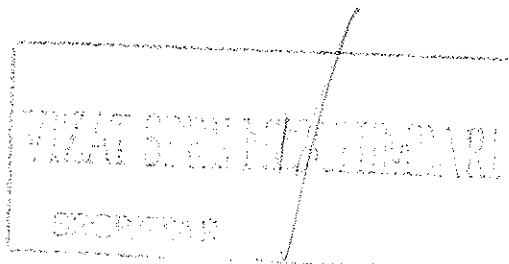
-
- unitatea de acțiune în rezolvarea problemelor de sănătate din teritoriu,
 - continuitatea asistenței medicale în toate stadiile de evoluție a bolii, prin cooperare permanentă a medicilor din aceeași unitate, sau din alte unități sanitare diferite,
 - participă la asigurarea stării de sănătate a populației.
 - are obligația de a desfășura activitatea de educație medicală continuă (EMC) și cercetare pentru medici, asistenți medicali și alt personal, costurile sunt suportate de personalul beneficiar. Spitalul poate suporta astfel de costuri în limitele bugetului alocat.

Art. 5 (1) În raport cu atribuțiile ce-i revin în asistența medicală, spitalul asigură :

- prevenirea și combaterea bolilor transmisibile, a bolilor profesionale, cronice și degenerative;
- acordă servicii medicale preventive, curative, de recuperare și paliative și cuprind:
- consultații, investigații, stabilirea diagnosticului, tratamente medicale și/sau chirurgicale, îngrijire, recuperare, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale, cazare și masă;
- asigură condițiile de investigații medicale, tratament, igiena alimentelor și de prevenire
- a infecțiilor nosocomiale (conform Ordinilor MSP) și răspunde de asigurarea lor,
- controlul medical și supravegherea unor categorii de bolnavi;
- asigură acordarea asistenței medicale în mod nediscriminatoriu asiguraților, precum și pentru respectarea dreptului la libera alegere a serviciilor medicale. În acest sens, în cadrul spitalului se asigură accesul pacienților la îngrijiri medicale, fără discriminare pe bază de rasă, sex, vârstă, apartenență etnică, origine națională, religie, opțiune politică sau antipatie personală, orientare sexuală.
- asistență medicală a mamei, copiilor și tineretului, precum și a vârstnicilor;

(2) Obținerea acordului pacientului presupune respectarea de către personalul medico-sanitar a următoarelor reguli:

- După furnizarea informațiilor, clarificarea solicitărilor suplimentare și acordarea timpului de gândire necesar luării deciziei informate , pacientul/reprezentantul legal va fi rugat să-și exprime acordul și să semneze formularul "Acordul Pacientului Informat";



SPITALUL ORĂȘENESC "DR VALER RUSSU " LUDUȘ

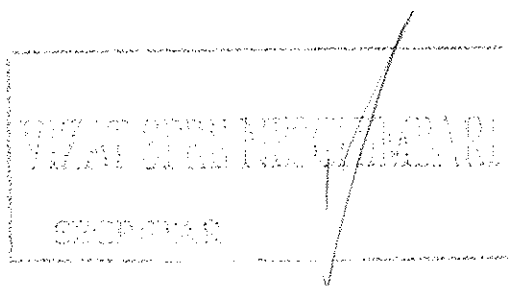
Jud. Mureș, Luduș, B-dul 1 Decembrie 1918, nr.20

Tel/fax: 0265-411889; e-mail: spludus@gmail.com

- Pacientului major și cu discernământ care nu poate semna din pricina unei infirmități i se va solicita exprimarea verbală a consimțământului pentru actul medical, medicul, asistentul medical/moașa urmând să facă o mențiune în acest sens pe formularul de consimțământ informat;
- Pacientului major și cu discernământ care nu știe carte sau nu vede i se va citi cu voce tare textul acordului, va fi întrebat dacă acesta reprezintă voința sa, medicul/asistentul medical urmând să facă o mențiune în acest sens pe formularul de consimțământ informat.

(3) În situația în care intervențiile medicale sunt refuzate de către pacienți se vor aplica prevederile pct. 9.58 "Modalitatea de abordare a pacienților care refuză investigații/tratamente" din Regulamentul Intern al Spitalului .

- În situația în care este necesară efectuarea unei intervenții medicale unui pacient care nu își poate exprima voința, personalul medical poate deduce acordul acestuia dintr-o exprimare anterioară a voinței, dacă aceasta este cunoscută;
- În situația în care pentru efectuarea unei intervenții medicale se solicită consimțământul reprezentantului legal al pacientului, acesta trebuie să fie implicat în adoptarea deciziei, în limitele capacității sale de înțelegere;
- Medicul curant, asistentul medical/moașa răspund atunci când nu obțin consimțământul informat al pacientului sau al reprezentanților legali ai acestuia, cu excepția cazurilor în care pacientul este lipsit de discernământ, iar reprezentantul legal sau ruda cea mai apropiată nu poate fi contactat, datorită situației de urgență;
- Atunci când reprezentantul legal sau ruda cea mai apropiată nu poate fi contactat, medicul, asistentul medical/moașa pot solicita autorizarea efectuării actului medical autorității tutelare sau pot acționa fără acordul acestuia în situații de urgență, când intervalul de timp până la exprimarea acordului ar pune în pericol, în mod ireversibil, sănătatea și viața pacientului.
- Formularele "Acordul Pacientului Informat" se vor completa și semna în cadrul convorbirii pacientului/reprezentantului legal cu medicul curant/asistentul medical/moașa, după examenul anamnestice și clinic, înaintea începerii activităților medicale specifice diagnosticului și/sau tratamentului.



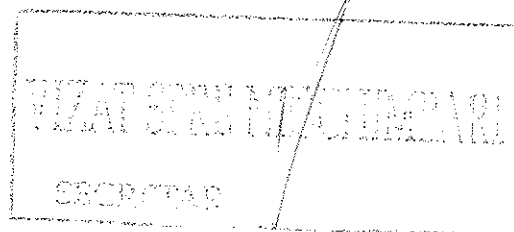
-
- După completare, formularul "Acordul Pacientului Informat" cu privire la investigațiile și tratamentele recomandate se introduce în F.O.C.G./F.S.Z. de către medicul curant și se arhivează împreună cu aceasta.

(4) Fotografierea sau filmarea pacienților în spital de către personalul medical, precum și implicarea pacientului în procesul de învățământ medical se realizează potrivit prevederilor pct. 9.42. *"Implicarea pacientului în procesul de învățământ medical. Activitatea de înregistrare audio/foto/video a pacienților în scop medical, didactic și de cercetare, precum și de a evita suspectarea unei culpe medicale"*.

(5) La internare sau pe parcursul furnizării serviciilor de sănătate, după caz, medicul curant are obligația să aducă la cunoștința pacientului faptul că are dreptul de a cere să nu fie informat în cazul în care informațiile medicale prezentate i-ar cauza suferință, precum și dreptul de a alege o altă persoană care să fie informată în locul său. În această situație se aplică prevederile pct. 9.41. *"Situații în care nu se comunică pacientului informațiile despre starea sa de sănătate"* din Regulamentul intern al spitalului.

(6) În cadrul spitalului, în raport cu misiunile acestuia, se desfășoară activități principale, secundare și auxiliare, după cum urmează:

- a) Activitate principală: activitate de asistență spitalicească – cod CAEN 8610;
- b) Activități secundare: activitate de asistență medicală ambulatorie
- c) Activități auxiliare, cum sunt: contabilitatea, transportul, depozitarea, achiziționarea, hrănirea, echiparea, repararea și întreținerea etc.



CAPITOLUL II CONDUCEREA SPITALULUI

CONSILIUL DE ADMINISTRAȚIE

Art. 6 (1) În cadrul spitalului public funcționează un consiliu de administrație format din 5-8 membri, care are rolul de a dezbate principalele probleme de strategie, de organizare și funcționare a spitalului.

(2) Membrii consiliului de administrație al spitalului sunt:

- a) 2 reprezentanți ai direcțiilor de sănătate publică județene;
- b) 2 reprezentanți numiți de consiliul local, după caz, din care unul să fie economist;
- c) un reprezentant numit de primar;
- d) un reprezentant al structurii teritoriale al Colegiului Medicilor din Romania, cu statut de invitat;
- e) un reprezentant al structurii teritoriale al Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, cu statut de invitat.

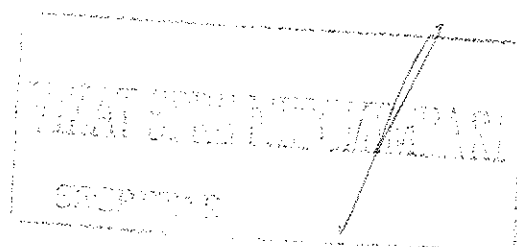
(3) Reprezentantul nominalizat de sindicatul legal constituit în unitate, afiliat federațiilor sindicale semnatare ale contractului colectiv de muncă la nivel de ramură sanitară, participă ca invitat permanent la ședințele consiliului de administrație.

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

(5) Managerul participă la ședințele consiliului de administrație fără drept de vot.

(6) Atribuțiile consiliului de administrație al S.O. Dr.Valer Russu Luduș sunt cele prevăzute de actele normative incidente în vigoare.

(7) Consiliul de administrație se întrunește lunar sau ori de câte ori este nevoie, la solicitarea majorității membrilor săi, a președintelui de ședință sau a managerului, și ia decizii cu



majoritatea simplă a membrilor prezenți.

(8) Membrii consiliului de administrație au obligația de a depune o declarație de avere și o declarație de interese.

(9) Declarația prevăzută la alin. (8) se actualizează ori de câte ori intervin modificări în situația persoanelor în cauză; actualizarea se face în termen de 30 de zile de la data apariției modificării, precum și a încetării funcțiilor sau activităților.

COMITETUL DIRECTOR

Art. (7) (1) Conducerea executivă a spitalului este asigurată de Comitetul director.

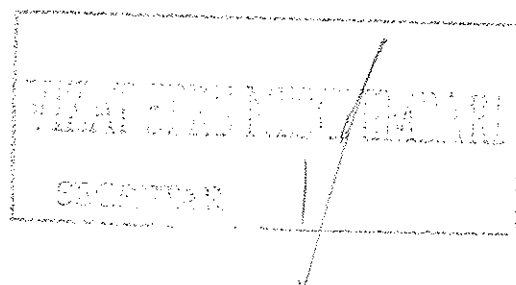
(2) Din Comitetul director al unității, fac parte:

- a) Managerul spitalului
- b) Directorul medical
- c) Directorul financiar contabil

(3) Ocuparea funcțiilor specifice Comitetului Director se face prin concurs organizat de managerul spitalului.

(4) La ședințele Comitetului director participă pe lângă membrii Comitetului director, cu statut de invitat permanent medicul epidemiolog coordonator al CPIAAM și șeful Biroului Managementul Calității Serviciilor Medicale – în calitate de Responsabil cu Managementul Calității.

Art.(8) Atribuțiile comitetului director al S.O. Dr.Valer Russu Luduș referitoare la prevenirea și limitarea I.A.A.M sunt cele prevăzute de actele normative incidente în vigoare



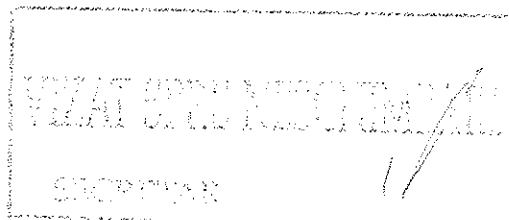
MANAGERUL

Art.(9) Atribuțiile managerului de spital:

Pe lângă atribuțiile managerului stabilite prin contractual de management, acesta mai are anumite atribuții prevăzute de lege. Prevederile prezentului Regulament se completează cu dispozițiile prevăzute de lege în ceea ce privește atribuțiile managerului.

În domeniul politicii de personal și al structurii organizatorice managerul are, în principal următoarele atribuții, stabilite prin Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății:

- a) stabilește și aprobă numărul de personal, pe categorii și locuri de muncă, în funcție de normativul de personal în vigoare;
- b) aprobă organizarea concursurilor pentru posturile vacante, numește și eliberează din funcție personalul spitalului;
- c) aprobă programul de lucru pe locuri de muncă și categorii de personal;
- d) propune structura organizatorică, reorganizarea, schimbarea sediului și a denumirii unității, în vederea aprobării de conducătorul unității administrativ teritoriale cu avizul MSP;
- e) numește membrii comitetului director.
- f) Propune spre aprobare ordonatorului de credite ierarhic superior BVC al spitalului Orășenesc dr.Valer Russu Luduș
- g) Repartizează pe secții și compartimente BVC-ul spitalului, nivelul acestuia fiind indicator al contractului de administrare.



CAPITOLUL III

ORGANIZAREA SPITALULUI ORĂȘENESC DR. "VALER RUSSU" LUDUȘ

SECȚIUNEA I - Organizarea structurilor din compunerea S.O. Luduș

Art.(10) Spitalul Orășenesc "Dr.Valer Russu" Luduș, este spital local, spital general, public, care are în structură, secții și compartimente pentru bolnavi acuti și cronici, Compartiment de primiri urgente, având un regim de spitalizare continuă și de zi, Ambulatoriu integrat și cuprinde într-un sistem organizatoric și funcțional unic următoarele activități:

A.- Structura activității medicale.

B.- Structura auxiliară- funcțională.

A.- Structura activității medicale cuprinde:

1.Secțiile/compartimentele cu paturi,

-Secția Medicină internă formată din - 44 paturi

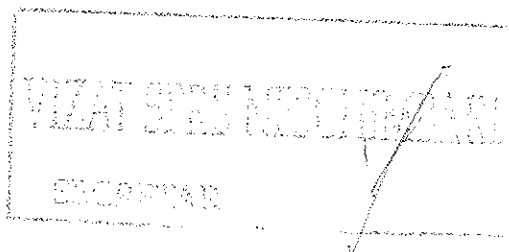
- Compartiment bolnavi acuti - 24 paturi;
- Compartiment bolnavi cronici – 8 paturi;
- Compartiment îngrijiri-paliative – 12 paturi.

- Secția Chirurgie Generală- 30 paturi din care

- Compartiment ATI - 5 paturi;
- Compartiment Ortopedie-traumatologie – 5 paturi.

Chirurgie generală- 20 paturi

- Secția Obstetrică- ginecologie – 25 paturi din care 4 paturi compartiment ATI;



SPITALUL ORĂȘENESC "DR VALER RUSSU " LUDUȘ
Jud. Mureș, Luduș, B-dul 1 Decembrie 1918, nr.20
Tel/fax: 0265-411889; e-mail: spludus@gmail.com

- Compartiment Neonatologie – 10 paturi;
- Compartimentul de Boli Infecțioase – 20 paturi;
- Sectia Pediatrie -32 paturi
- Sectia Psihiatrie cronici-55 paturi
- CPU
- Camera de gardă-obstetrică-ginecologie-str.Policlinicii nr.3
- Camera de gardă-pediatrie-str.Policlinicii nr.1

TOTAL 216 PATURI

Spitalizare de zi -12 paturi

Insoțitori-10 paturi

Farmacie

Bloc operator

Unitate de transfuzie sanguină

Sterilizare

Laborator analize medicale

Laborator radiologie și imagistică medicală

Serviciul de anatomie patologică- compartiment citologie

-compartiment histopatologie

- prosectura

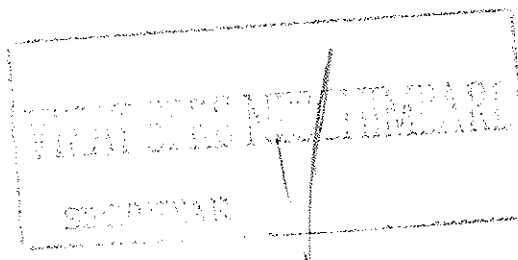
Laborator recuperare, medicină fizică și balneologie / bază de tratament

Compartiment explorari funcționale

Compartiment de supraveghere și control al infecțiilor nosocomiale

Compartiment evaluare și statistică medicală

Cabinet planificare familială



Cabinet boli infecțioase

Cabinet diabet zaharat, nutriție și boli metabolice

Dispensar TBC

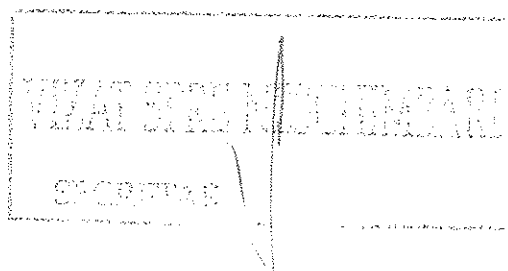
B. Ambulatoriul Integrat al Spitalului,

- Cabinet medicină internă;
- Cabinet ORL;
- Cabinet oftalmologie;
- Cabinet chirurgie generală;
- Cabinet urologie
- Cabinet obstetrică-ginecologie;
- Cabinet neurologie;
- Cabinet dermatovenerologie;
- Cabinet pediatrie;
- Cabinet gastroenterologie;
- Cabinet endocrinologie
- Cabinet ortopedie si traumatologie;
- Cabinet psihiatrie;
- Cabinet cardiologie;
- Cabinet pneumologie.
- Aparat funcțional

Laboratoarele deservesc atât paturile cât și ambulatoriul integrat.

C. - Structura funcțională cuprinde:

I. Birou R.U.N.O.S.;



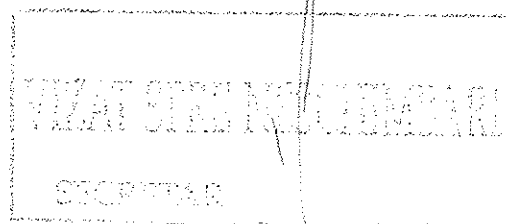
SPITALUL ORĂŞENESC "DR VALER RUSSU " LUDUŞ
Jud. Mureş, Luduş, B-dul 1 Decembrie 1918, nr.20
Tel/fax: 0265-411889; e-mail: spludus@gmail.com

- 2. Birou Financiar - Contabilitate;
- 3. Birou Aprovizionare - Administrativ – Transport (A.A.T.);
 - Compartiment achiziţii publice;
 - Administrativ, tehnic, transport:
 - Secretariat;
 - Arhivă
 - Tehnic
 - Bloc alimentar;
 - spălătorie;
 - transport;
 - Magazie;
 - Caseria
- 4. Compartiment de Statistică şi Evaluare medicală;
- 5. Compartiment Juridic;
- 6. Compartiment Informatică;
- 7. Compartiment Managementul Calităţii Serviciilor Medicale.

SECȚIUNEA II - Sistemul de relații

Art. (11)

Spitalul Orăşenesc Dr.Valer Russu Luduş face parte dintr-un complex sistem de relații (subordonare,colaborare şi contractuale). Spitalul se află în relații de subordonare cu Primăria Oraşului Luduş, acesta fiind ordonatorul principal de credite, Direcția de Sănătate publică, Ministerul Sănătății. Colegiul Medicilor şi Colegiul Farmaciştilor.



Referitor la relațiile de colaborare, evidențiem cele cu ANMCS, OAMGMAMR, OBBCSSR și cu alte spitale și alte structuri ale administrației publice implicate în finanțarea/refinanțarea sistemului de sănătate.

De asemenea, unitatea este în relații contractuale cu CAS Mureș pentru prestări servicii medicale, furnizori de servicii și achiziții publice, asociații și organizații.

SECȚIUNEA III - Planificarea, organizarea, coordonarea și desfășurarea activităților

ART. (12)

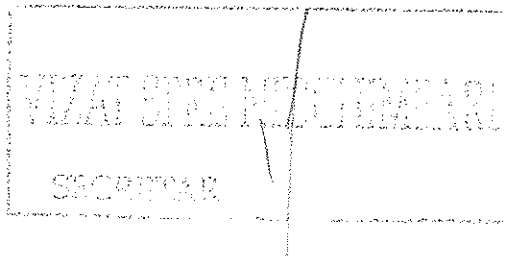
Planificarea se referă la viitor și presupune evaluarea acestuia și inițierea măsurilor necesare. Ca să funcționeze adecvat, spitalul Orășenesc Dr.Valer Russu Luduș are nevoie de un plan care să îndeplinească următoarele caracteristici: unitate, continuitate, flexibilitate și precizie. Altfel spus, pentru a rezolva problemele legate de planificare, echipa managerială trebuie să asigure:

- Îmbinarea corespunzătoare a obiectivelor specifice fiecărui departament din unitate
- Să combine planificarea pe termen scurt cu cea pe termen lung (continuitate)
- Să fie capabilă să adapteze planul la modificările apărute (flexibilitate)
- Să încerce să prognozeze corect direcțiile de acțiune (precizie)

Esența planificării constă în utilizarea optimă a resurselor.

Art. (13)

Organizarea se referă la crearea structurii manageriale și umane a unității, adică stabilirea relațiilor de autoritate și responsabilitate. Scopul organizării este acela de a crea o structură adecvată pentru unitate, astfel încât aceasta să își poată atinge



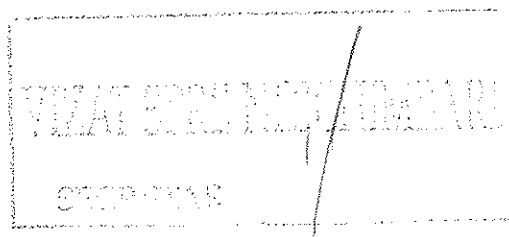
obiectivele propuse prin planificare. Corespunzător acestei structuri trebuie să existe o unitate de comandă și acțiune, cu definirea clară a responsabilităților și a modalităților cât mai adecvate de luare a deciziilor, toate acestea având la bază un sistem eficient de selectare și pregătire a managerilor.

Art. (14)

Coordonarea și desfășurarea activităților presupune un leadership și control judicios. Subordonații au nevoie de un ghid pentru ceea ce trebuie și ceea ce nu trebuie să facă. Conducerea (leadershipul) se referă la relațiile existente între managerul Spitalului Orășenesc Dr.Valer Russu Luduș și subordonați și include crearea unui mediu adecvat pentru motivație, comunicare și conducere, astfel încât membrii organizației să înțeleagă ce se așteaptă de la munca lor.

Referitor la control, aceasta este funcția managementului centralizată pe monitorizarea și evaluarea performanței. Scopul acesteia este îmbunătățirea continuă a calității. Ea este o funcție fundamentală a managementului și include activitățile manageriale ținute pe producerea rezultatelor și creșterea performanței. Controlul implică stabilirea de standard și compararea rezultatelor obținute cu aceste standard. Taylor (Taylor, 1994) menționa patru părți ale procesului de control:

- Stabilirea de standard pentru timp, calitate și cantitate
- Măsurarea rezultatelor
- Compararea rezultatelor cu standardele
- Adoptarea modificărilor necesare



SECȚIUNEA IV - Domeniile de responsabilitate și activitățile specifice structurilor din compunerea S.O. Luduş

Art. (15) CPU - asigură triajul, evaluarea, tratamentul de urgență al pacienților care se prezintă spontan la spitalul local sau care sunt transportați de ambulanță;

1. echipa de prim ajutor a CPU va avea dotarea specifică, inclusiv defibrilator semiautomat . Poate fi dotat cu mijloc propriu de transport având dotarea necesară, inclusiv defibrilator semiautomat și pot asigura transportul între secții ;
2. primul ajutor calificat și asistență medicală de urgență se acordă fără nici o discriminare legată (dar nu limitată la) venituri, sex, vârstă, etnie, religie, cetățenie, apartenență politică, indiferent dacă pacientul are sau nu asigurare medicală ;
3. protocolul de transfer interclinic se aprobă prin ordin al MSP ;
4. criteriile de internare de urgență a pacienților consultați/ asistați la CPU și criteriile de transfer de urgență către alte spitale – se stabilesc prin norme de aplicare ;
5. serviciile de urgență sunt cuprinse în forțele planificate sub comanda inspectorului șef al Inspectoratului General pentru Situații de Urgență - în situații de accidente colective, calamități și dezastre ;
6. personalul serviciilor de urgență spitalicească nu poate participa la greve sau alte acțiuni revendicative – ce pot scădea capacitatea de intervenție sau calitatea actului medical ;
7. are obligația de a acorda primul ajutor și asistență de urgență oricărei persoane aflate în stare critică, iar după stabilizare asigură transportul medicalizat la o altă unitate de profil ;
8. are obligația de a asigura un plan de acțiune pentru asistență medicală în caz de război, dezastre atacuri teroriste, conflicte sociale și alte situații critice ;

VIZAT ȘEF SERVICIU
SECRETAR

Art. (16) Ambulatoriul integrat

Ambulatoriul integrat al spitalului este organizat și funcționează în conformitate cu Ordinul MSP nr. 39/2008 privind reorganizarea ambulatoriului de specialitate al spitalului.

Ambulatoriul integrat al spitalului, asigură asistență medicală ambulatorie și are în structură cabinete medicale de specialitate care au corespondent în specialitățile secțiilor și compartimentelor cu paturi, precum și cabinete medicale în alte specialități pentru a asigura o asistență medicală complexă.

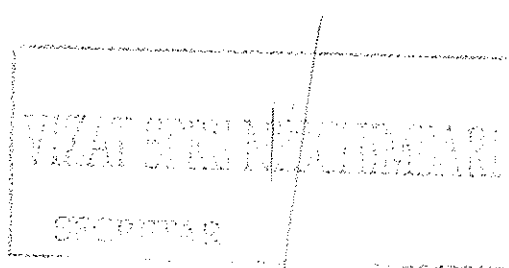
Ambulatoriul integrat al spitalului face parte din structura spitalului, activitatea medicilor se desfășoară în sistem integrat și utilizează în comun platoul tehnic, cu respectarea legislației în vigoare de prevenire a infecțiilor nosocomiale, în vederea creșterii accesibilității pacienților la servicii medicale diverse și complete. Serviciile medicale ambulatorii sunt înregistrate și raportate distinct.

Art. (17) FIȘIERUL asigură în principal:

- informează bolnavii și alte persoane care se prezintă la ambulatoriul integrat asupra programului de lucru a cabinetelor medicale de specialitate;
- asigură programarea pacienților în vederea consultului în cabinetele de specialitate;
- încasează contravaloarea consultațiilor/investigațiilor paraclinice.

Art. (18) CABINETELE DE CONSULTAȚII MEDICALE DE SPECIALITATE au în principal următoarele atribuții:

1. asigură asistență medicală ambulatorie de specialitate, primul ajutor și asistență de urgență; îndrumă bolnavii spre internare cu asigurarea locului;
2. execută măsuri de prevenire și combatere a bolilor cronice și degenerative;

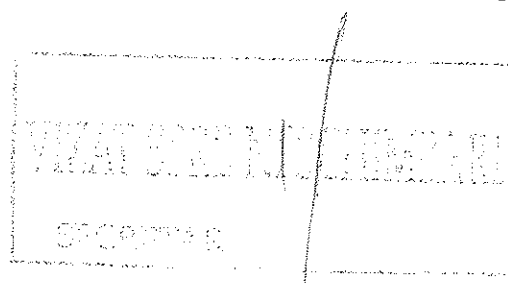


3. execută examene speciale pentru angajare, controlul medical periodic, pentru vânători și conducători auto;
4. organizează și asigură recuperarea capacității de muncă pentru adulți și copii;
5. organizează depistarea activă, prevenirea și combaterea tuberculozei
6. dispensarizarea bolnavilor cronici și a persoanelor sănătoase supuse riscului de îmbolnavire;
7. întocmirea documentelor medicale pentru bolnavii din teritoriu, potrivit dispozițiilor legale;
8. informarea permanentă a bolnavilor privind problemele medico-sanitare în teritoriu și asupra drepturilor și îndatoririlor pe care le au pentru cunoașterea și păstrarea propriei sănătăți;
9. efectuarea acțiunilor de educație pentru sănătate;
10. efectuează consultații;
11. organizează consultațiile pentru evitarea aglomerației.

Art. (19) UNITATEA DE TRANSFUZIE

În unitatea de transfuzie sanguină din spital se desfășoară următoarele activități:

- a) aprovizionarea cu sânge total și componente de sânge pe baza solicitărilor scrise din secțiile spitalului;
- b) recepția, evidența, stocarea și administrarea sângelui și a componentelor sanguine către secțiile spitalului (excepție secția Pediatrie);
- c) distribuția de sânge și componente sanguine de la un centru de transfuzie furnizor către spitalul beneficiar se face în baza unui contract de furnizare, care stabilește condițiile de distribuție și documentația aferentă obligatorie;
- d) efectuarea testelor pretransfuzionale;
- e) pregătirea unităților de sânge total și a componentelor sanguine în vederea administrării;
- f) consiliere privind utilizarea clinică a sângelui total și a componentelor sanguine;
- g) prezervarea probelor biologice pretransfuzionale și a unităților, a unităților de sânge sau componente sanguine administrate pentru o perioadă de 72 de ore posttransfuzional în spațiile



frigorifice cu această destinație;

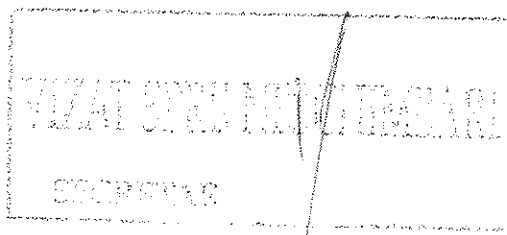
h) întocmirea documentației corespunzătoare tuturor activităților desfășurate;

i) raportarea tuturor evenimentelor legate de actul transfuzional către centrul de transfuzie teritorial;

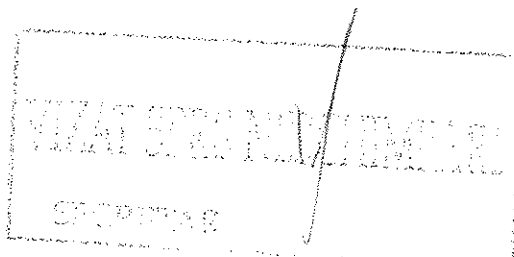
j) păstrarea eșantioanelor din ser sau plasmă recoltate pretransfuzional, în cazul tuturor pacienților transfuzați, pentru o perioadă de minim 6 luni, în spații frigorifice (-15°C și -25°C) cu această destinație.

Art. (20) Laboratorul de analize medicale are în structură compartiment de microbiologie, care are următoarele atribuții în monitorizarea bunelor practici în utilizarea antibioticelor:

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



-
- Colaborează cu medicii clinicieni din spital în scopul precizării diagnosticului bacteriologic.
- a) Medicul infecţionist are următoarele atribuţii în monitorizarea bunelor practici în utilizarea antibioticelor:
- Efectuează consulturile de specialitate în spital, în vederea diagnosticării unei patologii infecţioase şi a stabilirii tratamentului etiologic necesar;
 - Participă la elaborarea protocoalelor privind bunele practici în utilizarea antibioticelor atât în antibioprolaxie cât şi în tratamentul de fond, în funcţie de antibioticorezistenţa locală şi specificul patologiei tratate;
 - Coordonează elaborarea listei de antibiotice esenţiale care să fie disponibile în mod permanent în spital;
 - Coordonează elaborarea listei de antibiotice de rezervă care se eliberează doar cu avizare din partea sa şi derulează activitatea de avizare a prescrierii acestor antibiotice;
 - Cooperează cu medicul microbiolog/de laborator în stabilirea truselor de testare a sensibilităţii bacteriene la antibioticele utilizate;
 - Elaborează raportul anual de evaluare a gradului de respectare a politicii de utilizare judicioasă a antibioticelor, a consumului de antibiotice (în primul rând, al celor de rezervă).
- b) Compartimentul de prevenire a infecţiilor asociate asistenţei medicale are următoarele atribuţii în monitorizarea bunelor practici în utilizarea antibioticelor:
- Efectuează analize periodice ale antibioticorezistenţei în spital împreună cu medicul infecţionist şi laboratorul de analize medicale;
- c) Medicul şef de secţie are următoarele atribuţii în monitorizarea bunelor practici în utilizarea antibioticelor:
- Asigură şi răspunde la nivelul secţiei de desfăşurarea activităţii de respectare a politicii de utilizare a antibioticelor de la nivelul spitalului;
 - Participă la stabilirea listei cu intervenţiile, procedurile şi manevrele care necesită antibioprolaxie.



d) Medicul curant are următoarele atribuţii în monitorizarea bunelor practici în utilizarea antibioticelor:

- Documentarea în FOCG a duratei prescrierii antibioterapiei stabilită în funcţie de evoluţie şi de rezultatul antibiogrammei;
- Solicitarea consultului de boli infecţioase în situaţiile în care consideră necesar şi/sau conform protocoalele medicale, cu respectarea politicii de utilizare a antibioticelor implementată în spital;
- Solicitarea de investigaţii microbiologice la pacienţii la care s-a instituit antibioterapia de prima intenţie, cu precizarea antibioticul utilizat de primă intenţie;
- Asigurarea trasabilităţii antibioticelor prin înregistrarea (data, parafa şi semnătura medicului prescriptor) în FOCG a prescrierii unui antibiotic, a unei asocieri de antibiotice sau schimbarea tratamentului antibiotic;

e) Asistentul şef/ asistent coordonator/ asistent medical şef de tură are următoarele atribuţii în monitorizarea bunelor practici în utilizarea antibioticelor:

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

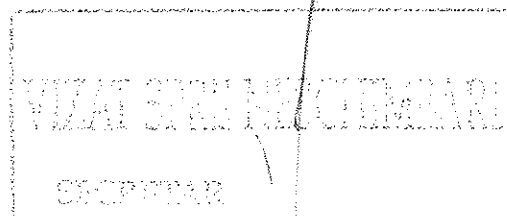
f) Comitetul de prevenire a I.A.A.M. în monitorizarea bunelor practici în utilizarea antibioticelor, are ca şi atribuţie

- Abordarea multidisciplinară a antibioterapiei în infecţiile severe.

Art.(21) Serviciul de anatomie patologica deţine încăperi şi dotările necesare pentru prepararea pieselor de examinare, păstrare, depunerea şi conservarea cadavrelor, necropsie şi camera pentru eliberarea cadavrelor.

Art. (22) Serviciul de anatomie patologică execută examenele anatomo-patologice şi necropsiile în vederea stabilirii şi confirmării diagnosticului precum şi a precizării cauzei morţii. Serviciul de radiologie are în principal următoarele atribuţii:

1. efectuarea examenelor radiologice;
2. colaborarea cu medicii clinicieni în scopul precizării diagnosticului ori de câte ori este necesar;



3. organizarea și utilizarea corespunzătoare a filmotecii;
4. aplicarea măsurilor pentru prevenirea iradierii bolnavilor și personalului din radiologie

Art. (23) FARMACIA cu circuit închis are ca obiect de activitate asigurarea asistenței cu medicamente.

Farmacia are în principal următoarele atribuții:

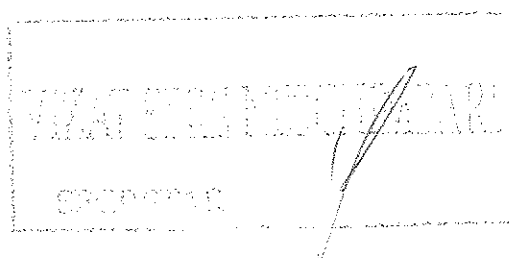
1. păstrează, prepară și difuzează medicamentele conform nomenclatorului aprobat de MSP;
2. depozitează produsele conform normelor în vigoare ținându-se seama de natura și proprietățile lor fizico-chimice;
3. organizează și efectuează controlul calității medicamentului și ia măsuri ori de câte ori este necesar pentru preîntâmpinarea accidentelor, informând imediat organul superior;
4. prescrierea-prepararea medicamentelor se face potrivit normelor stabilite de MSP.

Art. (24) Activitatea de evaluare și validare a prescripției medicale de către farmacistul/farmacistul clinician încadrat în farmacia spitalului, după caz, constă în verificarea autenticității și analiza conținutului prescripției incluzând și o analiză a terapiei medicamentului, care presupune:

A) Verificarea autenticității prescripției se realizează utilizând experiența farmacistului, resursele materiale din farmacie (baza de date, sistemul informatic, etc.), astfel:

- a. se verifică condica cu privire la datele de identificare ale pacientului, are înscris diagnosticul, semnătura și parafa medicului. Se urmărește obținerea de informații despre pacient, care pot influența răspunsul la medicament: vârsta, stare psiho-socială.
- b. în cazul unor erori de prescriere, farmacistul va lua legătura cu medicul prescriptor pentru clarificarea/rezolvarea acestora.

B) În cazul prescripțiilor medicale cu regim special PS - medicamente și preparate cu produse stupefiante și psihotrope, farmacistul verifică respectarea prescrierii pe condiții speciale, prevăzute de Legea 339/2005, astfel:



SPITALUL ORĂȘENESC "DR VALER RUSSU" LUDUȘ

Jud. Mureș, Luduș, B-dul 1 Decembrie 1918, nr.20

Tel/fax: 0265-411889; e-mail: spludus@gmail.com

- a. Se verifică cantitatea de medicamente, care pot fi prescrise pentru maxim 72 ore de tratament.
- d. Se verifică ca prescripția să conțină maxim 3 medicamente, inclusiv același medicament în 2 forme farmaceutice diferite.
- e. Se verifică ca prescripția să fie completată integral și lizibil. Aceasta nu trebuie să conțină mai mult de 2 corecturi/modificări lizibile, însoțite de parafa și semnătura medicului prescriptor.

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

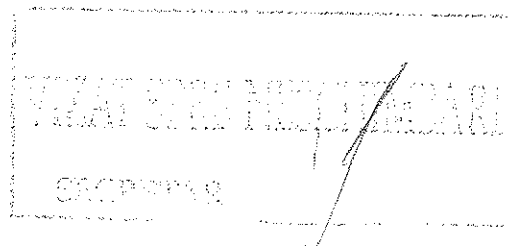
- a. aspectele terapeutice (farmaceutice și farmacologice);
- b. adaptarea la persoana în cauză; contraindicațiile și interacțiunile medicamentelor conținute în prescripție; după caz unele aspecte sociale, economice, de reglementare;

Farmacistul clinician are următoarele atribuții:

- a. participă la elaborarea protocoalelor în terapia durerii
- b. validarea prescripțiilor medicale
- c. stare fizio-patologică, consum de alcool, tutun, regim alimentar, respectiv anamneza farmaceutică (întrebări suplimentare, consultarea altor documente medicale puse la dispoziție de pacient).

D) Analiza de către farmacist/farmacist clinician a terapiei medicamentoase presupune:

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

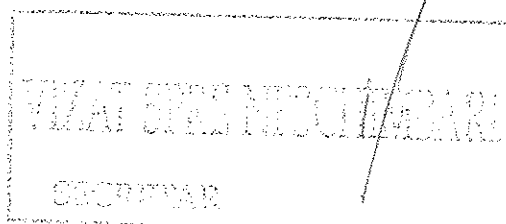


- h. determinarea precauţiilor la utilizare şi a efectelor adverse ale medicamentelor prescrise (conducător auto, sportiv, etc)
- i. evaluare contraindicaţiilor medicamentelor prescrise
- j. depistarea eventualelor erori de prescriere
- k. în situaţia în care medicamentele solicitate lipsesc din farmacie, farmacistul se aprovizionează cu acestea în timp util
- l. În cazul în care farmacistul/farmacista clinician constată contraindicaţii sau incompatibilităţi majore, va lua legătura cu medicul prescriptor pentru a clarifica situaţia, pe care o va comunica apoi pacientului.
- . În cazurile speciale, în care produsul solicitat lipseşte temporar de pe piaţă sau a fost retras definitiv de către producător sau ANMDM, i se explică situaţia pacientului, oferindu-i o alternativă dacă este posibil sau se îndrumă pacientul către medicul curant pentru schimbarea tratamentului.

Art. (25) Următoarele structuri medicale funcţionale din spital au rolul de monitorizare a bunelor practici în utilizarea antibioticelor , după cum urmează:

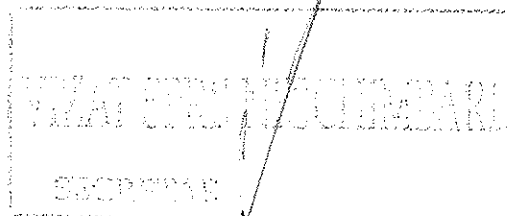
Farmacia are următoarele atribuţii în monitorizarea bunelor practici în utilizarea antibioticelor:

- Asigură obţinerea, depozitarea şi distribuirea de antibiotice, pe care le eliberează cu respectarea dispoziţiilor legale;
- Răspunde de asigurarea necesarului de produse farmaceutice antibiotice, de conservarea şi preschimbarea acestora în cadrul termenelor de valabilitate;
- Asigură cu precădere stocul necesar de antibiotice de uz curent;
- Asigură stocul necesar de antibiotice de rezervă, stabilite în funcţie de antibioticorezistenţa analizată;
- Asigură evidenţa antibioticelor disponibile, pentru medicii prescriptori;
- Asigură evidenţa antibioticelor pentru antibioprolaxie;
- Asigură evidenţa antibioticelor oprite temporar de la utilizare în urma analizelor privind



antibioticorezistenţa;

- Asigură informarea medicilor prescriptori cu privire la introducerea unui nou produs antibacterian;
- Asigură eliberarea antibioticelor pentru pacienţii internaţi în baza condiţiilor de prescripţii medicale astfel încât să se asigure respectarea ritmului de administrare;
- Asigură monitorizarea globală a consumului de antibiotice prin exprimarea acestuia pe secţii şi pe spital sub forma DDD (defined daily dose);
- Asigură informări periodice a consiliului medical cu privire la consumul de antibiotice, pentru fiecare secţie şi per medic;
- Participă la evaluarea tendinţelor utilizării antibioticelor.



CAPITOLUL IV

COMISIILE, CONSILIILE, COMITETELE ŞI GRUPURILE DE LUCRU ORGANIZATE LA NIVELUL SPITALULUI ORĂŞENESC DR. "VALER RUSSU" LUDUŞ

Art. (26)

Pentru îndeplinirea atribuţiilor şi responsabilităţilor prevăzute de diferite acte normative în vigoare, la nivelul spitalului se constituie şi funcţionează comitete, consilii, grupuri de lucru şi comisii.

Art.(27)

Principalele activităţi desfăşurate de către Comitetul director sunt cele prevăzute de O.M.S. 921/2006 pentru stabilirea atribuţiilor comitetului director din cadrul spitalului public.

Art. (28)

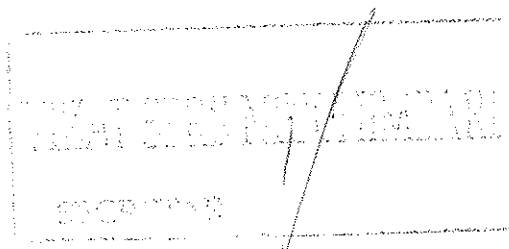
Principalele activităţi desfăşurate de către Consiliul medical sunt cele prevăzute de Legea nr. 95/2006 (republicată), privind reforma în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare, precum şi ale O.M.S. 863/2004 pentru aprobarea atribuţiilor şi competenţelor consiliului medical al spitalelor.

Prin decizie internă a managerului spitalului, la propunerea personalului cu funcţii de conducere din subordinea acestuia, după caz, anual se consemnează în decizii interne şi funcţionează cel puţin următoarele comitete, consilii, grupuri de lucru şi comisii :

1.Comitet securitate si sanatate in munca

2.Comisia de farmacovigilenta

3.Comisia de analiza a decesului

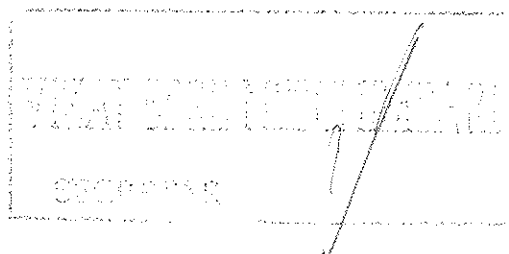


SPITALUL ORĂȘENESC "DR VALER RUSSU " LUDUȘ

Jud. Mureș, Luduș, B-dul 1 Decembrie 1918, nr.20

Tel/fax: 0265-411889; e-mail: spludus@gmail.com

-
4. *Comisia medicamentului*
 5. *Comitetul IAAM*
 6. *Comisia de disciplina*
 7. *Comisia de analiza DRG*
 8. *Comisia de recepție a medicamentelor, materialelor sanitare și a celorlalte produse ce se rulează prin farmacia spitalului*
 9. *Comisia multidisciplinară*
 10. *Comisia de hemovigilență*
 11. *Comisia de transfuzie*
 12. *Grup de lucru pentru studiul ghidurilor și bunelor practici medicale aplicabile în spital*
 13. *Echipa de lucru pentru elaborarea și revizuirea protocoalelor de diagnostic și tratament*
 14. *Comisia de concurs și promovare a personalului și comisia de soluționare a contestațiilor*
 15. *Comisia de biocide și materiale sanitare necesare prevenirii I.A.A.M.*
 16. *Comisia de monitorizare în domeniul controlului intern managerial pentru implementarea și dezvoltarea sistemelor proprii de control intern managerial la nivelul Spitalului Orășenesc Dr.'Valer Russu" Luduș – de introdus*
 17. *Comisiei de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților*
 18. *Echipa multidisciplinară*
 19. *Consiliul etic*



CONSILIUL MEDICAL

Art. (29)

Consiliul medical este compus din șefii de secții, șefii de laboratoare, farmacistul șef și asistent coordonator Spital Orășenesc Dr.Valer Russu Luduș și are ca președinte pe directorul medical.

Atribuțiile consiliului medical al Spitalului Orășenesc Dr.Valer Russu Luduș sunt cele prevăzute de actele normative incidente în vigoare.

Managerul poate fi persoană fizică sau juridică, care încheie contract de management cu conducătorul unității administrativ - teritoriale pe o perioadă de 4 ani.

DIRECTORUL MEDICAL

Art. (30) (1) Directorul medical are următoarele atribuții specifice:

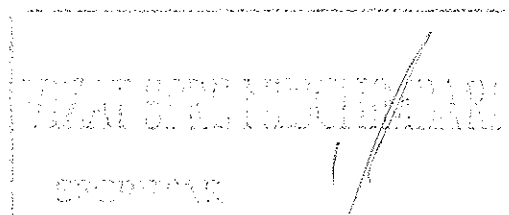
1. în calitate de președinte al consiliului medical, coordonează și răspunde de elaborarea la termen a propunerilor privind planul de dezvoltare al spitalului, planul anual de servicii medicale, bugetul de venituri și cheltuieli;
2. monitorizează calitatea serviciilor medicale acordate la nivelul spitalului, 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;

SPITALUL ORĂŞENESC "DR VALER RUSSU " LUDUŞ

Jud. Mureş, Luduş, B-dul 1 Decembrie 1918, nr.20

Tel/fax: 0265-411889; e-mail: spludus@gmail.com

-
5. coordonează implementarea programelor de sănătate la nivelul spitalului;
 6. întocmeşte planul de formare şi perfecţionare a personalului medical, la propunerea şefilor de secţii şi laboratoare;
 7. avizează utilizarea bazei de date medicale a spitalului pentru activităţi de cercetare medicală, în condiţiile legii;
 8. asigură respectarea normelor de etică profesională şi deontologie medicală la nivelul spitalului, colaborând cu Colegiul Medicilor din România;
 9. răspunde de acreditarea personalului medical al spitalului şi de acreditarea activităţilor medicale desfăşurate în spital, în conformitate cu legislaţia în vigoare;
 10. analizează şi ia decizii în situaţia existenţei unor cazuri medicale deosebite (de exemplu, cazuri foarte complicate, care necesită o durată de spitalizare mult prelungită, morţi subite etc.);
 11. participă, alături de manager, la organizarea asistenţei medicale în caz de dezastre, epidemii şi în alte situaţii speciale;
 12. stabileşte coordonatele principale privind consumul de medicamente şi materiale sanitare la nivelul spitalului, în vederea unei utilizări judicioase a fondurilor spitalului, prevenirii polipragmaziei şi a rezistenţei la medicamente;
 13. supervizează respectarea prevederilor în vigoare referitoare la documentaţia medicală a pacienţilor trataţi, asigurarea confidenţialităţii datelor medicale, constituirea arhivei spitalului.
 14. Atribuţii de prevenirea şi controlul infecţiilor nosocomiale, stabilite prin Ordinul nr. 916/2006 privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire şi control al infecţiilor nosocomiale în unităţile sanitare:
 - utilizarea în activitatea curentă, la toate componentele activităţilor medicale de prevenţie, diagnostic, tratament şi recuperare, a procedurilor şi tehnicilor prevăzute în protocoalele unităţii, a standardelor de sterilizare şi sterilitate, aseptie şi antisepsie, respectiv a normelor privind cazarea, alimentaţia şi condiţiile de igienă oferite pe perioada îngrijirilor acordate;



- pentru spitalele care nu îndeplinesc condițiile legale de a avea director de îngrijiri, funcția acestuia este preluată de directorul adjunct medical, care va avea aceleași responsabilități ca acesta.

(2) Prevederile prezentului articol se completează cu dispozițiile legale privind atribuțiile directorului medical.

1. Comitetul de Securitate și Sănătate în Muncă:

(1) La nivelul unității se înființează un singur comitet de securitate și sănătate în muncă, care va fi coordonat de la sediul social.

(2) CSSM se constituie prin decizia internă a administratorului care are funcția de președinte al acestuia.

(3) Membrii comitetului de securitate și sănătate în muncă se nominalizează prin decizie scrisă a președintelui acestuia, iar componenta comitetului va fi adusă la cunoștința tuturor lucrătorilor.

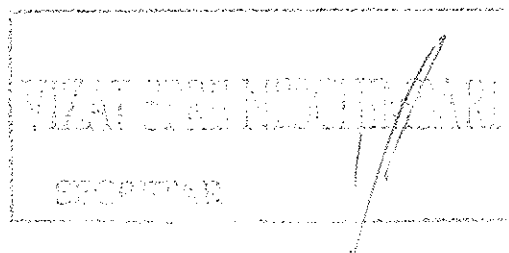
(4) Reprezentantul serviciului intern de prevenire și protective îndeplinește funcția de secretar al CSSM.

(5) Reprezentanții lucrătorilor cu răspunderi specific în domeniul SSM sunt desemnați de către lucrători și au un mandat de 2 ani de la data desemnării.

(6) Lucrătorii își desemnează reprezentanții în CSSM prin vot deschis, iar reprezentantul salariaților pentru semnarea Contractului colectiv de muncă la nivel de unitate, va informa în scris administratorul societății cine sunt acești reprezentanți.

(7) Retragerea reprezentanților lucrătorilor cu răspunderi specific în domeniul SSM se face tot în scris prin adresă semnată de reprezentantul salariaților care va comunica în același timp în locuirea celor retrași.

(8) Administratorul își numește prin decizia de constituire a CSSM reprezentanții care au calitatea de membrii CSSM.



(9) Comitetul de securitate și sănătate în muncă este constituit din reprezentanții lucrătorilor cu răspunderi specifice în domeniul securității și sănătății lucrătorilor, pe de o parte, și angajator sau reprezentantul său legal și/sau reprezentanții săi în număr egal cu cel al reprezentanților lucrătorilor și medicul de medicina muncii, pe de altă parte.

(10) Comitetul de securitate și sănătate în muncă funcționează în baza regulamentului de funcționare propriu.

(11) Angajatorul are obligația să asigure întrunirea comitetului de securitate și sănătate în muncă cel puțin o dată pe trimestru și ori de câte ori este necesar.

(12) Ordinea de zi a fiecărei întruniri este stabilită de către președinte și secretar, cu consultarea reprezentanților lucrătorilor, și este transmisă membrilor comitetului de securitate și sănătate în muncă, inspectoratului teritorial de muncă cu cel puțin 5 zile înaintea datei stabilite pentru întrunirea comitetului.

(13) Secretarul comitetului de securitate și sănătate în muncă convoacă în scris membrii comitetului cu cel puțin 5 zile înainte de data întrunirii, indicând locul, data și ora stabilite.

(14) La fiecare întrunire secretarul comitetului de securitate și sănătate în muncă încheie un proces-verbal care va fi semnat de către toți membrii comitetului.

(15) Comitetul de securitate și sănătate în muncă este legal întrunit dacă sunt prezenți cel puțin jumătate plus unu din numărul membrilor săi.

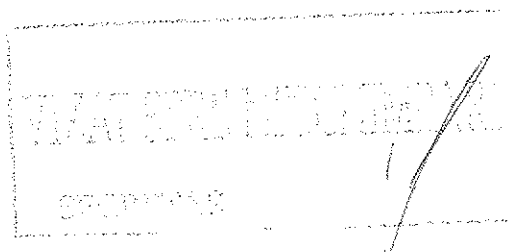
(16) Comitetul de securitate și sănătate în muncă convine cu votul a cel puțin două treimi din numărul membrilor prezenți.

(17) Secretarul comitetului de securitate și sănătate în muncă va afișa la loc vizibil copii ale procesului-verbal încheiat.

(18) Secretarul comitetului de securitate și sănătate în muncă transmite inspectoratului teritorial de muncă, în termen de 10 zile de la data întrunirii, o copie a procesului-verbal încheiat.

Comitetul de securitate și sănătate în muncă are cel puțin următoarele atribuții:

a) analizează și face propuneri privind politica de securitate și sănătate în muncă și planul de prevenire și protecție, conform regulamentului intern sau regulamentului de organizare și funcționare;



SPITALUL ORĂŞENESC "DR VALER RUSSU" LUDUŞ

Jud. Mureş, Luduş, B-dul 1 Decembrie 1918, nr.20

Tel/fax: 0265-411889; e-mail: spludus@gmail.com

b) urmăreşte realizarea planului de prevenire şi protecţie, inclusive alocarea mijloacelor necesare realizării prevederilor lui şi eficienţa acestora din punct de vedere al îmbunătăţirii condiţiilor de muncă;

c) analizează introducerea de noi tehnologii, alegerea echipamentelor, luând în considerare consecinţele asupra securităţii şi sănătăţii, lucrătorilor, şi face propuneri în situaţia constatării anumitor deficienţe;

d) analizează alegerea, cumpărarea, întreţinerea şi utilizarea echipamentelor de muncă, a echipamentelor de protecţie colectivă şi individuală;

e) analizează modul de îndeplinire a atribuţiilor ce revin serviciului extern de prevenire şi protecţie, precum şi menţinerea sau, dacă este cazul, înlocuirea acestuia;

f) propune măsuri de amenajare a locurilor de muncă, ţinând seama de prezenţa grupurilor sensibile la riscuri specifice;

g) analizează cererile formulate de lucrători privind condiţiile de muncă şi modul în care îşi îndeplinesc atribuţiile persoanele desemnate şi/sau serviciul extern;

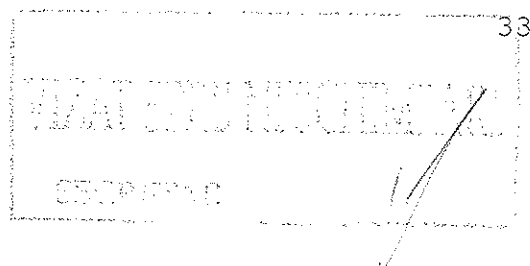
h) urmăreşte modul în care se aplică şi se respectă reglementările legale privind securitatea şi sănătatea în muncă, măsurile dispuse de inspectorul de muncă şi inspectorii sanitari;

i) analizează propunerile lucrătorilor privind prevenirea accidentelor de muncă şi a îmbolnăvirilor profesionale, precum şi pentru îmbunătăţirea condiţiilor de muncă şi propune introducerea acestora în planul de prevenire şi protecţie;

j) analizează cauzele producerii accidentelor de muncă, îmbolnăvirilor profesionale şi evenimentelor produse şi poate propune măsuri tehnice în completarea măsurilor dispuse în urma cercetării;

k) efectuează verificări proprii privind aplicarea instrucţiunilor proprii şi a celor de lucru şi face un raport scris privind constatările făcute;

l) dezbate raportul scris, prezentat comitetului de securitate şi sănătate în muncă de către conducătorul unităţii cel puţin o dată pe an, cu privire la situaţia securităţii şi sănătăţii în muncă, la acţiunile care au fost întreprinse şi la eficienţa acestora în anul încheiat, precum şi propunerile



pentru planul de prevenire și protecție ce se va realiza în anul următor.

2.Comisia de farmacovigilență are următoarea componență:

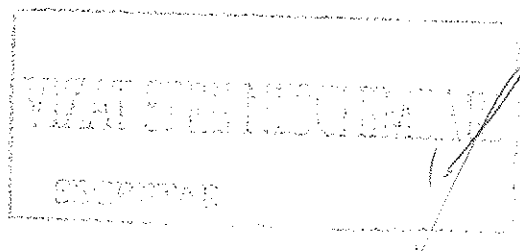
- 1.Medic cu atribuții de director medical -președinte
- 2.Medici coordonatori și membrii din cadrul Farmaciei-membrii
- 3.As.farmacie-secretar

Comisia de farmacovigilență are următoarele atribuții:

- a) verifică corespondența baremului aparatului de urgență cu cel aprobat de conducerea unității și conform legislației în vigoare;
- b) analizează toate cazurile de reacții adverse, va urmări întocmirea fișelor de reacții adverse și va propune metode mai bune de diagnostic a reacțiilor adverse;
- c) prezintă periodic informări cu privire la această activitate și face propuneri de îmbunătățire a acestei activități.

3. Comisia de analiză a decesului:

- (1). Comisia se numește prin Dispoziție a managerului.
- (2). Comisia are următoarea componență:
 1. Director medical- președinte;
 2. Medici coordonatori-membrii
 3. Reg.medical-secretar;
- (3). Atribuțiile Comisiei sunt:
 - a) Asigură informarea despre și respectarea prevederilor legale în vigoare privind



manipularea cadavrelor umane şi prelevarea organelor şi ţesuturilor de la cadavre în vederea transplantului de către întreg personalul spitalului, conform prevederilor Legii nr. 104/27.03.2003 şi HGR nr. 451/01.04.2004 privind aprobarea normelor de aplicare a acesteia.

b) Organizează modalitatea de raportare a indicatorilor privind procentul de pacienţi decedaţi la 24 ore de la internare, procentul pacienţilor decedaţi la 48 ore de la intervenţia chirurgicală, precum şi a indicatorilor privind rata mortalităţii intraspitaliceşti şi a indicelui de concordanţă între diagnosticul clinic şi diagnosticul anatomo-patologic.

c) Analizează comparativ indicatorii menţionaţi la pct.b.

d) Analizează, când este cazul, cazurile complexe, analiza fiind efectuată de comisie împreună cu şeful secţiei în care a decedat pacientul.

e) În cazul în care se constată posibilitatea existenţei unei culpe medicale, propune conducerii spitalului înaintarea cazului spre rezolvare Comisiei de Malpraxis, conform prevederilor Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, Titlul XV.

f).Analizează motivele medicale care au dus la decesul pacienţilor, cuprinse în FOCG şi Certificatul de deces;

g).Redactează un proces verbal de şedinţă în care consemnează rezultatele activităţii.

h).Membrii comisiei de analiză a deceselor intraspitaliceşti sunt obligaţi să participe la efectuarea necropsiei pacientului decedat în prezenţa medicului curant şi a şefului de secţie din care face parte medical curant (sau înlocuitorul acestuia);

i) În urma autopsiei se va recolta material biptic care va fi însoţit obligatoriu de FIŞA DE INSOŢIRE tip, semnată şi parafată de medical care solicit examinarea ;

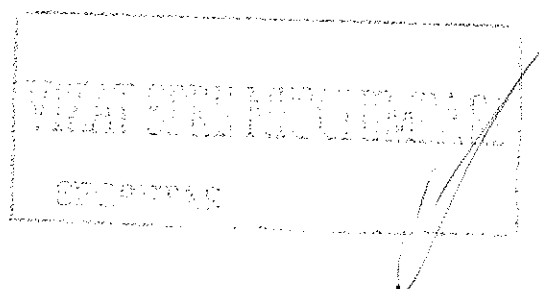
j) Poate solicita medicului curant justificarea acţiunilor medicale în cazul pacientului decedat;

k) Răspunde la orice solicitare a conducerii spitalului.

La solicitarea conducerii spitalului, Comisia de analiză a deceselor intraspitaliceşti poate fi consultată în următoarele domenii:

a) elaborarea unei strategii de reducere a numărului de decese;

b) analiza activităţii din cadrul Compartimentului de Anatomie Patologică ;



c) planificarea de acţiuni în vederea creşterii calităţii actului medical.

Regulamentul de organizare şi funcţionare al Comisiei de analiză a deceselor face parte integrantă din prezentul Regulament.

4. Comisia medicamentului:

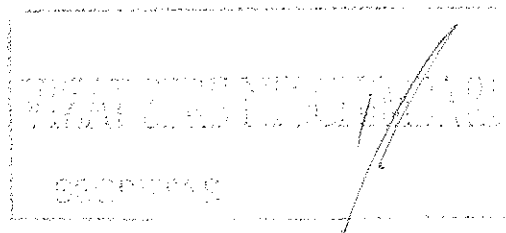
(1) Comisia se numeşte prin Dispoziţie a managerului.

(2) Comisia are următoarea componenţă:

1. Şef farmacie – preşedinte;
2. Medici coordonatori secţiei şi laboratoare – membrii comisiei
3. Asistent farmacie – secretar;

(2) Comisia de medicamente are următoarele atribuţii :

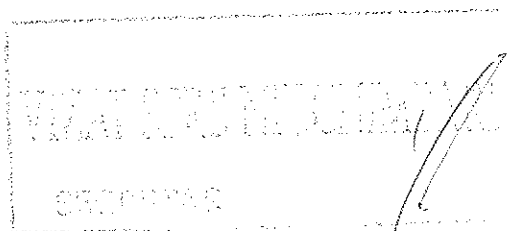
- a) stabilirea politicii de antibioterapie a spitalului;
- b) măsurarea şi urmărirea consumului de antibiotice;
- c) urmărirea fenotipurilor de rezistenţă antibacteriană;
- d) stabilirea protocoalelor de profilaxie şi terapie antibiotică;
- e) organizarea de audit privind consumul de antibiotice;
- f) stabilirea unei liste de medicamente de bază, obligatorii, care să fie în permanenţă accesibilă în farmacia spitalului;
- g) stabilirea unei liste de medicamente care se achiziţionează doar în mod facultativ, la cazuri bine selecţionate şi documentate medical, pe bază de referat; acesta din urmă trebuie să prezinte criteriile pe baza cărora se face recomandarea, susţinute cu buletine de analiză şi recomandări de experţi;
- h) analiza referatelor de necesitate trimise direcţiunii în vederea aprobării şi avizării lor de către medici specialişti corespunzători profilului de acţiune al medicamentului solicitat;
- i) verificarea continuă a stocului de medicamente de bază, pentru a preveni disfuncţiile în asistenţa medicală;



-
- j) verificarea ritmică a cheltuielilor pentru medicamente şi analiza lor cu raportarea lunară a situaţiei financiare;
- k) elaborarea de ghiduri terapeutice pe profiluri de specialitate medicală bazate pe bibliografie naţională şi internaţională şi pe condiţiile locale;
- l) solicitarea unor rapoarte periodice de la şefii de secţie privind administrarea de medicamente în funcţie de incidenţa diferitelor afecţiuni;
- m) poate dispune întreruperea administrării de medicamente cu regim special în cazul când acel tratament se consideră inutil.

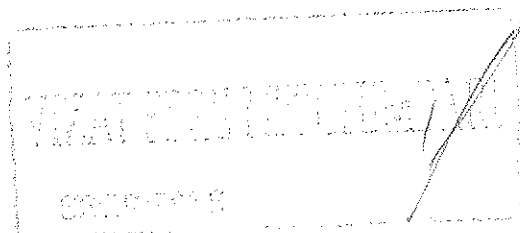
5. Comitetul de prevenire a infecţiilor asociate asistentei medicale are următoarea componenţă:

1. Medic epidemiolog- preşedinte
2. Medic responsabil de păolítica de utilizare a antibioticelor
3. Şef farmacie
4. Medic şef laborator analize medicale
5. Medic coordonator A.T.I
6. Medic coordonator Compartiment Îngrijiri palliative
7. Medic coordonator Compartiment Neonatologie
8. Şef secţie chirurgie generală
9. Şef secţie medicină internă
10. Şef secţie pediatrie
11. Şef secţie obstetrică-ginecologie
12. Medic coordonator secţia pshiatrie cronici
13. Coordonator C.P.U.



Comitetul SPIAAM analizează:

- a) activitatea de supraveghere, prevenire si raportare a IAAM
- b) analiza situaţiei privind infecţiile asociate asistenţei medicale depistate în unitatea sanitară (rata incidenţei, distribuţia pe secţii, distribuţia pe tipuri de infecţii, distribuţia pe grupe de vârstă, etiologia infecţiilor, etc.);
- c) depistarea şi raportarea la timp a IAAM, întocmirea Registrului Unic al Infecţiilor Asociate Asistenţei Medicale (RUIAAM);
- d) analiza circulaţiei microorganismelor patogene şi nepatogene depistate în cadrul autocontrolului bacteriorologic;
- e) analiza cazurilor de expunere accidentală la produse biologice înregistrate pe fiecare secţie/compartiment;
- f) aplicarea în activitatea curentă a procedurilor şi ghidurilor privind controlul infecţiilor;
- g) aplicarea măsurile de prevenire a infecţiilor asociate asistenţei medicale care trebuie implementate şi respectate de vizitatori;
- h) analiza respectării precauţiunilor standard şi specifice la nivelul unităţii sanitare;
- i) aplicarea măsurilor de vaccinare a personalului medico-sanitar (Hepatită, Gripă, etc.);
- j) analiza acţiunilor de control intern realizate de Serviciul SPIAAM, dar şi de control extern din partea instituţiilor abilitate (ex: DSP);
- k) analizează condiţiile de desfăşurare a activităţilor de supraveghere şi prevenire a infecţiilor cât şi a dotării tehico-materiale necesare evitării şi diminuării riscurilor infecţioase.
- l) politica de utilizare a antibioticelor
- m) lista de antibiotice esenţiale care să fie disponibile în mod permanent în spital;
- n) lista de antibiotice care se eliberează doar cu avizare din partea medicului de boli infecţioase sau medicului responsabil de politica de utilizare a antibioticelor din cadrul



Serviciului CPIAAM;

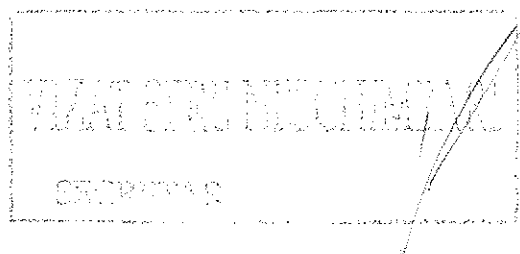
- o) evaluarea consumului de antibiotice în unitatea sanitară;
- p) evaluarea cu fiecare secție clinică a modului de utilizare a antibioticelor.
- q) Evaluarea listelor:
 - Lista cu antibiotice de rezervă, în funcție de antibioretistența analizată
 - Evidența antibioticelor oprite temporar de la utilizare în urma analizelor privind antibioretistența
 - Lista cu antibiotice pentru antibioprolaxie, în funcție de antibioretistența analizată
- r) activitatea de instruire și dezvoltare profesională a personalului medical privind prevenirea infecțiilor
- s) evaluează impactul programelor de instruire tematică privind prevenirea infecțiilor la nivelul unității sanitare;
- ș) conștientizează nevoia de cunoaștere a programelor de prevenire a infecțiilor și ajută la implementarea acestora la nivelul unității sanitare.

Comitetul CPIAAM elaborează propuneri care vor fi consemnate în cadrul procesului verbal al ședinței și care va fi înaintat spre analiză Comitetul Director.

6. Comisia de Disciplină:

Comisia de Disciplină a Spitalului Orășenesc Dr. Valer Russu Luduș este formată din 3 membrii și se întrunește ori de câte ori este nevoie.

- 1.Medic-președinte
- 2.Consilier juridic
- 3.Economist Birou RUNOS



SPITALUL ORĂŞENESC "DR VALER RUSSU" LUDUŞ

Jud. Mureş, Luduş, B-dul 1 Decembrie 1918, nr.20

Tel/fax: 0265-411889; e-mail: spludus@gmail.com

Comisia de Disciplină a Spitalului Orăşenesc Dr. Valer Russu Luduş are următoarele atribuţii:

- analizează referatele / plângerile cu privire la actele şi faptele în legătură cu munca săvârşite cu vinovăţie de către salariaţii instituţiei, prin care se sesizează faptul că aceştia au încălcat normele legale, regulamentul intern, contractul individual de muncă sau contractual colectiv de muncă aplicabil, ordinele şi dispoziţiile legale ale conducătorilor ierarhici.

- soluţionează cazurile de nerespectare a obligaţiilor de serviciu, a normelor de comportare şi a regulilor de disciplină la solicitarea conducerii sau la reclamaţia unei persoane neutre.

7. Comisia de analiză DRG a cazurilor internate:

(1). Comisia se numeşte prin Dispoziţie a managerului.

(2). Comisia are următoarea componenţă:

1. Director medical – presedinte;
2. Medici – membrii;
3. Reg. medical statistica – secretar;

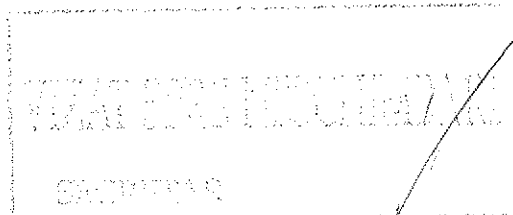
A. Comisia Mixtă de analiză DRG şi revalidare a cazurilor invalidate, în conformitate cu Ordin nr.25/2012 privind aprobarea Regulilor de validare a cazurilor spitalizate în regim de spitalizare continuă şi a Metodologiei de evaluare a cazurilor invalidate pentru care se solicită revalidarea, completat cu Ordinul nr.6/2013 al CNAS.

B. Atribuţiile comisiei sunt:

1.evaluarea cazurilor invalidate de SNSPMS în baza regulilor de validare din grupa B pentru care se solicită revalidarea ;

2.solicitarea Comisiei CAS Mures să participe la şedinţa de revalidare a cazurilor invalidate;

3.aprobarea validării cazurilor în baza regulamentului de revalidare;



SPITALUL ORĂȘENESC "DR VALER RUSSU " LUDUȘ

Jud. Mureș, Luduș, B-dul 1 Decembrie 1918, nr.20

Tel/fax: 0265-411889; e-mail: spludus@gmail.com

4. trimestrial, în perioada 15-19 a lunii următoare trimestrului încheiat, spitalele vor transmite în format electronic cazurile invalidate pentru care se solicită revalidarea, precum și cazurile neraportate din lunile anterioare;

5. analizarea cazurilor invalidate în baza regulilor de validare din grupa A și inițierea de măsuri de corectie;

6. solicitarea de justificare pentru cazurile invalidate medicului currant sau operatorului ce a transcris electronic FOCG.

Comisia mixtă de analiză DRG și revalidare a cazurilor invalidate a Spitalului Orășenesc Dr. Valer Russu Luduș se întrunește ori de câte ori este nevoie, în situația în care există cazuri invalidate de către SNSPMS.

Regulamentul de organizare și funcționare al Comisiei Mixte de analiză DRG și revalidare a cazurilor invalidate face parte integrantă din prezentul Regulament.

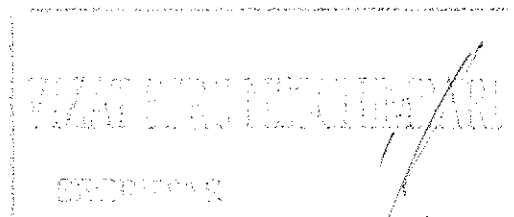
8. Comisia de recepție a medicamentelor, materialelor sanitare și a celorlalte produse

ce se rulează prin farmacia spitalului:

(1). Comisia se numește prin Dispoziție a managerului.

(2). Comisia are următoarea componență:

1. Farmacist șef – președinte;
2. Medici coordonatori secții – membrii;
3. Asistent farmacie – secretar;



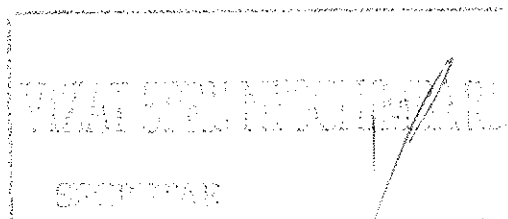
9. Comisia multidisciplinară are următoarea componență:

1. Medicul coordonator al Compartimentului de îngrijiri paliative /sau înlocuitorul legal
2. Asistent medical coordonator al Compartimentului de îngrijiri paliative/ sau asistentul medical prezent pe tură

Activitatea comisiei multidisciplinare de eligibilitate pentru internarea pacienților cu nevoi de ÎP este reglementată astfel:

Activități:

- a) Evaluează solicitarea pentru internare venită din partea pacientului /apartinătorului /medicului curant solicitant.
- b) Dacă solicitarea vine din partea medicului curant din cadrul Spitalului Orășenesc Dr.Valer Russu Luduș, medicul coordonator al Compartimentului de Îngrijiri Paliative consemnează în foaia de observație dacă pacientul este eligibil pentru internare. Membrii echipei iau legătura cu alți specialiști implicați în îngrijirea pacientului; se consemnează în foaia de observație
- c) Comisia planifică prima întâlnire cu pacientul și /sau familia/surogat de familie și apoi
- d) Comisia solicită documentele medicale care susțin criteriile de internare. În cazul în care pacientul/apartinătorii/ medicul solicitant sunt la distanță și nu se pot deplasa, solicitarea este telefonică, documentele medicale se pot trimite pe adresa email a compartimentului de ÎP
- e) Verifică gradul de înțelegere a bolii de către pacient/familie/surogat de familie



f) Planifică internarea în registrul de programări/lista de așteptare pentru pacienții care îndeplinesc criteriile de internare, înștiințează pacientul /apartinătorii /medicul solicitant asupra documentelor necesare pentru internare, ora de prezentare la internare.

g) În cazul în care numărul solicitărilor pentru internare depășește resursele materiale și umane existente, prioritari sunt pacienții cu simptome severe necontrolate, cei cu boală malignă, și starea terminală. Comisia va avea în vedere pe cât posibil ca să asigure accesibilitatea pentru cel puțin 50% din paturi pacienților oncologici cu suferință severă.

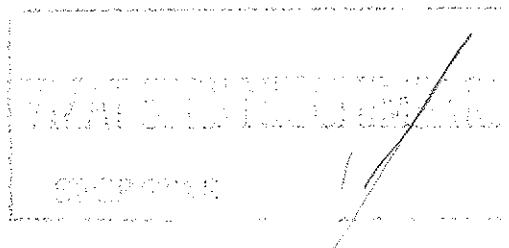
Timpul de lucru : Activitatea comisiei are loc în cursul programului de lucru al medicului coordonator, nu se va suprapune cu timpul alocat pacienților internați.

Periodicitate: De câte ori este o cerere.

10.Comisia de hemovigilență

Comisia de hemovigilență , în vederea evaluării și asigurării sistemului de hemovigilență, denumită în continuare Comisia de HEMOVIGILENȚĂ este compusă din

- a) Directorul medical- presedinte
- b) Directorul Centrului Judetean de Transfuzie Sanguina Mures-membru
- c) Coordonatorul unitatii de transfuzie din spital-membru
- d) Medic specialist ATI- responsabil hemovigilenta
- e) Medic specialist ATI- inlocuitor responsabil hemovigilenta
- f) Medic sef laborator analize medicale- reprezentant
- g) Asistentă coordonatoare sectia chirurgie generala- membru
- h) Asistentă coordonatoare sectia obstetrica-ginecologie-membru
- i) Compartiment financiar-contabil-membru
- j) Farmacist-secretar



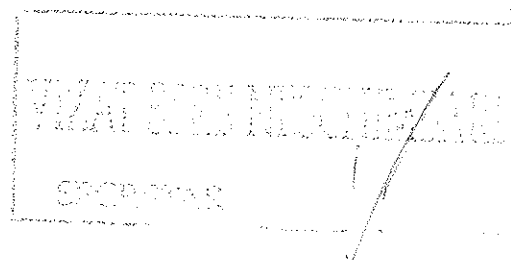
Atribuţiile comisiei sunt următoarele:

- Verifică foaia de observaţie a bolnavului
- Este sesizată în legătură cu orice problemă privitoare la circuitul de transmitere a informaţiilor pentru ameliorarea eficacităţii hemovigilenţei
- Verifică condiţiile de preluare, de stocare şi distribuţie a depozitelor de sânge din unitatea de transfuzie a spitalului
- Membrii comisiei se întrunesc de 2 ori pe an şi întocmeşte rapoarte de evaluare a hemovigilenţei, care vor fi transmise coordonatorului judeţean de hemovigilenţă
- Transmite coordonatorului judeţean de hemovigilenţă rapoarte conform anexelor din ordin
- Participă la efectuarea anchetelor epidemiologice şi a studiilor privind factorii implicaţi în producerea reacţiilor sau incidentelor adverse

11.Comisia de transfuzie

Comisia de transfuzie, denumită în continuare Comisia de transfuzie a Spitalului Orăşenesc Dr.Valer Russu Luduş, este compusă din următorii:

- Medic coordinator comp. ATI- preşedinte
- Medic comp. ATI- membru
- Medic şef secţie Chirurgie generală – membru
- Medic şef secţia Pediatrie-membru
- Medic şef secţia obstetrică-ginecologie – membru
- Farmacist şef- membru
- Director financiar contabil- membru
- Centru Judeţean de Transfuzie Sanguină – membru
- Asistent medical cu atribuţii UTS- secretar

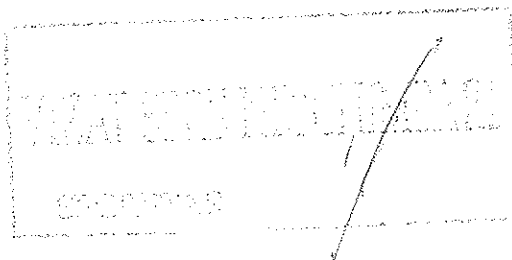


Atribuţiile comisiei privind asigurarea transfuziei, sunt următoarele:

- a) Monitorizarea nivelului de asigurare a securităţii transfuzionale la nivelul spitalului;
- b) Elaborarea şi implementarea documentaţiei necesare aplicării în practica din spital a ghidurilor de utilizare termică a sângelui total şi a componentelor sanguine;
- c) Evaluarea nivelului de pregătire profesională în domeniul transfuziei sanguine a tuturor categoriilor de personal implicate în activitatea de transfuzie sanguină din spital;
- d) Monitorizarea utilizării corecte a terapiei transfuzionale în secţiile spitalului;
- e) Organizarea şi monitorizarea funcţionării sistemului de hemovigilenţă la nivelul spitalului şi colaborarea cu centrul de transfuzie în analiza reacţiilor şi incidentelor adverse severe;
- f) Elaborarea şi implementarea, în colaborare cu responsabilul cu asigurarea calităţii din spital, a sistemului de calitate în unitatea de transfuzie sanguină şi la nivelul secţiilor, privind activitatea de transfuzie sanguină.

12. Grup de lucru pentru studiul ghidurilor şi bunelor practice medicale aplicabile în spital

Grupul de lucru care funcţionează la nivel de spital este compus din şefii de secţii /compartimente şi coordonatori de compartimente.



13. Echipa de lucru pentru elaborarea și revizuirea protocoalelor de diagnostic și tratament

Echipa de lucru care funcționează la nivel de spital este compusă din șefii de secții /compartimente și coordonatori de compartimente.

14. Comisia de concurs și promovare a personalului și comisia de soluționare a contestațiilor

Componenta comisiilor este stabilită prin decizie internă în mod punctual, de câte ori va fi cazul, cu aplicarea următoarelor acte normative în vigoare

- Comisia de concurs și comisia de soluționare a contestațiilor pentru funcția de Manager, Ordinul Ministrului Sănătății nr. 1520/2016
- Comisia de concurs și comisia de soluționare a contestațiilor pentru funcțiile specifice Comitetului director, OMS 284/2007
- Comisia de concurs și comisia de soluționare a contestațiilor pentru funcțiile de șefi de secții, laboratoare și servicii medicale OMS 1406/2006
- Comisia de concurs și comisia de soluționare a contestațiilor pentru funcțiile de medici, medici dentist, farmaciști, biologi, biochimiști și chimiști, OMS 869/2015
- Comisia de concurs, comisia de soluționare a contestațiilor și de promovare a personalului, Hot. De Guvern nr.286/23.03.2011.

15. Comisia de biocide și materiale sanitare necesare prevenirii I.A.A.M.

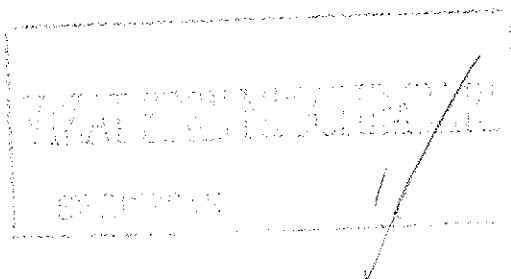
Comisia de biocide și material sanitar care funcționează la nivel de spital este compusă din șefii de secții /compartimente și coordonatori de compartimente.

16. Comisia de monitorizare în domeniul controlului intern managerial pentru implementarea și dezvoltarea sistemelor proprii de control intern managerial la nivelul Spitalului Orătenesc

Dr. 'Valer Russu' Luduș

Comisia de monitorizare, coordonare și îndrumare metodologică a dezvoltării sistemului de control managerial al spitalului, are următoarea componență:

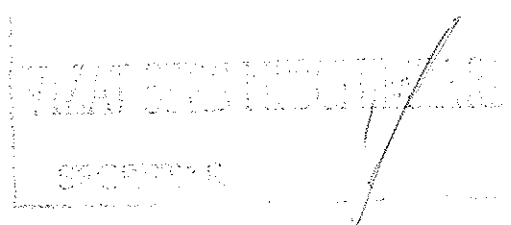
- a) Director financiar contabil – președinte
- b) Manager- vicepreședinte
- c) Medic cu atribuții de director medical- membru
- d) Medic șef secția medicină internă – membru
- e) Medic coordonator comp.boli infecțioase-membru
- f) Medic coordonator comp. îngrijiri paleative-membru
- g) Medic șef secția pediatrie-membru
- h) Medic șef secția chirurgie generală – membru
- i) Medic șef secția obstetrică-ginecologie-membru
- j) Medic coordonator comp.neonatologie-membru
- k) Medic coordonator secția psihiatrie cronici-membru
- l) Medic Șef laborator analize medicale-membru
- m) Medic șef laborator radiologie și imagistică medicală-membru
- n) Medic cooordonator CPU- membru
- o) Medic coordonator laborator anatomie patologică- membru
- p) Medic coordonator bază de recuperare și tratament-membru
- q) Șef birou AAT- membru
- r) Șef birou RUNOS- membru
- s) Economist birou financiar-contabilitate-membru
- t) Economist compartiment managementul calității serviciilor medicale-membru



u) Jurist compartiment juridic-membru

Atribuţiile comisiei sunt:

- a) Elaborează programul de dezvoltare a sistemului de control managerial al spitalului, program care cuprinde obiective, acţiuni, responsabilităţi, termene, precum şi alte măsuri necesare dezvoltării acestuia, cum ar fi elaborarea şi aplicarea procedurilor formalizate pe activităţi, perfecţionarea profesională. La elaborarea programului se vor avea în vedere regulile minimale de management, conţinute în standardele de control intern, aprobate prin Ordinul ministrului finanţelor publice nr.946/2005, particularităţile organizatorice, funcţionale şi de atribuţii ale spitalului, personalul şi structura acesteia, alte regelementări şi condiţii specifice
- b) Supune aprobării managerului programul de dezvoltare a sistemului de control managerial al spitalului, în termen de 60 de zile lucrătoare de la data emiterii prezentei decizii
- c) Urmăreşte realizarea şi asigură actualizarea programului
- d) Urmăreşte elaborarea programelor de dezvoltare a subsistemelor de control managerial ale structurilor spitalului, subprogram care trebuie să reflecte şi inventarul operaţiunilor/activităţilor ce se desfăşoară în structurile respective
- e) Urmăreşte constituirea structurilor pentru monitorizarea, coordonarea şi îndrumarea metodologică, precum şi elaborarea programelor de dezvoltare a sistemelor proprii de control managerial ale structurilor subordonate
- f) Preimşte semestrial de la structurile instituţiei, informări referitoare la progresele înregistrate cu privire la dezvoltarea sistemelor/ subsistemelor proprii de control managerial, în raport cu programele adoptate, precum şi referiri la situaţiile deosebite şi la acţiunile de monitorizare, coordonare şi îndrumare, întreprinse în cadrul acestora
- g) Acolo unde se consideră oportun, îndrumă structurile instituţiei, în elaborarea programelor proprii, în realizarea şi actualizarea acestora, şi/sau în alte activităţi legate de controlul managerial



-
- h) Prezintă directorului executive, ori de câte ori consideră necesar, dar cel puțin o dată pe semestru, informări referitoare la progresele înregistrate cu privire la dezvoltarea sistemului de control managerial, în raport cu programul adoptat, atât la nivelul spitalului, cât și la structurile din cadrul acestuia, la acțiunile de monitorizare, coordonare și îndrumare metodologică întreprinse, precum și a alte problem apărute în legătură cu acest domeniu
- i) Asigură armonizarea procedurilor utilizate, în sistemul de control managerial, la nivelul structurilor spitalului, în situația operațiunilor/activităților comune acestor structuri.

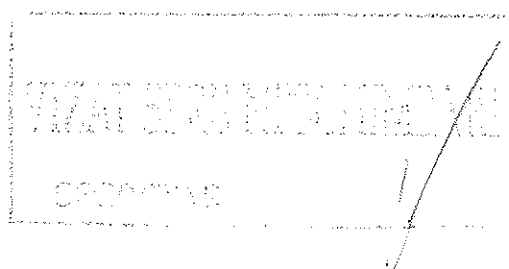
17. Comisiei de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și
sigurantei pacienților

18. Echipa multidisciplinară

19. Consiliul etic

În cadrul spitalului funcționează un consiliul de etică, format din 7 membrii permanenți; pentru fiecare membru permanent și pentru fiecare secretar există un membru supleant, pentru o perioada de 3 ani, având următoarea componență:

- a) 3 reprezentanți aleși ai corpului medical al spitalului;
- b) 2 reprezentanți aleși ai asistenților medicali din spital;
- c) un consilier juridic sau un reprezentant al aparatului funcțional al spitalului cu studii superioare, desemnat de către managerul unității sanitare;



d) un reprezentant ales al asociaţiilor de pacienţi;

e) un secretar, fără drept de vot.

(2) Alegerea şi desemnarea membrilor consiliului de etică se face în urma procedurii de vot, iar numirea membrilor consiliului de etică se face prin decizie internă a managerului.

(3) Consiliul de etică este condus de un preşedinte ales prin vot secret dintre membrii acestuia.

(4) Consiliul etic se întruneşte 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 asistenţei medicale.

Atribuţiile consiliului de etică sunt următoarele:

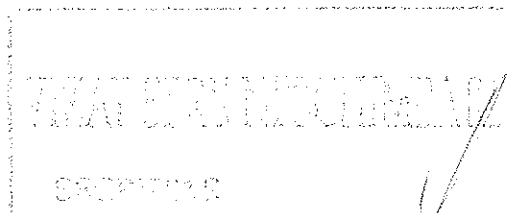
a) analizează cazurile de încălcare a normelor de conduită în relaţia pacient-medic-asistentă, a normelor de comportament, a disciplinei în unitatea sanitară;

b) verifică dacă, prin conduita lui, personalul medico-sanitar şi auxiliar încalcă drepturile pacienţilor prevăzute de legislaţia în vigoare;

c) sesizează organele abilitate ale statului în situaţiile în care constată încălcări ale codului de deontologie medicală, ale drepturilor pacienţilor, precum şi ale normelor de conduită profesională aprobate potrivit legii;

d) analizează sesizările ce privesc plăţi informale ale pacienţilor către personalul medico-sanitar ori auxiliar sau condiţionarea exercitării actului medical de obţinerea unor foloase; propune, în funcţie de caz, măsuri de intrare în legalitate;

e) veghează pentru respectarea, în cazurile terminale, a demnităţii umane şi propune măsuri cu caracter profesional pentru acordarea tuturor îngrijirilor medicale.



CAPITOLUL IV

FINANȚAREA SPITALULUI

Art. (31)

Spitalul Orășenesc Dr.Valer Russu Luduș este instituție publică finanțată integral din venituri proprii și funcționează pe principiul autonomiei financiare. Veniturile proprii ale spitalului provin din sumele încasate pentru serviciile medicale, alte prestații efectuate pe bază de contract, precum și din alte surse, conform legii.

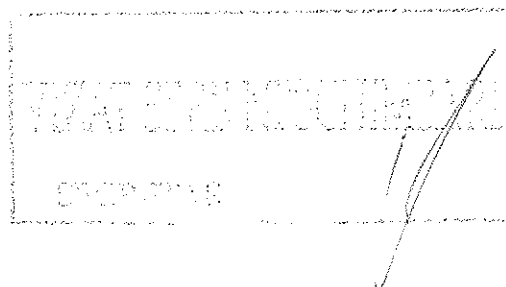
Art. (32)

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale al spitalului Orășenesc Dr.Valer Russu Luduș este cu Casa de Asigurări de Sănătate și se negociază de către manager cu conducerea casei de asigurări de sănătate, în condițiile stabilite în contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

(2) Spitalul poate încheia contracte de furnizare de servicii medicale cu casele de asigurări de sănătate private, precum și cu direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București în vederea derulării programelor naționale de sănătate și desfășurării unor activități specifice, în conformitate cu structura organizatorică a acestora.

(3) Spitalul Orășenesc Dr.Valer Russu Luduș poate realiza venituri suplimentare din:

- a) donații și sponsorizări;
- b) închirierea unor spații medicale, echipamente sau aparatură medicală către alți furnizori de servicii medicale, în condițiile legii;
- c) contracte privind furnizarea de servicii medicale încheiate cu casele de asigurări private sau cu operatori economici;
- d) servicii medicale, hoteliere sau de altă natură, furnizate la cererea unor terți;
- e) servicii de asistență medicală la domiciliu, acordate la cererea pacienților sau, după caz, în baza unui contract de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, în condițiile stabilite prin contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate;



f) alte surse, conform legii.

Art. (33)

Spitalul face parte din rețeaua autorităților administrației publice locale și poate încheia contracte cu direcțiile de sănătate publică județene, pentru:

- Implementarea programelor naționale de sănătate publică;
- asigurarea drepturilor salariale ale personalului care își desfășoară activitatea în cadrul cabinetelor medicale cuprinse în structura organizatorică aprobată în condițiile legii: dispensar TBC.
- asigurarea cheltuielilor de natura bunurilor și serviciilor necesare pentru dispensarul TBC, cuprins în structura organizatorică a spitalului, aprobată în condițiile legii;
- asigurarea drepturilor salariale pentru rezidenți în toată perioada rezidențiatului, anii I-VII.

Art. (34)

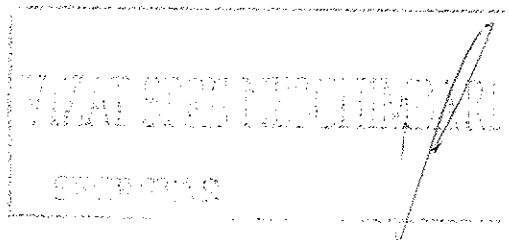
Sumele necesare pentru derularea contractelor prevăzute la articolele precedente se asigură din fonduri de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătății. Sumele necesare pentru derularea contractelor prevăzute de art. 31 lit. a) și e) se asigură din fonduri de la bugetul de stat și din venituri proprii, prin bugetul Ministerului Sănătății.

Art. (35)

Contractele încheiate în condițiile de la art. anterioare încetează de drept la data constatării nerespectării obligațiilor contractuale de către spitalele din rețeaua autorităților administrației publice locale.

Art. (36)

(1) Spitalele publice din rețeaua autorităților administrației publice locale pot primi sume de la bugetul de stat și din veniturile proprii ale Ministerului Sănătății, care se alocă prin transfer către autoritățile administrației publice locale, pentru:



SPITALUL ORĂȘENESC "DR VALER RUSSU " LUDUȘ

Jud. Mureș, Luduș, B-dul 1 Decembrie 1918, nr.20

Tel/fax: 0265-411889; e-mail: spludus@gmail.com

a) finalizarea obiectivelor de investiții noi, de investiții în continuare, nominalizate în listele programului de investiții, anexa la bugetul Ministerului Sănătății din legea bugetului de stat, aflate în derulare la nivelul spitalelor,

b) dotarea cu aparatura medicală, în condițiile în care autoritățile administrației publice locale participă la achiziționarea acestora cu fonduri în cuantum de minimum 5% din valoarea acestora;

c) reparații capitale la spitale, în condițiile în care autoritățile administrației publice locale participă cu fonduri în cuantum de minimum 3% din valoarea acestora;

d) finanțarea obiectivelor de modernizare, transformare și extindere a construcțiilor existente, precum și expertizarea, proiectarea și consolidarea clădirilor în condițiile în care autoritățile administrației publice locale participă la achiziționarea acestora cu fonduri în cuantum de minimum 5% din valoarea acestora.

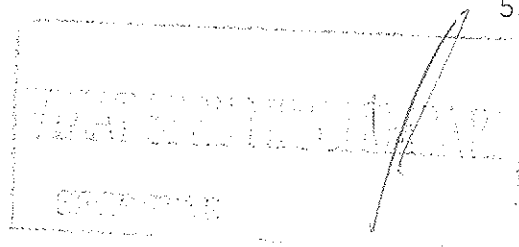
(2) Sumele alocate din bugetul Ministerului Sănătății și din bugetul autorităților administrației publice locale prevăzute la alin. (1) lit. b), c) și d), criteriile de alocare, precum și lista spitalelor publice beneficiare se aprobă anual prin ordin al ministrului sănătății, în termen de 60 de zile de la data publicării legii bugetului de stat.

Art. (37)

Bugetele locale participă la finanțarea unor cheltuieli de administrare și funcționare, respectiv bunuri și servicii, investiții, reparații capitale, consolidare, extindere și modernizare, dotări cu echipamente medicale ale unităților sanitare cu paturi transferate, în limita creditelor bugetare aprobate cu această destinație în bugetele locale.

Art. (38)

(1) Proiectul bugetului de venituri și cheltuieli al spitalului public se elaborează de către comitetul director pe baza propunerilor fundamentate ale conducătorilor secțiilor și compartimentelor din structura spitalului, în conformitate cu normele metodologice aprobate prin ordin al ministrului sănătății, și se publică pe site-ul Ministerului Sănătății, pentru unitățile subordonate, pe cel al autorității de sănătate publică sau pe site-urile ministerelor și instituțiilor sanitare cu rețele sanitare proprii, după caz, în termen de 15 zile calendaristice de la aprobarea



lui.

(2) Bugetul de venituri și cheltuieli al spitalului public se aprobă de ordonatorul de credite ierarhic superior, la propunerea managerului spitalului.

(3) Bugetul de venituri și cheltuieli al spitalului public se repartizează pe secțiile și compartimentele din structura spitalului. Sumele repartizate sunt cuprinse în contractul de administrare, încheiat în condițiile legii.

(4) Controlul asupra activității financiare a spitalului public se face, în condițiile legii, de Curtea de Conturi, Ministerul Sănătății Publice, de ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie sau de alte organe abilitate prin lege.

Art. (39)

(1) Având în vedere că Spitalul Orășenesc Dr.Valer Russu Luduș se subordonează Consiliului Local, bugetul de venituri și cheltuieli se întocmește conform Legii. 273/2006 privind Finanțele publice locale , nu se mai justifică constituirea fondului de dezvoltare. În bugetul instituției există o secțiune de dezvoltare a cărei surse de finanțare poate fi asigurată prin:

- sursele proprii, inclusiv cele din contractele încheiate cu cele din CAS Mureș;
- surse ale bugetului de stat și cele ale veniturilor proprii ale Ministerului Sănătății;
- surse din bugetul local;
- donații si sponsorizări cu destinația dezvoltare.

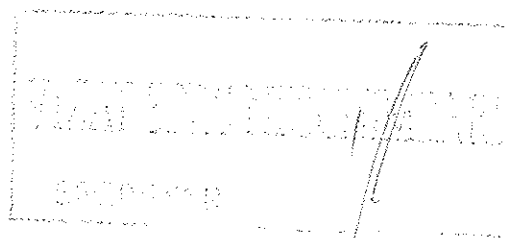
Art. (40)

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

Art. (41)

În situația în care spitalul public 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.

Art. (42)



SPITALUL ORĂŞENESC "DR VALER RUSSU " LUDUŞ

Jud. Mureş, Luduş, B-dul 1 Decembrie 1918, nr.20

Tel/fax: 0265-411889; e-mail: spludus@gmail.com

(1) Salarizarea personalului de conducere din spitalele publice, precum şi a celorlalte categorii de personal se stabileşte potrivit legii.

(2) Cuantumul cheltuielilor aferente drepturilor de personal stabilite potrivit alin. (1) este supus aprobării ordonatorului principal de credite de către manager, cu avizul consiliului de administraţie.

CAPITOLUL VI
DISPOZIȚII FINALE

Art. (43)

(1) Prevederile prezentului Regulament se adresează :

a) personalului încadrat / detaşat sau aflat în misiune ori alte activităţi care se desfăşoară în Spital;

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

c) însoţitorii persoanelor cu handicap/apartenenţi;

d) studenţi, cursanţi, practicanţi;

e) voluntari de toate categoriile;

f) personal de cercetare;

g) vizitatori;

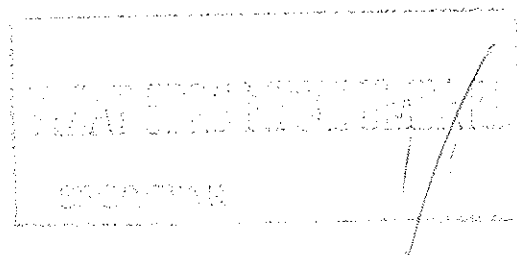
h) comisionarii de echipamente, medicamente, materiale de întreţinere;

i) personalul terţilor pentru întreţinere echipamente medicale şi nonmedicale;

j) altor persoane din afara unităţii, care participă temporar la activităţi care se desfăşoară în Spital (medici aflaţi în pregătire/ perfecţionare, reprezentanţi firme, muncitori etc.).

(2) Prezentul Regulament va fi adus la cunoştinţa întregului personal din cadrul spitalului, pe baza de semnătură, după aprobarea acestuia de către Primarul oraşului Luduş.

(3) Orice modificare şi completare a prezentului Regulament se aprobă de către Primarul oraşului Luduş.



Art.(44)

(1) Dispozițiile prezentului Regulament se completează cu prevederile normativelor aplicabile legislației muncii.

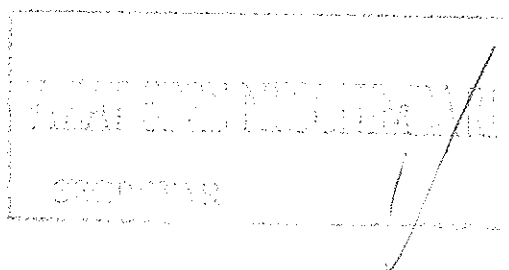
(2) Regulile de aplicare detaliată la nivelul spitalului a principalelor reglementări cuprinse în prezentul Regulament, vor fi elaborate prin grija șefilor de compartimente funcționale din cadrul acestuia, prin proceduri documentate întocmite la nivelul acestora, care, după aprobarea lor de către manager, vor fi aduse la cunoștință, sub semnătură, structurilor/persoanelor interesate.

(3) Șefii microstructurilor din compunerea spitalului dispun măsuri pentru studierea, cunoașterea și aplicarea prevederilor prezentului Regulament de către personalul din subordine, în părțile ce-l privesc, având obligația să informeze noii angajați cu privire la responsabilitățile, drepturile asociate postului, procedurile documentate și protocoalele medicale utilizate în desfășurarea activității lor .

(4) În măsura în care actele normative menționate în prezentul Regulament se modifică, se completează sau se abrogă, prevederile acestuia se vor aplica în limita prevederilor actelor normative nou intrate în vigoare, cu respectarea ierarhiei acestora, urmând ca revizuirea Regulamentului să se facă de către factorii responsabili din spital, în timpul cel mai scurt posibil, după caz.

Art. (45)

Prezentul Regulament a fost elaborat de către **Comitetul director** al spitalului și aprobat în ședința acestuia din data de **09.06.2022 (P.V. nr. 7213 din 09.06.2022)** , înregistrat la nr. **7276/10.06.2022** la care au participat pentru consultare reprezentanții salariaților și înaintat în ședința Consiliului de Administrație din data de 14.06.2022, **PV nr.7350/14.06.2022**.



CAPITOLUL VII

ANEXE

I. Glosar de termeni

S.O. - SPITALUL ORĂȘENESC

DSP - DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ

CPU - CENTRU PRIMIRI URGENTE

ANMCS- AUTORITATEA NAȚIONALĂ DE MANAGEMENT AL
CALITĂȚII ÎN SĂNĂTATE

OAMGMAMR-ORDINUL ASISTENȚILOR MEDICALI GENERALIȘTI,
MOAȘELOR ȘI ASISTENȚILOR MEDICALI DIN ROMÂNIA

OBBCSSR- ORDINUL BIOCHIMIȘTILOR,BIOLOGILOR ȘI CHIMIȘTILOR
ÎN SISTEMUL SANITAR DIN ROMÂNIA

DRG - DIAGNOSTIC RELATED GROUPS

IAAM – INFECȚII ASOCIATE ASISTENȚEI MEDICALE

RUNOS – RESURSE UMANE, NORMARE,ORGANIZARE ȘI SALARIZARE

AAT – ADMINISTRATIV APROVIZIONARE TRANSPORT

RUIAAM - REGISTRULUI UNIC AL INFECȚIILOR ASOCIATE

ASISTENȚEI MEDICALE

CSSM – COMITET SECURITATE ȘI SĂNĂTATE ÎN MUNCĂ

ATI – ANESTEZIE ȘI TERAPIE INTENSIVĂ

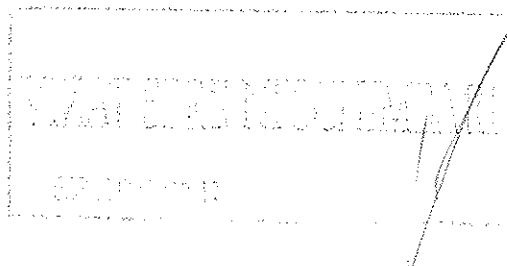
FOCG – FOAIE DE OBSERVAȚIE CLINICĂ GENERALĂ

SNSPMPDSB – ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ,
MANAGEMENT ȘI PERFECTIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR

CNAS – CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

BVC- BUGETUL DE VENITURI ȘI CHELTUIELI

DGASPC-DIRECȚIA GENERALĂ DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ ȘI



PROTECȚIA COPILULUI

CPU-COMPARTIMENT PRIMIRI URGENȚE

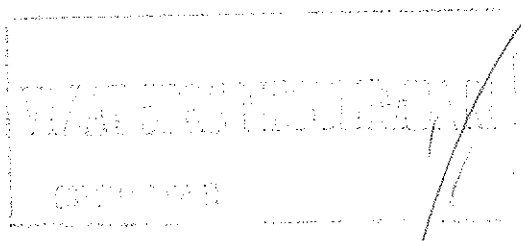
CPAAM-COMPARTIMENT PREVENȚII INFECȚII ASOCIATE

ASISTENȚEI MEDICALE

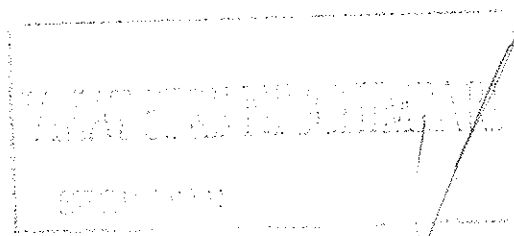
II. Drepturile și obligațiile pacienților internați în cadrul Spitalului Orășenesc Dr.Valer Russu Luduș

A. Drepturile pacienților internați

1. Pacientii au dreptul la îngrijiri medicale de cea mai înaltă calitate de care societatea dispune, în conformitate cu resursele umane, financiare și materiale.
2. Pacientul are dreptul de a fi respectat ca persoană umană, fără nici o discriminare.
3. Pacientul are dreptul de a fi informat cu privire la serviciile medicale disponibile, precum și la modul de a le utiliza.
4. Pacientul are dreptul de a fi informat asupra identității și statutului profesional al furnizorilor de servicii de sănătate.
5. Pacientul internat are dreptul de a fi informat asupra regulilor și obiceiurilor pe care trebuie să le respecte pe durata spitalizării.
6. 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.
7. Pacientul are dreptul de a decide dacă mai dorește să fie informat în cazul în care informațiile prezentate de către medic i-ar cauza suferința.



8. 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.
9. Rudele și prietenii pacientului pot fi informați despre evoluția investigațiilor, diagnostic și tratament, cu acordul pacientului.
10. Pacientul are dreptul de a cere și de a obține o altă opinie medicală.
11. Pacientul sau persoana desemnată în mod expres de acesta, conform prevederilor art. 9 și 10, are dreptul să primească, la externare, un rezumat scris al investigațiilor, diagnosticului, tratamentului, îngrijirilor acordate pe perioada spitalizării și, la cerere, o copie a înregistrărilor investigațiilor de înaltă performanță, o singură dată.
12. 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.
13. Pacientul are acces la datele medicale personale
14. Pacientul are dreptul de a desemna, printr-un acord consemnat în anexa la foaia de observație clinică generală, o persoană care să aibă acces deplin, atât în timpul vieții pacientului, cât și după decesul pacientului, la informațiile cu caracter confidențial din foaia de observație.
15. Dreptul femeii la viață prevalează în cazul în care sarcina reprezintă un factor de risc major și imediat pentru viața mamei.
16. Pacientul are dreptul la informații, educație și servicii necesare dezvoltării unei vieți sexuale normale și sănătății reproducerii, fără nici o discriminare.
17. Dreptul femeii de a hotărî dacă să aibă sau nu copii este garantat, cu excepția cazului prevăzut la art. 26.
18. Pacientul, prin serviciile de sănătate, are dreptul să aleagă cele mai sigure metode privind sănătatea reproducerii.
19. Orice pacient are dreptul la metode de planificare familială eficiente și lipsite

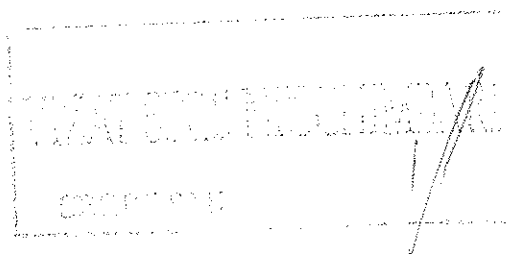


de riscuri.

20. Pacientul are dreptul la îngrijiri terminale pentru a putea muri în demnitate.
21. 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.
22. Pacientul internat are dreptul și la servicii medicale acordate de către un medic acreditat din afara spitalului.
23. Pacientul are dreptul la îngrijiri medicale continue până la ameliorarea stării sale de sănătate sau până la vindecare.
24. Pacientul are dreptul să beneficieze de asistența medicală de urgență, de asistența stomatologică de urgență și de servicii farmaceutice, în program continuu.

B. Obligațiile pacienților internați

1. Înainte de a beneficia de un consult, este obligat să prezinte furnizorilor de servicii medicale, documentele justificative, care atestă calitatea sa de asigurat.
2. Să respecte prescripțiile medicului curant referitoare la tratament și regimul igienico-dietetic.
3. Să aibă un comportament cuviincios în relațiile cu personalul medico-sanitar și cu ceilalți pacienți.
4. Să respecte și să păstreze starea de curățenie în salon, coridoare, grupuri sanitare, etc.
5. Să asigure păstrarea lenjeriei de spital primită (pijama, halat).
6. Alimentele perisabile primite de către pacienți de la bucătăria spitalului precum și din alte surse (familie/aparținători/vizitatori) trebuie consumate în ziua în care sunt furnizate, fiind interzisă depozitarea acestor alimente în noptiere sau



SPITALUL ORĂȘENESC "DR VALER RUSSU " LUDUȘ

Jud. Mureș, Luduș, B-dul 1 Decembrie 1918, nr.20

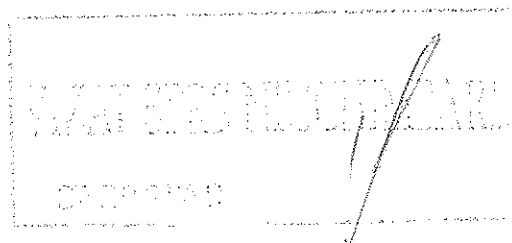
Tel/fax: 0265-411889; e-mail: spludus@gmail.com

pe pervazurile ferestrelor salonului.

7. Să nu părăsească spitalul pe durata internării, decât în cazurile recomandate de medic (consulturi sau analize la alte unități sanitare).
8. Să nu se deplaseze în interiorul spitalului în zonele cu acces restricționat (acces limitat, acces interzis);
9. Să respecte programul de odihnă, servire a mesei și primire de vizitatori al unității sau cel instituit în situații de carantină.
10. Să semnaleze asistentei șefe sau medicului șef de secție orice deficiență intervenită pe parcursul internării sale, în legătură cu nerespectarea drepturilor sale ca pacient.
11. Să nu arunce pe geamurile salonului nici un obiect (aliment, gunoi, etc).
12. Să nu dețină și să nu consume droguri, substanțe interzise de legile în vigoare și băuturi alcoolice și să nu participe la jocuri de noroc.
13. Să nu introducă în incinta spitalului arme, muniții sau alte instrumente care, prin acțiunea lor, pot afecta integritatea fizică și psihică a pacienților, aparținătorilor și a personalului unității.
14. Să nu posede și să nu difuzeze materiale cu caracter obscen sau pornografic în incinta spitalului.
15. Să nu fumeze în incinta spitalului.
16. Să nu aducă jigniri și să nu manifeste agresivitate în limbaj și în comportament față de alți pacienți, aparținători și față de personalul spitalului.
17. Să semnaleze asistentei șefe sau medicului șef de secție orice deficiență constatată pe linia apărării împotriva incendiilor sau pe linia securității și sănătății în muncă.

În plus, înainte de operație pacienții au următoarele obligații:

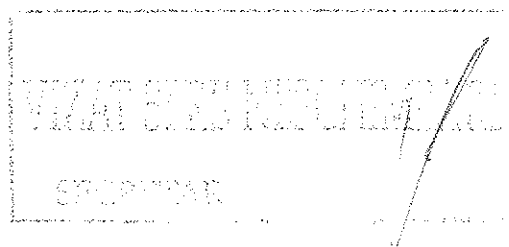
1. Să se informeze de la medici despre tot ce se întâmplă legat de operație și anestezie.



2. Va informa familia despre operație și anestezie.
3. Nu va lua obiecte de valoare (bijuterii, telefoane mobile și bani) la operație.
4. În cazul pacienților de sex feminin, vor intra în operație fără machiaj, lac de unghii, ruj etc.
5. Vor lua măsurile necesare privind o igienă corporală adecvată - spălat corpul (inclusiv zonele intime), bărbierit (bărbați), spălat pe dinți etc.
6. Este obligatoriu ca lenjeria intimă și pijamaua să fie curate, iar pacientele de sex feminin nu vor purta sutien.
7. Să aibă asupra lui medicamentele dacă are tratamente pt. inimă, hipertensiune, diabet, astm sau alte boli de care are cunoștință și să le declare medicului curant.

**C.REGULI ȘI OBICEIURI PE CARE TREBUIE SĂ LE RESPECTE PACIENȚII PE
DURATA INTERNĂRII ÎN SECȚIA PSIHIATRIE CRONICI**

1. Accesul persoanelor străine în Secție se face pe baza documentului de identitate și a înregistrării în Registrul vizitatori .
2. Este interzis accesul persoanelor străine în zonele cu risc crescut , semnalizate (Depozit deseuri periculoase , Depozit rufe murdare , Oficiu alimentar)
3. Vizitatorii , aparținătorii și pacienții au acces neîngrădit la Registrul de reclamații .
4. La internare pacientul poate avea asupra lui următoarele :
 - Pijama , halat , papuci de casă , lenjerie intimă
 - Produse și obiecte de igienă personală : pieptene , periută și pasta de dinți , săpun , prosop , produse cosmetice personale .
 - Medicamente pentru tratamentul afecțiunilor cronice (Diabet de ex .) care vor fi pastrate la sala de tratare și distribuite conform orarului de administrare , de către asistenți .



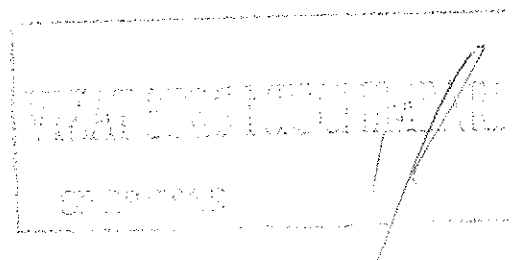
ESTE INTERZIS A PASTRA ASUPRA SA OBIECTE CONTONDENTE DE GENUL :
CUTIT , FURCULITA , LAME SAU APART PENTRU RAS , PAHARE DE STICLA SAU
CESTI PORTELAN , ETC. Aceste obiecte vor fi predate apartinatorilor sau vor fi depozitate in
garderoba sectiei , pana la externarea pacientului .

- Mai poate pastra asupra lui carti , reviste , Biblia , fotografii personale , bani ,
telefon , carduri bancare , alte valori pe care nu vrea sa le predea apartinatorilor si /sau la
garderoba , DAR va fi direct raspunzator de pastrarea lor .

5. In Sectie este interzisa fotografierea si/sau inregistrarea audio/video a celorlalti
pacienti , a angajatilor si/sau a cladirii (interior, exterior) fara aprobarea expresa si scrisa a
Directiunii Spitalului Orasenesc ,, Dr. Valer Russu ,, Ludus.

6. De la sala de tratamente , dupa intocmirea documentelor medicale si efectuarea
Prelucrărilor sanitare , pacientul este condus in salon de catre asistent/infirmier si i se vor aduce
la cunostinta urmatoarele aspecte :

- vor lua la cunostinta prevederile de ordine interioara care-i privesc si se vor angaja
sa le respecte.
- regulile de ordine interioară cuprind obligațiile pacienților in legatura cu modul
lor de comportare pe perioada internării
- predarea fara intarziere a hainelor si incaltamintei de strada la garderoba institutiei
sau apartinatorului care il insoteste, imbracarea si purtarea echipamentului de spital (pijama,
halat si papuci de casa) pe toata durata internării si numai in interiorul institutiei.
- informarea imediată a medicului curant / asistentei de salon în legătură cu orice
modificare aparuta in evolutia starii sale de sanatate.
- respectarea conduitei terapeutice, cooperarea la tratament; procurarea de
medicamente din afara institutiei va fi permisa numai de medicul curant.
- pacienții vor avea o atitudine respectuoasă față de personalul (ne)medical din
institutie si vor fi obligati sa pastreze curatenia saloanelor, culoarelor si grupurilor sanitare si sa



SPITALUL ORĂȘENESC "DR VALER RUSSU " LUDUȘ

Jud. Mureș, Luduș, B-dul 1 Decembrie 1918, nr.20

Tel/fax: 0265-411889; e-mail: spludus@gmail.com

respecte regulile de mentinere a curateniei in institutie si regulile de ordine interioară: realizarea igienei corporale zilnice si Baia generala care se efectueaza obligatoriu de 2 ori /saptamana , in zilele de Marti si Vineri , aerisirea sau curatenia in saloane, respectarea linistii in perioadele de odihna, nefolosirea telefonului mobil in salon pe timpul vizitelor medicale sau a perioadelor de odihna, programul de servire a meselor, pastrarea alimentelor alterabile, respectarea regulilor in legatură cu efectuarea vizitelor .

- respectarea integrității bunurilor din patrimoniul institutiei, inventarul salonului sau a sectiei si folosirea cu grija si corecta a instalatiilor sanitare, electrice sau de orice fel la dispozitie, in caz contrar obligandu-se la plata daunelor produse (personal sau de catre apartinatorii si vizitatorii sai).

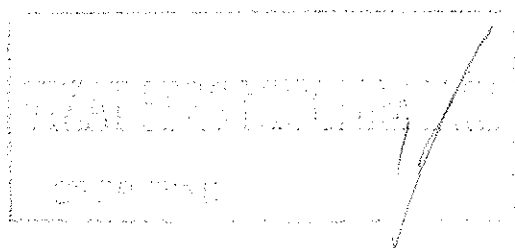
- in salon sunt interzise consumul alimentelor contraindicate de medicul curant sau a celor alterabile, introducerea si consumul de bauturi alcoolice, fumatul este permis doar in locurile special amenajate , sunt interzise jocurile de noroc.

- repausul la pat pe durata indicata de medicul curant este obligatoriu iar deplasările pentru investigatii si tratamente se vor face numai la indicatia personalului medical. In afara perioadelor stabilite pentru repaus sau a celor de vizita medicală, pacientul se poate deplasa pentru recreere in curtea interioara a institutiei doar cu supraveghere .

- pacientii au obligatia de a avea un comportament corect in relatiile cu ceilalti bolnavi, evitand incalcarea regulilor de disciplina, tulburarea linistii si orice manifestare necuviincioasa sau neadecvata. Nemultumirile vor fi aduse la cunostiinta pe un ton adecvat si imediat ce este posibil asistentei de salon, medicului curant - care sunt obligati sa asculte si sa rezolve orice plangere.

- este cu desavarsire interzisa parasirea institutiei fara bilet de voie semnat de medicul curant sau medicul de garda si respecta reglementarea interna cu privire la invoirea pacientului internat pentru motive intemeiate :

Pacientul va face solicitare de invoire medicului curant sau medicului de garda ,dupa caz . In functie de afectiunea pacientului si motivele invocate de acesta , medicul va intocmi un bilet



SPITALUL ORĂȘENESC "DR VALER RUSSU" LUDUȘ

Jud. Mureș, Luduș, B-dul 1 Decembrie 1918, nr.20

Tel/fax: 0265-411889; e-mail: spludus@gmail.com

de voie tip ,care va fi semnat , trecut în registru de evidența cu număr de înregistrare , consemnat în FOCG , iar o copie se păstrează în documentul medical .

Dacă medicul curant sau de gardă consideră că parăsirea temporară a secției contravine scopului internării pacientului , motivul va fi explicat acestuia și se va refuza învoirea .

Durata învierii în decursul unei zile nu va depăși 8 ore .

Asistentul șef de tură urmărește respectarea orelor limită ale învierilor acordate pacienților.

În situația în care pacientul nu a revenit în secție la ora până la care s-a acordat învoirea ,se anunță medicul curant sau de gardă și se consemnează în FOCG.

Absența nejustificată pe o perioadă mai mare de 8 ore , determină externarea din oficiu a pacientului , începând cu ora la care expiră cele 8 ore de învoire .

Pacientul poate fi învuit singur , cu însoțitor din secție (din rândul personalului angajat și doar cu acordul acestuia) sau cu apartinător .La revenirea în secție se consemnează în FOCG , ora revenirii .

În situația pacienților care au tutore sau reprezentant legal , formalitățile privind cererea de învoire se fac de către acesta , iar Biletul de voie va fi înmănat acestuia , întreaga responsabilitate cu privire la pacient , pe perioada învierii , revenindu-i în totalitate .

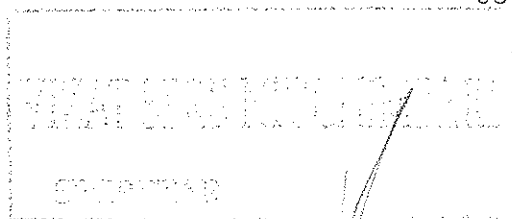
- plecarea din instituție, atunci când starea pacientului o permite, este permisă pentru următoarele motive justificate: ridicarea ajutorului de boală sau a pensiei sau la solicitarea expresă a unor instituții ale statului.

- în timpul deplasării la consulturile interclinice pacientul va purta peste pijama , halat de protecție și va merge însoțit de un angajat al secției (infirmier sau în lipsa acestuia , asistent medical)

- la cererea pacientului poate fi solicitată vizita preotului pentru satisfacerea nevoilor spirituale

- este informat asupra modului de colectare a deșeurilor menajere și medicale

- pacienții sunt obligați să explice membrilor familiilor și să lamurească pe



apartinători în legătură cu respectarea cu strictete a regulilor privind vizitarea pacienților și a dispozițiilor referitoare la obligațiile pacienților pe timpul internării și după externare.

- să prezinte medicului de familie biletul de ieșire din spital și scrisoarea medicală primite la externare și să continue tratamentul la domiciliu (după externare), conform recomandărilor medicului curant.

- la externare completează, dacă dorește, Chestionarul de satisfacție al pacientului, înmănat de personalul medical, care este anonim și îl introduce în cutia postală de pe secție

D. REGULI REFERITOARE LA EFECTUAREA CONSULTULUI MEDICAL ȘI A PROCEDURILOR MEDICALE RECOMANDATE DE CĂTRE MEDICUL SPECIALIST ÎN BAZA DE TRATAMENT

Pacienții vor lua la cunoștință prevederile de ordine interioară care-i privesc și se vor angaja să le respecte. Regulile de ordine interioară cuprind obligațiile pacienților în legătură cu modul lor de comportare pe perioada tratamentului și sunt în legătură cu următoarele aspecte:

- Prezentarea tuturor actelor necesare pentru consultație care să ateste calitatea de asigurat și trimiterea de către medicul de familie (exceptând situațiile de prezentare în regim de urgență), precum și radiografii sau alte acte medicale/investigatii efectuate.

- După efectuarea consultului medical și prescrierea procedurilor ce urmează a le efectua pacientul preia Fisa de Tratament de la medic și se va prezenta la Registratura medicală pentru programarea procedurilor înscrise în Fisa. Programarea se va face de către asistenta desemnată în această funcție, în limita fondului alocat bazei noastre de tratament.

- Pacientul va respecta cu strictete ora programării la cabinetul medical și orele programate pentru efectuarea procedurilor medicale, înscrise în fisa de tratament, pentru a nu perturba programările celorlalți pacienți.

- Pacienții vor prezenta fisa de tratament (anexa 11C) asistentului BFT înainte de

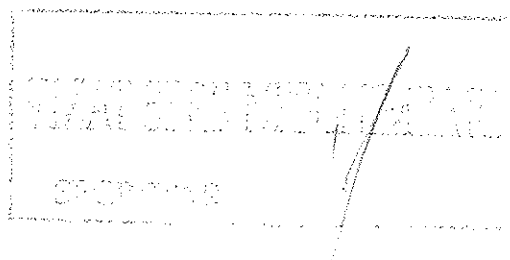
SPITALUL ORĂȘENESC "DR VALER RUSSU" LUDUȘ

Jud. Mureș, Luduș, B-dul 1 Decembrie 1918, nr.20

Tel/fax: 0265-411889; e-mail: spludus@gmail.com

efectuarea fiecărei proceduri.

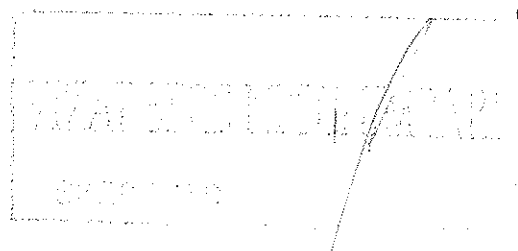
- Pacientilor nu le este permisa efectuarea altor proceduri de tratament in afara celor recomandate de medicul unitatii noastre.
- Pacientul este obligat sa se prezinte la cabinetul medical pentru controlul tensiunii arteriale (in cazul in care are aceasta indicatie pe fisa) care va fi inscrisa in fisa de tratament, de catre asistentul generalist, fisa pe care pacientul o va prezenta asistentului medical BFT care efectueaza procedura medicala.
- Pacientii nu se vor prezenta la efectuarea procedurilor cu telefoane mobile, deoarece, exista riscul defectarii aparaturii medicale din cauza interferentelor cu curentul continuu.
- Pacientii sunt obligati sa respecte indicatiile asistentului BFT.
- Pacientii sunt obligati sa poarte o tinuta decenta si corespunzatoare fiecărei proceduri medicale, avand la dispozitie un vestiar unde isi pot schimba tinuta.
- Ne asumam posibilitatea de a refuza tratamentului unui pacient daca acesta nu se prezinta cu toaleta zilnica efectuata la domiciliu sau se prezinta in stare de ebrietate.
- Pentru efectuarea procedurilor medicale, pacientii vor utiliza atat prosoapele de unica folosinta, existente in cabinetele medicale cat si prosoapele personale.
- Pe durata tratamentului este interzis consumul de bauturi alcoolice, tutun si alimente perisabile in sala de asteptare sau in salile de tratament.
- Toate informatiile privind starea pacientului, rezultatele investigatiilor, diagnosticul, prognosticul, tratamentul, datele personale sunt confidentiale.
- Informatiile cu caracter confidential pot fi furnizate numai in cazul in care pacientul isi da consimtamantul explicit sau daca legea o cere in mod expres.
- In cazul in care informatiile sunt necesare altor furnizori de servicii medicale acreditati, implicati in tratamentul pacientului, acordarea consimtamantului nu mai este obligatorie.
- Orice amestec in viata privata, familiala a pacientului este interzis, cu exceptia cazurilor in care aceasta imixtiune influenteaza pozitiv diagnosticul, tratamentul ori ingrijirile acordate si numai cu consimtamantul pacientului. Sunt considerate exceptii cazurile in care pacientul



reprezinta pericol pentru sine sau pentru sanatatea publica.

E. REGULI DE COMPORTAMENT IN LABORATORUL DE RECUPERARE, MEDICINĂ FIZICĂ ȘI BALNEOLOGIE PENTRU PACIENTI

- Pacienții vor avea o atitudine respectuoasă față de personalul (ne)medical din institutie si vor fi obligati sa pastreze curatenia saloanelor, culoarelor si grupurilor sanitare si sa respecte regulile de mentinere a curateniei in institutie si regulile de ordine interioară: realizarea igienei corporale, aerisirea sau curatenia în saloane, respectarea linistii pe perioada spitalizarii, nefolosirea telefonului mobil in salon în timpul tratamentului, achitarea serviciilor cu plată.
- Respectarea integrității bunurilor din patrimoniul institutiei, inventarul salonului sau a laboratorului și folosirea cu grijă și corectă a instalațiilor sanitare, electrice sau de orice fel la dispozitie, in caz contrar obligându-se la plata daunelor produse (personal sau de către aparținătorii și însoțitorii săi).
- Sunt interzise introducerea si consumul de bauturi alcoolice, fumatul sau jocurile de noroc.
- Pacienții au obligația de a avea un comportament corect în relațiile cu ceilalti bolnavi, evitand încălcarea regulilor de disciplină, tulburarea liniștii și orice manifestare necuviincioasă sau neadecvată. Nemulțumirile vor fi aduse la cunoștința pe un ton adecvat și imediat ce este posibil asistentei de servicii, medicului curant - care sunt obligați să asculte și să rezolve orice plângere.
- Personalul medical sau nemedical din unitatile sanitare nu are dreptul sa supuna pacientul



nici unei forme de presiune pentru a-l determina pe acesta sa il recompenseze altfel decat prevad reglementarile de plata legale din cadrul laboratorului.

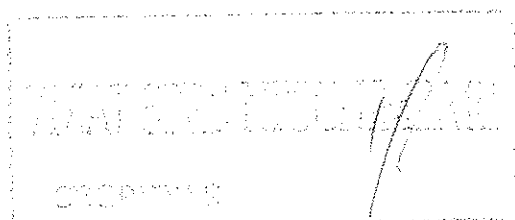
- Sa prezinte medicului de familie fişa de tratament balnear primită la sfârşitul perioadei de tratament.

III. Drepturile şi obligaţiile aparţinătorilor/vizitatorilor pacienţilor internaţi în Spitalul Orăşenesc Dr."Valer Russu" Luduş

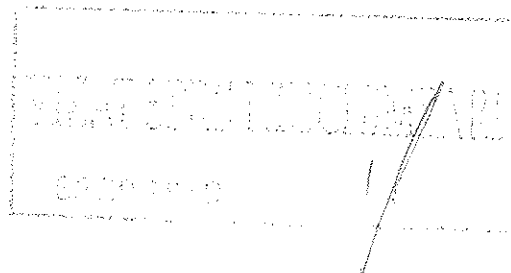
A.Drepturile aparţinătorilor /vizitatorilor

1. Aparţinătorii au dreptul de a vizita pacienţii conform programului de vizite afişat în spital, specific fiecărei secţii medicale sau cel instituit în situaţii de carantină;
2. Programul de vizită al aparţinătorilor pacienţilor internaţi în spital este după cum urmează:
 - Compartiment Boli infecţioase – Marţi şi Joi 15:00-17:00, Duminică 15:00-18:00;
 - Secţia obstetrică-ginecologie – Luni, Miercuri, Vineri, Duminică 15:00-15:30;
 - Secţia Psihiatrie- Luni-Vineri, 10:00-12:30 si 15:00-17:00; Sâmbătă şi Duminică 10;00-17:00;
 - Secţia Pediatrie – zilnic 15:00-17:00;
 - Secţia Medicină Internă – Marţi şi Joi 15:00-17:00; Sâmbătă şi Duminică 14:00-18:00;
 - Secţia Chirurgie generală – Marţi, Joi 15:00-17:00, Sâmbătă 14:00-16:00, Duminică 15:00-18:00

69



3. La intrarea în spital aparținătorii au obligația de a prezenta personalului de tura actul de identitate pentru a fi trecut în registru de vizitatori. Cu această ocazie este interzisă perceperea de taxe pentru vizitarea pacienților;
4. Un pacient internat într-un salon cu mai mult de trei paturi poate fi vizitat de maximum trei persoane. De asemenea, în salon pot fi simultan vizitatori pentru cel mult doi pacienți. Spitalul poate dispune ca durata vizitei să fie limitată la 60 de minute, pentru a da posibilitatea vizitei și celorlalți pacienți internați în același salon, dacă există solicitări în acest sens.
5. Pacienții din Secția A.T.I. pot fi vizitați zilnic doar de membrii familiei, respectiv soț/soție, copii, părinți, surori sau frați. La acești pacienți pot intra cel mult două persoane, care trebuie să respecte reglementările interne ale secției.
6. Secția A.T.I. este obligată să aibă un număr de telefon prin care medicul curant sau cel de gardă să informeze familia despre starea pacientului. Respectivul număr de telefon se pune la dispoziția aparținătorilor pacienților la cererea acestora;
7. Familiile pacienților internați în oricare dintre secțiile unității sanitare pot discuta direct cu medicul curant în timpul programului de lucru al acestuia, în baza unui program stabilit de medicul șef de secție sau de coordonatorul secției, aprobat de directorul medical și afișat la loc vizibil în fiecare secție.
8. Pacienții aflați în stare critică sau terminală pot fi vizitați la orice oră, indiferent de secția în care sunt internați. Un membru al familiei poate solicita să stea permanent lângă pacientul aflat în stare critică sau în fază terminală, dacă sunt condiții necesare în secția în care este internat;

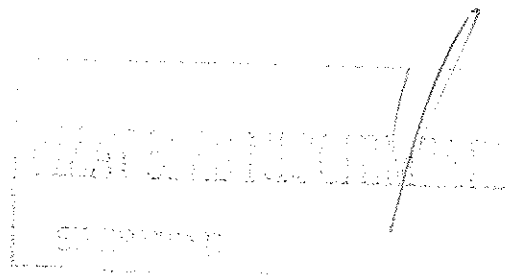


B. Obligațiile aparținătorilor/vizitatorilor

1. Este interzisă introducerea în spital de băuturi alcoolice, droguri, arme, muniții sau alte instrumente care, prin acțiunea lor, pot afecta integritatea fizică și psihică a pacienților, aparținătorilor și a personalului unității;
2. Pe timpul vizitei în spital este interzisă folosirea telefonului mobil cu camera foto, aparat de fotografiat sau alte aparate de înregistrare și filmare;
3. Este interzis accesul în spital a persoanelor aflate în stare de ebrietate;
4. Copiii care își vizitează rudele în spital trebuie să fie însoțiți și supravegheați pe timpul vizitei de către un adult;
5. Pe timpul vizitei aparținătorii au obligația de a avea un comportament cuviincios în relațiile cu personalul medico-sanitar și cu ceilalți pacienți și aparținători;
6. Aparținătorii au obligația să respecte și să păstreze starea de curățenie în salon, coridoare, grupuri sanitare, etc.
7. Este interzisă deplasarea în interiorul spitalului în zonele cu acces restricționat (acces limitat, acces interzis);
8. Fumatul în incinta spitalului este strict interzis;
9. Dacă sunteți răcit, aveți gripă sau nu vă simțiți bine, este indicat să nu faceți vizite în spital

**C. REGULI ȘI OBICEIURI PE CARE TREBUIE SĂ LE RESPECTE
APARTINĂTORII PE DURATA INTERNĂRII ÎN SECȚIA
PSIHIATRIE CRONICI**

1. Accesul vizitatorilor se realizează în baza Cartii de Identitate sau alt document de identificare.

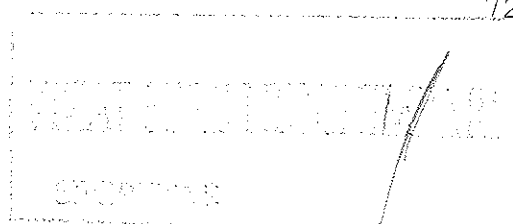


SPITALUL ORĂŞENESC "DR VALER RUSSU " LUDUŞ

Jud. Mureş, Luduş, B-dul 1 Decembrie 1918, nr.20

Tel/fax: 0265-411889; e-mail: spludus@gmail.com

-
2. Numarul maxim de vizitatori admisi la un pacient este de două persoane.
 3. Este interzis accesul copiilor sub 14 ani
 4. Este interzis accesul vizitatorilor cu animale de companie .
 5. Este interzisa fotografierea , inregistrarea video si/sau audio a pacientilor , a angajatilor si/sau a incintei sectiei (interior/exterior) fara acordul expres , exprimat in scris a Conducerii Spitalului Orasenesc „Dr. Valer Russu „ Ludus
 6. Vizitatorii vor avea acces la salonul pacientului doar daca acesta este nedaplasabil si doar insotiti de un angajat al sectiei .
 7. Daca un pacient refuza primirea vizitei apartinatorilor , acesti vor fi informati despre acest aspect si vor fi rugati sa paraseasca incinta sectiei .
 8. Se interzice vizitarea pacienţilor de catre persoanele care prezinta simptome ale unei boli infecto-contagioase (in special viroza respiratorie, boala diareica acuta, boala eruptiva, etc.).sau se afla sub influenta bauturilor alcoolice si/sau a uzului de substanta
 9. Vizitatorii nu au voie sa abordeze verbal sau fizic un alt pacient care nu le este cunoscut
 10. La intrarea în sectie, vizitatorii vor avea echipament de protectie asigurat de spital: halat sau pelerina, botosei .
 11. Se vor folosi circuitele si caile de acces semnalizate pentru vizitatori.
 12. Vizitatorii nu vor determina pacientii sa iasa din incinta spitalului in tinuta de spital.
 13. Se vor respecta indicatiile medicului curant cu privire la alimentele permise, in functie de specificul afectiunii si al procedurilor de diagnostic sau tratament aplicate.
 14. Nu se vor aduce in spital alimente perisabile (creme, inghetată, oua de casa, lapte de casa, etc.) si nici excitanti ai SNC (cafea , alcool , droguri)
 15. Vizitatorii vor respecta indicatiile personalului medico-sanitar privitoare la masurile aplicate in situatii epidemiologice deosebite (carantina, etc.).

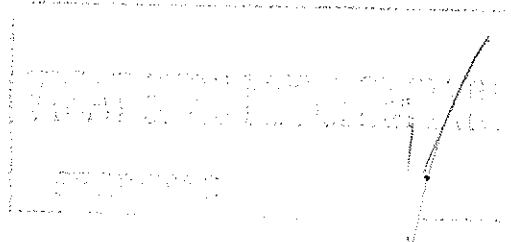


16. Vizitatorii nu au voie sa se aseze pe patul pacientului; sa atinga mesele de tratament, carucioarele de pansamente, echipamente sau aparatura medicala; sa atinga recipientele inscripționate cu mesaje avertizoare de risc, de exemplu pictograma de "risc biologic".

D. REGULILE DE COMPORTAMENT ALE APARTINĂTORILOR

ESTE STRICT INTERZIS:

- afișajul, vânzările ambulante, distribuția materialelor publicitare.
- întreprinderea de activități de convingere religioasă / politică.
- sa atinga mesele de tratament, carucioarele de pansamente, echipamente sau aparatura medicala;
- să atingă recipientele inscripționate cu mesaje avertizoare de risc, de exemplu pictograma de "risc biologic".
- accesul cu echipament video si audio și înregistrarea audio și video, fără acordul prealabil scris al conducerii.
- să arunce gunoaie, reziduuri, ambalaje de orice natură, exclusiv în locurile special amenajate în acest sens.
- să respecte instrucțiunile/regulile specifice privind apărarea împotriva incendiilor.
- să aducă în stare de neutilizare semnele, afișele, marcasele sau altele asemenea destinate apărării împotriva incendiilor.
- să se intervină la aparatura medicală, instalațiile electrice, instalații de protecție împotriva incendiilor și mijloacele tehnice de primă intervenție în caz de incendiu.



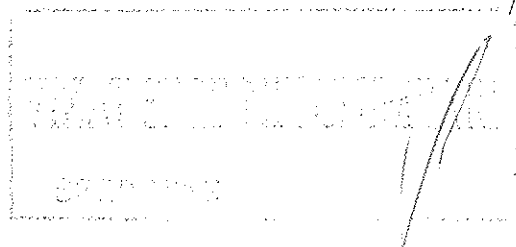
- producerea de zgomote prin strigăte, larmă cât și prin utilizarea de aparate radio, CD-playere etc.
- să se afecteze curățenia pe spațiile interioare și exterioare spitalului.
- să deranjeze pacienții aflați la tratament balneofizioterapeutic și să se așeze pe paturile acestora.
- vandalizarea mobilierului de decor (bănci, coșuri de gunoi, uși, aviziere, etc.): zgârierea, scrierea, vopsirea, murdărirea cu orice substanță, demontarea, distrugerea sau degradarea oricăror elemente constructive, decorative sau mobilier.

Persoanele care cauzează astfel de prejudicii în mod direct sau indirect, vor acoperi integral costul reparării sau înlocuirii acestor bunuri.

APARTINĂTORII AU OBLIGAȚIA:

- să arunce gunoaie, reziduuri, ambalaje de orice natură, în locurile special amenajate în acest sens;
- să folosească dispenserul cu soluție de dezinfectant de mâini din sala de așteptare la intrarea și ieșirea din instituție.
- să respecte instrucțiunile/regulile specifice privind apărarea împotriva incendiilor.
- să anunțe orice eveniment observat și care poate produce o situație de urgență.
- să respecte indicațiile personalului unității sanitare în cazul producerii unui incendiu, pentru evacuarea în siguranță a spațiilor.
- să nu își lase obiectele personale nesupravegheate, indiferent de zona din spital în care se află, personalul spitalului nefiind responsabil de eventuala

74



dispariție a acestora.

- să respecte circuitele și căile de acces semnalizate pentru aparținători.
- să respecte indicațiile personalului medico-sanitar privitoare la măsurile aplicate în situații epidemiologice deosebite (carantina, etc.)
- accesul la documentele medicale ale pacienților, toate informațiile despre pacienți vor fi solicitate direct medicului curant.

E. REGULILE ȘI OBICEIURILE PE CARE TREBUIE SĂ LE RESPECTE ÎNȘOȚITORII PE DURATA INTERNĂRII ÎN SPITAL

1. La internare să aibă asupra lor (în limita posibilităților):

- pijama, halat;
- papuci de casă;
- produse igienă personală;
- medicamente pentru tratamentul afecțiunilor cronice unde este cazul (diabetici, etc);

2. La recepție, după completarea documentației medicale, va fi direcționat către garderoba pentru a se îmbrăca în pijama și papuci. Hainele de stradă se lasă la garderobă; pacientul /însoțitorul este condus la salon de către infirmieră.

3. La salon:

- asistenta de serviciu/infirmiera îi prezintă salonul cu anexele și utilitățile sale, obiectele sanitare, mobilierul, , sistemul de iluminare și de alarmare și modul lor de funcționare;
- primște informații privitoare la respectarea normelor de igienă personală, si a ambiantului din cameră, păstrarea curățeniei și a liniștii în cameră și pe holuri;

Pacienții / însoțitorii sunt rugați:

- să citească drepturile și obligațiile pacientului afișate în secție
- să exploateze corect aparatele și utilitățile din cameră, să păstreze integritatea obiectelor

SPITALUL ORĂȘENESC "DR VALER RUSSU " LUDUȘ
Jud. Mureș, Luduș, B-dul 1 Decembrie 1918, nr.20
Tel/fax: 0265-411889; e-mail: spludus@gmail.com

sanitare, a lenjeriei și mobilierului din dotare;

- să mențină ușa salonului închisă; aerisirea se va face numai pe geam, de mai multe ori pe zi;
- să permită infirmierei să facă curățenia zilnică și să aerisească salonul, de câte ori este nevoie;
- să efectueze zilnic igiena generală;
- să folosească pentru igienă obiectele personale (pieptene, periuța și pasta de dinți, produse cosmetice personale);
- să respecte programul privitor la orele de masă, de tratament, de odihnă și primire a vizitatorilor, a regulilor ce se aplică în spital;
- este rugat să limiteze pe cât posibil numărul vizitatorilor, conform regulilor de vizită afișate;
- să nu primească vizitatori cu starea sănătății alterată(viroze, tuse, febră, etc)
- să respecte instrucțiunile indicate de personalul medical în legătură cu ora și modul de administrare a tratamentului;
- să completeze chestionarul de satisfacție și să-l predea la externare;
- nu păstrează în noptieră alimente peste noapte;
- ieșirea sau plecarea din spital se face numai cu permisiunea medicilor;
- în timpul deplasărilor la consultațiile interclinice, pacienții /însoțitorii vor folosi, peste pijama, halate de protecție;
- vizitatorii trebuie să respecte orarul de vizite afișat
- este interzis fumatul în clinică. Pacienții/însoțitorii care nu pot renunța la fumat vor face acest lucru în locul special amenajat indicat de asistenta de serviciu;
- este informat asupra modului de colectare a deșeurilor menajere și medicale;
- să nu utilizeze consumatori electrici decât cu aprobarea medicului șef secție

4. La externare:

- va prezenta asistentei medicale de serviciu/infirmierei, camera cu bunurile și utilitățile sale întregi și în stare de funcționare; în cazul în care se constată deteriorări ale bunurilor

7.6

[Stampa și semnătură]

spitalului, pacientul plătește contravaloarea.

- la externare primește documentele medicale, va lăsa chestionarul de satisfacție completat în urna special amenajată în secție, coboară la garderoba unde se echipează în ținuta de stradă.

IV. REGULAMENTELE DE ORGANIZARE ȘI FUNCȚIONARE ALE COMISIILOR, COMITETELOR ȘI GRUPURILOR DIN CADRUL SPITALULUI ORĂȘENESC DR.VALER RUSSU LUDUȘ

1. REGULAMENT DE ORGANIZARE ȘI FUNCȚIONARE AL COMITETULUI DE SECURITATE ȘI SĂNĂTATE ÎN MUNCĂ

A. Organizarea CSSM

CSSM este constituit în baza deciziei emisă de managerul Spitalului Orășenesc Dr.Valer Russu Luduș și în conformitate cu HG pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Legii securității și sănătății în muncă nr. 319 din 2006 cu modificările și completările ulterioare.

B. Componența CSSM

Comitetul de securitate și sănătate în muncă este constituit din următorii membri:

- a) angajator sau reprezentantul sau legal;
- b) reprezentanți ai angajatorului cu atribuții de securitate și sănătate în muncă;

77

c) reprezentanți ai lucrătorilor cu răspunderi specifice în domeniul securității și sănătății lucrătorilor;

d) medicul de medicina a muncii.

Numărul reprezentanților lucrătorilor este egal cu numărul format din angajator sau reprezentantul său legal și reprezentanții angajatorului.

Lucrătorul desemnat sau reprezentantul serviciului intern de prevenire și protecție este secretarul comitetului de securitate și sănătate în muncă.

Reprezentanții lucrătorilor în comitetul de securitate și sănătate în muncă vor fi aleși pe o perioadă de 2 ani.

În cazul în care unul sau mai mulți reprezentanți ai lucrătorilor cu răspunderi specifice în domeniul securității și sănătății lucrătorilor se retrag din comitetul de securitate și sănătate în muncă, aceștia vor fi înlocuiți imediat prin alți reprezentanți aleși.

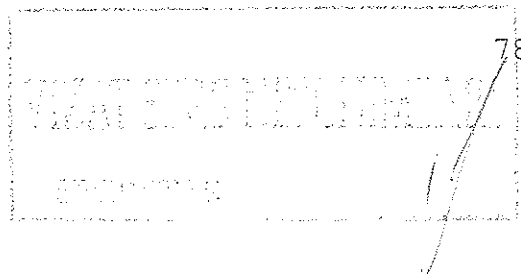
C. Obiectivele CSSM

- Garantarea securității și sănătății salariaților
- Controlul securității și sănătății în muncă
- Implicarea salariaților la elaborarea și aplicarea deciziilor în domeniul protecției muncii.

D. Funcționarea CSSM

Comitetul de securitate și sănătate în muncă funcționează în baza regulamentului de funcționare propriu.

Angajatorul are obligația să asigure întrunirea comitetului de securitate și sănătate



în muncă cel puțin o dată pe trimestru și ori de câte ori este necesar.

Ordinea de zi a fiecărei întruniri este stabilită de către președinte și secretar, cu consultarea reprezentanților lucrătorilor, și este transmisă membrilor comitetului de securitate și sănătate în muncă, inspectoratului teritorial de muncă și, dacă este cazul, serviciului extern de protecție și prevenire, cu cel puțin 5 zile înaintea datei stabilite pentru întrunirea comitetului.

Secretarul comitetului de securitate și sănătate în muncă convoacă în scris membrii comitetului cu cel puțin 5 zile înainte de data întrunirii, indicând locul, data și ora stabilite.

La fiecare întrunire secretarul comitetului de securitate și sănătate în muncă încheie un proces-verbal care va fi semnat de către toți membrii comitetului.

Comitetul de securitate și sănătate în muncă este legal întrunit dacă sunt prezenți cel puțin jumătate plus unu din numărul membrilor săi.

Comitetul de securitate și sănătate în muncă convine cu votul a cel puțin două treimi din numărul membrilor prezenți.

Secretarul comitetului de securitate și sănătate în muncă va afișa la loc vizibil copii ale procesului-verbal încheiat.

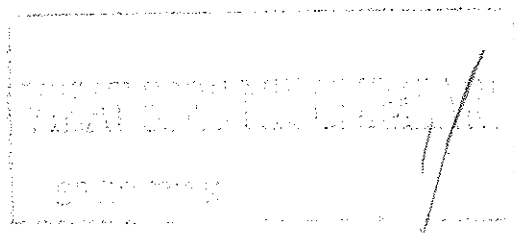
Secretarul comitetului de securitate și sănătate în muncă transmite inspectoratului teritorial de muncă, în termen de 10 zile de la data întrunirii, o copie a procesului-verbal încheiat.

E. Atribuțiile Comitetului SSM

Pentru realizarea informării, consultării și participării lucrătorilor, în conformitate cu art. 16, 17 și 18 din lege, comitetul de securitate și sănătate în muncă are cel

puțin următoarele atribuții:

- a) analizează și face propuneri privind politica de securitate și sănătate în muncă și planul de prevenire și protecție, conform regulamentului intern sau regulamentului de organizare și funcționare;
- b) urmărește realizarea planului de prevenire și protecție, inclusiv alocarea mijloacelor necesare realizării prevederilor lui și eficiența acestora din punct de vedere al îmbunătățirii condițiilor de muncă;
- c) analizează introducerea de noi tehnologii, alegerea echipamentelor, luând în considerare consecințele asupra securității și sănătății, lucrătorilor, și face propuneri în situația constatării anumitor deficiențe;
- d) analizează alegerea, cumpărarea, întreținerea și utilizarea echipamentelor de muncă, a echipamentelor de protecție colectivă și individuală;
- e) analizează modul de îndeplinire a atribuțiilor ce revin serviciului extern de prevenire și protecție, precum și menținerea sau, dacă este cazul, înlocuirea acestuia;
- f) propune măsuri de amenajare a locurilor de muncă, ținând seama de prezența grupurilor sensibile la riscuri specifice;
- g) analizează cererile formulate de lucrători privind condițiile de muncă și modul în care își îndeplinesc atribuțiile persoanele desemnate și/sau serviciul extern;
- h) 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;

i) 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;

j) analizează cauzele producerii accidentelor de muncă, îmbolnăvirilor profesionale și evenimentelor produse și poate propune măsuri tehnice în completarea măsurilor dispuse în urma cercetării;

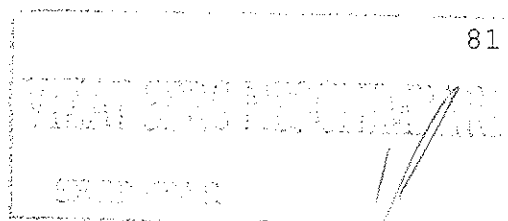
k) efectuează verificări proprii privind aplicarea instrucțiunilor proprii și a celor de lucru și face un raport scris privind constatările făcute;

l) dezbate raportul scris, prezentat comitetului de securitate și sănătate în muncă de către conducătorul unității cel puțin o dată pe an, cu privire la situația securității și sănătății în muncă, la acțiunile care au fost întreprinse și la eficiența acestora în anul încheiat, precum și propunerile pentru planul de prevenire și protecție ce se va realiza în anul următor.

2. *REGULAMENT DE ORGANIZARE ȘI FUNCȚIONARE AL COMISIEI DE FARMACOVIGILENȚĂ*

A. Organizarea comisiei

Comisia de farmacovigilență este constituită în baza deciziei emisă de managerul Spitalului Orășenesc Dr.Valer Russu Luduș și în conformitate cu: prevederile



art.186 din Legea nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, prevederile Ordinului MS nr.446/2017 privind aprobarea Standardelor, procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor cu modificările și completările ulterioare și în temeiul O.M.S nr.863/2004 pentru aprobarea atribuțiilor și competențelor consiliului medical al spitalului , Ordinul nr.962/2009 pentru aprobarea normelor privind Înființarea, organizarea și funcționarea farmaciilor și drogheriilor, Anexa 1, Cap.3, Secțiunea a 3-a, art.40, alin.2 și 4 și Secțiunea 1 art.24, alin.7, pct.d și decizia managerului spitalului.

B. Componenta comisiei de farmacovigilență

Comisia de farmacovigilență este constituită din 6 membri din care președintele comisiei este directorul medical al Spitalului Orășenesc Dr.Valer Russu Luduș iar secretarul este un asistent de farmacie.

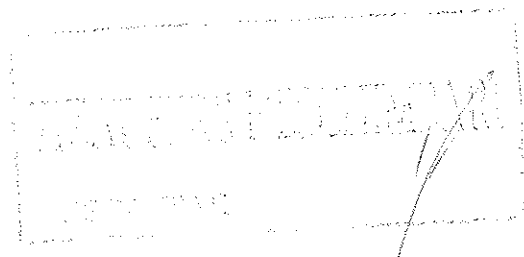
C. Funcționarea Comisiei de farmacovigilență

- Se întrunește în ședințe ordinare trimestrial și în ședințe extraordinare, la convocarea conducerii spitalului.
- Este legal întrunită dacă sunt prezenți cel puțin două treimi din totalul membrilor.

Analizează riscurile noi sau dacă s-au produs modificări cu privire la riscurile existente și dacă riscurile respective au un impact asupra raportului risc/beneficiu al medicamentului.

Are obligația de a susține tot corpul medical în vederea depistării și raportării reacțiilor adverse la medicamente conform legislației în vigoare.

- Analizează justificările primite din partea medicilor curanți și prezintă conducerii spitalului și medicului curant concluziile finale



În termen de maximum 30 de zile calendaristice de la prezentarea concluziilor finale medicului currant, acesta poate prezenta o contestație justificată, contestație ce va fi analizată într-o comisie lărgită, la care va fi invitat un cadru universitar de specialitate.

Propunerea definitivă a Comisiei de farmacovigilență asupra analizei făcute este transmisă în scris conducerii spitalului.

- Colaborează cu celelalte comisii ale spitalului în vederea creșterii calității actului medical.
- Metodologia prezentată privind organizarea și funcționarea Comisiei de farmacovigilență este adoptată de toți membrii comisiei și devine obligatorie. Toate materialele elaborate, inclusiv rapoartele trimestriale vor fi gestionate de președintele comisiei și arhivate conform legii.

D. Obiectivele Comisiei de farmacovigilență

- Monitorizarea continuă a siguranței medicamentelor
- Minimizarea riscului

E. Atribuțiile Comisiei de farmacovigilență

- a) verifică corespondența baremului aparatului de urgență cu cel aprobat de conducerea unității și conform legislației în vigoare;
- b) analizează toate cazurile de reacții adverse, va urmări întocmirea fișelor de reacții adverse și va propune metode mai bune de diagnostic a reacțiilor adverse;
- c) prezintă periodic informări cu privire la această activitate și face propuneri de îmbunătățire a acestei activități.

3. *REGULAMENT DE ORGANIZARE ȘI FUNCȚIONARE AL COMISIEI DE ANALIZĂ A DECESULUI*

A. Organizarea comisiei

Comisia de analiză a decesului este constituită în baza deciziei emisă de managerul Spitalului Orășenesc Dr.Valer Russu Luduș și în conformitate cu: prevederile Legii nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, prevederile Ordinului MS nr.446/2017 privind aprobarea Standardelor, procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor cu modificările și completările ulterioare.

B. Componenta comisiei de analiză a decesului

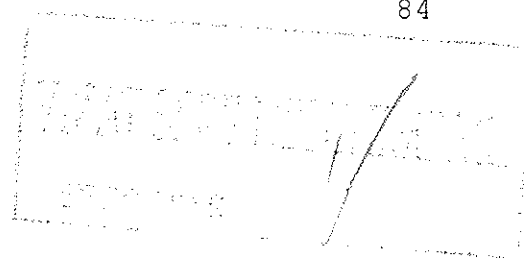
Comisia de analiză a decesului are în componență 11 membri medici șefi de secție, din care președinte este directorul medical al Spitalului Orășenesc Dr.Valer Russu Luduș și secretarul comisiei.

C. Obiectivele Comisiei:

- Verificarea concordanței între diagnosticele clinice și anatomopatologice.

D. Funcționarea Comisiei:

- se întrunește lunar sau ori de câte ori este necesar și analizează toate decesele din spital
- Este legal întrunită dacă sunt prezenți cel puțin două treimi din totalul membrilor.
- Analizează justificările primite din partea medicilor curanți și prezintă conducerii spitalului și medicului curant concluziile finale
- În termen de maximum 30 de zile calendaristice de la prezentarea concluziilor finale medicului curant, acesta poate prezenta o contestație justificată, contestație ce va fi analizată într-o comisie lărgită, la care va fi invitat un cadru universitar de

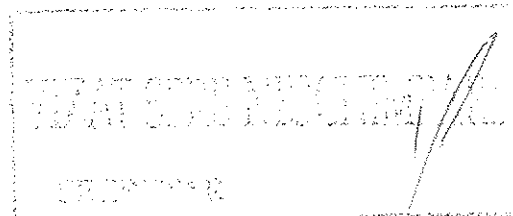


specialitate.

- Propunerea definitivă a Comisiei de analiză a decesului asupra analizei făcute este transmisă în scris conducerii spitalului.
- Colaborează cu celelalte comisii ale spitalului în vederea creșterii calității actului medical.
- Metodologia prezentată privind organizarea și funcționarea Comisiei de analiză a decesului este adoptată de toți membrii comisiei și devine obligatorie. Toate materialele elaborate, inclusiv rapoartele trimestriale vor fi gestionate de președintele comisiei și arhivate conform legii.

E. Atribuțiile Comisiei:

- a) Asigură informarea despre și respectarea prevederilor legale în vigoare privind manipularea cadavrelor umane și prelevarea organelor și țesuturilor de la cadavre în vederea transplantului de către întreg personalul spitalului, conform prevederilor Legii nr. 104/27.03.2003 și HGR nr. 451/01.04.2004 privind aprobarea normelor de aplicare a acesteia.
- b) Organizează modalitatea de raportare a indicatorilor privind procentul de pacienți decedați la 24 ore de la internare, procentul pacienților decedați la 48 ore de la intervenția chirurgicală, precum și a indicatorilor privind rata mortalității intraspitalicești și a indicelui de concordanță între diagnosticul clinic și diagnosticul anatomo-patologic.
- c) Analizează comparativ indicatorii menționați la pct.b.
- d) Analizează, când este cazul, cazurile complexe, analiza fiind efectuată de comisie împreună cu șeful secției în care a decedat pacientul.
- e) În cazul în care se constată posibilitatea existenței unei culpe medicale, propune conducerii spitalului înaintarea cazului spre rezolvare Comisiei de Malpraxis, conform prevederilor Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, Titlul XV.

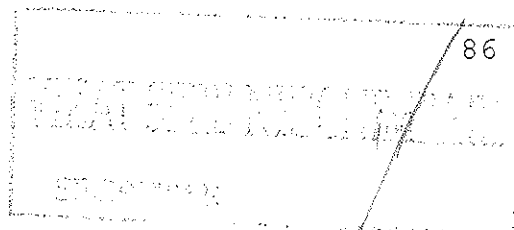


- f) Analizează motivele medicale care au dus la decesul pacienților, cuprinse în FOCC și Certificatul de deces;
 - g) Redactează un proces verbal de ședință în care consemnează rezultatele activității.
 - h) Membrii comisiei de analiză a deceselor intraspitalicești sunt obligați să participe la efectuarea necropsiei pacientului decedat în prezența medicului curant și a șefului de secție din care face parte medical curant (sau înlocuitorul acestuia);
 - i) În urma autopsiei se va recolta material biptic care va fi însoțit obligatoriu de FIȘA DE ÎNSOȚIRE tip, semnată și parafată de medical care solicit examinarea ;
 - j) Poate solicita medicului curant justificarea acțiunilor medicale în cazul pacientului decedat;
 - k) Răspunde la orice solicitare a conducerii spitalului.
- La solicitarea conducerii spitalului, Comisia de analiză a deceselor intraspitalicești poate fi consultată în următoarele domenii:
- a) elaborarea unei strategii de reducere a numărului de decese;
 - b) analiza activității din cadrul Compartimentului de Anatomie Patologică ;
 - c) planificarea de acțiuni în vederea creșterii calității actului medical

4. REGULAMENT DE ORGANIZARE ȘI FUNCȚIONARE AL COMISIEI MEDICAMENTULUI

A. Organizarea comisiei medicamentului

Comisia Medicamentului este constituită în baza deciziei emisă de managerul Spitalului Orășenesc Dr.Valer Russu Luduș și în conformitate cu: prevederile art.186 din Legea nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății cu



SPITALUL ORĂȘENESC "DR VALER RUSSU " LUDUȘ

Jud. Mureș, Luduș, B-dul 1 Decembrie 1918, nr.20

Tel/fax: 0265-411889; e-mail: spludus@gmail.com

modificările și completările ulterioare, OMS 444/2019 pentru aprobarea normelor privind înființarea, organizarea și funcționarea unităților farmaceutice cu modificările și completările ulterioare, Ordinul nr.446/2017 privind aprobarea Standardelor, Procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor cu modificările și completările ulterioare.

A. Componenta comisiei medicamentului

Comisia este compusă din următorii membri:

1. Farmacist șef – președinte;
2. Medici coordonatori secții – membrii;
3. Asistent farmacie – secretar;

C. Funcționarea Comisiei Medicamentului:

- Se întrunește în ședințe ordinare trimestrial și în ședințe extraordinare, la convocarea conducerii spitalului.
- Este legal întrunită dacă sunt prezenți cel puțin două treimi din totalul membrilor.
- Analizează justificările primite din partea medicilor curanți și prezintă conducerii spitalului și medicului curant concluziile finale
- În termen de maximum 30 de zile calendaristice de la prezentarea concluziilor finale medicului curant, acesta poate prezenta o contestație justificată, contestație ce va fi analizată într-o comisie lărgită, la care va fi invitat un cadru universitar de specialitate.
- Propunerea definitivă a Comisiei medicamentului asupra analizei făcute este transmisă în scris conducerii spitalului.
- Colaborează cu celelalte comisii ale spitalului în vederea creșterii calității actului medical.
- Metodologia prezentată privind organizarea și funcționarea Comisiei

Medicamentului este adoptată de toți membrii comisiei și devine obligatorie. Toate materialele elaborate, inclusiv rapoartele trimestriale vor fi gestionate de președintele comisiei și arhivate conform legii.

D. Obiectivele Comisiei Medicamentului:

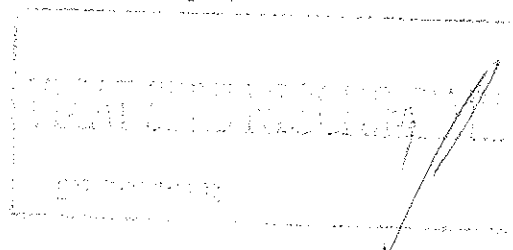
- Necesitatea reducerii cheltuielilor nejustificate din spital
- Creșterea calității actului medical

4. Membrii Comisiei Medicamentului au următoarele obligații:

- Să păstreze confidențialitatea celor dezbătute
- Să se abțină de la deliberare și votare când au un interes personal și să îi înștiințeze despre acesta pe președinte.

E. Atribuțiile Comisiei Medicamentului:

- a) stabilirea politicii de antibioterapie a spitalului;
- b) măsurarea și urmărirea consumului de antibiotice;
- c) urmărirea fenotipurilor de rezistență antibacteriană;
- d) stabilirea protocoalelor de profilaxie și terapie antibiotică;
- e) organizarea de audit privind consumul de antibiotice;
- f) stabilirea unei liste de medicamente de bază, obligatorii, care să fie în permanență accesibilă în farmacia spitalului;
- g) stabilirea unei liste de medicamente care se achiziționează doar în mod facultativ, la cazuri bine selecționate și documentate medical, pe bază de referat; acesta din urmă trebuie să prezinte criteriile pe baza cărora se face recomandarea, susținute cu buletine de analiză și recomandări de experți;

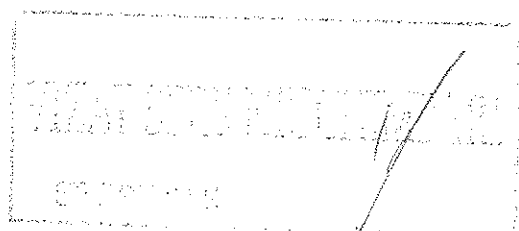


- h) analiza referatelor de necesitate trimise direcțiunii în vederea aprobării și avizării lor de către medici specialiști corespunzători profilului de acțiune al medicamentului solicitat;
- i) verificarea continuă a stocului de medicamente de bază, pentru a preveni disfuncțiile în asistența medicală;
- j) verificarea ritmică a cheltuielilor pentru medicamente și analiza lor cu raportarea lunară a situației financiare;
- k) elaborarea de ghiduri terapeutice pe profiluri de specialitate medicală bazate pe bibliografie națională și internațională și pe condițiile locale;
- l) solicitarea unor rapoarte periodice de la șefii de secție privind administrarea de medicamente în funcție de incidența diferitelor afecțiuni;
- m) poate dispune întreruperea administrării de medicamente cu regim special în cazul când acel tratament se consideră inutil

5. REGULAMENT DE ORGANIZARE ȘI FUNCȚIONARE A COMITETULUI DE PREVENIRE A INFECȚIILOR ASOCIATE ASISTENȚEI MEDICALE

A. Organizarea Comitetului de Prevenire a Infecțiilor Asociate Asistenței Medicale

Comitetul de Prevenire a Infecțiilor Asociate Asistenței Medicale (Comitetul PIAAM) este constituit în baza deciziei emise de managerul spitalului Orășenesc Dr.Valer Russu Luduș și în conformitate cu Ordinul MS nr. 1101 din 7 octombrie 2016 privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire și limitare a



infecțiilor asociate asistenței medicale în unitățile sanitare cu modificările și completările ulterioare.

B. Comisia este compusă din următorii membri:

- medicul șef al Serviciului de Supraveghere și Prevenire a Infecțiilor Asociate Asistenței Medicale
- medicul responsabil de politica de utilizare a antibioticelor
- directorul medical
- coordonator asistent spital
- farmacistul șef
- toți șefii de secții/compartimente

Președintele comitetului este medicul epidemiolog, coordonator al Serviciului de Supraveghere și Prevenire a Infecțiilor Asociate Asistenței Medicale.

C. Funcționarea Comitetului de Prevenire a Infecțiilor asociate asistenței medicale

- Comitetul CPIAAM își desfășoară activitatea în ședințe ordinare trimestriale sau extraordinare;
- ședințele trimestriale vor avea loc în a doua săptămână a unui trimestru pentru trimestrul anterior;
- convocarea trimestrială se va realiza în scris sau format electronic, prin intermediul Serviciului SPIAAM, cu cel puțin 3 zile înainte de data desfășurării. În adresa SPIAAM se vor preciza: data, ora, locul unde se va desfășura întrunirea și ordinea de zi;
- ședințele extraordinare se organizează la nevoie (în situații deosebite) pentru analiza situației epidemiologice din unitatea sanitară;
- prezența la ședințe a membrilor Comitetului PIAAM este obligatorie, iar în cazul în care un membru nu poate participa din motive bine întemeiate se va

desemna un alt înlocuitor;

- în situația în care coordonatorul Serviciului SPIAAM se află în imposibilitatea de a convoca Comitetul CPIAAM (concediu de odihnă, concediu medical, etc) convocarea se va realiza de către Directorul Medical;
- dezbaterile Comitetului PIAAM se vor consemna într-un proces verbal al ședinței care va fi semnat de toți membrii prezenți la ședință.

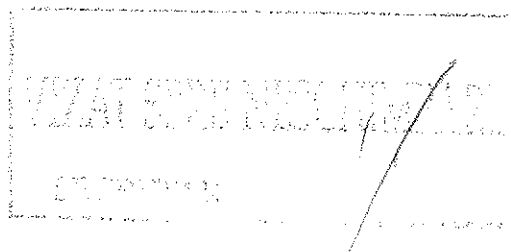
D. Obiectivele Comitetului de Prevenire a Infecțiilor Asociate Asistenței Medicale

- creșterea interesului personalului medical pentru depistarea, declararea și în final, reducerea infecțiilor;
- cunoașterea prevalenței și descrierea distribuției infecțiilor asociate asistenței medicale pe secții/compartimente și tipuri de infecție, precum și monitorizarea tendințelor;
- identificarea zonelor care necesită programe de prevenire intensive și susținute, precum și evaluarea impactului implementării programelor preventive.

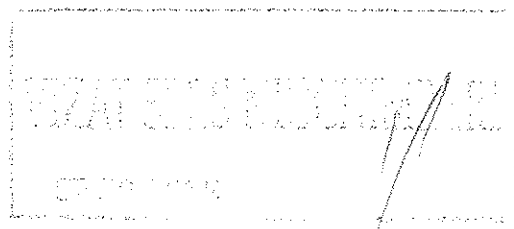
E. Atribuțiile Comitetului de Prevenire a Infecțiilor Asociate Asistenței Medicale

Comitetul SPIAAM analizează:

- a) activitatea de supraveghere, prevenire și raportare a IAAM
- analiza situației privind infecțiile asociate asistenței medicale depistate în unitatea sanitară (rata incidenței, distribuția pe secții, distribuția pe tipuri de infecții, distribuția pe grupe de vârstă, etiologia infecțiilor, etc.);
- depistarea și raportarea la timp a IAAM, întocmirea Registrului Unic al Infecțiilor Asociate Asistenței Medicale (RUIAAM);
- analiza circulației microorganismelor patogene și nepatogene depistate în cadrul autocontrolului bacteriorologic;



- analiza cazurilor de expunere accidentală la produse biologice înregistrate pe fiecare secție/compartiment;
 - aplicarea în activitatea curentă a procedurilor și ghidurilor privind controlul infecțiilor;
 - aplicarea măsurilor de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale care trebuie implementate și respectate de vizitatori;
 - analiza respectării precauțiilor standard și specifice la nivelul unității sanitare;
 - aplicarea măsurilor de vaccinare a personalului medico-sanitar (Hepatită, Gripă, etc.);
 - analiza acțiunilor de control intern realizate de Serviciul SPIAAM, dar și de control extern din partea instituțiilor abilitate (ex: DSP);
 - analizează condițiile de desfășurare a activităților de supraveghere și prevenire a infecțiilor cât și a dotării tehnico-materiale necesare evitării și diminuării riscurilor infecțioase.
- b) politica de utilizare a antibioticelor
- lista de antibiotice esențiale care să fie disponibile în mod permanent în spital;
 - lista de antibiotice care se eliberează doar cu avizare din partea medicului de boli infecțioase sau medicului responsabil de politica de utilizare a antibioticelor din cadrul Serviciului CPIAAM;
 - evaluarea consumului de antibiotice în unitatea sanitară;
 - evaluarea cu fiecare secție clinică a modului de utilizare a antibioticelor.
 - Evaluarea listelor:
 1. Lista cu antibiotice de rezervă, în funcție de antibioretrezistența analizată
 2. Evidența antibioticelor oprite temporar de la utilizare în urma analizelor privind antibioretrezistența
 3. Lista cu antibiotice pentru antibioprolaxie, în funcție de antibioretrezistența



analizată

c) activitatea de instruire și dezvoltare profesională a personalului medical privind prevenirea infecțiilor

- evaluează impactul programelor de instruire tematică privind prevenirea infecțiilor la nivelul unității sanitare;
- conștientizează nevoia de cunoaștere a programelor de prevenire a infecțiilor și ajută la implementarea acestora la nivelul unității sanitare.

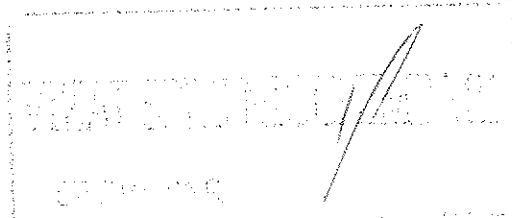
Comitetul CPIAAM elaborează propuneri care vor fi consemnate în cadrul procesului verbal al ședinței și care va fi înaintat spre analiză Comitetul Director.

6. REGULAMENT DE ORGANIZARE ȘI FUNCȚIONARE AL COMISIEI DE DISCIPLINĂ

A. Organizarea comisiei de disciplină

Comisia de disciplină este constituită în baza deciziei emisă de managerul Spitalului Orășenesc Dr.Valer Russu Luduș și în conformitate cu: prevederile Legii nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății cu modificările și completările ulterioare, în baza Legii nr.53/2003 privind Codul Muncii cu modificările și completările ulterioare și în conformitate cu prevederile Ordinului MS nr.446/2017 privind aprobarea Standardelor, procedurii și metodologiei de evaluare și acrediatie a spitalelor cu modificările și completările ulterioare.

B. Componenta comisiei de disciplină



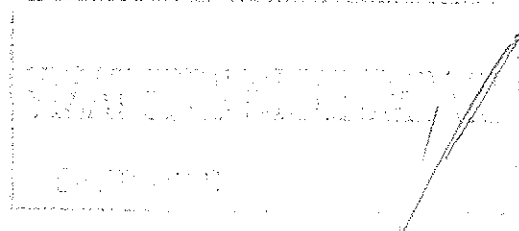
Comisia de disciplină are în componență 3 membri, din care președintele comisiei este medic și un secretar.

A. Obiectivele Comisiei de disciplină:

- cercetarea abaterilor disciplinare în unitate și solutionarea cazurilor de indisciplină și a reclamațiilor

D. Funcționarea Comisiei de disciplină

- Se întrunește la nevoie, la sesizarea conducerii cu privire la nerespectarea disciplinei în unitate.
- Analizarea fiecărui caz se va consemna într-un proces verbal, care va cuprinde toate aspectele, atât
 - cele sesizate, cât și măsurile propuse a fi luate de către managerul spitalului, în conformitate cu legislația în vigoare
 - Procesul-verbal prevăzut va fi întocmit numai după ce Comisia de Disciplină a efectuat cercetarea disciplinară, cu privire la încălcarea prevederilor din Regulamentul de Organizare și Funcționare, Regulamentul Intern din Contractul Colectiv de muncă și atribuțiilor din Fișa Postului.
 - Comisia de Disciplină colaborează cu celelalte comisii ale spitalului în vederea creșterii calității
 - actului medical.
 - Anual, Președintele Comisiei de Disciplină va înainta conducerii spitalului un Raport informativ
 - asupra activității comisiei.
 - Regulamentul privind organizarea și funcționarea Comisiei de Disciplină a



SPITALUL ORĂȘENESC "DR VALER RUSSU " LUDUȘ
Jud. Mureș, Luduș, B-dul 1 Decembrie 1918, nr.20
Tel/fax: 0265-411889; e-mail: spludus@gmail.com

Spitalului Orășenesc Dr.Valer Russu Luduș, este adoptat de toți membrii comisiei și devine obligatoriu.

- Toate materialele elaborate, inclusiv rapoartele anuale vor fi gestionate de președintele comisiei și arhivate conform legii.

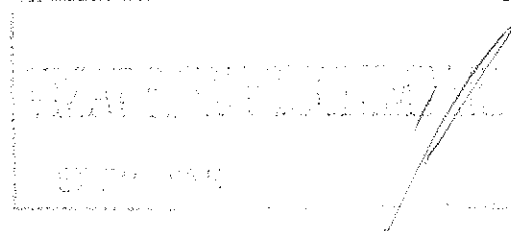
- Comisia va avea un „Registru” în care se vor înregistra toate documentele primite și cele elaborate.

E. Membrii Comisiei de disciplină au următoarele obligații:

- Să păstreze confidențialitatea celor dezbătute
- Să se abțină de la deliberare și votare când au un interes personal și să îi înștiințeze despre acesta pe președinte.

F. Atribuțiile Comisiei de disciplină:

- analizează reclamațiile/sesizările primite spre soluționare de la conducerea spitalului cu
- privire la personalul angajat, asigurând conducerea unității de respectarea legislației în
- vigoare;
- soluționează cazurile de nerespectare a obligațiilor de serviciu, a normelor de comportament
- și a regulilor de disciplină la solicitarea conducerii.



**7. REGULAMENT DE ORGANIZARE ȘI FUNCȚIONARE
AL COMISIEI DE ANALIZĂ DRG**

A. Organizarea comisiei de analiză DRG

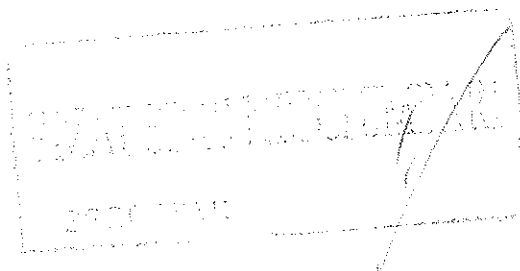
Comisia de analiză DRG este constituită în baza deciziei emisă de managerul Spitalului Orășenesc Dr.Valer Russu Luduș și în conformitate cu: prevederile Legii nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății cu modificările și completările ulterioare, în conformitate cu prevederile Ordinului MS nr.446/2017 privind aprobarea Standardelor, procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor cu modificările și completările ulterioare, Ordinului nr. 1199/2011 privind introducerea și utilizarea clasificării RO DRG v1, a Ordinului CNAS nr.840/2018 privind aprobarea regulilor de confirmare din punct de vedere a datelor clinice și medicale la nivel de pacient pentru cazurile spitalizate în regim de spitalizare continuă și de zi, precum și a Metodologiei de evaluare a cazurilor neconfirmate din punct de vedere a datelor clinice și medicale pentru care se solicită reconfirmarea, precum și a Ordinului nr.1782/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi cu modificările și completările ulterioare.

B. Componenta comisiei DRG

Comisia de analiză DRG are în componență 10 membri, medici șefi de secție, un registrator medical iar președintele este directorul medical.

C. Obiectivele Comisiei de analiză DRG

- Elaborarea unei strategii în vederea remedierii erorilor și a celor nevalidate , în special cele la 72 de ore

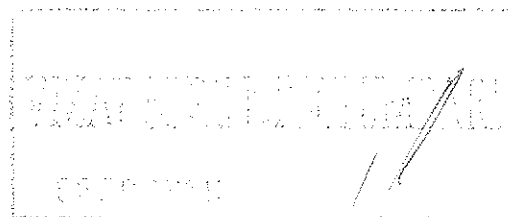


D. Funcționarea Comisiei de analiză DRG

- Comisia D.R.G. se va întruni ori de câte ori este nevoie, în funcție de specificul cazurilor, dar nu mai puțin o dată pe trimestru.
- Propunerile consemnate în procesele verbale ale ședințelor Comisiei D.R.G. vor fi înaintate spre analiza Consiliului Medical

E. Atribuțiile Comisiei de analiză DRG:

- Analizează toate cazurile nevalidate, iar cele care pot fi revalidate sunt transmise secției în vederea remedierii deficiențelor și transmiterii lor compartimentului de Statistică și D.R.G.
- pentru raportarea acestora spre revalidare; .
- Analizează modul de codificare în vederea îmbunătățirii indicelui de complexitate.
- Analizează corectitudinea codificării în sistem D.R.G.
- Instruiește permanent personalul medical implicat în codificarea în sistem D.R.G.
- Corectează și completează datele necompletate din foile de observație pentru obținerea unui
- procentaj maxim pentru cazul respectiv în sistem D.R.G.
- Implementează, sistematizează, prelucerează și evaluează măsurile pentru creșterea numărului cazurilor care beneficiază de spitalizare de zi în conformitate cu Ordinul Casei
- Naționale a Asigurărilor de Sănătate.
- Urmărește concordanța între indicii de concordanță a diagnosticului la internare



cu

- diagnosticul la externare

**8. REGULAMENTUL DE ORGANIZARE ŞI FUNCŢIONARE AL COMISIEI DE
RECEPŢIE A MEDICAMENTELOR, MATERIALELOR SANITARE ŞI A CELORLALTE
PRODUSE CE SE RULEAZĂ PRIN FARMACIA SPITALULUI ESTE DE SINE
STĂTĂTOR.**

**9. REGULAMENTUL DE ORGANIZARE ŞI FUNCŢIONARE AL COMISIEI
MULTIDISCIPLINARE ESTE CUPRINS ÎN POMED 40**

**10. REGULAMENT DE ORGANIZARE ŞI FUNCŢIONARE
AL COMISIEI DE HEMOVIGILENŢĂ**

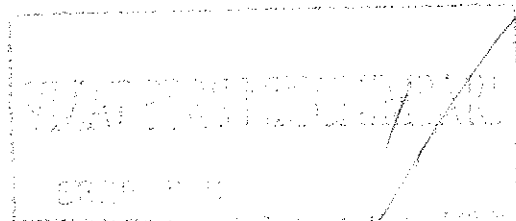
A. Pentru conformarea la:

1. prevederile art. 6 alin. (1) din Anexa 1 din O.M.S. 1228/2006 pentru aprobarea Normelor privind organizarea sistemului de hemovigilenţă, de asigurare a trasabilităţii, precum şi a Regulamentului privind sistemul de înregistrare şi raportare în cazul apariţiei de incidente şi reacţii adverse severe legate de colecta şi administrarea de sânge şi de componente sanguine umane, cu modificările şi completările ulterioare,

2. Ordinul preşedintelui A.N.MC.S. nr. 8/2018 privind aprobarea instrumentelor de lucru utilizate în cadrul celui de-al doilea Ciclu de acreditare a spitalelor, cu modificările şi completările ulterioare, care prevede:

a) indicatorul "01.02.03.01.01 - Există decizii de constituire a structurilor funcţionale de la nivelul spitalului (comisii, comitete, consilii)" aferent „L.V. 15 - Managementul resurselor umane”

b) indicatorul „02.13.01.03.01-La nivelul spitalului este constituită Comisia de transfuzie şi hemovigilenţă” aferent L.V. 39 - Managementul sângelui şi al produselor sanguine



în cadrul Spitalului Orășenesc Dr.Valer Russu Luduș se constituie și funcționează Comisia de transfuzii și hemovigilență.

3. Membrii comisiei de hemovigilență se întrunesc de două ori pe an pentru evaluarea sistemului de hemovigilență sau ori de câte ori este necesar.

4. Comisia de hemovigilența are atribuțiile prevăzute în decizie.

11. REGULAMENT DE ORGANIZARE ȘI FUNCȚIONARE AL COMISIEI DE TRANSFUZIE

Pentru conformarea la:

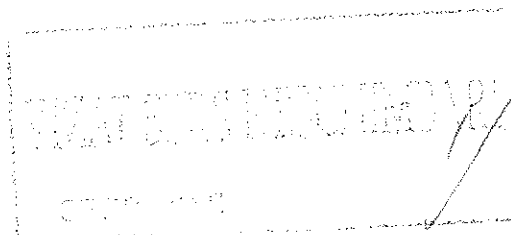
1. prevederile art. 2 din Anexa la O.M.S. 1224/2006 pentru aprobarea Normelor privind activitatea unităților de transfuzie sanguină din spitale.
2. Programul de lucru al unității de transfuzie sanguină din spital este Permanent

3. Comisia de transfuzii are atribuțiile prevăzute în decizie

12. REGULAMENT DE ORGANIZARE ȘI FUNCȚIONARE AL GRUPULUI DE LUCRU PENTRU STUDIUL GHIDURILOR ȘI BUNELOR PRACTICI MEDICALE APLICABILE ÎN SPITAL

A. Organizarea

Grupul de lucru pentru studiul ghidurilor și bunelor practici medicale aplicabile în spital este constituit în baza deciziei emisă de managerul Spitalului Orășenesc Dr.Valer Russu Luduș și în conformitate cu: prevederile art.186, Legea nr.95/2006, privind reforma în domeniul sănătății



SPITALUL ORĂŞENESC "DR VALER RUSSU " LUDUŞ

Jud. Mureş, Luduş, B-dul 1 Decembrie 1918, nr.20

Tel/fax: 0265-411889; e-mail: spludus@gmail.com

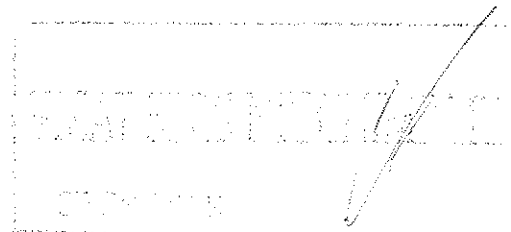
cu modificările şi completările ulterioare, în conformitate cu prevederile Ordinului MS nr.446/2017 privind aprobarea Standardelor, procedurii şi metodologiei de evaluare şi acreditare a spitalelor cu modificările şi completările ulterioare. 1. Pentru conformarea la indicatorul "02.03.01.05.02 - Spitalul are constituit un grup de lucru pentru studiul ghidurilor şi bunelor practici medicale aplicabile în spital" aferent „L.V. 07 - Managementul activităţilor medicale la nivel de spital (atribuţiile directorului medical şi ale consiliului medical)” anexă la Ordinul preşedintelui A.N.MC.S. nr. 8/2018 privind aprobarea instrumentelor de lucru utilizate în cadrul celui de-al doilea Ciclu de acreditare a spitalelor, cu modificările şi completările ulterioare.

B. Componenta grupului de lucru pentru studiul ghidurilor şi bunelor practici medicale aplicabile în spital

În componenţa acestuia intră medicii şefi de secţie şi farmacistul Spitalului Orăşenesc Dr.Valer Russu Luduş.

C. Grupul de lucru pentru studiul ghidurilor şi bunelor practici medicale aplicabile în spital are, în principal, următoarele atribuţii:

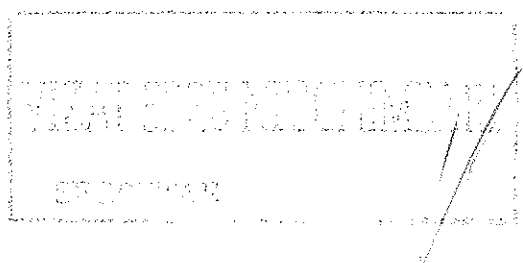
- a) Propune actualizarea protocoalelor atunci când evaluările periodice ale eficacităţii şi eficienţei acestora o impun sau se schimbă bunele practici în domeniu);
- b) Propune elaborarea unor anumite protocoale în funcţie de:
 - i. Priorităţile structurii medicale de îmbunătăţire a serviciilor;
 - ii. Planul de servicii medicale al spitalului;
 - iii. Nivelul de prioritate a riscului identificat, avându-se în vedere – pe de-o parte: riscurile clinice şi pe de altă parte riscurile risipei de resurse.
- c) Asigură documentarea fiecărui protocol în parte, din următoarele surse de acces:
 - i. resurse bibliografice identificate în mod clar (ghiduri naţionale şi europene în domeniu (ex. ESA, ASA, NICE), UpToDate – actualizate, jurnale internaţionale de referinţă, Cochrane Library sau echivalente;
 - ii. dovezi de bună practică medicală (publicaţii, indicatori de bună practică medicală);



-
- iii. Experienţa şi protocoalele altor instituţii performante;
 - iv. Opiniile personalului medical;
 - v. Indicatori privind performanţa instituţiei
- d) Pentru fiecare protocol nou elaborat realizează o analiză a practicii actuale pentru a identifica problemele întâmpinate. În acest sens se determină performanţa proceselor operaţionale curente ale spitalului pentru a stabili unde pot fi făcute îmbunătăţiri. În acest sens se va detalia schema flux, până la acel punct care necesită îmbunătăţiri;
- e) În elaborarea / redactarea protocoalelor se vor urmări îndeplinirea următoarelor cerinţe obligatorii şi conformarea la următorii indicatori aferenţi unor liste de verificare anexe la Ordinul preşedintelui ANMCS nr.8/2018;
- f) La solicitarea medicilor care întocmesc protocoale defineşte setul de indicatori pentru evaluarea eficacităţii şi eficienţei utilizării protocoalelor şi condiţiile în care depăşirea competenţelor asumate prin protocoale este permisă.
- g) La solicitarea Consiliului medical întocmeşte analize ale îmbunătăţirii practicilor profesionale ca urmare a utilizării protocoalelor de diagnostic şi/sau tratament.

13. REGULAMENTUL DE ORGANIZARE ŞI FUNCŢIONARE AL ECHIPEI DE LUCRU PENTRU ELABORAREA ŞI REVIZUIREA PROTOCOALELOR DE DIAGNOSTIC ŞI TRATAMENT ESTE DE SINE STĂTĂTOR

14. REGULAMENTUL DE ORGANIZARE ŞI FUNCŢIONARE AL COMISIEI DE CONCURS ŞI PROMOVARE A PERSONALULUI ŞI AL COMISIEI DE SOLUŢIONARE A CONTESTAŢIILOR ESTE DE SINE STĂTĂTOR



**15. REGULAMENT DE ORGANIZARE ȘI FUNCȚIONARE
AL COMISIEI DE BIOCIDĂ ȘI MATERIALE SANITARE NECESARE
PREVENIRII I.A.A.M**

În baza deciziei managerului Spitalului Orășenesc Dr.Valer Russu Luduș, înscrisă anual prin decizie managerială, la nivelul spitalului se înființează și funcționează Comisia de biocide și materiale sanitare necesare prevenirii I.A.A.M.

A. Componenta comisiei

Comisia de biocide și material sanitare necesare prevenirii I.A.A.M are în componență 20 de membrii. Președintele comisiei este medicul epidemiolog al unității iar secretarul comisiei asistentul C.P.I.A.A.M.

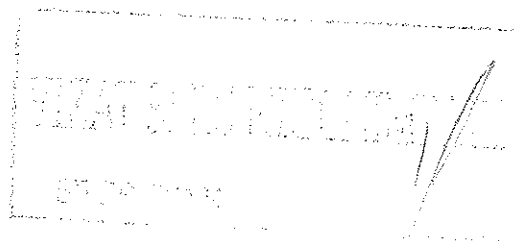
B. Comisia de biocide și materiale sanitare necesare prevenirii I.A.A.M. își desfășoară activitatea cu respectarea următoarelor reguli:

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

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

c) Lucrările comisiei sunt conduse de președintele comisiei.

d) Comisia este legal întrunită dacă sunt prezenți jumătate plus unul din membrii comisiei sau înlocuitorii legali ai acestora. Prezența la ședință a membrilor comisiei este obligatorie. Dacă din motive bine întemeiate un membru al comisiei nu poate participa la ședință, acesta va fi reprezentat de către înlocuitorul legal.



e) În funcţie de tematica ordinii de zi, la solicitarea preşedintelui comisiei, pot participa şi alte persoane în calitate de invitaţi, anunţaţi prin convocator.

f) În situaţia în care şeful preşedinte Comisiei se află în imposibilitatea de a convoca – conduce Comisia de biocide şi materiale sanitare necesare prevenirii I.A.A.M. (concediu de odihnă, concediu medical etc.), convocarea şi conducerea şedinţei se va realiza de către directorul medical;

g) Dezbaterile Comisia de biocide şi materiale sanitare necesare prevenirii I.A.A.M.se consemnează într-un proces verbal al şedinţei (care se va înregistra), semnat de toţi membrii comisiei prezenţi la şedinţă;

h) În cazul în care în urma votului membrilor Comisia de biocide şi materiale sanitare necesare prevenirii I.A.A.M.se înregistrează o situaţie de paritate, votul preşedintelui este decisiv.

C. Comisia de biocide şi materiale sanitare are, în principal, următoarele atribuţii:

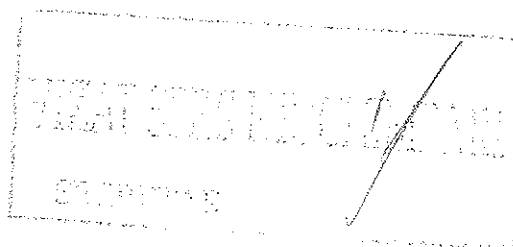
a) În urma analizei referatelor de necesitate ale secţiilor / compartimentelor / laboratoarelor, stabileşte anual şi ori de câte ori este nevoie, necesitatea achiziţionării de biocide şi materiale sanitare) necesare pentru prevenirea IAAM. La nivelul CPIAAM există fundamentarea nevoii de biocide şi materiale sanitare necesare de prevenire a IAAM – un referat de necesitate anual, întocmit pe baza referatelor secţiilor / compartimentelor / laboratoarelor.

b) Analizează istoricul consumului de biocide pe anul precedent, pe categorii de produse, în cadrul spitalului, pus la dispoziţie de către Personalul care gestionează biocidele şi materiale sanitare necesare prevenii IAAM;

c) Propune şi analizează suma estimativă/existentă (defalcat) în bugetul de venituri şi cheltuieli a spitalului, pentru achiziţionarea acestora, pusă la dispoziţie de către directorul financiar contabil.

d) Estimarea P.A.A.P.-ului necesar desfăşurării activităţii din spital;

e) La solicitarea conducerii spitalului, Comisia de biocide şi materiale sanitare necesare prevenirii I.A.A.M. poate fi consultată la stabilirea unei liste de biocide şi materiale sanitare de bază (critice), obligatorii şi a stocului minim acceptat pentru acestea;



f) Categoriile de materiale sanitare necesare prevenirii IAAM care fac obiectul analizei Comisiei de biocide şi materiale sanitare necesare prevenirii I.A.A.M. se referă în principal la materialele necesare pentru prelevarea testelor bacteriologice de autocontrol – teste de sanitaţie, de sterilitate, de aeromicrofloră, probe tegumentare.

16. Regulament de organizare şi funcţionare al Comisiei de monitorizare în domeniul controlului intern managerial pentru implementarea şi dezvoltarea sistemelor proprii de control intern managerial la nivelul Spitalului Orăşenesc Dr.'Valer Russu" Luduş

1. Scopul comisiei de monitorizare în domeniul controlului intern managerial, denumită în continuare comisia de monitorizare, îl constituie asigurarea condiţiilor necesare implementării şi dezvoltării sistemului propriu de control intern managerial în cadrul Spitalului Orăşenesc Dr.Valer Russu Luduş.

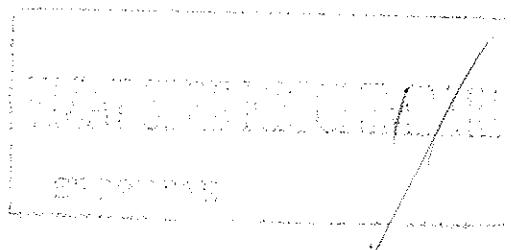
2. Activitatea comisiei de monitorizare se desfăşoară în conformitate cu prevederile Ordinului nr. 600/2018 al Secretarului General al Guvernului privind aprobarea Codului controlului intern managerial al entităţilor publice şi a prezentului Regulament de organizare şi funcţionare, denumit în continuare Regulament.

3. Obiectul prezentului Regulament îl constituie stabilirea modului de organizare şi funcţionare al comisiei de monitorizare şi cuprinde obiectivele, atribuţiile şi responsabilităţile acesteia.

4. Comisia de monitorizare se nominalizează anual prin decizie a managerului spitalului.

4.1. Componenta comisiei de monitorizare este următoarea:

- a) preşedinte: directorul financiar-contabil (înlocuitorul legal);
- b) vicepreşedinte: manager

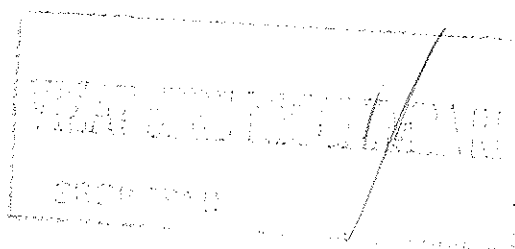


b) membri: şefii (coordonator / delegat / împuternicit / înlocuitor legal) microstructurilor organizaţionale incluse în primul nivel de conducere, astfel:

- Şef RUNOS;
- Compartiment securitate, sănătate în muncă şi protecţia mediului, supraveghere tehnică şi metrologie legală;

- Consilier juridic;
- Birou comunicaţii şi informatică;
- Serviciu statistică şi evaluare medicală;
- Director financiar-contabil;
- Compartiment primiri urgenţe;
- Şefii Secţiilor
- Secţia Medicină Internă
- Secţia Pediatrie;
- Secţia Chirurgie generală
- Secţia Obstetrică-ginecologie;
- Compartiment Îngrijiri Paliative;
- Compartiment Boli Infecţioase
- Compartiment Neonatologie
- Secţia Psihiatrie cronici;
- Serviciul anatomie patologică;
- Compartimentul prevenire a I.A.A.M.;
- Laboratorul de radiologie şi imagistică medicală;
- Laboratorul de analize medicale;
- Farmacia;
- Ambulatoriul integrat;
- Biroul managementul calităţii serviciilor medicale;
- Administrativ

5. Modul de organizare şi de lucru ale comisiei de monitorizare se află în



SPITALUL ORĂŞENESC "DR VALER RUSSU " LUDUŞ

Jud. Mureş, Luduş, B-dul 1 Decembrie 1918, nr.20

Tel/fax: 0265-411889; e-mail: spludus@gmail.com

responsabilitatea preşedintelui comisiei şi se stabileşte în funcţie de volumul şi complexitatea proceselor şi activităţilor.

5.1. Comisia de monitorizare se întruneşte, pe baza ordinii de zi aprobată de preşedintele comisiei, la convocarea acestuia transmisă / postată de secretariatul tehnic cu cel puţin 5 zile înainte de data şedinţei, de regulă o dată pe lună în şedinţă ordinară, pentru îndeplinirea scopului / obiectivelor. Comisia de monitorizare se poate întruni în şedinţe extraordinare ori de câte ori este necesar, la solicitarea preşedintelui comisiei.

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

5.3. Comisia de monitorizare este legal întrunită dacă sunt prezenţi jumătate plus unul din membrii comisiei sau înlocuitorii legali ai acestora.

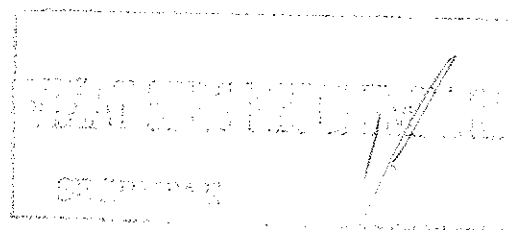
5.4. În funcţie de tematica ordinii de zi, la solicitarea preşedintelui comisiei, la şedinţele comisiei de monitorizare pot participa şi alte persoane în calitate de invitaţi, anunţaţi prin convocator;

5.5. Deciziile comisiei de monitorizare se adoptă cu majoritate simplă; în caz de egalitate de voturi, votul preşedintelui este hotărâtor.

6. Desfăşurarea şedinţei se consemnează într-un proces-verbal de şedinţă, aprobat de preşedintele comisiei, tehnoredactat de un membru al secretariatului tehnic. Procesul verbal de şedinţă va fi postat pe serverul spitalului, în folderul dedicat, prin grija secretariatului tehnic.

7. Principalele atribuţii ale comisiei de monitorizare sunt următoarele:

- a) elaborează Programul de dezvoltare a sistemului de control intern managerial şi îl supune spre aprobare managerului spitalului;
- b) coordonează procesul de stabilire a obiectivelor generale şi specifice din cadrul spitalului;
- c) coordonează procesul de stabilire a indicatorilor de performanţă asociaţi obiectivelor şi activităţilor desfăşurate în cadrul spitalului;
- d) analizează şi supune anual spre aprobare managerului spitalului "Planul de implementare a măsurilor de control pentru riscurile identificate";
- e) analizează şi supune anual spre aprobare managerului spitalului, Inventarul

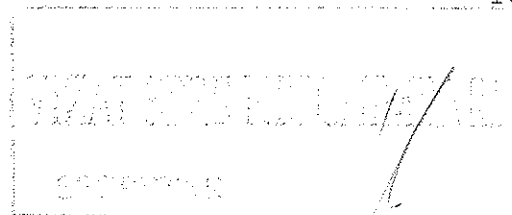


privind funcțiile sensibile și măsurile pentru gestionarea acestora;

- f) analizează și supune spre aprobare managerului spitalului "Raportul anual privind desfășurarea procesului de gestionare a riscurilor și monitorizarea performanțelor la nivelul spitalului";
- g) coordonează inventarierea activităților din cadrul spitalului pe domenii de activitate;
- h) coordonează activitatea de elaborare și actualizare a procedurilor de sistem și operaționale;
- i) analizează, avizează și supune spre aprobare managerului "Registrul de riscuri al spitalului";
- j) monitorizează și coordonează permanent activitățile de punere în aplicare a măsurilor de management al riscurilor;
- k) propune managerului spitalului noi acțiuni sau revizui de termene, când apar disfuncții în implementarea măsurilor de management al riscurilor;
- l) analizează, avizează și supune spre aprobare managerului spitalului, raportările și informările/situațiile centralizatoare prevăzute de legislația în domeniu.

8. Atribuțiile președintelui comisiei de monitorizare:

- a) coordonează activitatea comisiei de monitorizare;
- b) elaborează, prin secretariatul tehnic al comisiei, regulamentul de organizare și funcționare a comisiei de monitorizare;
- c) emite, prin secretariatul tehnic, ordinea de zi a ședințelor, asigură conducerea ședințelor și elaborarea minutelor și hotărârilor comisiei de monitorizare;
- d) conduce și coordonează activitatea secretariatului tehnic;
- e) urmărește respectarea termenelor stabilite de către comisia de monitorizare și decide asupra măsurilor care se impun pentru resectarea acestora;
- f) aprobă ordinea de zi a ședințelor comisiei de monitorizare și asigură buna desfășurare a acestora;
- g) decide asupra participării la ședințele comisiei de monitorizare și a altor persoane,



SPITALUL ORĂȘENESC "DR VALER RUSSU " LUDUȘ

Jud. Mureș, Luduș, B-dul 1 Decembrie 1918, nr.20

Tel/fax: 0265-411889; e-mail: spludus@gmail.com

în calitate de invitați, a căror prezență este necesară pentru clarificarea/soluționarea unor probleme specifice;

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

9. Atribuțiile secretariatului tehnic al comisiei de monitorizare:

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

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

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

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

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

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

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

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

10. Atribuțiile șefilor de microstructuri:

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

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

SPITALUL ORĂŞENESC "DR VALER RUSSU " LUDUŞ

Jud. Mureş, Luduş, B-dul 1 Decembrie 1918, nr.20

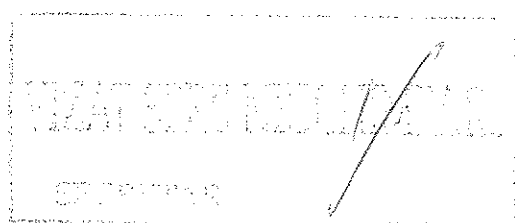
Tel/fax: 0265-411889; e-mail: spludus@gmail.com

- c) identifică, analizează, evaluează şi prioritizează riscurile care pot afecta atingerea obiectivelor generale/specifice ale microstructurii şi formulează propuneri privind măsurile de management al riscurilor;
- d) nominalizează un responsabil cu riscurile la nivelul microstructurii;
- e) transmite secretariatului tehnic al comisiei de monitorizare propuneri pentru întocmirea Registrului de riscuri pe spital;
- f) transmite secretariatului tehnic al comisiei de monitorizare propuneri pentru elaborarea/actualizarea procedurilor de sistem/operationale;
- g) reevaluează riscurile anual sau ori de câte ori este nevoie, semnalează apariţia unor noi riscuri şi fac propuneri în sensul diminuării acestora sau al exploatării oportunităţilor.

11. Pe linia implementării şi dezvoltării sistemului de control intern managerial, managerul spitalului are următoarele atribuţii:

- a) aplică principiile controlului intern managerial în actul de conducere;
- b) asigură cadrul organizaţional şi procedural privind punerea în aplicare a măsurilor necesare pentru implementarea şi dezvoltarea continuă a sistemului propriu de control intern managerial;
- c) decide măsurile adecvate de management al riscurilor, pe baza "Planului de implementare a măsurilor de control pentru riscurile semnificative" elaborat de secretariatul tehnic;
- d) aprobă Registrul de riscuri, Planul de implementare a măsurilor de control pentru riscurile semnificative şi Programul de dezvoltare a sistemului de control intern managerial al spitalului;
- e) aprobă rapoartele şi informările/situaţiile centralizatoare prevăzute de Ordinul nr.600/2018 al Secretarului general al Guvernului şi dispune transmiterea acestora la termenele stabilite;
- f) stabileşte microstructurile responsabile de implementarea standardelor de control intern managerial, în conformitate cu atribuţiile ce le revin.

12. Comisia de monitorizare cooperează cu toate microstructurile din cadrul



Sspitalului, în vederea implementării şi dezvoltării unui sistem integrat de control intern managerial.

13. Respectarea prevederilor prezentului Regulament constituie atribuţie de serviciu pentru membrii comisiei de monitorizare şi angajază responsabilitatea acestora în funcţie de gradul de îndeplinire a atribuţiilor.

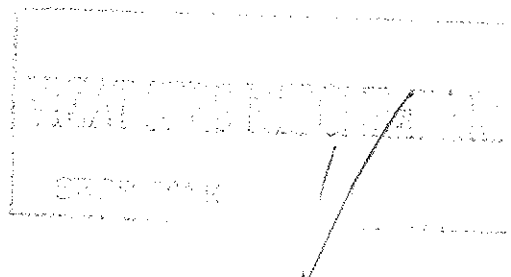
***17.REGULAMENT DE ORGANIZARE ŞI FUNCŢIONARE AL COMISIEI DE
COORDONARE A IMPLEMENTĂRII MANAGEMENTULUI CALITĂŢII SERVICIILOR
ŞI SIGURANŢEI PACIENŢILOR***

1. În temeiul prevederilor art. 4 pct. 9 şi art. 5 alin. (1) pct. 16 din Anexa nr. 1 la O.M.S. 1348/2010 privind aprobarea modelului-cadru al contractului de management şi a listei indicatorilor de performanţă a activităţii managerului spitalului public, Comitetul director al Spitalului Orăşenesc Dr.Valer Russu Luduş a aprobat înfiinţarea Comisiei de coordonare a implementării managementului calităţii serviciilor şi siguranţei pacienţilor , a cărei atribuţii, responsabilităţi, mod de organizare şi funcţionare, sunt prevăzute în prezentul regulament.

2. Înfiinţarea la nivelul Spitalului a Comisiei, se face în scopul implementării în cadrul acestuia a indicatorului 01.07.03.02.02 din cadrul Listei de verificare nr. 6 - Managementul calităţii (atribuţiile SMC) - anexă la Ordinul preşedintelui A.N.M.C.S. nr. 8/2018 privind aprobarea instrumentelor de lucru utilizate în cadrul celui de-al doilea Ciclu de acreditare a spitalelor.

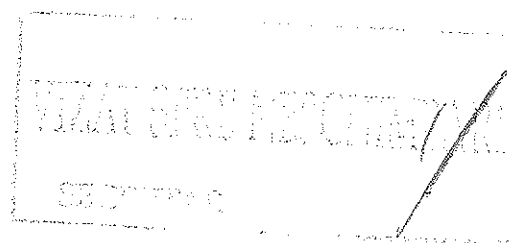
3. Comisia este formată din personalul nominalizat care încadrează funcţii de şefi, este împuternicit/delegat sau coordonează următoarele microstructuri:

- preşedinte: Director medical;
- membrii:



SPITALUL ORĂŞENESC "DR VALER RUSSU " LUDUŞ
Jud. Mureş, Luduş, B-dul 1 Decembrie 1918, nr.20
Tel/fax: 0265-411889; e-mail: spludus@gmail.com

- Şef RUNOS;
- Birou comunicaţii şi informatică;
- Birou achiziţii şi contractări;
- Asistenţă juridică;
- Financiar-contabil;
- Compartiment securitate, sănătate în muncă şi protecţia mediului, supraveghere tehnică şi metrologie legală;
- Serviciu de evaluare şi statistică medicală;
- Unitatea de transfuzii sanguine;
- Compartiment primiri urgenţe;
- Şefi secţii:
- Secţia Medicină Internă
- Secţia Pediatrie;
- Secţia Chirurgie generală
- Secţia Obstetrică-ginecologie;
- Compartiment Îngrijiri Paliative;
- Compartiment Boli Infecţioase
- Compartiment Neonatologie
- Secţia Psihiatrie cronici;
- Dispensar TBC
- Asistent dietetician
- Laborator de Recuperare Fizică şi balneologie
- Laboratorul analize medicale;
- Laboratorul radiologie şi imagistică medicală;
- Serviciul anatomie patologică;
- Compartimentul prevenire a infecţiilor asociate asistenţei medicale;
- Farmacie;



- Ambulatoriul integrat;
- Administrativ.
 - secretar: Responsabilul biroului managementul calităţii serviciilor medicale .

4. Fiecare din membrii Comisiei va desemna un înlocuitor care, în lipsa titularului, va îndeplini atribuţiunile care-i revin în calitate de membru al Comisiei.

5. Atribuţiunile şi responsabilităţile Comisiei sunt următoarele:

a) Face propuneri privind obiectivele şi activităţile cuprinse în Planul anual al managementului calităţii şi siguranţei pacienţilor, pe care le supune analizei Consiliului medical. În acest sens, se asigură că recomandările cele mai pertinente de îmbunătăţire a calităţii serviciilor rezultate din analiza chestionarelor de satisfacţie a pacienţilor se regăsesc în planul de îmbunătăţire a calităţii, funcţie de fondurile financiare la dispoziţie;

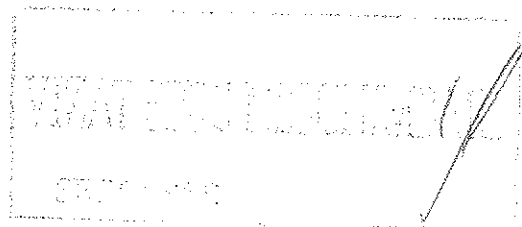
b) Înaintează Consiliului medical propuneri privind programul de acreditare a tuturor serviciilor oferite în cadrul unităţii, pe baza procedurilor operaţionale specifice fiecărei secţii, laborator etc. şi a standardelor de calitate;

c) Asigură mecanismele de relaţionare a tuturor structurilor unităţii în vederea îmbunătăţirii continue a sistemului de management al calităţii, fiind în acest sens obligat să facă propuneri fundamentate legal;

d) Face propuneri fundamentate care susţin implementarea strategiilor şi obiectivelor referitoare la managementul calităţii declarate de managerul spitalului (prin planul strategic şi/sau planul de management);

e) Analizează neconformităţile constatate în derularea activităţilor de către oricare dintre membrii Comisiei şi propune managerului acţiunile de îmbunătăţire sau corective ce se impun;

f) Identifică activităţile critice care pot determina întârzieri în realizarea obiectivelor din Planul anual al managementului calităţii şi siguranţei pacienţilor, şi face propuneri în vederea sincronizării acestora;



- g) Prin membrii săi, pune la dispoziția B.M.C.S.S. informațiile necesare întocmirii analizei modului de respectare a termenelor de realizare a activităților în vederea identificării cauzelor de întârziere și adoptării măsurilor în consecință;
- h) Susține în permanență B.M.C.S.S. în atingerea obiectivelor / activităților care privesc: reacreditarea spitalului, monitorizarea post-acreditare, implementarea și dezvoltarea continuă a conceptului de "Calitate";
- i) Asigură prin membrii săi, difuzarea către întreg personalul spitalului a informațiilor privind stadiul implementării sistemului de management al calității, precum și a măsurilor de remediere/înlăturare a deficiențelor constatate;
- j) Pune la dispoziția B.M.C.S.S. informațiile necesare întocmirii de autoevaluări pentru monitorizarea implementării managementului calității și urmărește ca rezultatele acestora să fundamenteze măsurile de îmbunătățire a calității serviciilor, adoptate la nivelul spitalului;
- k) Propune anual sau ori de câte ori se constată necesar B.M.C.S.S., să evalueze punctual, nivelul de conformitate a respectării unor proceduri și protocoale aprobate, de la nivelul tuturor sectoarelor de activitate din spital, în a căror implementare s-au constatat neregularități;
- l) Sprijină B.M.C.S.S. în asigurarea permanentă a fluenței comunicării inter-instituționale, în scopul urmăririi de către A.N.M.C.S. a conformității spitalului cu cerințele standardelor de acreditare și cu celelalte prevederi legale aplicabile pe toata durata de valabilitate a acreditării, asigurând în acest sens desfășurarea în bune condiții a activităților impuse prin Ordinul președintelui A.N.M.C.S. nr. 298/2020 pentru aprobarea "Metodologiei privind monitorizarea procesului de implementare a sistemului de management al calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului";
- m) Face propuneri privind participarea anuală a propriilor membrii, la minim un curs, forum, conferință sau altă formă de pregătire profesională organizată sub egida A.N.M.C.S., care are ca subiect managementul calității serviciilor de sănătate și/sau privind auditul clinic/intern, pe care le înaintează managerului în vederea luării de decizii;
- n) Face propuneri privind luarea măsurilor necesare în vederea respectării

SPITALUL ORĂȘENESC "DR VALER RUSSU " LUDUȘ

Jud. Mureș, Luduș, B-dul 1 Decembrie 1918, nr.20

Tel/fax: 0265-411889; e-mail: spludus@gmail.com

principiilor și valorilor calității, conform misiunii asumate de către spital și se preocupă de implementarea și dezvoltarea și armonizarea mediului ambiental (cultura organizațională) și culturii calității în Spital, având în acest sens obligația de a aviza Codul de conduită existent la nivelul spitalului, precum și eventualele modificări/completări la acesta;

o) 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 microstructura/locația în care s-au produs acestea. După emiterea de către comisiile de cercetare a evenimentelor adverse a rapoartelor de analiză a cauzelor care au dus la apariția respectivelor evenimente, face propuneri concrete în vederea implementării măsurilor pentru prevenirea repetării lor;

p) Monitorizează prin membrii săi condițiile de obținere/menținere a tuturor certificatelor de calitate specifice activităților desfășurate în toate sectoarele de activitate ale spitalului, astfel cum sunt acestea menționate în Lista de verificare nr. 01 - Autorizări și certificări ale calității și, face propuneri concrete în acest sens către Consiliul medical;

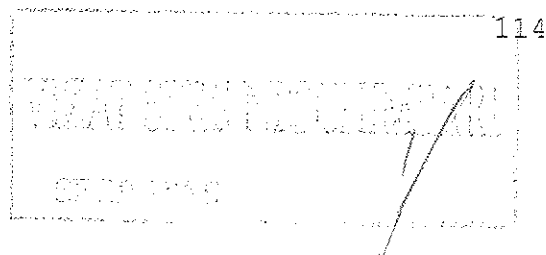
q) Analizează anual propunerile formulate de către B.M.C.S.S. privind tematica pentru instruirea angajaților privind asigurarea și îmbunătățirea continuă a calității serviciilor de sănătate și a siguranței pacientului, diferențiată pe categorii de personal, în scopul prioritizării acestora;

r) Analizează anual propunerile formulate de către persoana desemnată de către manager să desfășoare activitatea de informare și relații publice, în ceea ce privește conținutul programului de pregătire pentru îmbunătățirea comunicării personalului spitalului cu pacienții/însoțitorii/apartinătorii;

s) Asigură interfața necesară elaborării de protocoale/înțelegeri scrise între secții privind asistența medicală, consultului interdisciplinar, etc.;

t) Face propuneri concrete privind asigurarea cu resurse de către conducerea spitalului pentru realizarea fiecărui obiectiv din programul de management al calității și siguranței pacienților;

u) Realizează anual analiza obiectivității evaluării nivelului de satisfacție al



SPITALUL ORĂŞENESC "DR VALER RUSSU " LUDUŞ

Jud. Mureş, Luduş, B-dul 1 Decembrie 1918, nr.20

Tel/fax: 0265-411889; e-mail: spludus@gmail.com

pacienţilor prin utilizarea chestionarelor de satisfacţie, pe care o transmite Consiliului medical;

v) Monitorizează modul de implementare a recomandărilor B.M.C.S.S. pentru eficientizarea activităţilor şi proceselor derulate în spital;

w) Identifică procesele din organizaţie şi disfuncţiile produse în desfăşurarea acestora, întocmind propuneri fezabile de remediere a neajunsurilor constatate;

x) Analizează conţinutul standardelor, criteriilor, cerinţelor şi indicatorilor prevăzuţi de Ordinul preşedintelui A.N.M.C.S. nr. 8/2018 şi stabileşte care este drumul de parcurs pentru a atinge cel mai înalt grad de conformitate cu acestea/aceştia, raportat la resursele aflate la dispoziţia spitalului, condiţiile concrete şi priorităţile de etapă existente, stabilind în acest sens obiectivele, activităţile, resursele şi termenele de realizare cu responsabilităţi de implementare a propunerilor formulate;

y) Coordonează elaborarea documentaţiei aferente procesului de evaluare şi acreditare împreună cu B.M.C.S.S.

z) În situaţia analizei unor indicatori, îndeosebi a celor comuni mai multor liste de verificare:

i. Stabileşte un mod de acţiune comun pentru toate microstructurile care implementează respectivii indicatori:

ii. Stabileşte modul de monitorizare şi evaluare a derulării proceselor avute în vedere a fi îmbunătăţite;

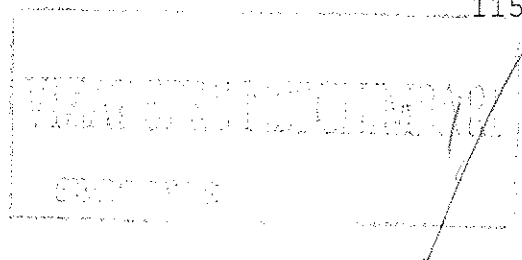
iii. Stabileşte documentaţia necesară asigurării trasabilităţii proceselor avute în vedere a fi îmbunătăţite, eliminând documentele şi înscrisurile redundante şi inutile;

iv. Identifică activităţile pentru care este necesar să se elaboreze proceduri de sistem sau operaţionale, pentru a asigura omogenitatea modului de acţiune;

v. Identifică actele medicale pentru care se consideră că este necesară elaborarea de protocoale de diagnostic şi tratament;

vi. Stabileşte proceduri de monitorizare a eficacităţii şi eficienţei procedurilor şi protocoalelor;

vii. Stabileşte echipele care vor elabora aceste documente. Acestea vor fi formate din



SPITALUL ORĂŞENESC "DR VALER RUSSU" LUDUŞ

Jud. Mureş, Luduş, B-dul 1 Decembrie 1918, nr.20

Tel/fax: 0265-411889; e-mail: spludus@gmail.com

personalul implicat în aplicarea acestor proceduri/protocoale;

viii. Stabileşte circuitul documentelor, având în vedere siguranţa şi securitatea informaţiilor;

ix. Asigură implementarea, conştientizarea şi asumarea procedurilor, protocoalelor promovate;

aa) În perioada de previzită din etapa de de evaluare (coordonată de către Comisia de evaluare a spitalului nominalizată prin Ordin al preşedintelui A.N.M.C.S.), Comisia pune la dispoziţia B.M.C.S.S., toate documentele/informaţiile necesare a fi încărcate în aplicaţia CaPeSaRo, documentele obligatorii solicitate (DOS), precum şi a eventualelor documente suplimentare necesare desfăşurării procesului de evaluare şi acreditare (DS);

bb) Pe timpul vizitei propriu-zise la spital a C.E. nominalizată prin Ordin al preşedintelui A.N.M.C.S., membrii Comisiei au următoarele obligaţii:

i. să participe la şedinţele de deschidere, informare zilnică şi informare finală;

ii. se pun de acord în ceea ce priveşte programul de evaluare împreună cu membrii C.E. pentru a nu perturba buna desfăşurare a activităţii spitalului;

iii. pun la dispoziţie toate documentele necesare validării conformităţii cu indicatorii, cerinţele şi criteriile standardelor de acreditare, asigurând o cooperare pro-activă cu membrii C.E.;

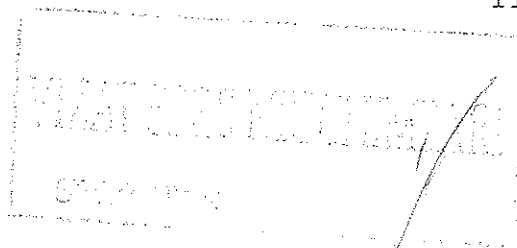
iv. transmit secretarului C.E. toate documentele solicitate în format scris sau electronic;

v. gestionează şi aplanează eventualele situaţii tensionate determinate de vizita C.E.

cc) În perioada de postvizită din etapa de de evaluare, face propuneri privind formularea de către spital, în scris, în maximum 5 zile lucrătoare de la primirea proiectului de raport de evaluare, a obiecţiunilor cu privire la unele aspecte cuprinse în acesta, dacă este cazul;

dd) După elaborarea de către membrii C.E. a raportului de evaluare si comunicarea acestuia către spital, face propuneri concrete de remediere a deficienţelor semnalate în respectivul raport.

6. În vederea îndeplinirii atribuţiilor proprii, Comisia, va avea în vedere în permanenţă:



-
- a) creşterea calităţii serviciilor şi siguranţei pacienţilor;
 - b) implementarea şi dezvoltarea culturii calităţii în spital;
 - c) implementarea şi menţinerea conformităţii sistemului de management al calităţii cu cerinţele specifice;
 - d) dezvoltarea continuă a sistemelor de management al calităţii.

7. Comisia se întruneşte, de regulă, lunar sau la nevoie, în şedinţă ordinară, pentru promovarea/ implementarea/ dezvoltarea sistemelor de management al calităţii şi a îmbunătăţirii stadiului de implementare al acestora.

7.1. Din dispoziţia managerului sau la solicitarea B.M.C.S.S., Comisia se întruneşte în şedinţe extraordinare pentru soluţionarea unor situaţii neconforme care determină diminuarea calităţii serviciilor şi siguranţei pacienţilor.

8. Ordinea de zi a şedinţelor ordinare, precum şi eventuale documente care urmează a fi discutate în cadrul şedinţelor, se postează pe serverul spitalului în folderul dedicat Comisiei, de regulă, cu minim o săptămână înaintea fiecărei întruniri, prin grija secretarului Comisiei, pentru a da posibilitatea membrilor acesteia să pregătească materialele necesare a fi discutate în cadrul şedinţelor.

8.1. Oricare dintre membrii Comisiei poate contribui cu propuneri la stabilirea ordinii de zi a şedinţelor ordinare, în acest sens având obligaţia de a contacta secretarul Comisiei, anterior termenului stabilit la alin. (1).

9. Comisia este legal întrunită dacă sunt prezenţi jumătate plus unul din totalul membrilor acesteia sau înlocuitorilor legali ai acestora.

9.1 Deciziile Comisiei se iau cu majoritatea simplă.

10. Lucrările fiecărei şedinţe se vor consemna într-un Proces-verbal de şedinţă, tehnoredactat, prin grija secretarului Comisiei, care va fi înaintat managerului spitalului, în vederea luării măsurilor ce se impun în conformitate cu legislaţia în vigoare

10.1. În scopul luării la nivelul Spitalului a măsurilor necesare de implementare a Cerinţei "01.03.03.01 - Armonizarea relaţiilor dintre diferitele niveluri ale managementului

spitalului și angajați se realizează prin implicarea angajaților în luarea deciziilor cu impact asupra realizării atribuțiilor, respectând mecanismele de dialog social" prevăzută în Anexa la Ordinul ministrului sănătății nr. 446/2017, procesul-verbal de ședință va fi postat pe serverul spitalului în folderul dedicat Comisiei, prin grija secretarului acesteia.

11. Toate materialele elaborate în cadrul ședințelor Comisiei, precum și cele care au fost prezentate în cadrul acestora, vor fi gestionate, înregistrate și arhivate conform prevederilor legale aplicabile la nivelul Spitalului, de către secretarul comisiei.

18. REGULAMENTUL DE ORGANIZARE ȘI FUNCȚIONARE AL ECHIPEI MULTIDISCIPLINARE ESTE DE SINE STĂTĂTOR

19. CONSILIUL ETIC

A. Reglementarea activității Consiliului etic la nivelul S.O. Luduș are ca principale scopuri:

- a) Adecvarea activităților desfășurate de către Consiliul etic așa cum sunt acestea prevăzute în normele legale care reglementează pentru aprobarea componenței și a atribuțiilor Consiliului etic care funcționează în cadrul spitalelor publice, la specificul proceselor și activităților subsecvente acestora care se desfășoară la nivelul S.O. Luduș;
- b) Se asigură posibilitatea tuturor angajaților spitalului de a lua act de rolul, importanța și activitățile desfășurate de către Consiliul etic în cadrul S.O. Luduș.
- c) Elimină următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - i. Apariția de abuzuri în activitatea personalului medico-sanitar sau a pacienților;
 - ii. Necunoaștere a situației etice / morale cu privire la activitatea medicală din cadrul

instituţiei;

iii. Analiza incompletă / superficială a sesizărilor de incident de etică sau vulnerabilitate etică.

1. Constituirea Consiliului etic se realizează conform prevederilor Art. 2 din OMS nr. 1502/2016 pentru aprobarea componentei şi a atribuţiilor Consiliului etic care funcţionează în cadrul spitalelor publice .

1.1 Durata mandatului de membru permanent sau supleant al Consiliului etic este de 3 ani. Cu 30 de zile înainte de finalul mandatului se realizează o noua procedură de selecţie, pentru asigurarea continuităţii în funcţionarea Consiliului etic, conform prevederilor Art. 4 din Ordinul 1502/2016.

1.2 Secretarul şi consilierul juridic au obligaţia participării la toate şedinţele Consiliului etic, fără a avea drept de vot.

1.3 Membrii Consiliului etic, precum secretarul şi consilierul juridic beneficiază, cu prioritate, de instruire în domeniul eticii şi integrităţii din partea Ministerului Sănătăţii.

2. Consiliul etic se întruneşte lunar sau, sau ori de câte ori apar noi sesizări ce necesită analiza de urgenţă, la convocarea managerului, a preşedintelui consiliului sau a cel puţin 4 dintre membrii acestuia, cu respectarea următoarelor reguli:

a) Şedinţele sunt conduse de către preşedinte sau, în lipsa acestuia, de către persoana decisă prin votul secret al membrilor prezenţi.

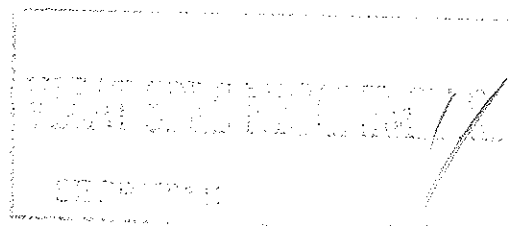
b) Cvorumul şedinţelor se asigură prin prezenţa a cel puţin 5 dintre membrii Consiliului etic, inclusiv preşedintele de şedinţă.

c) Prezenţa membrilor la şedinţele Consiliului etic se confirmă secretarului cu cel puţin o zi înainte de şedinţă. În cazul absenţei unuia dintre membrii Consiliului, secretarul solicită prezenţa membrului supleant respectiv.

d) Deciziile se adoptă prin vot secret, cu majoritate simplă.

e) În cazul în care în urma votului membrilor Consiliului etic se înregistrează o situaţie de paritate, votul preşedintelui este decisiv.

f) Exprimarea votului se poate face „pentru“ sau „împotriva“ variantelor de decizii propuse



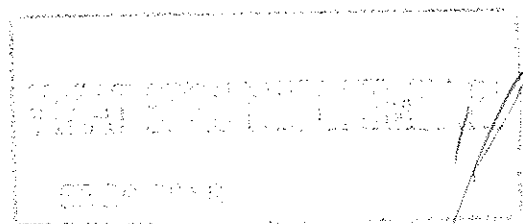
în cadrul ședinței Consiliului etic.

- g) În situația în care speța 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 speța 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, speța fiind soluționată fără participarea celor doi, cu respectarea cvorumului.
- h) La fiecare ședință a Consiliului etic se întocmește un proces-verbal care reflectă activitatea desfășurată și deciziile luate.
- i) Consiliul etic asigură confidențialitatea datelor cu caracter personal, inclusiv după soluționarea sesizărilor, în conformitate cu prevederile legale în vigoare, conform declarației completate din anexa nr. 3 la OMS nr. 1502/2016. Încălcarea confidențialității de către orice membru al Consiliului etic atrage răspunderea legală a acestuia.
- j) În cazul motivat de absență a unui membru, acesta este înlocuit de membrul supleant. În caz de absență a președintelui, membrii Consiliului etic aleg un președinte de ședință, prin vot secret.
- k) Managerul spitalului are obligația de a promova Consiliul etic în cadrul fiecărei secții din spital prin afișe al căror conținut este definit de Compartimentul de integritate al Ministerului Sănătății. Compartimentul de integritate are obligația să informeze opinia publică cu privire la funcționarea consiliilor de etică în spitale, la nivel național.

B. Consiliul etic are, în principal, următoarele atribuții:

- a) Promovează valorile etice medicale și organizaționale în rândul personalului medico-sanitar, auxiliar și administrativ al spitalului;

- b) Identifică și analizează vulnerabilitățile etice și propune managerului adoptarea și implementarea măsurilor de prevenție a acestora la nivelul spitalului;
- c) Primește din partea managerului spitalului sesizările adresate direct consiliului etic și alte sesizări transmise spitalului care conțin spețe ce cad în atribuțiile consiliului;
- d) Analizează, cu scopul de a determina existența unui incident de etică sau a unei vulnerabilități etice, spețele ce privesc:
 - i. Cazurile de încălcare a principiilor morale sau deontologice în relația pacient - cadru medico-sanitar și auxiliar din cadrul spitalului, prevazute în legislația specifică;
 - ii. Încălcarea drepturilor pacienților de către personalul medico-sanitar și auxiliar, prevazute în legislația specifică;
 - iii. Abuzuri săvârșite de către pacienți sau personalul medical asupra personalului medico-sanitar și auxiliar, prevazute în legislația specifică;
 - iv. Nerespectarea demnității umane;
- e) Emite avize etice, ca urmare a analizei situațiilor definite de lit. d);
- f) Sesizează organele abilitate ale statului ori de câte ori consideră că aspectele unei spețe pot face obiectul unei infracțiuni, dacă acestea nu au fost sesizate de reprezentanții spitalului sau de către petent;
- g) Sesizează colegiul medicilor ori de câte ori consideră că aspectele unei spețe pot face obiectul unei situații de malpraxis;
- h) Asigură informarea managerului și a compartimentului de integritate din cadrul Ministerului Sănătății privind conținutul avizului etic. Managerul poartă răspunderea punerii în aplicare a soluțiilor stabilite de avizul etic;
- i) Întocmește conținutul comunicărilor adresate petenților, ca răspuns la sesizările acestora;
- j) Emite hotărâri cu caracter general ce vizează spitalul;
- k) Aprobă conținutul rapoartelor întocmite semestrial și anual de secretarul consiliului etic;
- l) Analizează trimestrial rezultatele implementării mecanismului de feedback al pacientului în baza rapoartelor de pe pagina web transparenta.ms.ro, administrată de Ministerul Sănătății și dezvoltată și întreținută de STS;

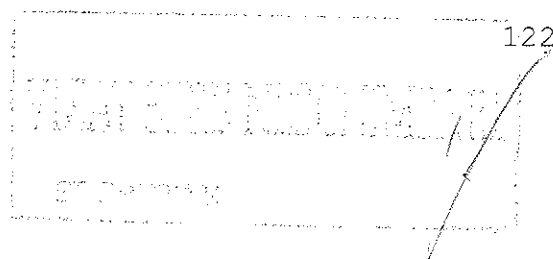


SPITALUL ORĂȘENESC "DR VALER RUSSU " LUDUȘ

Jud. Mureș, Luduș, B-dul 1 Decembrie 1918, nr.20

Tel/fax: 0265-411889; e-mail: spludus@gmail.com

- m) Analizează și avizează regulamentul de ordine interioară al spitalului și face propuneri pentru îmbunătățirea acestuia;
 - n) Analizează din punctul de vedere al vulnerabilităților etice și de integritate și al respectării drepturilor pacienților și oferă un aviz consultativ comisiei de etică din cadrul spitalului, pentru fiecare studiu clinic desfășurat în cadrul spitalului;
 - o) Oferă, la cerere, consiliere de etică pacienților, aparținătorilor, personalului medico-sanitar și auxiliar.
3. Atribuțiile președintelui Consiliului etic sunt următoarele:
- a) Convoacă Consiliul etic, prin intermediul secretarului;
 - b) Prezidează ședințele Consiliului etic, cu drept de vot;
 - c) Avizează, prin semnătură, documentele emise de către Consiliul etic și rapoartele periodice;
 - d) Informează managerul spitalului, în termen de 7 zile lucrătoare de la vacantarea unui loc în cadrul Consiliului etic, în vederea completării componenței acestuia.
4. Atribuțiile secretarului Consiliului etic sunt următoarele:
- a) Deține elementele de identificare - antetul și ștampila Consiliului etic - în vederea avizării și transmiterii documentelor;
 - b) Asigură redactarea documentelor, înregistrarea și evidența corespondenței, a sesizărilor, hotărârilor și avizelor de etică;
 - c) Introduce sesizările primite în sistemul informatic securizat al Ministerului Sănătății, în termen de o zi lucrătoare de la înregistrarea acestora, și asigură informarea, după caz, a membrilor Consiliului etic și a managerului spitalului prin mijloace electronice, cu privire la acestea;
 - d) Realizează, gestionează și actualizează baza de date privind sesizările, avizele, hotărârile Consiliului etic și soluționarea acestora de către manager;
 - e) Informează președintele cu privire la sesizările primite în vederea convocării Consiliului etic;
 - f) Convoacă membrii Consiliului etic ori de câte ori este necesar, la solicitarea

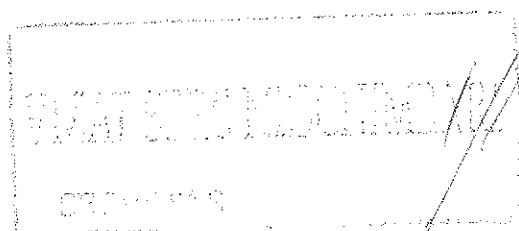


preşedintelui, cu cel puțin două zile lucrătoare înaintea şedinţelor;

- g) Asigură confidenţialitatea datelor cu caracter personal;
- h) Întocmeşte procesele-verbale ale şedinţelor Consiliului etic;
- i) Asigură trimestrial informarea membrilor Consiliului etic şi a managerului spitalului cu privire la rezultatele mecanismului de feedback al pacientului, atât prin comunicare electronică, cât şi prezentarea rezultatelor în cadrul unei şedinţe;
- j) Asigură postarea lunară pe site-ul spitalului a informaţiilor privind activitatea Consiliului etic (lista sesizărilor, a avizelor şi hotărârilor etice, rezultatul mecanismului de feedback al pacientului);
- k) Formulează şi/sau colectează propunerile de îmbunătăţire a activităţii Consiliului sau spitalului şi le supune aprobării Consiliului etic;
- l) Întocmeşte raportul semestrial al activităţii desfăşurate, în primele 7 zile ale lunii următoare semestrului raportat, şi îl supune avizării preşedintelui şi ulterior aprobării managerului;
- m) Întocmeşte raportul anual al activităţii desfăşurate şi Anuarul etic, în primele 15 zile ale anului următor celui raportat, şi îl supune avizării preşedintelui şi aprobării managerului;
- n) Pune la dispoziţia angajaţilor Anuarul etic, care constituie un manual de bune practici la nivelul spitalului.

5. Sesizarea unui incident de etică poate fi făcută în următoarele condiţii:

- a) Sesizarea unui incident de etică sau a unei vulnerabilităţi etice poate fi făcută de către pacient, aparţinător sau reprezentant legal al acestuia, personalul angajat al spitalului şi orice altă persoană interesată, aceasta fiind obligată să înscrie cel puțin următoarele date şi informaţii:
 - a. Numele şi prenumele solicitantului;
 - b. Calitatea în care adresează solicitantul sesizarea (pacient, aparţinător, personal medico sanitar, conducere unitate sanitară, asociaţie pacienţi);
 - c. Spitalul unde a fost internat;
 - d. Secţia unde a fost internat;
 - e. Data internării;

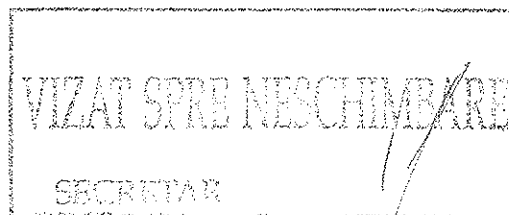


SPITALUL ORĂȘENESC "DR VALER RUSSU " LUDUȘ
Jud. Mureș, Luduș, B-dul 1 Decembrie 1918, nr.20
Tel/fax: 0265-411889; e-mail: spludus@gmail.com

-
- f. Data externării;
- g. Obiectul vizat de sesizare (încălțări ale drepturilor pacientului, condiționarea serviciilor medicale, abuzuri săvârșite asupra personalului medico-sanitar, alte aspecte);
- h. Personalul din spital care este vizat de sesizare (medici, asistente medicale/asistenți medicali, infirmiere, brancardieri, portari, personalul administrativ, conducerea unității sanitare, pacienți/apartinători sau reprezentanți legali ai acestora sau niciuna dintre variante);
- i. Modalitatea de contact a solicitantului (telefonic, adresă de email, prin poștă).
- b) Sesizările sunt adresate managerului spitalului și se depun la secretariatul unității, se transmit prin poșta electronică sau prin completarea formularului online aflat pe pagina web a spitalului.
- c) Fiecare sesizare (depusă la secretariatul unității, trimisă prin poșta electronică sau formular online aflat pe pagina web a spitalului) primește, după caz, un număr de înregistrare comunicat de către secretarul unității sau secretarul Consiliului etic persoanei care o înaintează.
- d) Sesizările anonime sau cele în care nu sunt trecute datele de identificare ale petiționarului nu se iau în considerare. Ca excepție, în situația în care exista mai mult de 3 sesizări anonime în interval de un an calendaristic care se referă la spețe diferite din cadrul aceleiași structuri medicale a spitalului sau la același angajat al spitalului, sesizările vor fi analizate în Consiliul etic în vederea emiterii unei hotărâri de etică sau a unui aviz de etică.

C. Analiza sesizărilor:

- a) Analiza sesizărilor și emiterea unei hotărâri sau a unui aviz etic, după caz, se fac în cadrul ședinței Consiliului etic, urmând următoarele etape:
- i. Managerul înaintează președintelui toate sesizările adresate sau care revin în atribuțiile Consiliului etic și orice alte documente în legătură cu acestea;
- ii. Secretarul Consiliului etic pregătește documentația și asigură confidențialitatea datelor cu caracter personal pentru protejarea părților implicate;

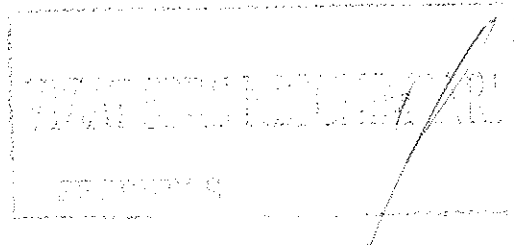


SPITALUL ORĂŞENESC "DR VALER RUSSU " LUDUŞ

Jud. Mureş, Luduş, B-dul 1 Decembrie 1918, nr.20

Tel/fax: 0265-411889; e-mail: spludus@gmail.com

-
- iii. Secretarul asigură convocarea membrilor Consiliului etic;
 - iv. Preşedintele prezintă membrilor Consiliului etic conţinutul sesizărilor primite;
 - v. Membrii Consiliului etic analizează conţinutul sesizărilor primite şi propun soluţii de rezolvare a sesizărilor folosind informaţii de natură legislativă, morală sau deontologică;
 - vi. În urma analizei, Consiliul etic, prin vot secret, adoptă hotărâri sau avize de etică, după caz;
 - vii. Secretarul Consiliului etic redactează procesul-verbal al şedinţei, care este semnat de către toţi membrii prezenţi;
 - viii. Secretarul asigură comunicarea hotărârii sau avizului etic către managerul spitalului, sub semnatura preşedintelui Consiliului etic, imediat după adoptare;
 - ix. Managerul spitalului dispune măsuri, în conformitate cu atribuţiile ce îi revin;
 - x. Managerul spitalului asigură comunicarea hotărârii sau avizului etic către petent;
 - xi. Managerul spitalului asigură comunicarea acţiunilor luate ca urmare a hotărârii sau avizului etic, către Consiliul etic si petent, în termen de maximum 14 zile de la primirea comunicării.
- b) Avizele de etică şi hotărârile Consiliului etic vor fi incluse în Anuarul etic ca un model de soluţionare a unei speţe, urmând să fie utilizate la analize ulterioare şi comunicate spitalului în vederea prevenirii apariţiei unor situaţii similare.
6. Indicatorii de eficienţă (după caz) şi eficacitate a activităţilor desfăşurate de către Consiliu etic sunt următorii:
- a) Gradul de îndeplinire în termenele legale al activităţilor necesar a fi desfăşurate de către Consiliu etic pe parcursul unui an calendaristic;
 - b) Gradul de îndeplinire în termenele legale al atribuţiilor necesar a fi executate de către Consiliul etic pe parcursul unui an calendaristic;
 - c) Activităţile desfăşurate de către Consiliu etic sunt bazate permanent pe realizarea dezideratului de asigurare a legalităţii hotărârilor, prin studierea şi aplicarea permanentă a legilor, regulamentelor militare, ordinelor şi dispoziţiilor în vigoare;
 - d) Număr de avize/decizii formulate în raport cu numărul de sesizări analizate pe parcursul



SPITALUL ORĂȘENESC "DR VALER RUSSU " LUDUȘ
Jud. Mureș, Luduș, B-dul 1 Decembrie 1918, nr.20
Tel/fax: 0265-411889; e-mail: spludus@gmail.com

unui an calendaristic;

e) Număr de reclamații întocmite de către personalul S.O. Luduș prin care sesizează neîndeplinirea unor activități de către Consiliul etic sau neexecutarea unor atribuții funcționale de către membrii acestora.

MANAGER,

Ec. UȚIU CLAUDIA



DIRECTOR MEDICAL,

Dr. VAN EEUWIJK ADELA CRISTINA

DIRECTOR FINANCIAR CONTABIL,

Ec. LECHINȚAN RAMONA CRISTINA

Vizat juridic,

Jr. Mireștean Magdalena

