



HOTĂRÂREA NR. 263
privind aprobarea Regulamentului de organizare și funcționare
al Spitalului Clinic de Psihiatrie „Dr. Gheorghe Preda” Sibiu

Consiliul Judeţean Sibiu, întrunit în şedinţă ordinară în data de 27 octombrie 2022,

analizând Referatul de aprobare nr. 23937/ 20.10.2022 al Vicepreşedintelui Consiliului Judeţean Sibiu Marcel Constantin Luca, Raportul de specialitate nr. 23938/ 20.10.2022 al Serviciului Administraţie Publică Locală şi Coordonare Spitale, precum şi adresa nr. 11844/ 04.10.2022, înregistrată la Consiliul Judeţean Sibiu sub nr. 22568/ 2022, prin care Spitalul Clinic de Psihiatrie „Dr. Gheorghe Preda” Sibiu a solicitat aprobarea Regulamentului de organizare şi funcţionare al acestuia,

văzând avizul Comisiei juridice, administraţie publică locală şi ordine publică şi al Comisiei pentru asistenţă socială, sănătate şi relaţia cu ONG-uri,

în temeiul prevederilor:

- Titlului VII - Spitalele, din Legea nr. 95/ 2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare,

- Legii drepturilor pacientului nr. 46/ 2003, cu modificările şi completările ulterioare;

- Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/ 2003 aprobate prin Ordinul Ministrului Sănătăţii nr. 1410/ 2016,

- Ordinului Ministrului Sănătăţii nr. 1101/ 2016 privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale în unităţile sanitare,

- Ordinului Ministrului Sănătăţii nr. 1502/ 2016 pentru aprobarea componenţei şi a atribuţiilor Consiliului etic care funcţionează în cadrul spitalelor publice,

- Ordinului Secretarului General al Guvernului nr. 600/ 2018 privind aprobarea Codului controlului intern managerial al entităţilor publice,

- Ordinului Ministrului Sănătăţii Publice nr. 921/ 2006 pentru stabilirea atribuţiilor comitetului director din cadrul spitalului public,

- Ordinului Ministrului Sănătăţii nr. 1.312/ 2020 privind organizarea şi funcţionarea structurii de management al calităţii serviciilor de sănătate în cadrul unităţilor sanitare cu paturi şi serviciilor de ambulanţă, în procesul de implementare a sistemului de management al calităţii serviciilor de sănătate şi siguranţei pacientului,

văzând Hotărârea Consiliului Judeţean Sibiu nr. 217/ 2020 privind aprobarea structurii organizatorice a Spitalului de Psihiatrie „Dr. Gheorghe Preda” Sibiu, Deciziile Directorului executiv al Direcţiei de Sănătate Publică a judeţului Sibiu nr. 49/ 15.04.2022, nr. 101/ 08.06.2022 şi nr. 153/ 17.10.2022, Hotărârea Consiliului Judeţean Sibiu nr. 236/ 2020 privind aprobarea organigramei şi statutului de funcţii ale Spitalului de Psihiatrie „Dr. Gheorghe Preda” Sibiu, cu modificările şi completările ulterioare, precum şi Decizia Consiliului de Administraţie al Spitalului Clinic de Psihiatrie „Dr. Gheorghe Preda” Sibiu nr. 18/ 2022,

ţinând cont de dispoziţiile art. 64 - 65 din Legea nr. 24/ 2000 privind normele de tehnică legislativă pentru elaborarea actelor normative, republicată, cu modificările şi completările ulterioare,

în temeiul dispozițiilor art. 173 alin. (1) lit. a) și d) coroborate cu cele ale alin. (2) lit. c) și alin. (5) lit. c), art. 178 alin. (1), art. 182 și art. 196 alin. (1) lit. a) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 57/ 2019 privind Codul administrativ, cu modificările și completările ulterioare,

HOTĂRĂȘTE:

Art. 1. Se aprobă Regulamentul de organizare și funcționare al Spitalului Clinic de Psihiatrie „Dr. Gheorghe Preda” Sibiu, conform anexei care face parte integrantă din prezenta hotărâre.

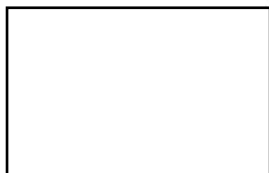
Art. 2. La data intrării în vigoare a prezentei, se abrogă Hotărârea Consiliului Județean Sibiu nr. 237/ 2020, având același obiect de reglementare.

Art. 3. (1) Ducerea la îndeplinire a prezentei hotărâri revine Spitalului Clinic de Psihiatrie „Dr. Gheorghe Preda” Sibiu.

(2) Hotărârea se publică pe site-ul Consiliului Județean Sibiu la secțiunea Monitorul Oficial Local și se comunică persoanelor fizice și juridice interesate.

Adoptată în Sibiu, la data de 27 octombrie 2022.

**PREȘEDINTE,
Daniela Cîmpean**



**Contrasemnează:
SECRETARUL GENERAL
AL JUDEȚULUI,
Ioan - Radu Răceu**



CONSILIUL JUDEȚEAN SIBIU

Anexa la H.C.J. Sibiu nr. 263/ 2022

**REGULAMENT DE ORGANIZARE ȘI FUNCȚIONARE
AL SPITALULUI CLINIC DE PSIHIATRIE
“DR. GHEORGHE PREDA” SIBIU**

CUPRINS

CAPITOLUL I. DISPOZIȚII GENERALE.....	pag. 3
CAPITOLUL II. ATRIBUȚII.....	pag. 4
CAPITOLUL III. FINANȚAREA SPITALULUI.....	pag. 6
CAPITOLUL IV. CONDUCEREA SPITALULUI.....	pag. 6
CAPITOLUL V. STRUCTURA ORGANIZATORICĂ ȘI FUNCȚIONALĂ.....	pag. 18
CAPITOLUL VI. ATRIBUȚIILE STRUCTURIIILOR FUNCȚIONALE.....	pag. 19
CAPITOLUL VII. CONSILII, COMITETE, COMISII, ECHIPE.....	pag. 40
CAPITOLUL VIII. DREPTURILE PACIENTULUI.....	pag. 61
CAPITOLUL IX. DISPOZIȚII FINALE	pag. 63

CAPITOLUL I. DISPOZIȚII GENERALE

Art. 1. (1) Spitalul Clinic de Psihiatrie „Dr. Gheorghe Preda” Sibiu, denumit în continuare spitalul, este organizat și funcționează în conformitate cu prevederile Legii nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, ca unitate sanitară cu paturi, de utilitate publică, cu personalitate juridică, de interes județean, sub autoritatea Consiliului Județean Sibiu, în baza Hotărârii Consiliului Județean Sibiu nr. 93/ 2010.

(2) Spitalul a fost înființat în anul 1863 sub denumirea de "Ospiciu de alienați", devenit mai târziu "Institutul de alienați", fiind primul așezământ de acest fel în sud-estul Europei și care beneficia de 200 de paturi.

(3) Spitalul are sediul în municipiul Sibiu str.Dr. Bagdasar nr.12, cod poștal 550082, având codul unic de înregistrare nr. 4240871, e-mail office@medicina-psihiatrie.ro.

(4) Spitalul își desfășoară activitatea în conformitate cu prevederile legislației în vigoare și cu cele ale prezentului regulament de organizare și funcționare.

(5) Spitalul este unitate sanitară publică, de monospecialitate categoria II M, are un număr de 453 de paturi.

Art. 2. (1) Consiliul Județean Sibiu, prin președinte, coordonează și controlează modul și condițiile de organizare și funcționare a spitalului.

(2) Organizarea, conducerea și administrarea spitalului, gestionarea patrimoniului și a mijloacelor materiale și bănești ale acestuia, precum și toate obligațiile ce rezultă din acestea sunt asumate de conducerea executivă a spitalului, în condițiile legii.

Art. 3. Spitalul are ștampilă proprie de formă rotundă, cu următorul conținut: stema României în mijloc, încadrată de textul „*CONSILIUL JUDEȚEAN SIBIU, SPITALUL CLINIC DE PSIHIATRIE DR. GHEORGHE PREDA SIBIU*”.

Art. 4. (1) Potrivit profilului specific de activitate, în conformitate cu prevederile legale în domeniu, spitalul asigură pacienților din județul Sibiu și din alte județe servicii medicale de specialitate, care fac obiectul contractelor de furnizare de servicii medicale încheiate cu Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Sibiu.

(2) Spitalul funcționează în condițiile prevăzute de autorizația sanitară de funcționare, acesta intră în mod obligatoriu în procesul de acreditare, conform legii.

(3) Problemele de etică și deontologie medicală sunt de competența, după caz, a Colegiului Medicilor din România, a Colegiului Farmaciștilor din România, a Colegiului Psihologilor din România, a Colegiului Fizioterapeuților din România, a Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, Colegiului Național al Asistenților Sociali din România, Consiliului de etică al spitalului.

(4) Relațiile de muncă sunt reglementate de Legea nr. 53/2003 - Codul Muncii, republicată, Regulamentul Intern și de Contractul Colectiv de Muncă aplicabil la nivel de unitate.

Art. 5. (1) Regulamentul de Organizare și Funcționare al spitalului se elaborează de Comitetul director, se avizează de Consiliul de administrație și se aprobă de Consiliul Județean Sibiu.

(2) Regulamentul Intern al spitalului se elaborează de Comitetul director și se aprobă de Manager.

Art. 6. În cadrul spitalului asistența medicală de specialitate se asigură în regim de internare sau ambulatoriu, urmărindu-se cu prioritate depistarea bolnavilor în stadii cât mai precoce de boală psihică și pe cât posibil prevenirea degradării stării de sănătate mintală a pacienților.

Art. 7. În concordanță cu Strategia Națională de Sănătate Mintală spitalul urmărește în permanență asigurarea accesului nediscriminatoriu al beneficiarilor și familiilor acestora la servicii de îngrijiri specializate.

Art. 8. Scopul întregii activități de asistență medicală mintală desfășurată prin structurile spitalului este: asigurarea calității și siguranța serviciilor furnizate, scăderea morbidității datorită bolilor psihice și ameliorarea parametrilor de sănătate mintală la nivelul întregului județ.

Art. 9. (1) Pentru atingerea scopului se urmărește constant realizarea următoarelor obiective:

1. reducerea factorilor de risc și de vulnerabilizare pentru boala psihică;
2. realizarea unei poziționări superioare a conceptului de sănătate mintală în sistemul de valori al societății românești.

(2) Principiile care stau la baza realizării obiectivului prevăzut la alineatul precedent definesc importanța sănătății mintale, respectiv:

1. nu există sănătate fără sănătate mintală;
2. sănătatea mintală este o dimensiune a calității vieții și o resursă pentru o dezvoltare pozitivă;
3. fiecare persoană are dreptul la sănătate mintală; salvagardarea și promovarea sănătății mintale reprezintă o responsabilitate a întregii societăți;
4. fiecare membru al comunității este responsabil pentru climatul general al societății, iar atitudinea sa va influența în ultimă instanță dimensiunea publică a sănătății mintale;
5. utilizatorii serviciilor de sănătate mintală trebuie să aibă același statut ca și utilizatorii oricărui servicii de sănătate.

Art. 10. Serviciile medicale de specialitate psihiatrie, neurologie și recuperare neuropsihomotorie copii se acordă în cadrul spitalului de o echipă terapeutică complexă, formată din profesioniști autorizați și personal de îngrijire calificat care se implică activ și responsabil în acțiuni și campanii de reducere a stigmatizării persoanelor cu probleme severe de sănătate mintală.

CAPITOLUL II. ATRIBUȚII

Art. 11. Potrivit prevederilor legale în domeniu spitalul asigură, în principal, realizarea următoarelor atribuții:

1. furnizarea serviciilor medicale de specialitate pentru care este autorizat, cu respectarea legislației specifice în domeniu;
2. respectarea și protecția drepturilor persoanelor cu tulburări psihice;
3. respectarea confidențialității datelor medicale ale pacienților;
4. asigurarea condițiilor de securitate adecvate păstrării în arhivă a documentelor medicale;
5. asigurarea condițiilor corespunzătoare de investigații medicale, tratament, cazare, igienă, alimentație;
6. asigurarea condițiilor corespunzătoare de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale;
7. prevenirea de prejudicii cauzate pacienților;
8. asigurarea calității actului medical;
9. asigurarea accesului echitabil și nediscriminatoriu al populației la serviciile medicale de sănătate mintală. Activitatea se desfășoară pe baza principiului nediscriminării pe criterii de sex, orientare sexuală, caracteristici genetice, vârstă, apartenență națională, rasă, culoare, etnie, religie, opțiune politică, origine socială, handicap, situație sau responsabilitate familială, activitate sindicală. Discriminarea pe criteriile enunțate este interzisă.
10. stabilirea corectă a diagnosticului și a conduitei terapeutice;
11. efectuarea consultațiilor, investigațiilor, tratamentelor și a altor îngrijiri medicale bolnavilor spitalizați;
12. aprovizionarea și distribuirea medicamentelor;
13. aprovizionarea cu substanțe și materiale de curățenie și dezinfecție;
14. aprovizionarea în vederea asigurării unei alimentații corespunzătoare, atât din punct de vedere calitativ cât și cantitativ, respectând alocația de hrană, conform legislației în vigoare;
15. respectarea circuitelor funcționale ale spitalului;
16. realizarea condițiilor necesare pentru aplicarea măsurilor de securitate și sănătate în muncă, precum și a celor necesare în domeniul protecției civile și al prevenirii riscului de incendii;
17. asigurarea funcționării permanente a serviciului de pază a unității;
18. creșterea satisfacției beneficiarilor;

19. colaborează cu instituțiile de învățământ superior medical, respectiv unitățile de învățământ medical postliceal, pe bază de contract, încheiat conform metodologiei aprobate prin ordin comun al ministrului sănătății și ministrului educației și cercetării.

Art. 12. (1) Personalul încadrat în unitate are obligația să își desfășoare activitatea în mod responsabil, conform reglementărilor profesionale, codului de deontologie medicală și cerințelor postului.

(2) Obligațiile personalului medical sunt următoarele:

1. informează pacientul, reprezentantul său personal ori legal asupra drepturilor pacienților și a persoanelor cu tulburări psihice și asupra obligațiilor sale pe perioada internării în spital;

2. monitorizează implementarea programului individualizat de tratament conform recomandării medicale;

3. respectă procedurile și tehnicile specifice în cazul aplicării măsurilor de contenționare sau izolare a pacienților;

4. respectă procedurile legale privind internarea nevoluntară;

5. respectă confidențialitatea informațiilor medicale, cu excepția situațiilor prevăzute de lege;

6. respectă procedurile de diagnostic și tratament în conformitate cu legislația specifică în domeniul sănătății mintale și asigură securitatea pacientului pe perioada internării;

7. utilizează și păstrează în bune condiții, echipamentele și instrumentarul din dotare, supraveghează colectarea, depozitarea, transportul și eliminarea finală a materialelor și instrumentarului de unică folosință utilizat; se asigură de depozitarea acestora în vederea distrugerii;

8. utilizează cu responsabilitate și exclusiv în interes de serviciu echipamentele electronice și programele informatice, inclusiv intranetul, puse la dispoziție de angajator pentru realizarea atribuțiilor încredințate, facilitarea accesului și distribuția informațiilor interne utile în activitatea curentă;

9. respectă reglementările în vigoare privind prevenirea, controlul și combaterea infecțiilor asociate asistenței medicale;

10. poartă echipamentul corespunzător funcției pe care o deține, în vederea păstrării igienei și a aspectului estetic personal;

11. poartă la loc vizibil pe toată durata programului de lucru ecusonul de identificare;

12. adoptă un comportament etic față de pacienți, aparținători și celelalte persoane cu care colaborează fiind obligat să se exprime într-un limbaj politicos în cadrul unității;

13. respectă demnitatea pacientului, acționând întotdeauna în interesul acestuia, evitând prejudiciile de orice fel;

14. respectă secretul profesional;

15. acordă servicii medicale tuturor pacienților în mod nediscriminatoriu;

16. respectă principiul dreptului la libera alegere a furnizorului de servicii medicale spitalicești sau în situațiile de trimitere la consult interdisciplinar;

17. verifică și nu utilizează medicamente, materiale și instrumente medicale expirate sau care nu îndeplinesc cerințele de sterilizare;

18. completează/eliberează formularele medicale conexe actului medical atunci când este cazul pentru afecțiuni acute, subacute, cronice (inițiale);

19. respectă normele de securitate și sănătate în muncă, de prevenire a incendiilor conform instructajelor periodice;

20. se preocupă permanent de pregătirea profesională;

21. respectă programul de lucru, fișa de post anexă la contractul individual de muncă, Regulamentul intern, prezentul Regulament de organizare și funcționare, deciziile interne;

22. respectă și aplică procedurile și protocoalele interne, instrucțiunile de lucru, notele interne, emise de conducere sau șefii cărora li se subordonează;

23. prezintă angajatorului la termenele stabilite și în conformitate cu prevederile legale în vigoare toate documentele necesare exercitării profesiei (certIFICATE emise de organisme profesionale, autorizații de liberă practică avizate anual), sub sancțiunile prevăzute de lege;

24. respectă ordinea ierarhică și adoptă o conduită profesională demnă în raporturile de muncă;

25. efectuează controlul medical periodic conform planificărilor și imunizărilor obligatorii;

26. respectă prevederile contractului cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și a normelor de aplicare, în caz contrar acesta va fi

sanționat disciplinar și va răspunde patrimonial pentru pagubele materiale produse angajatorului din vina sa și în legătură cu munca desfășurată, conform Codului Muncii, Regulamentului Intern și principiilor răspunderii civile contractuale.

CAPITOLUL III. FINANȚAREA SPITALULUI

Art. 13. (1) Spitalul funcționează pe principiul autonomiei financiare.

(2) Veniturile proprii provin din sumele încasate pentru serviciile medicale furnizate pe bază de contracte încheiate cu Casa Județeană de Asigurări Sociale de Sănătate Sibiu și din alte surse conform legislației în vigoare. Contractele de furnizare de servicii medicale reprezintă principala sursă de venituri în bugetul de venituri și cheltuieli și se negociază de managerul spitalului cu conducerea Casei Județene de Asigurări de Sănătate Sibiu.

(3) Spitalul primește sume de la bugetul de stat, prin intermediul Ministerului Sănătății și de la bugetul local al Județului Sibiu, prin intermediul Consiliului Județean Sibiu, sume care se utilizează exclusiv cu respectarea destinațiilor pentru care au fost alocate. Din bugetul local al Județului Sibiu se finanțează: cheltuieli de administrare și funcționare, respectiv cheltuieli de personal, stabilite în condițiile legii, bunuri și servicii, investiții, reparații capitale, consolidare, extindere și modernizare, dotări cu echipamente medicale, în limita creditelor bugetare aprobate cu această destinație în bugetele locale.

(4) Finanțarea activității specifice desfășurată în cele două structuri ale spitalului - Centrul de Sănătate Mintală Adulți și Centrul de Sănătate Mintală Copii - precum și salarizarea medicilor rezidenți este asigurată din fonduri bugetare alocate de Ministerul Sănătății prin Direcția de Sănătate Publică a județului Sibiu cu care spitalul încheie contracte conform reglementărilor legale în vigoare.

(5) Spitalul derulează activități specifice programelor / subprogramelor naționale de sănătate cu finanțare distinctă, în condițiile legislației în domeniu.

(6) Bugetul spitalului se aprobă anual, prin hotărâre a Consiliului Județean Sibiu, la propunerea managerului spitalului.

(7) Conducerea spitalului monitorizează lunar execuția bugetului, urmărind realizarea veniturilor și efectuarea cheltuielilor în limita bugetului aprobat.

(8) Execuția bugetară se raportează lunar și trimestrial Consiliului Județean Sibiu.

CAPITOLUL IV. CONDUCEREA SPITALULUI

Art. 14. (1) Organele de conducere ale spitalului, conform prevederilor Legii nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, sunt:

- Consiliul de administrație constituit în baza Dispoziției Președintelui Consiliului Județean Sibiu;

- Managerul - reprezentantul legal al spitalului;

- Comitetul director.

(2) Conducerea executivă a spitalului este asigurată de manager și comitetul director.

Art. 15. Spitalul Clinic de Psihiatrie „Dr. Gheorghe Preda” Sibiu este condus de manager, persoană fizică, numit în condițiile legii prin act administrativ de către Președintele Consiliului Județean Sibiu, în urma concursului organizat în conformitate cu prevederile legale.

Art. 16. Potrivit legii, managerul încheie un contract de management cu Președintele Consiliului Județean Sibiu, pe o perioadă de maxim 4 ani, al cărui obiect îl constituie organizarea, conducerea și administrarea Spitalului Clinic de Psihiatrie „Dr. Gheorghe Preda” Sibiu, precum și gestionarea patrimoniului și a mijloacelor materiale și bănești ale acestuia, pe baza obiectivelor și a indicatorilor de performanță a activității asumați anual, în scopul asigurării serviciilor medicale preventive, curative, de recuperare și/ sau paleative, după caz, în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

Art. 17. (1) Drepturile și obligațiile managerului sunt prevăzute în contractul de management.

(2) Obligațiile managerului sunt următoarele:

a) În domeniul politicii de personal și al structurii organizatorice:

1. fundamentează necesarul de personal, pe categorii și locuri de muncă, în funcție de normativul de personal în vigoare și pe baza propunerilor șefilor de secții și de servicii;
2. aprobă organizarea concursurilor pentru posturile vacante, numește și eliberează din funcție personalul spitalului;
3. repartizează personalul din subordine pe locuri de muncă;
4. aprobă programul de lucru, pe locuri de muncă și categorii de personal, pentru personalul aflat în subordine;
5. organizează concurs pentru ocuparea funcțiilor specifice comitetului director, în condițiile legii;
6. numește, în condițiile legii, membrii comitetului director și încheie cu aceștia contracte de administrare pe o perioadă de maximum 4 ani, în cuprinsul cărora sunt prevăzuți indicatorii de performanță asumați;
7. revocă membrii comitetului director în cazul neîndeplinirii atribuțiilor prevăzute în contractele de administrare încheiate cu aceștia sau în cazul nerealizării indicatorilor de performanță asumați;
8. în urma promovării concursului sau examenului, validat de către Președintele Consiliului Județean Sibiu, numește în funcție șefii de secție, de laborator și de serviciu medical și încheie cu aceștia, în termen de maximum 30 de zile de la data numirii în funcție, contracte de administrare cu o durată de 4 ani, în cuprinsul cărora sunt prevăzuți indicatorii de performanță asumați;
9. revocă șefii de secții, de laborator și de serviciu medical în cazul nerealizării indicatorilor specifici de performanță sau în cazul neîndeplinirii obligațiilor asumate prin contractele de administrare;
10. solicită consiliului de administrație constituirea comisiei de mediere, în condițiile legii, în cazul în care contractul de administrare prevăzut la punctul 8 nu se încheie în termen de 7 zile de la data stabilită în condițiile menționate;
11. deleagă unei alte persoane funcția de șef de secție, de laborator și de serviciu medical, pe o perioadă de până la 6 luni, în cazul în care la concursul organizat în condițiile legii pentru ocuparea acestor funcții, nu se prezintă niciun candidat în termenul legal;
12. repetă procedurile legale de organizare a concursului sau examenului pentru ocuparea funcțiilor de șefi de secție, de laborator și de serviciu medical ocupate în condițiile prevăzute la punctul 11;
13. prelungește, la încetarea mandatului, contractele de administrare încheiate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;
14. încetează contractele de administrare încheiate, înainte de termen, în cazul neîndeplinirii obligațiilor prevăzute în acestea;
15. stabilește, de comun acord cu personalul de specialitate medico-sanitar care ocupă funcții de conducere specifice comitetului director și are contractul individual de muncă suspendat, programul de lucru al acestora în situația în care desfășura activitate medicală în unitatea sanitară respectivă, în condițiile legii;
16. aprobă regulamentul intern al spitalului, precum și fișa postului pentru fiecare post aprobat;
17. înființează, cu aprobarea comitetului director, comisii specializate în cadrul spitalului, necesare pentru realizarea unor activități specifice, cum ar fi: comisia medicamentului, nucleul de calitate, comisia de analiză a decesului etc., ale căror mod de organizare și funcționare este prevăzut în regulamentul de organizare și funcționare a spitalului;
18. realizează evaluarea performanțelor profesionale ale personalului aflat în directă subordonare, potrivit structurii organizatorice și, după caz, soluționează contestațiile formulate cu privire la rezultatele evaluării performanțelor profesionale efectuate de alte persoane, în conformitate cu prevederile legale;
19. aprobă planul de formare și perfecționare a personalului, în conformitate cu legislația în vigoare;
20. negociază contractul colectiv de muncă la nivel de spital, în condițiile legii;

21. răspunde de încheierea asigurării de răspundere civilă în domeniul medical atât pentru spital, în calitate de furnizor, cât și pentru personalul medico-sanitar angajat, precum și de reînnoirea acesteia ori de câte ori situația o impune;

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

23. propune, urmare analizei în cadrul comitetului director, structura organizatorică, organigrama și statul de funcții, reorganizarea, schimbarea sediului și a denumirii unității, în vederea aprobării de către Consiliul Județean Sibiu, în condițiile legii;

24. 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;

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

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

27. răspunde de organizarea și desfășurarea activității de audit public intern, conform legii;

b) În domeniul managementului serviciilor medicale:

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

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

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

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

5. elaborează și pune la dispoziție consiliului de administrație rapoarte privind activitatea spitalului; aplică strategiile și politica de dezvoltare în domeniul sanitar ale Ministerului Sănătății, adecvate la necesarul de servicii medicale pentru populația deservită; aplică strategiile specifice de dezvoltare în domeniul medical;

6. răspunde de realizarea măsurilor de îmbunătățire a activității dispuse de consiliul de administrație, ca urmare a analizării de către acesta a modului de îndeplinire a obligațiilor de către comitetul director și manager;

7. îndrumă și coordonează activitatea de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale referitor la care:

a) răspunde de asigurarea bugetară și achiziția de bunuri și servicii aferente activităților cuprinse în planul anual aprobat pentru supravegherea, prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale;

b) analizează și decide soluții de rezolvare, după caz, alocare de fonduri ca urmare a sesizărilor în situații de risc sau focar de infecție asociate asistenței medicale;

c) verifică și aprobă evidența informațiilor transmise eșaloanelor ierarhice, conform legii sau la solicitare legală, aferente activității de supraveghere, depistare, diagnostic, investigare epidemiologică, și măsurile de limitare a focarului de infecție asociată asistenței medicale din unitate;

d) răspunde de organizarea înregistrării cazurilor de expunere accidentală la produse biologice în registrele înființate pe fiecare secție/compartiment și de aplicarea măsurilor de vaccinare a personalului medico-sanitar;

e) răspunde de aplicarea sancțiunilor administrative propuse de compartimentul de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale al unității;

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

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

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

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

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

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

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

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

16. negociază și încheie contractul de furnizare de servicii medicale cu Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Sibiu, în condițiile stabilite în contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate;

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

18. încheie contracte cu Direcția de Sănătate Publică a Județului Sibiu în vederea derulării programelor naționale de sănătate și desfășurării unor activități specifice, în conformitate cu structura organizatorică a acestora;

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

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

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

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

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

c) În domeniul managementului economico-financiar:

1. răspunde de organizarea activității spitalului pe baza bugetului de venituri și cheltuieli propriu, elaborat de către comitetul director pe baza propunerilor fundamentate ale conducătorilor secțiilor și compartimentelor din structura spitalului, pe care îl supune aprobării Consiliului Județean Sibiu, cu avizul consiliului de administrație, în condițiile legii;

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

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

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

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

6. aprobă și răspunde de realizarea programului anual de achiziții publice, avizat de consiliul de administrație;

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

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

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

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

11. răspunde de respectarea și aplicarea corectă a legislației financiar-fiscale din domeniu;

d) În domeniul managementului administrativ:

1. supune aprobării Consiliului Județean Sibiu regulamentul de organizare și funcționare al spitalului și răspunde de respectarea acestuia;

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

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

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

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

6. încheie, în numele spitalului, contracte de cercetare cu finanțatorul cercetării, pentru desfășurarea activității de cercetare științifică medicală în conformitate cu prevederile legale;

7. răspunde de respectarea prevederilor legale în vigoare referitoare la păstrarea secretului profesional, păstrarea confidențialității datelor pacienților internați, informațiilor și documentelor referitoare la activitatea spitalului;

8. răspunde de obținerea și menținerea valabilității autorizației de funcționare, potrivit normelor aprobate prin ordin al ministrului sănătății;

9. pune la dispoziția organelor și organismelor competente, la solicitarea acestora, în condițiile legii, date privind activitatea spitalului;

10. transmite Consiliului Județean Sibiu informări trimestriale și anuale cu privire la patrimoniul dat în administrare, realizarea indicatorilor activității medicale, precum și la execuția bugetului de venituri și cheltuieli;

11. răspunde de organizarea arhivei spitalului și de asigurarea securității documentelor prevăzute de lege, în format scris și electronic;

12. răspunde de înregistrarea, stocarea, prelucrarea și transmiterea informațiilor legate de activitatea sa, în conformitate cu normele aprobate prin ordin al ministrului sănătății;

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

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

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

16. propune spre aprobare Consiliului Județean Sibiu un înlocuitor de drept pentru perioadele de absență motivată din spital, în condițiile legii;

17. informează Consiliul Județean Sibiu cu privire la starea de incapacitate temporară de muncă, în termen de maxim 24 h de la apariția acesteia;

18. răspunde de monitorizarea și raportarea datelor specifice activității medicale, economico-financiare, precum și a altor date privind activitatea de supraveghere, prevenire și control, în conformitate cu reglementările legale în vigoare;

19. respectă măsurile dispuse de către Președintele Consiliului Județean Sibiu, în situația în care se constată disfuncționalități în activitatea spitalului public;

20. răspunde de întocmirea documentației necesare și depunerea acesteia la organismele abilitate de lege pentru obținerea acreditării spitalului, în condițiile legii, în termen de maxim un an de la aprobarea procedurilor, standardelor și metodologiei de acreditare;

21. răspunde de solicitarea reacreditării, în condițiile legii, cu cel puțin 6 luni înainte de încetarea valabilității acreditării;

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

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

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

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

e) În domeniul incompatibilităților și al conflictului de interese:

1. depune o declarație de interese, precum și o declarație cu privire la incompatibilități, în termen de 30 zile de la numirea în funcție, în condițiile legii;

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

3. asigură afișarea declarațiilor prevăzute de lege pe site-ul spitalului și comunicarea acestora Agenției Naționale de Integritate și Ministerului Sănătății, în condițiile legii;

4. depune declarație de avere în condițiile prevăzute la punctele 1 și 2.

(3) În exercitarea funcției, managerul emite decizii, acte executorii pentru angajații spitalului.

(4) Suspendarea și încetarea contractului de management are loc în situațiile prevăzute de legislația în vigoare și în contractul de management.

(5) Președintele Consiliului Județean Sibiu are dreptul de a revoca managerul spitalului, la propunerea comisiei de evaluare, numită de președinte prin dispoziție, în condițiile legii.

Art. 18. În relația cu Consiliul Județean Sibiu, managerul îndeplinește, în principal, următoarele atribuții:

1. răspunde de organizarea activității spitalului, pe baza bugetului de venituri și cheltuieli propriu, elaborat de Comitetul director pe baza propunerilor fundamentate ale conducătorilor secțiilor și compartimentelor din structura spitalului, pe care îl supune aprobării Consiliului Județean Sibiu, cu avizul consiliului de administrație, în condițiile legii;

2. răspunde de raportarea lunară și trimestrială a execuției bugetului de venituri și cheltuieli către Consiliul Județean Sibiu;

3. transmite Consiliului Județean Sibiu informații trimestriale și anuale cu privire la patrimoniul dat în administrare, realizarea indicatorilor activității medicale;

Art. 19. (1) În cadrul spitalului este organizat și funcționează un Comitet director în baza prevederilor Legii nr. 95/ 2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare și ale Ordinului ministrului sănătății publice nr. 921/ 2006 pentru stabilirea atribuțiilor comitetului director din cadrul spitalului public.

(2) Comitetul director este format din managerul spitalului, directorul medical, directorul financiar-contabil și directorul de îngrijiri.

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

(4) Membrii Comitetului director au drepturile și obligațiile corespunzătoare contractului de administrare încheiat cu managerul spitalului, pe o perioadă de maxim 4 ani. Aceștia sunt numiți și eliberați din funcție de către manager potrivit competențelor legale.

(5) Comitetul director se întrunește lunar sau ori de câte ori este nevoie, la solicitarea majorității membrilor săi ori a managerului spitalului public și ia decizii în prezența a cel puțin două treimi din numărul membrilor săi, cu majoritatea absolută a membrilor prezenți. În urma ședințelor se întocmește un proces verbal semnat de toți participanții.

Art. 20. (1) Atribuțiile Comitetului director sunt următoarele:

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

2. elaborează, pe baza propunerilor consiliului medical, planul anual de furnizare de servicii medicale al spitalului;
3. propune managerului, în vederea aprobării:
 - a) numărul de personal, pe categorii și locuri de muncă, în funcție de reglementările în vigoare;
 - b) organizarea concursurilor pentru posturile vacante, în urma consultării cu sindicatele, conform legii;
4. elaborează regulamentul de organizare și funcționare, regulamentul intern și organigrama spitalului, în urma consultării cu sindicatele, conform legii, pe care le supune aprobării Consiliului Județean Sibiu;
5. propune spre aprobare managerului și urmărește implementarea de măsuri organizatorice privind îmbunătățirea calității actului medical, a condițiilor de cazare, igienă și alimentație, precum și de măsuri de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale, conform normelor aprobate prin ordin al ministrului sănătății publice;
6. elaborează proiectul bugetului de venituri și cheltuieli al spitalului, pe baza centralizării de către compartimentul economico-financiar a propunerilor fundamentate ale conducătorilor secțiilor și compartimentelor din structura spitalului, pe care îl supune aprobării managerului;
7. urmărește realizarea indicatorilor privind execuția bugetului de venituri și cheltuieli pe secții și compartimente, asigurând sprijin șefilor de secții și compartimente pentru încadrarea în bugetul alocat;
8. analizează propunerea consiliului medical privind utilizarea fondului de dezvoltare, pe care îl supune spre aprobare managerului;
9. asigură monitorizarea și raportarea indicatorilor specifici activității medicale, financiare, economice, precum și a altor date privind activitatea de supraveghere, prevenire și control, pe care le prezintă managerului, conform metodologiei stabilite;
10. analizează, la propunerea consiliului medical, măsurile pentru dezvoltarea și îmbunătățirea activității spitalului, în concordanță cu nevoile de servicii medicale ale populației, dezvoltarea tehnologiilor medicale, ghidurilor și protocoalelor de practică medicală;
11. elaborează planul de acțiune pentru situații speciale și asistența medicală în caz de război, dezaastre, atacuri teroriste, conflicte sociale și alte situații de criză;
12. la propunerea consiliului medical, întocmește, fundamentează și prezintă spre aprobare managerului planul anual de achiziții publice, lista investițiilor și a lucrărilor de reparații curente și capitale care urmează să se realizeze într-un exercițiu financiar, în condițiile legii, și răspunde de realizarea acestora;
13. analizează, trimestrial sau ori de câte ori este nevoie, modul de îndeplinire a obligațiilor asumate prin contracte și propune managerului măsuri de îmbunătățire a activității spitalului;
14. întocmește informări lunare, trimestriale și anuale cu privire la execuția bugetului de venituri și cheltuieli, pe care le analizează cu consiliul medical și le prezintă Consiliului Județean Sibiu, la solicitarea acestuia;
15. negociază, prin manager, directorul medical și directorul financiar-contabil, contractele de furnizare de servicii medicale cu casele de asigurări de sănătate;
16. se întrunește lunar sau ori de câte ori este nevoie, la solicitarea majorității membrilor săi ori a managerului spitalului public, și ia decizii în prezența a cel puțin două treimi din numărul membrilor săi, cu majoritatea absolută a membrilor prezenți;
17. face propuneri privind structura organizatorică, reorganizarea, restructurarea, schimbarea sediului și a denumirii spitalului, pe care le supune aprobării Consiliului Județean Sibiu, cu avizul Ministerului Sănătății;
18. negociază cu șeful de secție/laborator și propune spre aprobare managerului indicatorii specifici de performanță ai managementului secției/laboratorului/ serviciului, care vor fi prevăzuți ca anexă la contractul de administrare al secției/ laboratorului;
19. răspunde în fața managerului pentru îndeplinirea atribuțiilor care îi revin;
20. analizează activitatea membrilor săi pe baza rapoartelor de evaluare și elaborează raportul anual de activitate al spitalului.

(2) Atribuțiile Comitetului director în prevenirea și combaterea infecțiilor asociate asistenței medicale;

1. organizează Comitetul de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale și elaborează regulamentul de funcționare al acestuia;
2. se asigură de organizarea și funcționarea serviciului/compartimentului de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale și/sau realizarea contractelor de furnizare de prestări servicii specifice;
3. aprobă planul anual de activitate pentru supravegherea, prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale;
4. asigură condițiile de implementare a prevederilor planului anual de activitate pentru supravegherea, prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale;
5. efectuează analiza anuală a îndeplinirii obiectivelor planului de activitate;
6. verifică și aprobă alocarea bugetului aferent derulării activităților din planul anual de activitate pentru supravegherea, prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale;
7. se asigură de îmbunătățirea continuă a condițiilor de desfășurare a activităților de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale și a dotării tehnico-materiale necesare evitării sau diminuării riscurilor;
8. se asigură de derularea legală a achizițiilor și aprovizionarea tehnico-materială, prevăzute în planul de activitate sau impuse de situația epidemiologică din unitate, în vederea diminuării ori evitării situațiilor de risc sau limitării infecțiilor asociate asistenței medicale;
9. deliberează și decide, la propunerea Colegiului Medicilor din România, în urma sesizării pacienților sau în urma autosesizării în privința responsabilității instituționale ori individuale a personalului angajat/contractat, pentru fapte sau situații care au dus la lezarea drepturilor ori au prejudiciat starea de sănătate a asistaților prin infecții asociate asistenței medicale;
10. asigură dotarea necesară organizării și funcționării sistemului informațional pentru înregistrarea, stocarea, prelucrarea și transmiterea informațiilor privind infecțiile asociate asistenței medicale în registrul de monitorizare a infecțiilor asociate asistenței medicale al unității;
11. asigură condițiile de îngrijire la pacienții cu infecții/colonizări cu germeni multiplerezistenți.

Art. 21. (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 a spitalului, planul anual de servicii medicale, planul anual de achiziții publice cu privire la achiziția de aparatură și echipamente medicale, medicamente și materiale sanitare, 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;
5. coordonează implementarea programelor de sănătate la nivelul spitalului;
6. întocmește planul de formare și perfecționare a personalului medical, la propunerea șefilor de secții, laboratoare și servicii;
7. avizează utilizarea bazei de date medicale a spitalului pentru activități de cercetare medicală, în condițiile legii;
8. asigură respectarea normelor de etică profesională și deontologie medicală la nivelul spitalului, colaborând cu Colegiul Medicilor din România;
9. răspunde de acreditarea personalului medical al spitalului și de acreditarea activităților medicale desfășurate în spital, în conformitate cu legislația în vigoare;
10. analizează și ia decizii în situația existenței unor cazuri medicale deosebite (de exemplu, cazuri foarte complicate care necesită o durată de spitalizare mult prelungită, morți subite etc.);
11. participă, alături de manager, la organizarea asistenței medicale în caz de dezastre, epidemii și în alte situații speciale, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

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

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

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

15. coordonează activitatea de informatică în scopul înregistrării corecte a datelor în documentele medicale, gestionării și utilizării eficiente a acestor date;

16. ia măsurile necesare, potrivit dispozițiilor legale și contractului colectiv de muncă aplicabil, pentru asigurarea condițiilor corespunzătoare de muncă, prevenirea accidentelor și îmbolnăvirilor profesionale.

17. răspunde de aplicarea în activitatea curentă a procedurilor și protocoalelor de prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale, a sepsie și antisepsie, respectiv a normelor privind cazarea, alimentația și condițiile de igienă oferite pe perioada îngrijirilor acordate;

18. răspunde de respectarea politicii de utilizare a antibioticelor în unitatea sanitară;

19. controlează respectarea procedurilor și protocoalelor implementate pentru supravegherea, prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale de la nivelul secțiilor și serviciilor din unitate, în colaborare cu medicii șefi de secție;

20. organizează și controlează evaluarea imunizării personalului împotriva HBV și efectuarea vaccinărilor recomandate personalului din unitatea medicală respectivă (gripal, HBV, altele);

21. controlează și răspunde de organizarea registrelor de expunere accidentală la produse biologice pe secții/compartimente și aplicarea corectă a măsurilor.

(2) Directorul de îngrijiri are următoarele atribuții specifice:

1. controlează, prin sondaj, îndeplinirea atribuțiilor prevăzute în fișa postului de către asistenții medicali șefi, asistenții medicali și personalul auxiliar;

2. organizează întâlniri de lucru cu asistenții medicali șefi de secție/compartimente;

3. monitorizează calitatea serviciilor de îngrijire acordate, inclusiv prin evaluarea satisfacției pacienților și ia măsuri pentru îmbunătățirea acesteia;

4. monitorizează procesul de implementare a ghidurilor și protocoalelor de practică elaborate de Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România și aprobate de Ministerul Sănătății;

5. stabilește pentru personalul din subordine, la propunerea asistenților medicali șefi de secție, necesarul și conținutul programelor de perfecționare organizate în cadrul unității;

6. analizează cererile și avizează participarea personalului din subordine la programele de educație medicală continuă organizate în afara instituției;

7. colaborează cu Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, cu instituțiile de învățământ și cu alte instituții acreditate la realizarea programelor de perfecționare pentru asistenții medicali;

8. controlează modul de desfășurare a pregătirii practice a viitorilor asistenți medicali;

9. controlează modul cum se asigură bolnavilor internați un regim rațional de odihnă, de servire a mesei, de igienă personală, de primire a vizitelor și păstrarea legăturii acestora cu familia;

10. analizează criteriile de majorare a salariilor, de acordare a salariilor de merit și a premiilor pentru asistenții medicali și personalul auxiliar, în funcție de criteriile stabilite de comisia mixtă patronat-sindicat;

11. participă la activitățile organizațiilor profesionale ale asistenților medicali și moașelor, la solicitarea acestora;

12. analizează și participă la soluționarea sancțiunilor propuse pentru personalul din subordine;

13. ia măsuri pentru buna funcționare a compartimentului dietetic;

14. asigură măsurile necesare pentru cunoașterea de către întregul personal din subordine a regulilor de etică profesională;

15. ia măsuri pentru cunoașterea și respectarea comportamentului igienic și ale regulilor de tehnică aseptică de către personalul din subordine;
16. aprobă programul de activitate lunar al asistenților medicali, personalului auxiliar și programarea concediilor de odihnă;
17. ia măsuri pentru respectarea de către vizitatori a normelor de igienă (portul echipamentului, evitarea aglomerării în saloane);
18. asigură măsurile necesare pentru cunoașterea de către personalul din subordine a reglementărilor legale privind normele generale de sănătate și securitate în muncă, regulamentul de organizare și funcționare al spitalului, regulamentul de ordine interioară, normele privind prevenirea și combaterea infecțiilor asociate actului medical și normelor privind gestionarea deșeurilor provenite din activitățile medicale;
19. asigură măsurile necesare pentru cunoașterea de către asistenții medicali și moașe a legislației privind exercitarea profesiilor de asistent medical și moașă;
20. prelucrează procedurile și protocoalele de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale elaborate de serviciul/compartimentul de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale cu asistentele șefe de secție și răspunde de aplicarea acestora ;
21. răspunde de implementarea și respectarea precauțiilor standard și specifice la nivelul unității sanitare;
22. răspunde de comportamentul igienic al personalului din subordine, de respectarea regulilor de tehnică aseptică de către acesta;
23. controlează respectarea circuitelor funcționale din spital/secție;
24. verifică starea de curățenie din secții, respectarea normelor de igienă și controlează respectarea măsurilor de asepsie și antisepsie;
25. propune directorului economic/financiar-contabil planificarea aprovizionării cu materiale necesare prevenirii infecțiilor asociate asistenței medicale, elaborată de secțiile spitalului, cu aprobarea șefului serviciului/coordonatorului compartimentului de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale;
26. supraveghează și controlează activitatea blocului alimentar în aprovizionarea, depozitarea, prepararea și distribuirea alimentelor, cu accent pe aspectele activității la bucătăria dietetică, lactariu, biberonerie etc.;
27. supraveghează și controlează calitatea prestațiilor efectuate la spălătorie;
28. constată și raportează serviciului/compartimentului de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale și managerului spitalului deficiențe de igienă (alimentare cu apă, instalații sanitare, încălzire) și ia măsuri pentru remedierea acestora;
29. verifică efectuarea corespunzătoare a operațiunilor de curățenie și dezinfecție în secții;
30. coordonează și verifică aplicarea măsurilor de izolare a bolnavilor cu caracter infecțios și a măsurilor pentru supravegherea contactilor, în conformitate cu ghidul de izolare elaborat de șeful serviciului/coordonatorul compartimentului de prevenire a infecțiilor asociate îngrijirilor medicale;
31. instruește personalul din subordine privind autodeclararea îmbolnăvirilor și urmărește realizarea acestei proceduri;
32. semnalează medicului șef de secție cazurile de boli transmisibile pe care le observă în rândul personalului;
33. instruește asistentele-șefe asupra măsurilor de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale care trebuie implementate și respectate de vizitatori și personalul spitalului;
34. coordonează și verifică respectarea circuitului lenjeriei și al deșeurilor infecțioase și neinfecțioase, depozitarea lor la nivelul depozitului central și respectarea modului de eliminare a acestora;
35. instruește asistentele-șefe asupra echipamentului de protecție și comportamentului igienic, precum și asupra respectării normelor de tehnică aseptică și propune măsuri disciplinare în cazurile de abateri;
36. organizează și coordonează procesul de elaborare a procedurilor și protocoalelor de prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale pe secții, în funcție de manevrele și procedurile medicale identificate cu risc pentru pacienți, și se asigură de implementarea acestora;

37. răspunde de întocmirea și completarea registrului de monitorizare a infecțiilor asociate asistenței medicale pe secții și pe unitatea sanitară;

38. răspunde de întocmirea și completarea registrului de expunere accidentală la produse biologice pe secții/compartimente;

39. organizează și răspunde de igienizarea ținutelor de spital pentru întreg personalul implicat în îngrijirea pacienților, în mod gratuit și obligatoriu.

(3) Directorul financiar-contabil are următoarele atribuții specifice:

1. asigură și răspunde de buna organizare și desfășurare a activității financiare a unității, în conformitate cu dispozițiile legale;

2. organizează contabilitatea în cadrul unității, în conformitate cu dispozițiile legale, și asigură efectuarea corectă și la timp a înregistrărilor;

3. asigură întocmirea la timp și în conformitate cu dispozițiile legale a bilanțelor de verificare și a bilanțurilor anuale și trimestriale;

4. propune defalcarea pe trimestre a indicatorilor financiari aprobați în bugetul de venituri și cheltuieli;

5. asigură executarea bugetului de venituri și cheltuieli al spitalului, urmărind realizarea indicatorilor financiari aprobați și respectarea disciplinei contractuale și financiare;

6. participă la negocierea contractelor de furnizare de servicii medicale cu Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Sibiu;

7. angajează unitatea prin semnătură alături de manager în toate operațiunile patrimoniale, având obligația, în condițiile legii, de a refuza pe acelea care contravin dispozițiilor legale;

8. analizează, din punct de vedere financiar, planul de acțiune pentru situații speciale prevăzute de lege, precum și pentru situații de criză;

9. participă la organizarea sistemului informațional al unității, urmărind folosirea cât mai eficientă a datelor contabilității;

10. evaluează, prin bilanțul contabil, eficiența indicatorilor specifici;

11. asigură îndeplinirea, în conformitate cu dispozițiile legale, a obligațiilor unității către bugetul statului, trezorerie și terți;

12. asigură plata integrală și la timp a drepturilor bănești cuvenite personalului încadrat în spital;

13. asigură întocmirea, circuitul și păstrarea documentelor justificative care stau la baza înregistrărilor în contabilitate;

14. organizează evidența tuturor creanțelor și obligațiilor cu caracter patrimonial care revin spitalului din contracte, protocoale și alte acte asemănătoare și urmărește realizarea la timp a acestora;

15. ia măsuri pentru prevenirea pagubelor și urmărește recuperarea lor;

16. asigură aplicarea dispozițiilor legale privitoare la gestionarea valorilor materiale și ia măsuri pentru ținerea la zi și corectă a evidențelor gestionării;

17. răspunde de îndeplinirea atribuțiilor ce revin serviciului financiar-contabilitate cu privire la exercitarea controlului financiar preventiv și al asigurării integrității patrimoniului;

18. îndeplinește formele de scădere din evidență a bunurilor de orice fel, în cazurile și condițiile prevăzute de dispozițiile legale;

19. împreună cu directorul administrativ întocmește și prezintă studii privind optimizarea măsurilor de bună gospodărire a resurselor materiale și bănești, de prevenire a formării de stocuri peste necesar, în scopul administrării cu eficiență maximă a patrimoniului unității și a sumelor încasate în baza contractului de furnizare servicii medicale;

20. organizează și ia măsuri de realizare a perfecționării pregătirii profesionale a cadrelor financiar-contabile din subordine;

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

22. răspunde de asigurarea întocmai și la timp a necesarului de materiale și consumabile necesare implementării procedurilor și protocoalelor de limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale.

Art. 22. În cadrul spitalului public funcționează un **Consiliu de administrație** care are rolul de a dezbate principalele probleme de strategie și de organizare și funcționare a spitalului.

Art. 23. (1) Membrii Consiliului de administrație se numesc prin dispoziția emisă de Președintele Consiliului Județean Sibiu, potrivit legii.

(2) Pot fi numiți membri ai Consiliului de administrație persoane care fac dovada îndeplinirii cumulative, sub sancțiunea nulității actului de numire, a următoarelor condiții:

- a) să fie absolvenți de studii superioare finalizate cu diplomă de licență;
- b) să aibă, la data numirii, cel puțin 5 ani de experiență profesională într-unul din următoarele domenii: medicină, farmacie, drept, economie, științe inginerești sau management.

(3) Nu pot fi numiți membri în consiliul de administrație al spitalelor publice persoanele condamnate definitiv, până la intervenirea unei situații care înlătură consecințele condamnării.

(4) Membrii consiliului de administrație pot participa, în calitate de observatori, la concursurile organizate de unitatea sanitară, cu excepția situațiilor prevăzute de Legea nr.95/2006.

Art. 24. (1) Consiliul de administrație al spitalului este format din 7 membri după cum urmează:

- un reprezentant al Direcției de Sănătate Publică a Județului Sibiu;
- 2 reprezentanți numiți de Consiliul Județean Sibiu, din care unul este economist;
- un reprezentant numit de președintele Consiliului Județean Sibiu;
- un reprezentant al Facultății de Medicină;
- un reprezentant al structurii teritoriale a Colegiului Medicilor din România, cu statut de invitat;
- un reprezentant al structurii teritoriale a Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, cu statut de invitat.

(2) Instituțiile prevăzute la alin. 1 sunt obligate să își numească și membrii supleanți în consiliul de administrație.

(3) Managerul participă la ședințele Consiliului de administrație, fără drept de vot.

(4) Ședințele Consiliului de administrație sunt conduse de un președinte, ales cu majoritate simplă din numărul total al membrilor, pentru o perioadă de 6 luni.

(5) 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.

Art. 25. Consiliul de administrație se întrunește lunar sau ori de câte ori este nevoie, la solicitarea majorității membrilor săi, a președintelui sau a managerului spitalului, și ia decizii cu majoritatea simplă a membrilor prezenți.

Art. 26. Atribuțiile principale ale Consiliului de administrație sunt următoarele:

1. avizează bugetul de venituri și cheltuieli al spitalului, precum și situațiile financiare trimestriale și anuale, pe care le supune aprobării Consiliului Județean Sibiu;

2. avizează, la propunerea managerului, regulamentul de organizare și funcționare al spitalului elaborat de Comitetul director;

3. organizează concurs pentru ocuparea funcției de manager în baza regulamentului aprobat prin dispoziție a Președintelui consiliului județean;

4. aprobă măsurile pentru dezvoltarea activității spitalului în concordanță cu nevoile de servicii medicale ale populației și documentele strategice aprobate de Ministerul Sănătății;

5. avizează programul anual al achizițiilor publice întocmit în condițiile legii și orice achiziție directă care depășește suma de 50.000 lei;

6. analizează modul de îndeplinire a obligațiilor de către membrii Comitetului director și activitatea managerului și dispune măsuri pentru îmbunătățirea activității;

7. propune revocarea din funcție a managerului și a celorlalți membri ai Comitetului director în cazurile prevăzute de lege.

8. poate propune realizarea unui audit extern asupra oricărei activități desfășurate în spital, stabilind tematica și obiectul auditului. Spitalul contractează serviciile auditorului extern în conformitate cu prevederile legale;

9. aprobă propriul regulament de organizare și funcționare, în condițiile legii.

Art. 27. (1) Persoanele din conducerea spitalului public, respectiv managerul, membrii Comitetului director, membrii Consiliului de administrație, precum și șefii de secție sau de laborator se supun prevederilor legale privind incompatibilitățile și conflictul de interese și au obligația de a depune o declarație de interese, declarația de avere precum și o declarație cu privire la incompatibilitățile prevăzute de lege, în termen de 30 zile de la numirea în funcție.

(2) Declarațiile prevăzute la alineatul precedent se afișează pe site-ul spitalului.

CAPITOLUL V. STRUCTURA ORGANIZATORICĂ ȘI FUNCȚIONALĂ

Art. 28. Conform organigramei-cadru pentru spitalele cu peste 400 paturi, Spitalul Clinic de Psihiatrie „Dr. Gheorghe Preda” Sibiu, funcționează potrivit structurii organizatorice, având organigrama proprie și statul de funcții aprobate prin hotărâre a Consiliului Județean Sibiu, conform dispozițiilor legale în vigoare. Pentru perioada de funcționare ca spital care asigură asistența medicală și pentru pacienți, cazuri confirmate și suspecte COVID -19, competența privind modificarea structurii organizatorice a spitalului revine Direcției de Sănătate Publică a Județului Sibiu, conform Ordinului Ministerului Sănătății nr.1334/2022 privind aprobarea Planului de măsuri pentru organizarea spitalelor și a unităților de dializă în contextul pandemiei de COVID-19 și a Listei spitalelor și unităților de dializă care asigură asistența medicală pentru pacienți, cazuri confirmate și suspecte de COVID-19, conform clasificării spitalelor în 3 niveluri de competență.

Art. 29. Spitalul funcționează cu următoarele segmente de activitate structurate după cum urmează:

A. STRUCTURĂ - SECTORUL MEDICAL

I. Secții cu paturi:

- Secția psihiatrie I		55 paturi
din care – psihiatrie cronici	20 paturi	
- Secția clinică psihiatrie II		63 paturi
din care – psihiatrie cronici	20 paturi	
- Secția clinică psihiatrie III		55 paturi
din care – psihiatrie cronici	15 paturi	
- Secția psihiatrie IV		50 paturi
din care – psihiatrie cronici	15 paturi	
– COVID – 19	5 paturi	
- Secția psihiatrie V		50 paturi
din care – psihiatrie cronici	7 paturi	
- Secția psihiatrie VI - cronici		90 paturi
- Secția psihiatrie pediatrică		25 paturi
- Secția neurologie pediatrică		25 paturi
- Secția recuperare neuro-psiho-motorie (copii)		40 paturi
- Staționar de zi copii – recuperare neuro-psiho-motorie		25 locuri
- Camera de gardă-adulți		
- Camera de gardă-copii		

TOTAL 453 paturi

II. Alte compartimente medicale:

- Însoțitori		30 paturi
- Farmacie		
- Laborator analize medicale		
- Compartiment biologie moleculară		
- Laborator radiologie și imagistică medicală		
- Centrul de Sănătate Mintală (C.S.M.) copii		
- staționar de zi		20 locuri
- Centrul de Sănătate Mintală (C.S.M) adulți		
- staționar de zi		40 locuri
- Compartiment ergoterapie și terapie ocupațională		
- Compartiment de asistență socială		

- Compartiment de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale
- Birou evaluare și statistică medicală
- Colectiv de cercetare științifică în neuroștiințe în cadrul căruia funcționează Compartimentul terapie electroconvulsivă

III. Ambulatoriul integrat al spitalului cu cabinete în specialitate:

- psihiatrie adulți
- neurologie adulți
- psihiatrie copii
- neurologie copii
- recuperare, medicină fizică și balneologie –copii
- psihologie
- Laboratoarele deserveșc atât paturile cât și ambulatoriul integrat.

B. STRUCTURA APARATULUI FUNCȚIONAL, potrivit specificului activității, format din personal medical și TESA – tehnic, economic, de specialitate, administrativ – este următoarea:

1. Serviciul Management al Calității Serviciilor de Sănătate (SMCSS).
2. Compartiment audit intern
3. Serviciul financiar- contabil
4. Biroul RUNOS
5. Biroul contencios, arhivă, SIPP
6. Director administrativ - Spălătorie, Bloc alimentar, Cantină, Seră și întreținere, Șoferi și Magazie
7. Serviciul administrativ, tehnic, achiziții, aprovizionare - Formație tehnică, Centrală telefonică, Centrală termică.
8. Compartiment dietetică
9. Cabinet EEG

Art. 30. În cadrul structurilor organizatorice se pot înființa/desființa, potrivit cerințelor activității și în concordanță cu prevederile legale, birouri și/sau servicii cu șef birou sau serviciu după caz.

Art. 31. Fiecare structură organizatorică, birou/serviciu funcționează cu un număr de salariați diferențiați pe categorii profesionale, a căror angajare se efectuează cu condițiile respectării normelor legale privind angajarea și normarea de personal, precum și cu condițiile încadrării în fondurile bugetare disponibile.

Art. 32. Pentru buna funcționare a serviciilor la nivelul spitalului, relațiile profesionale dintre structurile organizatorice sunt de colaborare și se efectuează prin șefii de structuri.

Art. 33. (1) Secțiile și serviciile medicale ale spitalului sunt conduse de un șef de secție ajutat de un asistent-șef, respectiv de farmacistul-șef.

(2) Funcțiile de șef de secție și asistent-șef, respectiv de farmacist-șef sunt funcții de conducere și sunt ocupate numai de medici și asistenți medicali, cu o vechime de cel puțin 5 ani în specialitatea respectivă, respectiv de farmaciști cu minimum 2 ani de experiență medicală.

(3) La numirea în funcție, șefii de secție și farmacistul-șef vor încheia cu spitalul, reprezentat de managerul acestuia, un contract de administrare cu o durată de 4 ani, în cuprinsul căruia sunt prevăzuți indicatori specifici de performanță. Contractul de administrare poate fi prelungit și poate înceta înainte de termen, în principal, în cazul neîndeplinirii indicatorilor specifici de performanță.

(4) Calitatea de șef de secție este compatibilă cu funcția de cadru didactic universitar.

Art. 34. Șefii de secție au ca atribuții îndrumarea și realizarea activității de acordare a îngrijirilor medicale în cadrul secției respective și răspund de calitatea actului medical, precum și atribuțiile asumate prin contractul de administrare.

CAPITOLUL VI. ATRIBUȚIILE STRUCTURILOR FUNCȚIONALE

A. Atribuțiile sectorului medical

Art. 35. În secțiile cu paturi se acordă servicii medicale spitalicești potrivit profilului de activitate în concordanță cu cerințele legislației specifice în domeniu.

Art. 36. (1) Secțiile/Laboratoarele/Serviciile sunt conduse de un Medic Șef de secție / laborator / serviciu, ajutat și de asistentul șef.

(2) Secțiile cu paturi sunt organizate pe profilul de specialitate pentru pacienții adulți și copii pentru diagnostice de acută și cronici.

(3) Secțiile pentru pacienții adulți sunt: secțiile psihiatrie I, clinică II, clinică III, IV, V și secția psihiatrie VI cronici.

(4) Secțiile pentru pacienții copii sunt: psihiatrie pediatrică, neurologie pediatrică, recuperare neuropsihomotorie.

Art. 37. (1) În spital, asistența medicală de urgență acordată în afara programului normal de lucru este asigurată de către medicul de gardă, existând două linii de gardă aprobate: una pentru secțiile de adulți și alta pentru secțiile de copii.

(2) Activitatea medicală în liniile de gardă se asigură de personal medical superior, mediu și auxiliar sanitar încadrat în secțiile pentru pacienți adulți și copii, desemnat prin grafic lunar stabilit de directorul medical împreună cu directorul de îngrijiri, conform normelor medicale naționale și interne.

(3) Personalul mediu și auxiliar ce deservește linia de gardă adulți este compus din 5 asistenți medicali și 5 infirmieri – care desfășoară permanent activitate la gardă, cu câte o rezervă din fiecare categorie (1 asistent medical și 1 infirmier), rezervă ce desfășoară activitate la gardă, doar la nevoie, în funcție de situație, în rest asigură servicii în cadrul secției de proveniență (Secția Clinică Psihiatrie II).

(4) Linia de gardă copii este asigurată cu medic și personal mediu și auxiliar din cadrul secțiilor neurologie și psihiatrie pediatrică.

(5) În situații deosebite linia de gardă adulți mai poate fi deservită de personal mediu și auxiliar sanitar încadrat în secțiile spitalului, stabilit de directorul de îngrijiri și asistenții șefi, după analiza graficelor de lucru (număr personal /număr pacienți internați).

(6) Nerespectarea graficelor lunare, refuzul desfășurării activității în liniile de gardă și refuzul desemnării de personal pentru deservirea camerei de gardă, în condițiile alin.(5) constituie abatere disciplinară.

(7) Asistența medicală la primire în camera de gardă constă în:

1. triaj, evaluare și tratament de urgență a pacienților cu afecțiuni psihiatrice și neurologice care se prezintă spontan sau sunt aduși de ambulanță, poliție, după caz;

2. asigurarea primului ajutor și acordarea asistenței medicale calificate și specializate, până când bolnavul este stabilizat și ajunge în secție, sau în altă unitate de asistență de specialitate, dacă situația medicală o impune;

3. inventarierea și preluarea efectelor și bunurilor de valoare aflate în posesia pacientului conform procedurilor existente;

4. triaj epidemiologic, asigurarea igienei individuale și condițiilor de cazare și masă;

5. asigurarea tratamentului/investigațiilor conform recomandărilor medicului de gardă și supravegherea pacientului, până la predarea acestuia pe secție;

6. asigurarea condițiilor de igienă (curățenie, dezinsecție, aseptie, dezinsecție și deratizare).

Art. 38. (1) Internarea bolnavilor se face pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la medicul specialist, a actului de identitate și a dovezii calității de asigurat /cardului național de sănătate și se aprobă de către medicul șef de secție, cu excepția cazurilor de urgență.

(2) Internarea pacienților adulți poate fi voluntară sau nevoluntară, după caz.

(3) În cazul internării voluntare pacientul adult semnează consimțământul informat, potrivit formularului standard prevăzut de normele legale în vigoare, care se atașează la foaia de observație.

(4) Internările nevoluntare ale pacienților adulți au loc numai în condițiile și cazurile prevăzute de legislația specifică aplicabilă în domeniu cu respectarea întocmai a procedurilor legale.

Art. 39. (1) Repartizarea bolnavilor în secții, pe saloane, se face avându-se în vedere natura, gravitatea bolii și specificul patologiei, iar la secțiile de copii se iau în considerare și grupele de vârstă.

(2) La terminarea tratamentului, externarea bolnavilor se face pe baza biletului de ieșire din spital/ scrisoare medicală întocmite de medicul curant, care se înmânează pacientului împreună cu decontul de cheltuieli întocmit în conformitate cu prevederile legale.

(3) În situația în care bolnavul nu mai dorește să continue tratamentul în condiții de spitalizare medicul curant poate hotărî externarea la cerere după o prealabilă informare a pacientului asupra consecințelor posibile ale stării lui de sănătate, acest aspect urmând să fie consemnat în foaia de observație sub semnătura medicului curant și a bolnavului.

(4) În cazul în care pacientul solicită externarea, iar starea sa de sănătate mintală întrunește cerințele menținerii internării, medicul curant poate declanșa procedura internării nevoluntare, în condițiile legii.

Art. 40. Secțiile pentru pacienții adulți psihiatrie I, clinică II, clinică III, IV, V și secția psihiatrie VI cronici au în principal următoarele atribuții:

1. preluarea și asigurarea condițiilor de internare a pacienților;
2. asigurarea aparatului de urgență, cu aprobarea conducerii spitalului;
3. asigurarea igienei individuale și condițiilor de cazare și masă;
4. inventarierea și preluarea efectelor și bunurilor de valoare aflate în posesia pacientului conform procedurilor existente;
5. asigurarea transportului bolnavilor în secție, în spital sau la consultații interclinice/investigații;
6. ținerea evidenței zilnice, a internării bolnavilor și asigurarea comunicării cu camera de gardă privind locurile libere;
7. aplicarea măsurilor referitoare la prevenirea și combaterea infecțiilor asociate asistenței medicale în cadrul activităților desfășurate;
8. asigurarea examinării medicale complete și a investigațiilor minime a bolnavilor în ziua internării;
9. efectuarea în cel mai scurt timp a examenului clinic și investigațiilor necesare stabilirii diagnosticului;
10. declararea cazurilor de boli contagioase și a bolilor profesionale conform reglementărilor în vigoare;
11. recoltarea de probe biologice pentru efectuarea analizelor de laborator indicate de medic;
12. asigurarea tratamentului medical complet (curativ, preventiv și de recuperare), individualizat și diferențiat, în raport cu starea bolnavului, cu forma și stadiul evolutiv al bolii, prin aplicarea diferitelor procedee și tehnici medicale conform protocoalelor, procedurilor și normelor legale în vigoare;
13. utilizarea corespunzătoare a instrumentarului și aparaturii medicale;
14. asigurarea în regim de permanență a îngrijirilor medicale necesare de calitate, pe toată durata internării;
15. obținerea consimțământului informat în scris al pacientului privind investigațiile, manoperele și tratamentul necesar;
16. asigurarea medicamentelor necesare tratamentului indicat și administrarea curentă a acestora;
17. asigurarea alimentației bolnavilor, în concordanță cu diagnosticul, regimul indicat și stadiul evolutiv al bolii;
18. desfășurarea de activități care să asigure bolnavilor internați un climat favorabil, un regim rational de odihnă și servire a mesei, de igienă personală, de activități ocupaționale și de petrecere a timpului liber, de primire a vizitelor și păstrarea legăturii acestora cu familia;
19. asigurarea condițiilor de igienă (curățenie, dezinsecție, aseptie, dezinsecție și deratizare);
20. educația sanitară a bolnavilor și aparținătorilor;
21. asigurarea și verificarea ca medicamentele, materialele și instrumentarul să îndeplinească condițiile de sterilizare și termenele de valabilitate, în conformitate cu normele în vigoare, iar în caz contrar se interzice utilizarea lor;
22. asigurarea condițiilor necesare recuperării medicale precoce;
23. asigurarea confidențialității datelor pacienților conform legislației în vigoare;

24. respectarea drepturilor pacientului și informarea acestuia privind drepturile și obligațiile pe perioada internării;

25. repartizarea pacienților către activitățile de ergoterapie și terapie ocupațională;

26. respectarea politicii de utilizare a antibioticelor, implementată la nivelul unității sanitare.

Art. 41. Secțiile pentru pacienții copii au în principal, pe lângă cele enunțate secțiilor de adulți următoarele atribuții:

1. evaluarea clinică și investigarea complexă, multidisciplinară a oricărui pacient ;

2. evaluarea pacienților diagnosticați în alte unități sanitare, stabilirea gradului de extensie al bolii și a diagnosticului stadial prin investigații efectuate în laboratoarele spitalului;

3. stabilirea planului de tratament în echipă multidisciplinară, conform protocoalelor internaționale de tratament;

4. asigurarea terapiei standard adjuvantă, neoadjuvantă, cu intenție curativă sau paliativă pentru toate afecțiunile psihiatrice/neurologice/neuropsihomotorii pediatrice;

5. utilizarea în tratamentele specifice a protocoalelor internaționale, actualizate;

6. monitorizarea și acordarea suportului necesar copiilor și adolescenților care urmează tratament psihiatric/ neurologic/ neuropsihomotor în spital;

7. utilizarea terapiei paliative în stadiile avansate de boală;

8. monitorizarea clinică, biologică, hematologică și paraclinică a pacienților după întreruperea tratamentelor;

9. asigurarea controalelor periodice conform protocoalelor internaționale;

10. efectuarea cercetărilor clinice și interdisciplinare;

11. evaluarea și asistența psihologică, terapie prin joacă, asistență socială – în colaborare cu psihologi, psihoterapeuți, asistenți sociali și voluntari specializați ai unor asociații de profil.

Art. 42. În structura spitalului există și funcționează, în condițiile legii, **farmacia cu circuit închis**, care deservește secțiile cu paturi.

Art. 43. Farmacia are următoarele atribuții:

1. asigură aprovizionarea spitalului cu medicamente, pe care le eliberează sau le prepară, după caz, cu respectarea dispozițiilor legale;

2. răspunde de asigurarea necesarului de produse farmaceutice, de conservarea și preschimbarea acestora în cadrul termenelor de valabilitate, desfășoară acțiuni de combatere a polipragmăziei și a abuzului de medicamente;

3. asigură cu precădere stocul necesar de medicamente de uz curent;

4. participă la acțiunea specifică de farmacovigilență;

5. operează gestiunea medicamentelor cantitativ-valoric prin programul informatic;

6. operează deconturile pe bolnavi;

7. eliberează medicamentele pentru pacienții internați, pe condiții de prescripții medicale;

Art. 44. (1) Farmacia este condusă de un farmacist-șef având în subordine farmaciști, asistenți de farmacie și alt personal auxiliar.

(2) În exercitarea atribuțiilor sale, farmacistul-șef este subordonat conducerii spitalului în cadrul căruia funcționează farmacia, ca și compartiment al acestuia și are în subordine personalul farmaciei.

(3) Farmacistul-șef face parte din Consiliul Medical al spitalului, din Comisia Medicamentului, din colectivul de farmaco-vigilență și participă la raportul de gardă în vederea îmbunătățirii permanente a actului terapeutic.

(4) Atribuțiile farmacistului șef sunt următoarele:

1. asigură aprovizionarea farmaciei cu medicamente în funcție de stocurile existente;

2. coordonează și urmărește preluarea medicamentelor și materialelor sanitare livrate de depozite pe baza facturilor din punct de vedere cantitativ, calitativ și valoric;

3. asigură depozitarea și conservarea medicamentelor în conformitate cu specificul fiecărui produs;

4. organizează și urmărește desfășurarea procesului de muncă, precum și ridicarea nivelului profesional al personalului din subordine;

5. asigură prepararea, conservarea și eliberarea medicamentelor magistrale și oficiale;

6. gestionează produsele farmaceutice cu termen de valabilitate depășit în vederea casării și incinerării;

7. gestionează substanțele toxice și stupefiantele, efectuează nemijlocit eliberarea și evidența zilnică a rulajului acestor substanțe;

8. monitorizează introducerea datelor în sistemul informatic al spitalului, necesare pentru raportarea lunară a consumului de medicamente pentru unitățile sanitare cu paturi, conform normativelor în vigoare;

9. menține valabilitatea autorizației de funcționare a farmaciei;

10. respectă principiile eticii și deontologiei profesionale.

(5) Farmaciștii în conformitate cu pregătirea lor universitară, sunt competenți să exercite activități profesionale, precum:

1. colaborare cu medicul pentru stabilirea și urmărirea terapiei pacientului prin:

a) validarea procesului de alegere a medicamentului eficace, sigur și corespunzător din punct de vedere al raportului beneficiu – cost, în scopul individualizării farmacoterapiei pacientului;

b) furnizarea informațiilor pacienților și profesioniștilor din domeniul medical, în privința utilizării științifice și raționale a medicamentelor;

c) monitorizarea terapiei medicamentoasă a pacientului;

2. farmacovigilență;

3. fabricarea, controlul, depozitarea, conservarea și distribuția produselor din plante, suplimentelor nutritive, produselor igieno-cosmetice, dispozitivelor medicale, medicamentelor de uz veterinar, substanțelor farmaceutice active și auxiliare;

4. analize în laboratoare de biochimie, toxicologie și igienă a mediului și alimentelor;

5. obținerea, depozitarea și distribuirea preparatelor farmaceutice, utilizând practici care limitează posibilitatea transmisiei agentului infecțios către pacienți;

6. distribuirea medicamentelor antiinfecțioase cu respectarea reglementărilor privind avizarea acestei prescrieri existente în spital și ținerea unei evidențe adecvate;

7. obținerea și depozitarea vaccinurilor sau imunoglobulinelor specifice/serurilor heterologe și distribuirea lor în mod adecvat;

8. păstrarea evidenței antibioticelor distribuite departamentelor medicale;

9. raportează către compartimentul de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale, medicului responsabil de politica utilizării antibioticelor consumul de antibiotice pe clase și pe secțiile unității sanitare și participă la evaluarea tendințelor utilizării antibioticelor;

10. colaborează cu medicul infecționist/clinician responsabil de elaborarea politicii de utilizare judicioasă a antibioticelor în monitorizarea consumului de antibiotice;

11. organizează și realizează baza de date privind consumul de antibiotice din unitate, pe clase de antibiotice și pe secții/compartimente, cu calcularea DDD (doza zilnică definită)/100 zile spitalizare și a duratei medii a terapiei cu antibiotice per pacient internat, pe suport electronic.

Art. 45. Laboratorul de analize medicale a cărui activitate este coordonată de medicul încadrat are următoarele atribuții principale:

1. efectuarea analizelor medicale de: hematologie, biochimie, serologice, virusologice, parazitologie, micologie, necesare precizării diagnosticului, stadiului de evoluție a bolii și examenelor profilactice;

2. recepționarea produselor sosite pentru examen de laborator și înscrierea lor corectă;

3. asigurarea recipientilor necesari recoltării produselor;

4. redactarea corectă și distribuirea la timp a rezultatelor examenelor efectuate;

5. întocmirea propunerilor fundamentate pentru necesarul de achiziții publice de reactivi și materiale de laborator specifice;

6. raportarea statistică a numărului de analize efectuate pe bolnavii internați;

7. raportarea lunară a consumului de reactivi Serviciului financiar-contabil;

8. efectuarea testelor pentru stabilirea agenților etiologici ai infecțiilor la pacienții internați;

9. efectuarea testelor de detecție a portajelor de germeni cu risc individual sau de focar epidemic dificil de controlat (multirezistenți la antibiotice);

10. răspunde de elaborarea ghidurilor pentru recoltarea, manipularea, transportul și prezervarea corectă a probelor biologice, care vor fi însoțite de cererea de analiză completată corect;

11. răspunde de elaborarea manualului de biosiguranță al laboratorului, utilizând recomandările din Ghidul național de biosiguranță pentru laboratoarele medicale (cea mai recentă ediție), în scopul evitării contaminării personalului și a mediului;

12. răspunde de întocmirea și derularea programului de instruire a personalului din subordine în domeniul specific al prevenirii și limitării infecțiilor asociate asistenței medicale;

13. identificarea corectă a microorganismelor patogene; în cazul suspiciunii de infecție asociată asistenței medicale va asigura identificarea cât mai rapidă a agentului etiologic al infecțiilor asociate asistenței medicale din produsele patologice recoltate de la bolnavi/purtători;

14. anunțarea imediată, obligatorie, încă de la suspiciune, a rezultatelor microbiologice, respectiv a rezultatelor de identificare ulterioare a microorganismelor către compartimentul de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale;

15. raportează, în regim de urgență, aspectele neobișnuite identificate prin monitorizarea izolarilor de microorganisme și a rezistenței la antibiotice compartimentului de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale.

Art. 46. Laboratorul radiologie și imagistică medicală a cărui activitate este coordonată de medicul încadrat are în principal următoarele atribuții:

1. efectuarea examenelor radiologice și imagistice în laborator și la patul bolnavului, la indicația medicului primar sau a medicului specialist;

2. colaborarea cu medicii clinicieni în scopul precizării diagnosticului;

3. organizarea și utilizarea corespunzătoare a filmotecii și a arhivei;

4. înregistrarea tuturor examinărilor efectuate;

5. aplicarea măsurilor pentru prevenirea iradierii bolnavilor și personalului din laborator;

6. respectarea tuturor prevederilor legale specifice domeniului, elaborate de Comisia Națională de Control al Activităților Nucleare și Ministerul Sănătății;

7. întocmirea propunerilor fundamentate pentru necesarul de achiziții publice de filme și materiale de laborator specifice;

8. raportarea statistică a numărului de examinări efectuate pe bolnavii internați și ambulatori;

9. raportarea lunară a consumului de filme și alte materiale consumabile Serviciului financiar-contabil.

Art. 47. (1) În structura spitalului sunt organizate și funcționează distinct, sub conducerea șefilor de centru, în condițiile legii, două Centre de Sănătate Mintală, fără personalitate juridică – unul pentru pacienții adulți și unul pentru pacienții copii – ambele aflate în incinta unității.

(2) Centrele de Sănătate Mintală asigură îngrijirea în comunitate a persoanelor cu tulburări psihice.

(3) Accesul la serviciile acordate în centrele de sănătate mintală se face direct sau cu trimitere de la medicii de familie, alți medici specialiști sau unități de asistență socială.

Art. 48. Centrele de sănătate mintală au următoarele atribuții:

1. evaluarea persoanelor care se adresează direct centrelor de sănătate mintală;

2. depistarea activă și precoce a tulburărilor mintale și instituirea măsurilor corespunzătoare în vederea tratării lor și prevenirii unor evoluții nefavorabile;

3. furnizarea intervențiilor în criză pentru prevenirea dezvoltării episoadelor acute de boală și deteriorarea celor preexistente;

4. asigurarea asistenței medicale curative, inclusiv pacienților încadrați la art. 109 din Noul Codul penal;

5. asigurarea serviciilor de reabilitare psihosocială;

6. asigurarea serviciilor de psihoterapie;

7. asigurarea serviciilor de terapie ocupațională pentru reinsertia socială a pacienților cu tulburări psihice;

8. asigurarea asistenței la domiciliu, atunci când este necesar;

9. evaluarea pacienților cu tulburări mintale în vederea orientării către locuințe temporare sau protejate, ateliere protejate, comisii de expertiză a capacității de muncă, unități de ajutor social, învățământ și alte unități sanitare;

10. îndrumarea metodologică a medicilor de familie din sectorul psihiatric în acordarea de îngrijiri de sănătate mintală în baza unor protocoale de colaborare;

11. întocmirea evidenței pacienților cu tulburări mintale în vederea elaborării Registrului național de sănătate mintală;
12. evaluarea mediului de viață al pacientului;
13. depistarea precoce a tulburărilor specifice de dezvoltare și a disfuncționalităților psihopatologice la copil și adolescent;
14. monitorizarea în teritoriu a tulburărilor psihice în perioada copilăriei și adolescenței;
15. monitorizarea familiilor cu risc;
16. asigurarea serviciilor de psihopedagogie diferențiată pentru reintegrarea școlară a copiilor;
17. monitorizarea populației școlare prin servicii de legătură cu școala (medicul școlar și psihologul școlar);
18. asigurarea serviciilor specializate pentru copii.

Art. 49. Centrele de sănătate mintală, prin personalul medical superior, împreună cu alt personal superior de specialitate și cadre medii sanitare asigură următoarele servicii:

1. servicii psihiatrice ambulatorii;
2. servicii de asistență mobilă, pentru pacienții dificil de tratat sau care refuză să frecventeze structurile medicale, dar care acceptă tratamentul sau pentru acoperirea unor nevoi psihosociale variate, care necesită deplasarea unor membri ai echipei terapeutice;
3. servicii psihiatrice de zi: terapie ocupațională, psihoterapie individuală și de grup, precum și programe specializate de reabilitare. Aceste servicii sunt furnizate pacienților internați în staționarul de zi și sunt limitate în timp la maximum două luni, după care pacienții sunt trimiși serviciilor de reabilitare sau de asistență primară;
4. servicii de reabilitare: programe de terapie ocupațională, programe de reabilitare vocațională, programe de petrecere a timpului liber, programe de psihoeducație, după caz, în funcție de specificitățile locale;
5. servicii de intervenție în criză;
6. servicii de îngrijiri la domiciliu.

Art. 50. (1) În structura spitalului este organizat și funcționează **Compartimentul de ergoterapie și terapie ocupațională** care desfasoară, sub coordonarea directorului medical, activități de ergoterapie pentru pacienții internați în spital.

(2) Atribuțiile personalului din cadrul Compartimentul ergoterapie și terapie ocupațională sunt cuprinse în fișa postului.

(3) Accesul pacienților la activitățile de ergoterapie se face la recomandarea medicului curant, conform planului de îngrijiri.

Art. 51. Compartimentul de asistență socială, sub coordonarea directorului medical, oferă servicii de asistență socială primară în toate secțiile spitalului și are în principal următoarele atribuții:

1. Informează/orientează pacienții și aparținătorii spre serviciile sociale de care pot beneficia pe parcursul îngrijirilor de sănătate mintală în spital cât și în Centrul de Sănătate Mintală;
2. Sesizează specialiști și/sau instituțiile abilitate de lege și cooperează cu aceștia pentru soluționarea cazurilor pacienților care au fost victime ale unor situații de violență / abuz sau abandon;
3. Sesizează organele de Poliție, în scopul identificării persoanelor necunoscute (PIN), sosite în serviciul de urgență al spitalului;
4. Implică beneficiarii în acțiuni și activități terapeutice având ca obiectiv principal consolidarea stimei de sine și asimilarea unei modalități asertive de relaționare (activități culturale, activități de autogospodărire, activități recreative);
5. Sesizează D.G.A.S.P.C. Sibiu pentru cazurile de abandon a minorilor în spital sau cazurile de neglijare și abuz în familie;
6. Asigură consiliere, orientare și suport persoanelor care au nevoie de servicii de asistență socială specializate (victime ale violenței, persoane fără adăpost, persoane dependente în totalitate de îngrijiri permanente);
7. Elaborează împreună cu pacientul (acolo unde este cazul) strategii de activități și acțiuni potrivit potențialului fizic și mintal prin care se va urmări schimbarea atitudinii față de situația în care se află în scopul restabilirii echilibrului sistemic al individului;
8. Sprijină integrarea și reinserția socială a beneficiarului;

9. Colaborează cu serviciile de stare civilă și serviciul de evidența a persoanelor pentru posibila eliberare a actelor de identitate și declararea deceselor ce survin în spital;

10. Oferă consiliere socială pentru pacienții și familiile acestora în situațiile când problemele medicale implică schimbări radicale în viață personală, socială, profesională și familială a acestora;

11. Oferă sprijin de specialitate în vederea instituționalizării persoanelor vulnerabile/marginalizate social (cazuri sociale);

12. Colaborează cu Serviciile de Asistență Socială din cadrul Primăriilor pentru monitorizarea cazurilor sociale în teritoriu;

13. Efectuează anchete sociale, referate sociale necesare echipei terapeutice pentru pacienții internați în spital la solicitarea medicului curant/medic șef secție (acolo unde este cazul);

Art. 52. (1) Compartimentul de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale evidențiat în structura spitalului funcționează conform normelor legale în domeniu.

(2) Depistarea/identificarea, înregistrarea și declararea/raportarea infecțiilor asociate asistenței medicale sunt atribuții obligatorii ale acestui compartiment.

(3) Medicul coordonator al acestui compartiment:

1. elaborează anual un program de supraveghere, prevenire și control al infecțiilor asociate asistenței medicale;

2. elaborează ghidul de izolare al unității sanitare și coordonează aplicarea precauțiilor specifice în cazul depistării colonizărilor/infecțiilor cu germeni multiplerezistenți la pacienții internați;

3. întocmește harta punctelor și zonelor de risc pentru apariția infecțiilor asociate asistenței medicale și elaborează procedurile și protocoalele de prevenire și limitare în conformitate cu aceasta;

4. verifică completarea corectă a registrului de monitorizare a infecțiilor asociate asistenței medicale de pe secții și centralizează datele în registrul de monitorizare a infecțiilor;

5. raportează la Direcția de sănătate publică județeană Sibiu infecțiile asociate asistenței medicale ale unității și calculează rata de incidență a acestora pe unitate și pe secții;

6. organizează și participă la evaluarea eficienței procedurilor de curățenie și dezinfecție prin recoltarea testelor de autocontrol;

7. colaborează cu medicul de laborator pentru cunoașterea circulației microorganismelor patogene de la nivelul secțiilor și compartimentelor, cu precădere a celor multirezistente și/sau cu risc epidemiologic major, pe baza planului de efectuare a testelor de autocontrol;

8. organizează, supraveghează și controlează respectarea circuitelor funcționale ale unității, circulația pacienților și vizitatorilor, a personalului și, după caz, a studenților și elevilor din învățământul universitar, postuniversitar sau postliceal;

9. avizează orice propunere a unității sanitare de modificare în structura unității;

10. supraveghează și controlează respectarea în secțiile medicale și paraclinice a procedurilor de triaj, depistare și izolare a infecțiilor asociate asistenței medicale;

11. răspunde prompt la informația primită din secții și demarează ancheta epidemiologică pentru toate cazurile suspecte de infecție asociată asistenței medicale;

12. dispune, după anunțarea prealabilă a managerului unității, măsurile necesare pentru limitarea difuziunii infecției, respectiv organizează, după caz, triaje epidemiologice și investigații paraclinice necesare;

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

14. raportează managerului problemele depistate sau constatate în prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale.

(4) Atribuțiile personalului medical în domeniul supravegherii și controlului infecțiilor asociate asistenței medicale sunt cele prevăzute de legislația în vigoare și sunt cuprinse în fișa postului.

(5) La nivelul spitalului Harta sectoarelor cu risc epidemiologic se întocmește în funcție de prezența și cumularea diferiților factori asociați.

În evaluarea sectoarelor în funcție de nivelul de risc epidemiologic s-au luat în calcul următoarele variabile:

1. starea pacienților;

2. specificul intervențiilor sau manoperelor;

3. norme privind asigurarea condițiilor de igienă;
4. organizarea generală funcțională a unității;
5. circuite funcționale;
6. autocontrolul bacteriologic;
7. servicii gospodărești: garderobă pacienți, vestiar personal, etc.

Starea de curățenie a spațiilor și încăperilor din spital trebuie să fie în concordanță cu gradul de asepsie a actelor medicale care se practică.

În evaluarea riscului infecțios se vor avea în vedere: condițiile de spitalizare, contaminarea prin erori de asepsie, izolare, decontaminare; terapii care reduc rezistența antiinfecțioasă a organismului; selectarea de tulpini cu înalt potențial de patogenitate; purtătorii sănătoși din cadrul personalului medico-sanitar; cumulara factorilor de risc, incidența infecțiilor asociate asistenței medicale, etc.

Împărțirea pe zone de risc (A,B,C) în concordanță cu gradul de asepsie a actelor medicale care se practică, riscul personalului, riscul pacienților, facilitează stabilirea măsurilor adecvate de decontaminare și permite întocmirea hărții sau planului cu risc epidemiologic stadializat după particularitățile semnalate.

Codul de culori aferent zonelor de risc identificate la nivelul spitalului:

- zona galbenă = sector cu risc crescut (zona C)
- zona verde = sector cu risc mediu/moderat (zona B)
- zona albastră = sector cu risc minim/scăzut (zona A).

	GRAD DE RISC EPIDEMIOLOGIC	SECȚII/COMPARTIMENTE
Zona galbenă	CRESCUT	Secțiile de psihiatrie adulți Secția de neurologie pediatrică Secția de psihiatrie pediatrică Secția de recuperare neuro-psiho-motorie (copii)
Zona verde	MODERAT/ MEDIU	Ambulatoriile integrate Laborator de analize medicale Laboratorul de radiologie și imagistică medicală
Zona albastră	MINIM	Sectorul administrativ

Metoda uzuală de decontaminare în unitățile sanitare, care atinge un nivel de eficiență de 95-98%, este cea a curățeniei prin care se realizează îndepărtarea microorganismelor de pe suprafețe, obiecte sau tegumente odată cu îndepărtarea prafului și substanțelor organice.

După exigențele activităților întreprinse pentru realizarea curățeniei se poate utiliza o clasificare a încăperilor:

Zona 1	Zona 2	Zona 3
- Hol de la intrarea principală a secțiilor - Servicii administrative - Servicii economice - Servicii tehnice (întreținere)	- Holuri - Ascensoare - Săli de așteptare - Cabinete pentru consultații de ambulator - Secțiile de Psihiatrie adulți	- Secția neurologie pediatrică - Secția psihiatrie pediatrică - Secția recuperare neuro-psiho-motorie (copii) - Camera de gardă adulți - Săli de tratament - Saloane - Laboratorul de analize medicale - Grupuri sanitare - Blocul alimentar - Spălătorie

Identificarea activităților la risc, a categoriilor de personal medico-sanitar expus riscului infecțios și a măsurilor de prevenire a riscului de contaminare sunt detaliate în tabelul de mai jos:

CATEGORIA DE PERSONAL MEDICO-SANITAR EXPUS	ACTIVITĂȚI / PROCEDURI MEDICALE CU RISC INFECȚIOS EFECTUATE ÎN SCOP DIAGNOSTIC SAU TERAPEUTIC	MĂSURI DE PREVENIRE A RISCULUI DE CONTAMINARE

Medici specialități	Expunerea cutanată, percutană sau mucoasa accidentală cu sange, alte produse biologice ale pacienților	<ul style="list-style-type: none"> - respectarea Precauțiilor standard (igiena mâinilor și folosirea echipamentului de protecție adecvat, complet, corect) - utilizarea dispozitivelor și manevrelor invazive, doar acolo unde acestea sunt strict necesare, în funcție de necesitățile clinice - aplicarea conduitei în caz de expunere cutanată, percutană sau mucoasa accidentală cu sange, alte produse biologice ale pacienților
---------------------	--	--

Art. 53. Biroul evaluare și statistică medicală funcționează sub coordonarea directorului medical și este condus de un șef de birou și îndeplinește următoarele atribuții:

1. culege, stochează și prelucrează date statistice din toate secțiile și compartimentele spitalului;

2. asigură întocmirea rapoartelor statistice solicitate de Direcția Județeană de Sănătate Publică Sibiu și Casa Județeană de Asigurări Sociale de Sănătate Sibiu ori de câte ori este nevoie, respectând termenele de raportare, conform normelor în vigoare;

3. analizează lunar, sau ori de câte ori este nevoie, evoluția indicatorilor de performanță a managementului spitalului, informând directorul medical și managerul asupra lor;

4. urmărește realizarea operațiunilor de introducere a datelor în programele DRG (grupe de diagnostice înrudite) și Sistemul informatic unic integrat, respectând confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați;

5. efectuează operațiuni de verificare, analiză și transmitere către Casa Județeană de Asigurări Sociale de Sănătate Sibiu a datelor și documentelor justificative, în vederea decontării serviciilor medicale, cu respectarea termenelor legale.

Art. 54. (1) Colectivul de cercetare științifică în neuroștiințe funcționează în subordinea directorului medical al spitalului și are ca **obiectiv general** creșterea capacității de cercetare-dezvoltare în domeniul psihiatriei, a Spitalului Clinic de Psihiatrie „Dr. Gheorghe Preda” Sibiu.

(2) Obiectivele specifice Colectivului de cercetare științifică în neuroștiințe sunt:

a. Dezvoltarea unor teme de cercetare ale căror potențiale rezultate vor avea impact direct asupra îmbunătățirii sănătății mintale a populației, prin realizarea de studii de cercetare științifică medicală clinică, în domeniul psihiatriei și al neuroștiințelor aplicate, cu precădere privind:

- evoluția proceselor morbide;
- elaborarea algoritmilor și a strategiilor de diagnostic pozitiv, precoce și diferențial;
- patogenia și evaluarea răspunsului la diversele scheme și proceduri terapeutice din domeniul neuroștiințelor aplicate (Neuroreglare, BCI Health, e-health etc), în boli specifice;
- studiul diferitelor asocieri morbide.

b. Dezvoltarea unor teme de cercetare ale căror potențiale rezultate vor avea impact direct asupra îmbunătățirii, cunoașterii și preciziei procedurilor de diagnostic, prin realizarea de studii de cercetare științifică medicală fundamentală în domeniul psihiatriei și neuroștiințelor, privind:

- identificarea diverselor mecanisme patogeneice;
- îmbunătățirea procedurilor diagnostice și terapeutice în diferite entități morbide specifice.

c. Dezvoltarea unor teme de cercetare ale căror potențiale rezultate vor avea impact direct în tratarea anumitor afecțiuni psihiatrice sau neurologice (precum depresia rezistentă la tratament, tulburarea obsesiv-compulsivă, anxietate, anorexie, Parkinson, Distonie, AVC, sindrom Tourette),

d. Dezvoltarea și validarea metodologiei cromatografiei de înaltă performanță (HPLC și UHPLC) în diagnosticarea tulburărilor psihice și monitorizarea tratamentului medicamentos. Principalele direcții de cercetare și dezvoltare a tehnicii sunt reprezentate de identificarea biomarkerilor și analiza farmaceutică.

e. Realizarea unui protocol terapeutic și introducerea în cadrul programului de asistență a pacienților cu tulburări psihice a tDCS (stimulării electrice transcraniene) pentru un mai bun management al semnelor și simptomelor și un prognostic mai bun pe termen lung, prin controlarea eficientă a efectelor adverse ale tratamentului farmacologic standard.

(3) În cadrul Colectivului de cercetare științifică în neuroștiințe funcționează Compartimentul terapie electroconvulsivă cu scopul dezvoltării unor teme de cercetare ale căror rezultate vor avea impact direct în tratarea unor afecțiuni, precum depresie, manie sau schizofrenie, rezistente la farmacoterapie, prin utilizarea terapiei electronvulsivante.

Art. 55. (1) Ambulatoriul integrat face parte din structura spitalului și funcționează în incinta unității cu respectarea circuitelor organizatorice și funcționale, în condițiile legii.

(2) Medicii de specialitate încadrați în spital desfășoară activitate în sistem integrat, spital - ambulatoriul integrat, în cadrul programului lucru stabilit de conducerea spitalului, asigurând asistența medicală spitalicească continuă, în regim de spitalizare de zi și ambulatorie.

(3) Activitatea acestei structuri este astfel organizată încât asigură accesul zilnic al pacienților la serviciile ambulatorii, programul stabilit fiind comunicat casei de asigurări de sănătate cu care spitalul are contract.

Art. 56. Activitatea ambulatoriului integrat al spitalului constă în:

1. stabilirea diagnosticului și tratamentului pacienților care se prezintă cu bilet de trimitere către o unitate spitalicească de la medicul de familie sau de la un medic specialist din ambulatoriu, aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, și care nu au necesitat internare în regim continuu sau de spitalizare de zi;

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

3. consultații interdisciplinare pentru pacienții internați în unitate sau pentru cei internați în alte spitale, în baza relațiilor contractuale stabilite între unitățile sanitare respective; acestea se vor acorda prioritar;

4. stabilirea diagnosticului și tratamentului pacienților care se prezintă cu bilet de trimitere de la medicul de familie sau de la un medic specialist din ambulatoriu, pentru specialitățile unice în localitatea respectivă, și care nu necesită internare în regim continuu sau de spitalizare de zi.

B. Atribuțiile aparatului funcțional

Pentru îndeplinirea atribuțiilor ce revin cu privire la activitatea medicală, economică, financiară și administrativă, Spitalul Clinic de Psihiatrie „Dr. Gheorghe Preda” din Sibiu are în structură servicii, birouri și compartimente funcționale.

Art. 57. Serviciul de management al calității serviciilor de sănătate

(1) Este constituit în baza Ordinului comun al Ministerului Sănătății și al Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate (A.N.M.C.S.) nr. 1.312/250/2020 privind organizarea și funcționarea structurii de management al calității serviciilor de sănătate în cadrul unităților sanitare cu paturi și serviciilor de ambulanță, în procesul de implementare a sistemului de management al calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului.

(2) Mod de lucru: structura de management al calității serviciilor de sănătate organizează trimestrial ședințe de analiză a funcționării sistemului de management al calității.

În cadrul ședințelor se vor analiza următoarele elemente:

A. Elemente de intrare referitoare la funcționarea sistemului de management

1. problemele/aspectele externe și interne care sunt relevante pentru sistemul de management, inclusiv nevoile de îngrijire specifice ale populației deservite;

2. nevoile și așteptările părților interesate comunicării relevante cu părțile interesate, inclusiv reclamații- recomandări de îmbunătățire în urma analizei reclamațiilor;

3. obligațiile de conformare;

4. aspectele de mediu semnificative;

5. riscuri și oportunități;

6. eficacitatea acțiunilor întreprinse pentru a trata riscurile și oportunitățile;

7. structura de personal / a posturilor – număr / categorii profesionale medicale și nemedicale comparativ cu cererea de servicii medicale și de îngrijire necesarul de personal față de activitatea medicală desfășurată, evaluarea nevoii de redistribuire a personalului față de dependența de pacienți, dotarea tehnică;

8. analiza volumului de activitate comparativ cu repartizarea echilibrată a personalului pe toate sectoarele de activitate;

9. sistemul informatic și planul de dezvoltare a sistemului informațional, evaluarea și compararea efectelor cantitative și calitative ale sistemului informațional cu costurile realizării și funcționării lui;

10. oportunități de îmbunătățire / propuneri de îmbunătățire;

11. adecvarea resurselor.

B. Elemente de intrare referitoare la performanța și eficacitatea sistemului de management

1. politica în domeniul calității – misiune, principii, valori;

2. satisfacția clienților și feedback-ul părților interesate, analiza formularului de chestionar satisfacție pacienți;

3. măsura în care au fost îndeplinite obiectivele -indicatori de analiză a gradului de îndeplinire a strategiei – planului strategic;

4. performanța proceselor și conformitatea-stadiul de realizare a indicatorilor de performanță, analiza produselor și serviciilor critice;

5. lista problemelor identificate, neconformități și acțiuni corective;

6. rezultatul monitorizării și măsurării;

7. rezultatele auditurilor interne (analiza auditului intern a proceselor documentate și nedocumentate, audit de evaluare conformare – avize, autorizații) și externe;

8. respectarea prevederilor legislației intern și extern;

9. performanța furnizorilor externi;

10. îndeplinirea obligațiilor de conformare;

11. evenimentele adverse – santinela, evenimente cu potențial grav (near miss)- probleme identificate și măsuri propuse;

12. prezentarea Raportului de prelucrare a datelor medicale din documentele medicale în vederea îmbunătățirii activității medicale (raport de verificare FO);

13. monitorizarea programului de management al calității, recomandări scrise privind rezultatele analizei indicatorilor, măsuri adoptate spre implementare.

Art. 58. Serviciul de management al calității serviciilor de sănătate (S.M.C.S.S) este subordonat managerului și desfășoară în principal următoarele activități:

(1) Reglementarea activității S.M.C.S.S la nivelul Spitalului Clinic de Psihiatrie „ Dr. Gheorghe Preda” Sibiu1 are ca principale scopuri:

a) implementarea la nivelul spitalului a sistemului de management al calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului prin planificarea, organizarea, coordonarea, îndrumarea metodologică și monitorizarea activităților privind asigurarea și îmbunătățirea continuă a calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului;

b) controlul activităților privind asigurarea și îmbunătățirea continuă a calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului este responsabilitatea managerului spitalului;

c) adecvarea activităților desfășurate de către personalul S.M.C.S.S. așa cum sunt acestea prevăzute în normele legale care reglementează organizarea activității structurilor de management al calității și siguranței pacienților la nivelul unităților sanitare publice, la specificul proceselor și activităților subsecvente acestora care se desfășoară la nivelul spitalului;

d) asigurarea posibilității tuturor angajaților spitalului de a lua act de locul, rolul, importanța și activitățile desfășurate de către personalul S.M.C.S.S în cadrul spitalului, precum și de decizia declarată public de către managerul spitalului în a susține activitatea acestora;

e) eliminarea următoarelor riscuri existente în Registrul de riscuri:

1. apariția unor disfuncționalități în ceea ce privește exercitarea atribuțiilor desfășurate de către personalul S.M.C.S.S în contextul în care angajații Spitalului nu au cunoștință de activitățile pe care le desfășoară S.M.C.S.S.;

2) incertitudinea în ceea ce privește delimitarea clară a activităților desfășurate de către S.M.C.S.S. și a atribuțiilor exercitate de către personalul care încadrează respectiva structură;

3) neconformarea la indicatorul ”01.07.01.02.02 – Activitatea S.M.C. este reglementată” aferent L.V. 06 – Managementul calității (atribuțiile SMC), anexă la Ordinul președintelui A.N.M.C.S. nr. 8/2018 privind aprobarea instrumentelor de lucru utilizate de către A.N.M.C.S. în cadrul celui de-al doilea Ciclu de acreditare a spitalelor, cu modificările și completările ulterioare;

(2) S.M.C.S.S. este constituit în cadrul spitalului în baza Hotărârii Consiliului Județean Sibiu pentru aprobarea organigramei și statului de funcții al unității iar activitatea acestuia se desfășoară numai cu personal propriu special pregătit care, indiferent de postul ocupat, își desfășoară activitatea cu normă întreagă de 8 ore pe zi/40 de ore pe săptămână sau cu echivalent de fracții de normă întreagă.

(3) Pentru realizarea obiectului său de activitate, S.M.C.S.S desfășoară următoarele activități principale:

a) elaborarea, împreună cu celelalte structuri din unitatea sanitară, a planului de management al calității serviciilor de sănătate, precum și coordonarea și monitorizarea implementării acestuia;

b) evaluarea periodică a stadiului de implementare a planului de management al calității serviciilor de sănătate și a nivelului de conformitate cu standardele și cu cerințele de monitorizare postacreditare, adoptate de către ANMCS;

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

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

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

f) măsurarea și evaluarea calității serviciilor furnizate de către unitatea sanitară, inclusiv investigarea nivelului de satisfacție a pacienților;

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

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

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

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

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

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

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

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

o) coordonarea și evaluarea periodică a procesului de implementare a standardelor adoptate de către ANMCS, precum și monitorizarea activităților desfășurate în vederea îmbunătățirii nivelului de conformitate cu acestea;

p) înaintarea de propuneri fundamentate care susțin implementarea strategiilor și obiectivelor referitoare la managementul calității declarate de managerul spitalului (prin planul strategic și/sau planul de management);

q) analizarea permanentă a neconformităților constatate în derularea proceselor/activităților și înaintarea de propuneri privind luarea de măsuri de îmbunătățire sau corective ce se impun;

r) monitorizarea condițiilor 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/Comitetul director, după caz;

s) analizarea conținutului standardelor, criteriilor, cerințelor și indicatorilor prevăzuți de Ordinul președintelui ANMCS nr. 8/2018 și stabilirea drumului de parcurs pentru a atinge cel mai înalt grad de conformitate cu acestea/aceștia, raportat la resursele aflate la dispoziția spitalului, condițiile concrete și prioritățile de etapă existente, stabilind în acest sens obiectivele, activitățile, resursele și termenele de realizare cu responsabilități de implementare a propunerilor formulate;

ș) în situația analizei unor indicatori, îndeosebi a celor comuni mai multor liste de verificare, propune:

1) un mod de acțiune comun pentru toate microstructurile care implementează respectivii indicatori;

2) modul de monitorizare și evaluare a derulării proceselor avute în vedere a fi îmbunătățite;

3) documentația necesară asigurării trasabilității proceselor avute în vedere a fi îmbunătățite, eliminând documentele și înscrisurile redundante și inutile;

4) activitățile pentru care este necesar să se elaboreze proceduri de sistem sau operaționale, pentru a asigura omogenitatea modului de acțiune;

5) actele medicale pentru care se consideră că este necesară elaborarea de protocoale de diagnostic și tratament;

6) proceduri de monitorizare a eficacității și eficienței procedurilor și protocoalelor;

7) echipele care vor elabora aceste documente. Acestea vor fi formate din personalul implicat în aplicarea acestor proceduri/protocoale;

8) circuitul documentelor, având în vedere siguranța și securitatea informațiilor;

9) implementarea, conștientizarea și asumarea procedurilor, protocoalelor promovate.

Art. 59. (1) Structura de management al calității serviciilor de sănătate este condusă de un responsabil cu managementul calității, denumit în continuare RMC.

(2) Îndeplinește funcția de RMC persoana care ocupă funcția de șef serviciu/șef birou de management al calității serviciilor de sănătate sau, după caz, persoana desemnată de conducătorul unității sanitare ca responsabil al compartimentului de management al calității serviciilor de sănătate.

(3) RMC este responsabil cu coordonarea implementării sistemului de management al calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului la nivelul unității sanitare și are următoarele atribuții principale:

a) planifică, organizează, coordonează și monitorizează întreaga activitate privind implementarea sistemului de management al calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului la nivelul unității sanitare;

b) coordonează și controlează funcționarea structurii de management al calității serviciilor de sănătate;

c) analizează și avizează procedurile interne ale structurii de management al calității serviciilor de sănătate, care se aprobă potrivit reglementărilor legale în vigoare;

d) elaborează și supune aprobării conducătorului unității sanitare planul anual de formare și perfecționare profesională a personalului din subordine;

e) coordonează și monitorizează elaborarea documentelor calității la nivelul unității sanitare;

f) coordonează elaborarea și avizează planul de management al calității serviciilor de sănătate de la nivelul unității sanitare;

g) coordonează și monitorizează activitățile legate de asigurarea și îmbunătățirea calității serviciilor de sănătate desfășurate de către responsabilii desemnați la nivelul fiecăreia dintre structurile unității sanitare;

h) monitorizează activitățile legate de asigurarea și îmbunătățirea calității serviciilor de sănătate desfășurate de către comisiile, consiliile și comitetele constituite la nivelul unității sanitare, în colaborare cu coordonatorii acestora;

i) elaborează și înaintează spre aprobare conducătorului unității sanitare rapoarte periodice privind activitatea structurii de management al calității serviciilor de sănătate;

j) coordonează și monitorizează activitățile privind raportarea și monitorizarea evenimentelor adverse asociate asistenței medicale;

k) colaborează cu șefii celorlalte structuri din cadrul unității sanitare în vederea implementării sistemului de management al calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului;

l) asigură comunicarea permanentă cu responsabilul regional cu acreditarea desemnat prin ordin al președintelui ANMCS, precum și cu oficiul teritorial al ANMCS.

(4) R.M.C. participă ca membru sau are statut de invitat permanent, precum și de secretar, după caz, la următoarele activități/comisii/comitete/consilii:

1. Comitetul director – are statut de invitat permanent;

2. Consiliul medical – are statut de invitat permanent;

3. Comisia de monitorizare – este membru permanent al acesteia sau are statut de invitat permanent, în funcție de decizia managerului;

4. Comisia de coordonare și implementare a managementului calității serviciilor medicale și siguranței pacienților – asigură secretariatul ședințelor;

5. Ședințele managerului – participă la ședințele zilnice ordinare precum și la cele extraordinare când este nominalizat;

6. Rapoartele de gardă zilnice – are statut de invitat permanent;

Art. 60. (1) Personalul de execuție din cadrul structurii de management al calității serviciilor de sănătate din unitățile sanitare publice se încadrează, în condițiile legii, după cum urmează:

a) pe post de medic, în condițiile art. 249 alin. (2) teza I din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și ale art. 17 alin. (1) lit. a¹) din Legea nr. 185/2017, cu modificările și completările ulterioare;

b) pe post de referent, referent de specialitate sau consilier.

(2) Încadrarea personalului în structura de management al calității serviciilor de sănătate se face în condițiile art. 17 alin. (1) lit. a²) din Legea nr. 185/2017, cu modificările și completările ulterioare.

(3) Condițiile de ocupare a posturilor pe care trebuie să le îndeplinească persoana care participă la concursul pentru ocuparea posturilor din cadrul structurii de management al calității serviciilor de sănătate se stabilesc prin fișa postului aprobată de către conducătorul unității sanitare.

(4) Concursul pentru ocuparea posturilor din cadrul structurii se desfășoară în baza unei bibliografii și a unei tematici din domeniul managementului calității serviciilor de sănătate, cu respectarea bibliografiei și tematicii minime aprobate prin ordin al președintelui ANMCS.

(5) Din comisiile de concurs și respectiv comisiile de soluționare a contestațiilor, aprobate prin act administrativ al conducătorului unității sanitare publice, face parte și un reprezentant desemnat de ANMCS.

Art. 61. Medicii încadrați în structura de management al calității serviciilor de sănătate au următoarele atribuții principale:

a) monitorizează elaborarea protocoalelor de diagnostic și tratament și a procedurilor care vizează asistența medicală, urmărind respectarea regulilor de elaborare a acestora;

b) monitorizează și analizează implementarea procedurilor și protocoalelor care reglementează asistența medicală;

c) elaborează și coordonează implementarea planului anual pentru auditul clinic;

d) monitorizează identificarea și coordonează raportarea și analizarea evenimentelor adverse asociate asistenței medicale;

e) monitorizează elaborarea și respectarea planului anual de educație medicală continuă a medicilor și a farmaciștilor pe baza analizei de nevoi a spitalului, astfel încât acesta să răspundă misiunii sale;

f) monitorizează elaborarea, pe baza analizei de nevoi a spitalului, și respectarea planului de formare/perfecționare a personalului medical în managementul calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului;

- g) monitorizează procesul de verificare a nivelului de competență profesională a medicilor;
- h) monitorizează activitatea de actualizare a ofertei de servicii medicale conform nevoilor de sănătate a populației deservite;
- i) monitorizează implementarea măsurilor pentru managementul integrat al cazului și asigurarea continuității asistenței medicale a pacienților cu afecțiuni de lungă durată;
- j) analizează rezultatele monitorizării de către structurile responsabile cu prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale, ale respectării măsurilor pentru prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale;
- k) monitorizează planificarea și desfășurarea activităților de îngrijiri medicale conform procedurilor, protocoalelor și a planului de îngrijiri;
- l) monitorizează formarea asistenților medicali cu privire la utilizarea planului de îngrijiri specific specialității în care lucrează, la optimizarea înregistrărilor și la utilizarea acestuia ca instrument de comunicare interprofesională, cu valoare medico-legală;
- m) monitorizează elaborarea planului de educație medicală continuă a asistenților medicali pe baza analizei de nevoi a spitalului;
- n) monitorizează procesul de verificare a nivelului de competență profesională a asistenților medicali;
- o) monitorizează procesul de repartizare a sarcinilor asistenților medicali și ale infirmierilor, în funcție de volumul de activitate, complexitatea îngrijirilor și gradul de dependență a pacienților.

Art. 62. (1) Referentul/Referentul de specialitate/Consilierul încadrat în structura de management al calității serviciilor de sănătate are următoarele atribuții principale:

- a) monitorizează implementarea măsurilor pentru respectarea drepturilor pacientului;
- b) monitorizează implementarea măsurilor pentru respectarea privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE, precum și a altor dispoziții de drept al Uniunii sau drept intern referitoare la protecția datelor;
- c) monitorizează respectarea măsurilor de limitare a accesului persoanelor neautorizate în zonele cu risc crescut;
- d) monitorizează implementarea managementului riscurilor neclinice, a riscului financiar și a riscului organizațional;
- e) monitorizează elaborarea procedurilor pentru implementarea bunelor practici manageriale;
- f) monitorizează colectarea și prelucrarea datelor privind asigurarea resurselor necesare respectării protocoalelor și procedurilor medicale;
- g) monitorizează colectarea și prelucrarea datelor privind costurile corecte ale serviciilor de sănătate.

(2) În situația în care personalul prevăzut la alin. (1) are studii în domeniul medical, atribuțiile principale prevăzute la art. 60 lit. (j)-(n) se îndeplinesc de acest personal.

Art. 63. Personalul încadrat în structura de management al calității serviciilor de sănătate este personal contractual.

Art. 64. Compartimentul audit intern funcționează în subordonarea managerului și desfășoară în principal următoarele activități:

1. verificarea, inspectarea și analizarea întregii activități a spitalului în scopul evaluării obiective a modului și gradului de îndeplinire a obiectivelor asumate;
2. raportează managerului constatările făcute în urma activităților de verificare;
3. identifică și propune măsuri pentru corectarea deficiențelor constatate.

Art. 65. Serviciul financiar-contabil, subordonat Directorului financiar-contabil, este condus de un șef de serviciu și are următoarele atribuții principale:

1. organizează evidența financiar-contabilă conform prevederilor legale și asigură efectuarea corectă și la timp a înregistrărilor lor în evidența contabilă;
2. organizează analize periodice asupra utilizării bunurilor materiale necesare bunului mers al activității, împreună cu celelalte compartimente din unitate, analize privind stocurile disponibile, fără mișcare, cu mișcare lentă, în vederea prevenirii imobilizărilor de fonduri;
3. asigură întocmirea, circulația și păstrarea documentelor justificative care stau la baza înregistrărilor în evidența contabilă;

4. organizează evidența tehnico-operativă și gestionarea, asigură ținerea evidențelor la zi;
 5. înregistrează în evidențele contabile rezultatele inventarierii periodice ale mijloacelor materiale;
 6. întocmește situații privind costurile comparative pe diverși indicatori, zi de spitalizare, pat efectiv ocupat, număr bolnavi pe secțiile din unitate, pe diferite perioade;
 7. întocmește bugetul de venituri și cheltuieli;
 8. asigură efectuarea corectă și la zi, în conformitate cu prevederile legale, a operațiunilor de încasări și plăți în numerar;
 9. întocmește documentele de acceptare și refuz de plată;
 10. verifică documentele justificative de cheltuieli;
 11. întocmește programarea plăților pe decade pentru trezorerie;
 12. întocmește facturi și ordine de plată;
 13. întocmește chitanțele pentru sumele încasate și registrul de casă, depune în cont sumele din încasări;
 14. înregistrează cronologic și sistematic documentele justificative, le prelucrează și le păstrează conform legislației în vigoare;
 15. respectă prevederile legale privind angajarea, lichidarea, ordonanțarea și plata cheltuielilor;
 16. lunar și trimestrial întocmește contul de execuție bugetară și pe surse de finanțare, pe subcapitole, articole și aliniate;
 17. întocmește trimestrial bilanțul, raportul explicativ și anexele la bilanț, pe care la depune la Consiliul Județean Sibiu;
 18. întocmește bilanța sintetică și analitică a mijloacelor fixe și ale obiectelor de inventar;
 20. întocmește și raportează situații financiare solicitate de Consiliul Județean Sibiu, Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Sibiu, Direcția de Sănătate Publică a Județului Sibiu;
 21. ține evidența nominală a personalului care beneficiază de echipament de lucru;
- Art. 66. Biroul RUNOS** (resurse umane, normare, organizare, salarizare), subordonat managerului, este condus de un șef de birou și are următoarele atribuții principale:
1. întocmește statul de funcții conform structurii aprobate pentru toate categoriile de personal, pe care le supune aprobării Consiliului Județean Sibiu;
 2. asigură încadrarea personalului contractual pe categorii profesionale, potrivit statului de funcții, cu respectarea nomenclatoarelor de funcții și salarizare și a indicatoarelor de studii și stagii;
 3. ține evidența și urmărește constant situația posturilor vacante și temporar vacante din unitate precum și situația personalului contractual angajat pe perioadă determinată;
 4. asigură acordarea drepturilor de salarizare, conform legislației în vigoare;
 5. urmărește încadrarea în numărul de personal aprobat de către Consiliul Județean Sibiu prin statele de funcții;
 6. întocmește contractele de muncă pentru personalul de execuție nou încadrat;
 7. operează datele angajaților în programul REVISAL ;
 8. asigură întocmirea dărilor de seamă statistice privind numărul de personal și fondul de salarii;
 9. aplică criteriile de normare a posturilor din normativul în vigoare și repartizează posturile pe secții, în raport cu ierarhizarea acestora (capacitate, sarcini, profil, volum de activitate);
 10. operează lunar toate pontajele în vederea efectuării plății drepturilor salariale ale fiecărui salariat;
 11. efectuează planificarea concediilor de odihnă și urmărește realizarea acestora la nivel de unitate;
 12. stabilește drepturile de salarizare convenite personalului încadrat cu respectarea legislației în vigoare;
 13. întocmește dosarele de încadrare și pensionare ale personalului;
 14. întocmește documentația privind modificările de salarizare conform legislației în vigoare, modificări ale clauzelor contractelor individuale de muncă, oprează sancțiunile disciplinare pe baza deciziilor emise de conducere;

15. efectuează rapoartele statistice potrivit cerințelor legale referitoare la: numărul de salariați, veniturile salariale, impozitul pe salarii, obligațiile de plată către bugetul asigurărilor sociale de stat (de sănătate, pensii, șomaj);

16. întocmește lucrări de specialitate, respectiv: statul de funcții, normarea de personal, situații cerute de către Consiliul Județean Sibiu, Direcția de Sănătate Publică a Județului Sibiu, Casa Județeană de Asigurări Sociale de Sănătate Sibiu;

17. rezolvă corespondența zilnică a biroului;

18. informează managerul unității asupra tuturor aspectelor legate de situația de personal care implică actul de decizie.

Art. 67. Biroul contencios, arhiva, SIPP (serviciu intern de prevenire și protecție), subordonat managerului, este condus de un șef de birou și are următoarele atribuții principale:

a) în domeniul contencios:

1. reprezintă interesele unității în fața instanțelor de judecată în baza delegației dată de manager;

2. supune managerului spre aprobare prealabilă toate demersurile legate de etapele judecării;

3. ține evidența cauzelor aflate pe rolul instanțelor de judecată;

4. informează managerul despre stadiul proceselor;

5. urmărește periodic legislația publicată în monitorul oficial specifică domeniului de activitate al unității și informează conducerea unității despre modificările legislative apărute;

6. la solicitarea managerului acordă consiliere juridică privitoare la actele ce urmează a fi încheiate de unitate;

7. informează și avizează, funcție de caz, asupra legalității actelor adoptate;

8. avizul pozitiv sau negativ, precum și semnătura de legalitate se aplică numai pentru aspectele strict juridice ale documentului, nu și pentru aspectele economice, tehnice sau de altă natură cuprinse în documentul avizat ori semnat de acesta;

9. redactează și semnează pentru legalitate actele de dreptul muncii emise de manager, decizii privind modificarea, desfacerea sau încetarea contractelor individuale de muncă;

10. înregistrează în registrul anume destinat deciziile interne vizate de legalitate și conduce evidența operativă a acestora;

11. la nevoie și la solicitarea managerului, pe baza actelor normative în vigoare, redactează decizii, note interne, instrucțiuni, circulare, etc. având caracter intern menite să asigure o mai bună organizare a activității personalului;

12. la solicitarea conducerii, pe baza informațiilor și a datelor puse la dispoziție de compartimentele de specialitate, concepe, redactează și avizează unele contracte încheiate între unitate și terțe persoane fizice ori juridice;

13. soluționează din punct de vedere juridic actele încredințate de manager spre analiză de specialitate;

14. redactează și avizează, după caz, la solicitarea managerului, răspunsurile către petenți cu respectarea condițiilor și termenelor legale; ține evidența acestora;

15. prezintă managerului pentru semnare/ ștampilare toate actele redactate, precum și cele avizate din punct de vedere al legalității.

b) în domeniul arhivistic:

1. asigură desfășurarea în condiții optime a activității specifice din arhivă;

2. organizează și conduce evidența computerizată a documentelor din arhivă și operează în mod curent toate foile de observație nou create și/sau ieșite, după caz;

3. arhivează potrivit Nomenclatorului Arhivistic și pe emitenți toate documentele create în spital;

4. întocmește adeverințe/adrese privind datele medicale arhivate, pe baza cererilor aprobate de manager, respectiv avizate de legalitate, pe care le supune spre aprobare managerului; cererea solicitantului și copia răspunsului se îndosariază și se păstrează corespunzător;

5. urmărește păstrarea documentelor în arhivă pe termenii legale prevăzute în Nomenclator, la expirarea cărora face propuneri corespunzătoare de casare și procedează la autoinventarierea documentelor rămase în păstrare;

6. asigură confidențialitatea tuturor informațiilor și/ sau documentelor medicale potrivit legislației specifice în domeniu;

7. urmărește permanent menținerea condițiilor corespunzătoare arhivării documentelor în unitate;

8. urmărește realizarea comunicării actelor proprii emise către solicitanți.

c) în domeniul serviciului intern de prevenire și protecție (SIPP):

1. desfășoară activitățile legale de prevenire a riscurilor profesionale din unitate și protecția lucrătorilor la locul de muncă;

2. elaborează instrucțiuni proprii pentru completarea și/ sau aplicarea reglementărilor de securitate și sănătate în muncă, ținând seama de particularitățile activităților și ale unității, precum și ale locurilor de muncă;

3. propune atribuțiile și răspunderile în domeniul securității și sănătății în muncă, ce revin lucrătorilor, corespunzător funcțiilor exercitate, care se consemnează în fișa postului, cu aprobarea managerului;

4. ține și urmărește evidența meseriilor și a profesiilor prevăzute de legislația specifică, pentru care este necesară autorizarea exercitării lor, a posturilor de lucru care necesită examene medicale suplimentare precum și a posturilor de lucru care, la recomandarea medicului de medicina muncii, necesită testarea aptitudinilor și/sau control psihologic periodic;

5. verifică echipamentele de muncă și starea acestora conform cu cerințele minime de securitate și sănătate în muncă;

6. participă la cercetarea evenimentelor, întocmește evidența acestora și elaborează rapoarte privind accidentele de muncă suferite de lucrătorii din unitate, în conformitate cu prevederile legale;

7. urmărește realizarea măsurilor dispuse de către inspectorii de muncă, cu prilejul vizitelor de control și al cercetării evenimentelor;

8. asigură evaluarea și revizuirea riscurilor cu privire la securitatea și sănătatea în muncă la nivelul unității;

9. îndeplinește atribuțiile specifice ce-i revin în cadrul comitetului de securitate și sănătate în muncă;

10. realizează instruirea lucrătorilor în domeniul securității și sănătății în muncă și întocmește fișele de instruire corespunzător normelor legale în vigoare;

11. asigură aplicarea prevederilor legale pentru apărarea împotriva incendiilor;

12. desfășoară activități de instruire periodică în domeniul situațiilor de urgență;

13. asigură întocmirea și cunoașterea de către salariați a planurilor de protecție civilă;

14. verifică, evaluează și identifică riscul de arson la toate locurile de muncă din unitate, inclusiv în spațiile exterioare clădirilor din incinta spitalului, și procedează la informarea promptă a managerului asupra riscurilor identificate;

15. urmărește asigurarea căilor de acces, evacuare și de intervenție în caz de incendiu;

16. realizează instruirea specifică privind lucrările cu foc deschis.

Art. 68. Directorul administrativ, aflat în subordinea managerului, coordonează activitatea următoarelor structuri funcționale:

- Spălătorie

- Bloc alimentar

- Seră și întreținere

- Șoferi

- Magazie

- Serviciul administrativ, tehnic, achizitii, aprovizionare

- Formație tehnică

- Centrală telefonică

- Centrală termică.

Art. 69. Spălătoria funcționează în subordinea directorului administrativ și are următoarele atribuții principale:

1. preia lenjeria provenită de pe secții și predă la schimb lenjeria curată;

2. respectă circuitele funcționale în spălătorie și spital, circuitul igienic al lenjeriei (lenjeria murdară separat de lenjeria curată);
3. preluarea și predarea lenjeriei prin numărare în prezența personalului secției cu respectarea programului orar stabilit de comun acord cu secțiile;
4. sortează lenjeria care necesită dezinfecție;
5. respectă cerințele procedurii de dezinfecție, înmuiere, sterilizare a lenjeriei în scopul reducerii potențialului microbial al acestora;
6. asigură dezinfecția și spălarea lenjeriei de adulți separat de cea pentru copii;
7. asigură igiena adecvată a tuturor spațiilor și suprafețelor, a spațiilor destinate uscării și călcării lenjeriei;
8. triază rufe uscate pentru reparații-croitorie, pentru călcare, ori casare, după caz;
9. păstrează permanent igiena suprafețelor pe care se manipulează lenjeria curată spre distribuire;
10. respectă normele specifice de securitate și sănătate în muncă și PSI;
11. igienizează obligatoriu ținuta personalului;
12. respectă protocoalele și procedurile elaborate conform normelor și legislației în vigoare.

Art. 70. Blocul alimentar funcționează în subordinea directorului administrativ și are următoarele atribuții principale:

1. asigură recepția calitativă și cantitativă a alimentelor de către magazioner și comisia abilitată;
2. respectă zilnic foile de alimentație pentru bolnavi și cantitățile de alimente care intră în meniul zilei, elaborate de asistentul dietetician;
3. asigură predarea, primirea alimentelor de la magazia unității către bucătărie, pe baza listei de alimente, în prezența medicului de gardă, asistentului dietetician și a bucătarului, care vor controla calitatea alimentelor înainte de distribuire spre secții;
4. asigură prin compartimentul dietetică verificarea calitativă și cantitativă a alimentelor care intră în bucătărie, care se distribuie în secții și a mâncării care se prepară; recoltarea și păstrarea probelor alimentare;
5. distribuie hrana pe baza unui program afișat și aprobat privind ora de începere și se terminare a operațiunii, pentru fiecare secție;
6. asigură, prin bucătar, respectarea meniurilor și porțiilor pe secții, conform listei care se află în copie la bucătărie;
7. respectă zilnic normele de igienă, de securitate și sănătate în muncă;
8. urmărește efectuarea operațiunilor de dezinsecție și deratizare de către personalul desemnat de conducerea spitalului;
9. periodic se va asigura controlul medical al personalului.

Art. 71. Compartimentul seră și întreținere funcționează în subordinea directorului administrativ și are următoarele atribuții principale:

1. asigură curățenia zilnică în curtea și în unele spații ale spitalului;
2. pe timpul iernii, îndepartează zăpada și gheața de pe alei;
3. pe timpul verii asigură udarea periodică a zonelor verzi și a celor plantate cu flori;
4. evacuează gunoiul și alte reziduuri și îl depozitează la locurile special amenajate;

Art. 72. Compartimentul șoferi funcționează în subordinea directorului administrativ și are următoarele atribuții principale:

1. asigură transportul, cu mijloacele auto aflate în dotarea spitalului, a personalului, pacienților și bunurilor în baza solicitărilor structurilor funcționale ale spitalului aprobate de conducere;
2. îndeplinește formalitățile necesare menținerii în stare de bună funcționare (tehnică și legală) a mijloacelor auto aflate în dotarea spitalului.

Art. 73. Compartimentul magazie funcționează în subordinea directorului administrativ și are următoarele atribuții principale:

1. asigură gestiunea fizică a stocului de marfă;
2. introduce marfa în stoc în baza documentelor de intrare;
3. asigură mișcarea stocurilor.

Art. 74. Serviciul administrativ, tehnic, achizitii, aprovizionare - ATA - funcționează în subordinea directorului administrativ, este condus de un șef de serviciu și are următoarele atribuții principale:

a) în domeniul administrativ și tehnic

1. asigură activitatea de întreținere și reparații a aparaturii, instalațiilor, utilajelor, clădirilor și mijloacelor de transport din instituție;
2. asigură efectuarea reviziilor și verificărilor tehnice pentru aparatura din dotare;
3. urmărește desfășurarea în bune condiții a reparațiilor curente și capitale;
4. asigură efectuarea recepției provizorii și finale a lucrărilor de reparații efectuate în unitate;
5. asigură funcționalitatea în bune condiții a atelierului de întreținere și reparații;
6. asigură întreținerea clădirilor, instalațiilor și inventarului din dotare;
7. verifică periodic starea tehnică a clădirilor și informează conducătorul unității asupra oricăror situații de risc constatate sau a altor aspecte tehnice neconforme cu reglementările în domeniu;
8. îndrumă personalul cu privire la buna întreținere și funcționare a aparaturii, instalațiilor și utilajelor din spital;
9. organizează și urmărește funcționarea întregului sistem informational al spitalului;
10. analizează toate aplicațiile ce se doresc a fi dezvoltate în spital;
11. urmărește starea de funcționare a tuturor echipamentelor aflate în dotare și asigură remedierea defecțiunilor apărute;
12. instruieste personalul spitalului care lucrează cu calculatorul, în vederea exploatarei echipamentelor și aplicațiilor la performanțe maxime.

b) în domeniul achizițiilor publice:

1. elaborează și, după caz actualizează, pe baza necesităților transmise de celelalte compartimente ale unității, programul anual de achiziții, ca instrument managerial pe baza căruia se planifică procesul de achiziție;
2. întocmește lunar necesarul de achiziții pentru alimente, materiale sanitare, materiale de curățenie, materiale de întreținere și rechizite, care vor fi înaintate spre aprobare directorului financiar contabil;
3. respectă prevederile legale și răspunde de execuția la timp a achizițiilor publice în cuantumul valoric stabilit prin bugetul de venituri și cheltuieli aprobat;
4. întocmește documentația de atribuire în procesul de achiziție publică;
5. îndeplinește obligațiile referitoare la publicitate, astfel cum sunt acestea prevăzute de legislația aplicabilă în domeniu;
6. aplică și finalizează procedura de atribuire în procesul de achiziție publică;
7. constituie și păstrează dosarul de achiziție publică.

c) în domeniul aprovizionării:

1. urmărește alegerea ofertelor de materiale și prestări servicii cele mai avantajoase;
2. asigură întocmirea și executarea planurilor de aprovizionare cu respectarea baremurilor în vigoare;
3. întocmește și urmărește graficul de livrări pentru materiale necesare unității;
4. asigură aprovizionarea cu alimente, materiale, instrumentar aparatură, etc., în cele mai bune condiții;
5. efectuează recepția cantitativă și calitativă a materialelor, alimentelor primite de la furnizori;
6. întocmește toate situațiile privind aprovizionarea;
7. asigură îndrumarea și controlul activității de aprovizionare;
8. verifică existența comenzilor la bazele de aprovizionare cu specificațiile respective.

Art. 75. Formația tehnică aflată în subordinea șefului serviciului ATA este condusă de un șef formație muncitori și asigură lucrările de întreținere și reparații, având în principal următoarele atribuții:

1. efectuează lucrări de reparații curente la utilaje, instalații, construcții;
2. asigură buna întreținere a clădirilor, aparatelor, instalațiilor și utilajelor;
3. stabilește cauzele degradării sau distrugerii construcțiilor, instalațiilor și utilajelor și propune măsuri corespunzătoare remedierii lor;
4. stabilește necesarul de materiale de întreținere, construcții, instalații;

5. justifică materialele de construcții, de întreținere a utilajelor ridicate de la magazie, pe baza de bonuri de consum și a confirmărilor efectuate de către beneficiarii lucrării;

6. informează coordonatorul de activitate despre greutățile și lipsurile întâlnite în timpul programului de lucru;

7. răspunde de buna gospodărire și utilizare a sculelor și aparatelor cu care lucrează;

8. folosește în mod rațional materialele și piesele de schimb primite.

Art. 76. Centrala telefonică, aflată în subordinea șefului serviciului ATA, asigură prin mijloacele tehnice avute la dispoziție legăturile telefonice necesare desfășurării activităților spitalului.

Art. 77. Centrala termică, aflată în subordinea șefului serviciului ATA și sub coordonarea șefului formație muncitori, asigură prin deservirea mijloacelor tehnice avute la dispoziție a agentului termic și a apei calde necesare funcționării în bune condiții a structurilor funcționale ale spitalului.

Art. 78. Compartimentul dietetică, aflat în subordinea directorului de îngrijiri, are în principal următoarele atribuții:

1. asigurarea, calitativ și cantitativ, a hranei pentru pacienți, aparținători și personal medical, în condiții de siguranță a alimentului;

2. aprovizionarea corespunzătoare cu alimente/materii prime în funcție de diete, meniuri și de bugetul alocat per pacient; verificarea la recepție a produselor alimentare, a documentelor de înregistrare sanitară veterinară și pentru siguranța alimentelor, precum și celelalte documente de însoțire a mărfii, obligatorii; verificarea zilnică a termenelor de valabilitate al alimentelor;

3. verificarea din punct de vedere cantitativ, calitativ și organoleptic a mâncării gătite înainte de distribuirea pe secții; recoltarea zilnică a probelor alimentare;

4. respectarea recomandărilor igienico-dietetice corespunzătoare patologiei conform solicitărilor din secții, stabilirea meniului zilnic, verificarea respectării meniurilor și dietelor; elaborarea de diete și rețetare;

5. monitorizarea respectării condițiilor de depozitare a alimentelor și materiilor prime necesare preparării hranei

6. verificarea respectării normelor de igienă și a protocoalelor/ procedurilor privind blocul alimentar, curățenia și dezinsecția spațiilor și a veselei; respectarea circuitelor funcționale; ținuta, igiena mâinilor; regimul deșeurilor și verificarea zilnică a stării de sănătate a personalului și efectuarea controlului periodic de către personalul din blocul alimentar;

7. verificarea realizării dezinsecției, deratizării și deratizării periodice conform planului și ori de câte ori este nevoie.

Art. 79. Cabinetul EEG (Electoencefalogramă), aflat în subordinea directorului medical și sub coordonarea Șefului Secției Neurologie Pediatrică, asigură în raport cu dotarea existentă efectuarea investigațiilor medicale conform solicitărilor medicilor de specialitate.

CAPITOLUL VII. CONSILII, COMITETE, COMISII, ECHIPE

Art. 80. (1) În cadrul spitalului, potrivit normelor legale în vigoare, funcționează următoarele consilii, comisii, comitete sau echipe:

- Consiliul medical
- Consiliul etic
- Comisia de analiză a rezultatelor utilizării Protocoalelor și Ghidurilor adoptate de spital
- Comisia de internare nevoluntară
- Comisia de analiză a deceselor intraspitalicești
- Comitet de prevenire și control a infecțiilor asociate asistenței medicale
- Comisia de selecționare a documentelor arhivate
- Comitetul de securitate și sănătate în muncă
- Comisia medicamentului
- Comisia de analiză a cazurilor invalidate
- Comisii de evaluare oferte pentru achiziții publice

- Comisii de recepție lucrări, servicii, produse, donații
- Comisia centrală de inventariere
- Comisia de inventariere a bunurilor care nu mai sunt necesare unității
- Comisia de evaluare a bunurilor care nu mai sunt necesare unității
- Comisia de licitație pentru valorificarea bunurilor
- Comisia de dezmembrare - demolare a bunurilor
- Comisia de organizare și desfășurare a concursurilor/examenelor de încadrare și promovare
- Comisii de soluționare a contestațiilor la angajare
- Comisii de cercetare disciplinară prealabilă
- Comisia de analiză a evenimentelor adverse asociate asistenței medicale
- Comisia de monitorizare a sistemului de control intern managerial
- Comisia de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților
- Comisia de control a documentelor medicale
- Comisia multidisciplinară pentru pacienții complecși
- Comisia de farmacovigilență
- Comitetul/comisia/echipa de coordonare a implementării cerințelor de acreditare ANMCS
- Comisia de analiza pentru codificarea serviciilor DRG
- Comisia pentru stupefiante
- Comisia tehnică de prevenire și stingere a incendiilor
- Comisia de apărare în caz de dezastre
- Comisia de biocide și materiale sanitare
- Comisia de implementare a Strategiei Anticorupție

(2) Componenta comisiilor prevăzute la alin.1, atribuțiile și responsabilitățile se stabilesc în condițiile legii, prin actul de decizie al managerului care se duce la îndeplinire de către persoanele abilitate.

Art. 81. (1) Consiliul medical funcționează în baza prevederilor Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare și a prevederilor Ordinului Ministrului Sănătății nr.863/2004 pentru aprobarea atribuțiilor și competențelor consiliului medical al spitalelor.

(2) Este alcătuit din șefii de secții, farmacistul-șef și asistentele-șefe.

(3) Directorul medical este președintele Consiliului medical.

(4) Se întrunește lunar sau ori de câte ori este nevoie și ia decizii în prezența a cel puțin două treimi din numărul membrilor săi, cu majoritatea absolută a membrilor prezenți. În urma ședințelor se întocmește un proces verbal semnat de toți participanții.

(6) Principalele atribuții ale Consiliului medical sunt următoarele:

1. urmărește îmbunătățirea standardelor clinice și a modelelor de practică în scopul acordării de servicii medicale de calitate în scopul creșterii gradului de satisfacție a pacienților;

2. monitorizează și evaluează activitatea medicală desfășurată în spital, în scopul creșterii performanțelor profesionale și utilizării eficiente a resurselor alocate;

3. înaintează Comitetului director propuneri privind utilizarea fondului de dezvoltare al spitalului;

4. propune Comitetului director măsuri pentru dezvoltarea și îmbunătățirea activității spitalului în concordanță cu nevoile de servicii medicale ale populației și conform ghidurilor și protocoalelor de practică medicală;

5. alte atribuții stabilite prin ordin al ministrului sănătății.

Art. 82. (1) Consiliul etic funcționează în baza prevederilor Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare și a prevederilor Ordinului Ministrului Sănătății nr. 1502/2016 pentru aprobarea componentei și a atribuțiilor Consiliului etic care funcționează în cadrul spitalelor publice.

(2) Consiliul etic este alcătuit din:

- 4 reprezentanți aleși ai corpului medical al spitalului;
- 2 reprezentanți aleși ai asistenților medicali din spital;
- un reprezentant ales al asociațiilor de pacienți.

(3) Consilierul juridic va asigura suportul legislativ pentru activitatea Consiliului etic al spitalului.

(4) Secretarul Consiliului etic este un angajat cu studii superioare, desemnat prin decizia managerului să sprijine activitatea Consiliului etic. Secretarul și consilierul juridic au obligația participării la toate ședințele Consiliului etic, fără a avea drept de vot.

(5) Pentru fiecare membru permanent și pentru secretar există câte un membru supleant.

(6) Membrii Consiliului etic și supleanții acestora sunt aleși și desemnați în urma unei proceduri desfășurate în conformitate cu prevederile Ordinului ministrului sănătății nr. 1.502/2016 pentru aprobarea componenței și a atribuțiilor Consiliului etic care funcționează în cadrul spitalelor publice.

(7) Nominalizarea membrilor consiliului de etică (permanenți și supleanți) se face pentru un mandat de 3 ani prin decizie a managerului.

(8) Calitatea de membru în Consiliul etic este incompatibilă cu următoarele calități:

a) din structura unității respectiv: manager, director medical, director de îngrijiri, asistent-șef al unității, precum și angajați ai unității rufe până la gradul 3 cu aceștia;

b) din afara unității respectiv: angajați și/sau colaboratori ai companiilor producătoare sau distribuitoare de medicamente, materiale sanitare, echipamente și dispozitive medicale, angajați sau colaboratori ai furnizorilor de servicii sau produse cu care spitalul se află în relație contractuală.

(9) În cazul în care un membru este urmărit sau condamnat penal, acesta este exclus din componența Consiliului etic.

(10) În situația în care reprezentantul ales al asociațiilor de pacienți absentează la mai mult de 4 ședințe consecutive, fără a motiva în prealabil absența, acesta este exclus din Consiliul etic.

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

(12) Președintele Consiliului etic are următoarele atribuții:

1. convoacă Consiliul etic, prin intermediul secretarului;

2. prezidează ședințele Consiliului etic, cu drept de vot;

3. avizează, prin semnătură, documentele emise de către Consiliul etic și rapoartele periodice;

4. informează managerul spitalului, în termen de 7 zile lucrătoare de la vacantarea unui loc în cadrul Consiliului etic, în vederea completării componenței acestuia.

(13) Consiliului etic se întrunește lunar sau ori de câte ori apar noi sesizări ce necesită analiză de urgență, la convocarea managerului, a președintelui Consiliului sau a cel puțin 4 dintre membrii acestuia.

(14) Principiile de funcționare ale Consiliului etic sunt:

- Consiliul etic este independent de ierarhia medicală și de îngrijiri a spitalului. Este interzisă orice tentativă de influențare a deciziilor membrilor Consiliului etic. Orice astfel de tentativă este sesizată comisiei de disciplină din cadrul spitalului și Compartimentului de integritate al Ministerului Sănătății.

- Activitatea membrilor Consiliului etic se bazează pe imparțialitate, integritate, libertate de opinie, respect reciproc și pe principiul supremației legii.

- Managerul spitalului are obligația publicării și actualizării pe pagina web a spitalului a informațiilor referitoare la existența și activitatea Consiliului etic.

(15) Indicatori de performanță privind activitatea Consiliului etic:

- număr de instruirii organizate pe teme legale de etică și deontologie – 1 pe semestru;

- număr de cazuri de încălcare a principiilor morale sau deontologice raportate și neanalizate / număr de cazuri de încălcare a principiilor morale sau deontologice raportate;

- număr de rapoarte semestriale ale activității desfășurate, în primele 7 zile ale lunii următoare – 1 pe semestru.

Art. 83. (1) Comisia de analiză a Protocoalelor și Ghidurilor adoptate de spital este constituită și funcționează în baza deciziei managerului și are atribuții în elaborarea, monitorizarea, analiza și revizuirea protocoalelor medicale în cadrul spitalului prin:

1. identificarea afecțiunilor pentru care sunt necesare stabilirea de protocoale în spital conform prevederilor reglementărilor în vigoare la nivelul spitalului;
2. reevaluarea periodică a protocoalelor și ghidurilor medicale;
3. monitorizarea implementării protocoalelor și ghidurilor medicale;
4. colaborarea cu șefii de secții, structura de Management al Calității, Consiliului medical, alte structuri implicate pentru respectarea ghidurilor medicale;
5. analizarea periodică a eficienței protocoalelor și ghidurilor medicale, a abaterilor de la aplicarea acestora și a cauzelor ce conduc la abateri;
6. propunerea de măsuri pentru îmbunătățirea activității spitalului.

Art. 84. (1) Comisia de internare nevoluntară funcționează în baza prevederilor Legii nr. 487/2002 a sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

(2) Este constituită pe bază de grafic lunar întocmit de către directorul medical și este compusă din:

- doi medici psihiatri;
- un medic de altă specialitate;
- secretariatul comisiei este asigurat de un asistent social.

(3) Comisia de internare nevoluntară are următoarele atribuții:

1. analizează în termen de cel mult 48 de ore de la primire propunerea medicului psihiatru de internare nevoluntară a unui pacient;
2. consemnează decizia luată în dosarul medical al pacientului și informează pacientul și reprezentantul său personal sau legal asupra deciziei luate;
3. înaintează decizia conducerii unității care, în termen de 24 de ore, o va transmite împreună cu documentele medicale Judecătoria Sibiu pentru a hotărî cu privire la confirmarea deciziei;
4. până la pronunțarea hotărârii instanței cu privire la confirmarea deciziei de internare nevoluntară, va examina periodic pacientul internat nevoluntar, la un interval ce nu va depăși 5 zile;
5. reexaminează pacienții internați nevoluntar la cel mult o lună și ori de câte ori este nevoie în funcție de starea acestora, precum și la cererea medicului șef de secție, a pacientului, a reprezentantului legal sau convențional al pacientului, precum și a procurorului.

(4) În situația în care nu se mai constată condițiile care au determinat hotărârea de internare nevoluntară, ținând cont și de opinia medicului psihiatru care are în îngrijire pacientul, comisia, prin examinarea directă a pacientului și a dosarului său medical, constată încetarea condițiilor care au impus internarea nevoluntară.

(5) Comisia va informa conducerea unității medicale, care va sesiza, de îndată, judecătoria care a hotărât confirmarea internării nevoluntare în legătură cu propunerea de încetare a condițiilor care au impus internarea nevoluntară, propunând confirmarea acesteia din urmă.

(6) Secretarul comisiei ține evidența cazurilor de internare nevoluntară în baza Registrului special înființat prevăzut de lege pe care îl pune la dispoziția comisiei, verifică corectitudinea datelor personale ale pacienților examinați de comisie și sesizează neconformitățile persoanelor abilitate, urmărește efectuarea corespondenței necesară instanței facilitând comunicarea documentelor între comisie, conducerea unității și pacienții internați nevoluntar.

Art. 85. (1) Comisia de analiză a deceselor intraspitalicești funcționează în baza prevederilor Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare și se constituie prin act administrativ al managerului.

(2) Comisia este compusă de 5 membrii aleși de Consiliul medical.

(3) Membrii Comisiei de analiză a deceselor intraspitalicești au următoarele obligații:

1. să fie imparțiali în analiza cazurilor invalidate;
2. să păstreze confidențialitatea celor dezbătute;
3. să se abțină de la deliberare și votare când au un interes personal;

(4) În vederea îndeplinirii atribuțiilor proprii, Comisia deceselor intraspitalicești va avea în vedere:

1. Necesitatea reducerii numărului de decese nejustificate din spital;
2. Evitarea situațiilor de malpraxis;
3. Creșterea calității actului medical.

(5) Comisia deceselor intraspitalicești are următoarele atribuții:

1. analizează periodic numărul deceselor înregistrate în activitatea spitalului, astfel:

- a) Numărul deceselor în totalitate;
- b) Numărul deceselor la 24 de ore de la internarea pacientului.

2. analizează motivele medicale care au dus la decesul pacienților, cuprinse în FOCG și certificatul de deces;

3. în situația în care se constată un deces survenit ca urmare a acțiunii personalului medical (malpraxis), prezintă cazul conducerii spitalului în vederea luării de măsuri necesare;

4. redactează un proces verbal de ședință în care consemnează rezultatele activității;

5. membrii comisiei deceselor intraspitalicești sunt obligați să participe la efectuarea necropsiei pacientului decedat în prezența medicului curant și a șefului de secție din care face parte medicul curant (sau înlocuitorul acestuia);

6. în urma autopsiei se va recolta material biptic care va fi însoțit obligatoriu de FIȘA DE ÎNSOȚIRE tip, semnată și parafată de medicul ce solicită examinarea;

7. poate solicita medicului curant justificarea acțiunilor medicale în cazul pacientului decedat;

8. răspunde la orice solicitare a conducerii spitalului privitoare la decesele intraspitalicești.

(6) La solicitarea conducerii spitalului, Comisia deceselor intraspitalicești poate fi consultată în următoarele domenii:

1. elaborarea unei strategii de reducere a numărului de decese;

2. planificarea de acțiuni în vederea creșterii calității actului medical.

(7) Este legal întrunită dacă sunt prezenți jumătate plus unul din totalul membrilor. Deciziile Comisiei se iau cu majoritatea simplă (cel puțin 3 membri). Toți membrii comisiei au drept de vot.

(8) Comisia deceselor intraspitalicești este legal întrunită dacă sunt prezenți jumătate plus unul din totalul membrilor.

(9) Deciziile Comisiei deceselor intraspitalicești se iau cu majoritatea simplă (cel puțin 3 membri).

(10) Comisia deceselor intraspitalicești analizează justificările primite din partea medicilor curanți și prezintă conducerii spitalului și medicului curant concluziile finale.

(11) În termen de maximum 30 de zile calendaristice de la prezentarea concluziilor finale medicul curant poate prezenta o contestație justificată, contestație ce va fi analizată într-o comisie largită, la care va fi invitat un cadru universitar de specialitate.

(12) Comisia deceselor intraspitalicești colaborează cu celelalte comisii ale spitalului în vederea creșterii calității actului medical.

(13) Punctele de vedere ale Comisiei deceselor intraspitalicești sunt adoptate în strategia de dezvoltare a spitalului.

Art. 86. (1) Comisia de selecționare a documentelor arhivate - CSDA funcționează în baza prevederilor Legii nr. 16/1996 a Arhivelor Naționale, cu modificările și completările ulterioare.

(2) Comisia de selecționare, numită prin decizia managerului, este compusă din: un președinte, un secretar și un număr impar de membri numiți din rândul specialiștilor proprii.

(3) Comisia se întrunește anual sau ori de câte ori este necesar, pentru a analiza fiecare unitate arhivistică în parte, stabilindu-i valoarea practică sau istorică; hotărârea luată se consemnează într-un proces-verbal.

(4) În mod obligatoriu în cazul unor evenimente (inundații, incendii, etc) care au provocat distrugerii de documente ce trebuie scoase din evidență datorită distrugerii sau imposibilității folosirii lor este convocată Comisia de selecționare pentru evaluarea distrugerilor și se solicită prezența delegatului Serviciului Județean al Arhivelor Naționale pentru confirmarea la fața locului a distrugerilor provocate.

(5) În aprecierea importanței documentelor, comisia de selecționare are în vedere respectarea termenelor de păstrare a documentelor, prevăzute în nomenclatorul dosarelor.

(6) Selecționarea este o operație prin care comisia stabilește păstrarea sau eliminarea documentelor și, după caz, valoarea practică și științifică sau istorică a acestora.

(7) La încheierea lucrărilor de selecționare, comisia întocmește procesul-verbal de selecționare și semnează inventarele dosarelor propuse spre eliminare care se înaintează managerului spre aprobare.

(8) Procesul verbal și inventarele dosarelor, inclusiv inventarul documentelor permanente se înaintează, pentru confirmare, la Serviciul Județean al Arhivelor Naționale. Ca atare orice lucrare de selecționare va cuprinde următoarele piese:

1. Adresa de trimitere spre confirmare de către Serviciul Județean al Arhivelor Naționale în care se consemnează numărul procesului verbal al lucrării de selecționare înaintate;

2. Procesul-verbal de selecționare semnat de către conducătorul unității pentru aprobare și ștampilat;

3. Inventarele documentelor propuse pentru eliminare, semnate de către toți membrii comisiei (inventare în trei exemplare pentru documentele cu termen limitat de păstrare, respectiv patru exemplare pentru documentele permanente).

4. Inventarele documentelor permanente din perioada pentru care se face selecționarea.

(9) După primirea confirmării scrise de la Serviciul Județean al Arhivelor Naționale, documentele stabilite a fi eliminate se predau la unitățile de recuperare/colectare a hârtiei.

Art. 87. (1) Comitetul de securitate și sănătate în muncă se constituie prin decizia internă a managerului conform prevederilor articolului 58 din H.G. nr. 1.425/2006 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Legii securității și sănătății în muncă nr. 319/2006, cu modificările și completările ulterioare,

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

a) manager;

b) reprezentanți ai angajatorului cu atribuții de securitate și sănătate în muncă;

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

d) medicul de medicină a muncii.

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

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

2. urmărește realizarea planului de prevenire și protecție, inclusiv alocarea mijloacelor necesare realizării prevederilor lui și eficiența acestora din punct de vedere al îmbunătățirii condițiilor de muncă;

3. analizează introducerea de noi tehnologii, alegerea echipamentelor, luând în considerare consecințele asupra securității și sănătății, lucrătorilor, și face propuneri în situația constatării anumitor deficiențe;

4. analizează alegerea, cumpărarea, întreținerea și utilizarea echipamentelor de muncă, a echipamentelor de protecție colectivă și individuală;

5. analizează modul de îndeplinire a atribuțiilor ce revin serviciului extern de prevenire și protecție, precum și menținerea sau, dacă este cazul, înlocuirea acestuia;

6. propune măsuri de amenajare a locurilor de muncă, ținând seama de prezența grupurilor sensibile la riscuri specifice;

7. analizează cererile formulate de lucrători privind condițiile de muncă și modul în care își îndeplinesc atribuțiile persoanele desemnate și/sau serviciul extern;

9. 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;

10. 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;

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

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

13. 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.

(4) Comitetul se întrunește trimestrial și ori de câte ori este nevoie.

(5) În urma ședințelor se întocmește un proces verbal semnat de toți participanții.

Art. 88. (1) Comisia medicamentului funcționează în baza prevederilor Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

(2) Comisia se constituie prin act administrativ al managerului în baza și este compusă dintr-un președinte, un secretar și un număr de membrii decizi de manager. Din comisie face parte farmacistul și medicii reprezentanți ai structurilor medicale.

(3) La nivelul Spitalului Clinic de Psihiatrie „Dr. Gheorghe Preda” Sibiu, Comisia medicamentului este formată din 4 membrii: director medical, farmacist și 2-3 medici stabiliți pe bază de grafic, prin rotație din fiecare secție, astfel încât să se asigure reprezentativitatea periodică a fiecărei secții. Nominalizarea se face pe bază de grafic lunar de către directorul medical. Face parte din cadrul comisiei și persoana angajată responsabilă cu achiziția medicamentelor.

(4) Membrii Comisiei medicamentului au următoarele obligații:

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

(5) În vederea îndeplinirii atribuțiilor proprii, Comisia medicamentului va avea în vedere:

1. Obligațiile comisiei
2. Necesitatea reducerii cheltuielilor nejustificate din spital
3. Creșterea calității actului medical

(6) Comisia medicamentului are următoarele atribuții:

1. analizează și stabilește în ultimul trimestru al anului în curs, necesarul de medicamente al spitalului pentru anul următor pe care îl comunică directorului administrativ spre a fi cuprins în planul anual al achizițiilor publice;

2. se întrunește lunar sau ori de câte ori este nevoie pentru a analiza consumul lunar de medicamente, stocul existent și pentru a stabili necesarul de medicamente ce urmează a fi achiziționat/comandat pe care îl comunică directorului financiar contabil și directorului administrativ;

3. analizează periodic, o dată pe lună, prin sondaj, câte 5 foi de observație din fiecare secție a spitalului;

4. analizează justificarea tratamentului din FOCG alese și sesizează conducerea spitalului asupra situațiilor de polipragmazie, recomandare abuzivă a unui medicament;

5. în situația în care se constată un consum abuziv de medicamente, solicită medicului curant justificarea acestuia și analizează aceste justificări;

6. redactează un proces verbal de ședința în care consemnează rezultatele activității;

7. participă la introducerea ghidurilor de practică medicală și a protocoalelor terapeutice;

8. elaborează criteriile de prescriere a medicației specifice - PROTOCOL DE PRESCRIERE ANTIPSIHOTICE, ANTIDEPRESIVE, ANTIDEMENȚIALE, NOOTROPE, SEDATIVE, HIPNOINDUCTOARE;

9. elaborează Fișa de prescriere a medicației specifice;

10. colaborează cu medicul epidemiolog funcție de situația epidemiologică înregistrată;

11. răspunde la orice solicitare în domeniu a conducerii spitalului.

(7) La solicitarea conducerii spitalului, Comisia medicamentului poate fi consultată în următoarele domenii:

1. elaborarea unei strategii de reducere a consumului de medicamente;

2. analizarea consumului de medicamente pe fiecare secție, trimestrial și în dinamică, cu prezentarea rezultatului în Consiliul medical;

3. analizarea justificării consumului de medicamente de către secțiile în care s-au constatat creșteri substanțiale.

(8) Se întrunește cel puțin trimestrial și întocmește un proces verbal pe care îl înaintează Consiliului medical.

(9) Comisia este legal întrunită dacă sunt prezenți cel puțin jumătate plus unul din totalul membrilor.

(10) Deciziile Comisiei medicamentului se iau cu majoritatea simplă.

(11) Comisia medicamentului analizează justificările primite din partea medicilor curanți și prezintă conducerii spitalului și medicului curant concluziile finale.

(12) În termen de maximum 30 de zile calendaristice de la prezentarea concluziilor finale medicul curant poate prezenta o contestație justificată, contestație ce va fi analizată într-o comisie largită, la care poate fi invitat un cadru universitar de specialitate.

(13) Propunerea definitivă a comisiei medicamentului asupra analizei facute este transmisă în scris conducerii spitalului.

(14) Comisia medicamentului colaborează cu celelalte comisii ale spitalului în vederea creșterii calității actului medical.

(15) Punctele de vedere ale Comisiei medicamentului sunt adoptate în strategia de dezvoltare a spitalului.

(16) Metodologia prezentată privind organizarea și funcționarea Comisiei Medicamentului este adoptată de Consiliul medical și devine obligatorie pentru comisie. Toate materialele elaborate, inclusiv rapoartele trimestriale 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.

Art. 89. (1) Comisia de analiză a cazurilor invalidate, compusă din directorul medical, 3 medici și un statistician, are ca scop obținerea finanțării aferente cazurilor spitalizate în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi.

(2) În realizarea scopului comisia are următoarele atribuții:

1. analizează operativ cazurile invalidate;
2. respectă condițiile de validare a cazurilor;
3. urmărește respectarea metodologiei specifice în vederea obținerii avizului de revalidare;
4. urmărește respectarea cerințelor privind setul minim de date la nivel de pacient care fac obiectul înregistrării și raportării în format electronic;
5. lunar raportează managerului neregulile constatate privind corectitudinea datelor înregistrate, modalitatea de rezolvare, eventuale dificultăți și soluții concrete de eliminare a erorilor.

Art. 90. (1) Comisia de analiză a evenimentelor adverse asociate asistenței medicale are ca scop analiza retrospectivă a EAAAM în cadrul Spitalului Clinic de Psihiatrie „Dr. Gheorghe Preda” Sibiu, care să asigure identificarea cauzelor și adoptarea de măsuri de prevenire.

(2) Comisia de analiză a evenimentelor adverse asociate asistenței medicale este formată din:

Președinte: Managerul Spitalului Clinic de Psihiatrie “Dr. Gheorghe Preda” Sibiu;

Membrii: Directorul medical al Spitalului Clinic de Psihiatrie „Dr. Gheorghe Preda” Sibiu;

Medicul specialist epidemiolog;

Medic din cadrul Serviciului de Management al Calității Serviciilor de Sănătate.

(3) Conducerea Comisiei de analiză a evenimentelor adverse asociate asistenței medicale este asigurată de Președinte.

(4) Comisia de analiză a evenimentelor adverse asociate asistenței medicale realizează analiza retrospectivă a EAAAM.

(5) Comisia de analiză a evenimentelor adverse asociate asistenței medicale va stabili măsuri:

- de prevenire - stabilirea unor bariere mai eficace;
- de limitare a gravității consecințelor prin stabilirea gradului de detectabilitate și asigurare a condițiilor de intervenție rapidă;
- de tratare a EAAAM prin asigurarea condițiilor de rezolvare a consecințelor.

(6) Atribuțiile Președintelui Comisiei de analiză a evenimentelor adverse asociate asistenței medicale sunt:

1. conduce și coordonează ședințele Comisiei de analiză a evenimentelor adverse asociate asistenței medicale;

2. urmărește respectarea termenelor stabilite de către Comisia de analiză a evenimentelor adverse asociate asistenței medicale și decide asupra măsurilor care se impun pentru respectarea acestora;

3. decide asupra participării la ședințele Comisiei de analiză a evenimentelor adverse asociate asistenței medicale a altor persoane, a căror participare este necesară pentru clarificarea aspectelor aflate pe ordinea de zi a ședinței;

4. aprobă procesele verbale ale ședințelor, rapoartele și hotărârile Comisiei de analiză a evenimentelor adverse asociate asistenței medicale;

5. aprobă situațiile centralizatoare și analizele EAAAM semestriale și anuale.

(7) Membrii Comisiei de analiză a evenimentelor adverse asociate asistenței medicale asigură realizarea analizei retrospective a EAAAM și adoptarea de măsurilor de prevenire, limitare, tratare a EAAAM.

(8) Principalele atribuții ale medicului din cadrul Serviciului de Management al Calității Serviciilor de Sănătate în Comisia de analiză a EAAAM sunt:

1. organizează desfășurarea ședințelor Comisiei de analiză a evenimentelor adverse asociate asistenței medicale din dispoziția Președintelui Comisiei;

2. pregătește documentele necesare desfășurării ședințelor Comisiei de analiză a evenimentelor adverse asociate asistenței medicale;

3. întocmește, înregistrează, transmite spre aprobare membrilor Comisiei, îndosariază procesele verbale ale ședințelor;

4. duce la îndeplinire și monitorizează, după caz, deciziile Comisiei de analiză a evenimentelor adverse asociate asistenței medicale și dispozițiile Președintelui acesteia;

5. semnalează Comisiei de analiză a evenimentelor adverse asociate asistenței medicale situațiile de nerespectare a hotărârilor acesteia și propune măsurile corective care se impun;

6. asigură diseminarea rapoartelor Comisiei de analiză a EAAAM și o bună comunicare între compartimentele spitalului și Comisie;

7. elaborează raporturile semestriale și anuale privind EAAAM la nivelul spitalului;

8. supune rapoartele semestriale și anuale spre analiză în cadrul Consiliului Medical pentru identificarea cauzelor și a eficacității barierelor de prevenire a apariției EAAAM;

9. ține evidența (electronic, îndosariere) a rapoartelor de analiză;

10. verifică și monitorizează procesul de implementare a măsurilor propuse în raportul de analiză.

(9) Comisia de analiză a evenimentelor adverse asociate asistenței medicale se întrunește ori de câte ori este necesar, pentru atingerea scopului pentru care s-a înființat. Desfășurarea ședinței se consemnează în procesul verbal.

(10) Comisia de analiză a evenimentelor adverse asociate asistenței medicale este subordonată managerului spitalului și colaborează cu direcțiile, serviciile, compartimentele și structurile din subordinea spitalului.

Art. 91. (1) Comisia de monitorizare a sistemului de control intern managerial este formată din managerul unității - președinte și membrii Comitetului director, ajutată de un secretariat tehnic.

(2) Atribuțiile principale ale Comisiei sunt:

1. Elaborează Programul de dezvoltare a sistemului de control intern managerial al spitalului, program care cuprinde obiective, activități, termene, responsabili, precum și unele măsuri necesare dezvoltării acestuia. La elaborarea programului se vor avea în vedere cerințele generale conținute în standardele de control intern managerial, atribuțiile, particularitățile organizatorice și funcționale ale spitalului, personalul și structura acesteia, alte reglementări și condiții specifice.

2. Supune aprobării Programul de dezvoltare a sistemului de control intern managerial al spitalului.

3. Urmărește realizarea și asigură actualizarea Programului de dezvoltare, ori de câte ori este necesar.

4. Urmărește ca termenele prevăzute în Programul de dezvoltare a spitalului să fie respectate și decide măsurile care se impun în cazul nerespectării acestora.

5. Urmărește și îndrumă metodologic direcțiile, serviciile, compartimentele și structurile din spital, în vederea identificării activităților și acțiunilor recomandate a fi incluse în Programul de dezvoltare.

6. Primește anual, de la compartimentele spitalului, rapoarte referitoare la stadiul sistemului de control intern managerial, conform prevederilor legislative în domeniu.

7. Prezintă conducerii spitalului, ori de câte ori se consideră necesar, dar cel puțin o dată pe an, rapoarte referitoare la progresele înregistrate cu privire la dezvoltarea sistemului de control intern managerial, în raport cu programul adoptat, la acțiunile de monitorizare, coordonare și îndrumare metodologică întreprinse, precum și la alte probleme apărute.

8. Analizează capacitatea internă a spitalului de a finaliza implementarea standardelor de control intern managerial, ținând seama de complexitatea proceselor.

9. Participă la procesul de consultare (electronică) al conținutului minutelor, înaintate de secretariatul tehnic al Comisiei de monitorizare, rezultate în urma ședințelor Comisiei de monitorizare și emite puncte de vedere, după caz, pe care le înaintează secretariatului tehnic al Comisiei de monitorizare, în vederea integrării în documentul final.

10. Coordonează procesul de actualizare al obiectivelor și activităților.

11. Analizează Registrul de riscuri la nivelul spitalului, profilul de risc și limita de toleranță la risc la nivelul acesteia, informările privind desfășurarea procesului de gestionare a riscurilor și monitorizarea performanțelor la nivelul spitalului.

12. Analizează și avizează situația activităților procedurale la nivelul entității publice.

13. Analizează procedurile de sistem.

14. Hotărăște actualizarea procedurilor de sistem.

(3) Comisia de monitorizare se întrunește ori de câte ori este necesar, pentru atingerea scopului pentru care s-a înființat.

(4) Hotărârile Comisiei de monitorizare se adoptă prin votul majorității simple.

(5) În cazul în care se constată egalitate de voturi, votul președintelui (sau înlocuitorului acestuia) este hotărâtor.

(6) Desfășurarea ședinței se consemnează în minută.

(7) Comisia de monitorizare cooperează cu direcțiile, serviciile, compartimentele și structurile din subordinea spitalului pentru atingerea scopului implementării și dezvoltării unui sistem integrat de control intern managerial.

Art. 92. (1) Comisia de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților din Spitalul Clinic de Psihiatrie „Dr. Gheorghe Preda” Sibiu este formată din:

- președinte: directorul medical;

- membrii: personalul nominalizat prin decizia managerului

- secretar: persoana nominalizată de managerul spitalului din cadrul Serviciului de management al calității serviciilor de sănătate.

(2) Fiecare din membrii Comisiei va desemna un înlocuitor care, în lipsa titularului, va îndeplini atribuțiunile care-i revin în calitate de membru al Comisiei.

(3) Atribuțiile și responsabilitățile Comisiei sunt următoarele:

1. Face propuneri privind obiectivele și activitățile cuprinse în Planul anual al managementului calității și siguranței pacienților, pe care le supune analizei Consiliului medical. În acest sens, se asigură că recomandările cele mai pertinente de îmbunătățire a calității serviciilor rezultate din analiza chestionarelor de satisfacție a pacienților se regăsesc în planul de îmbunătățire a calității, funcție de fondurile financiare la dispoziție;

2. Înaintează Consiliului medical propuneri privind programul de acreditare a tuturor serviciilor oferite în cadrul unității, pe baza procedurilor operaționale specifice fiecărei secții, laborator etc. și a standardelor de calitate;

3. Asigură mecanismele de relaționare a tuturor structurilor unității în vederea îmbunătățirii continue a sistemului de management al calității, fiind în acest sens obligat să facă propuneri fundamentate legal;

4. Face propuneri fundamentate care susțin implementarea strategiilor și obiectivelor referitoare la managementul calității declarate de managerul spitalului (prin planul strategic și/sau planul de management);

5. Analizează neconformitățile constatate în derularea activităților de către oricare dintre membrii Comisiei și propune managerului acțiunile de îmbunătățire sau corective ce se impun;

6. Identifică activitățile critice care pot determina întârzieri în realizarea obiectivelor din Planul anual al managementului calității și siguranței pacienților, și face propuneri în vederea sincronizării acestora;

7. Prin membrii săi, pune la dispoziția SMC informațiile necesare întocmirii analizei modului de respectare a termenelor de realizare a activităților în vederea identificării cauzelor de întârziere și adoptării măsurilor în consecință;

8. Susține în permanență SMC în atingerea obiectivelor / activităților care privesc: re acreditarea spitalului, monitorizarea post-acreditare, implementarea și dezvoltarea continuă a conceptului de "Calitate";

9. 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;

10. Pune la dispoziția SMC 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;

11. Propune anual sau ori de câte ori se constată necesar SMC, 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;

12. Sprijină SMC 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 toată 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;

13. 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;

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

15. În baza "Raportului intermediar de etapă de monitorizare", a "Planului de îndeplinire a cerințelor de monitorizare" și a "Raportului final de etapă de monitorizare" transmise spitalului de către responsabilul zonal cu monitorizarea – nominalizat de către A.N.M.C.S., sprijină SMC în vederea întocmirii de către acesta a "Planului de îndeplinire a cerințelor de monitorizare" și urmărește remedierea tuturor neconformităților;

16. În situația producerii unor evenimente adverse tip santinelă 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;

17. După emiterea de către Comisia de analiză 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;

18. Monitorizează 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;

19. Analizează anual propunerile formulate de către SMC 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;

20. Analizează anual propunerile formulate de către persoana desemnată de către manager să desfășoare activitatea de informare și relații publice, în ceea ce privește conținutul programului de

pregătire pentru îmbunătățirea comunicării personalului spitalului cu pacienții/ însoțitorii/ aparținătorii;

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

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

23. Realizează anual analiza obiectivității evaluării nivelului de satisfacție al pacienților prin utilizarea chestionarelor de satisfacție;

24. Monitorizează modul de implementare a recomandărilor SMC pentru eficientizarea activităților și proceselor derulate în spital;

25. Identifică procesele din organizație și disfuncțiile produse în desfășurarea acestora, întocmind propuneri fezabile de remediere a neajunsurilor constatate;

26. Analizează conținutul standardelor, criteriilor, cerințelor și indicatorilor prevăzuți de Ordinul președintelui A.N.M.C.S. nr. 8/2018 și stabilește care este drumul de parcurs pentru a atinge cel mai înalt grad de conformitate cu acestea/aceștia, raportat la resursele aflate la dispoziția spitalului, condițiile concrete și prioritățile de etapă existente, stabilind în acest sens obiectivele, activitățile, resursele și termenele de realizare cu responsabilități de implementare a propunerilor formulate;

27. Coordonează elaborarea documentației aferente procesului de evaluare și acreditare împreună cu SMC;

28. În situația analizei unor indicatori, îndeosebi a celor comuni mai multor liste de verificare stabilește:

- un mod de acțiune comun pentru toate microstructurile care implementează respectivii indicatori:

- modul de monitorizare și evaluare a derulării proceselor avute în vedere a fi îmbunătățite;

- documentația necesară asigurării trasabilității proceselor avute în vedere a fi îmbunătățite, eliminând documentele și înscrisurile redundante și inutile;

- activitățile pentru care este necesar să se elaboreze proceduri de sistem sau operaționale, pentru a asigura omogenitatea modului de acțiune;

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

30. Stabilește proceduri de monitorizare a eficacității și eficienței procedurilor și protocoalelor;

31. Stabilește echipele care vor elabora aceste documente. Acestea vor fi formate din personalul implicat în aplicarea acestor proceduri/protocoale;

32. Stabilește circuitul documentelor, având în vedere siguranța și securitatea informațiilor;

33. Asigură implementarea, conștientizarea și asumarea procedurilor, protocoalelor promovate;

34. În perioada de previzită din etapa de evaluare (coordonată de către Comisia de evaluare a spitalului nominalizată prin Ordin al președintelui A.N.M.C.S.), Comisia pune la dispoziția SMC, toate documentele/informațiile necesare a fi încărcate în aplicația CaPeSaRo, documentele obligatorii solicitate (DOS), precum și a eventualelor documente suplimentare necesare desfășurării procesului de evaluare și acreditare (DS);

35. Pe timpul vizitei propriu-zise la spital a C.E. (Comisia de evaluare) nominalizată prin Ordin al președintelui A.N.M.C.S., membrii Comisiei au următoarele obligații:

a) să participe la ședințele de deschidere, informare zilnică și informare finală;

b) se pun de acord în ceea ce privește programul de evaluare împreună cu membrii C.E. pentru a nu perturba buna desfășurare a activității spitalului;

c) pun la dispoziție toate documentele necesare validării conformității cu indicatorii, cerințele și criteriile standardelor de acreditare, asigurând o cooperare pro-activă cu membrii C.E.;

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

e) gestionează și aplanează eventualele situații tensionate determinate de vizita C.E.

36. În perioada de postvizită din etapa 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 obiecțiunilor cu privire la unele aspecte cuprinse în acesta, dacă este cazul;

37. După elaborarea de către membrii C.E. a raportului de evaluare și comunicarea acestuia către spital, face propuneri concrete de remediere a deficiențelor semnalate în respectivul raport.

(4) În vederea îndeplinirii atribuțiilor proprii, Comisia, va avea în vedere în permanență:

1. creșterea calității serviciilor și siguranței pacienților;
2. implementarea și dezvoltarea culturii calității în spital;
3. implementarea și menținerea conformității sistemului de management al calității cu cerințele specifice;
4. dezvoltarea continuă a sistemelor de management al calității.

(5) Comisia se întrunește:

1. de regulă, lunar, în ședință ordinară, pentru promovarea/ implementarea/ dezvoltarea sistemelor de management al calității și a îmbunătățirii stadiului de implementare al acestora.
2. la solicitarea managerului sau la solicitarea SMC, Comisia se întrunește în ședințe extraordinare, ori de câte ori este nevoie, pentru soluționarea unor situații neconforme care determină diminuarea calității serviciilor și siguranței pacienților.

(6) Ordinea de zi a ședințelor ordinare, precum și eventuale documente care urmează a fi discutate în cadrul ședințelor, se postează pe intranet-ul 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 ședințelor.

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

(8) Comisia este legal întrunită dacă sunt prezenți jumătate plus unul din totalul membrilor acesteia sau înlocuitorilor legali ai acestora.

(9) Deciziile Comisiei se iau cu majoritatea simplă.

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

(11) În scopul luării la nivelul Spitalului a măsurilor necesare de implementare a Cerinței "01.03.03.01 - Armonizarea relațiilor 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 1 la Ordinul ministrului sănătății nr. 446/2017, procesul-verbal de ședință va fi postat intranet-ul spitalului în folderul dedicat Comisiei, prin grija secretarului acesteia.

(12) 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.

Art. 93. (1) Comisia de disciplină a Spitalului Clinic de Psihiatrie „Dr. Gheorghe Preda” Sibiu se înființează prin act administrativ al managerului în conformitate cu prevederile Legii nr.53/2003 privind Codul Muncii, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

(2) Comisia de disciplină realizează cercetarea disciplinară prealabilă și funcționează în conformitate cu prevederile referitoare la răspunderea disciplinară cuprinse în Codul muncii, Regulamentul Intern al unității, prezentul Regulament și Contractul colectiv de muncă aplicabil.

(3) Comisia de disciplină este formată din 3 membri și un secretar fără drept de vot. Președintele comisiei este unul dintre membrii comisiei.

(4) Membrii Comisiei de disciplină au următoarele obligații:

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

(5) În vederea îndeplinirii atribuțiilor proprii, Comisia de disciplină va avea în vedere:

- a) obligațiile comisiei;
- b) necesitatea respectării ordinii și disciplinei în unitate;
- c) creșterea calității actului medical.

(6) Comisia de disciplină are următoarele atribuții principale:

- cercetează faptele sesizate în scris ca încălcări ale obligațiilor de serviciu ale oricărui salariat, asigurând conducerea unității de respectarea legislației în vigoare;

- soluționează cazurile de nerespectare a obligațiilor de serviciu, a normelor de comportare și a regulilor de disciplină, cu respectarea drepturilor salariaților potrivit legii.

(7) Comisia de disciplină se întrunește ori de câte ori este nevoie, la sesizarea scrisă a personalului de conducere din unitate sau a altei persoane angajate a spitalului ori a unei terțe persoane.

(8) Comisia de disciplină va lua în considerare sesizarea scrisă, datată și semnată și orice fel de înscrisuri date, semnate, înregistrate și ștampilate, funcție de caz. Sesizările anonime nu fac obiectul cercetării disciplinare.

(9) Cercetarea fiecărui caz se va consemna într-un raport care va cuprinde toate aspectele, atât cele sesizate, cât și cele prezentate în apărare de salariatul/ții în cauză, motivele, funcție de caz, pentru care apărarea a fost respinsă, precum și măsurile propuse a fi luate de către managerul spitalului bazate pe probele administrate.

(10) Raportul final cu propunerile comisiei va fi întocmit numai după finalizarea cercetării disciplinare prealabile, va fi înregistrat și înaintat managerului în vederea luării măsurilor ce se impun în conformitate cu legislația în vigoare.

(11) Activitatea de cercetare disciplinară prealabilă se desfășoară în condițiile legii și, dacă există, potrivit procedurii din contractul colectiv de muncă în vigoare încheiat la nivel de unitate.

Art. 94. (1) Comisia de control a documentelor medicale utilizate la nivelul spitalului este compusă din directorul medical și 3 medici șefi de secții.

- (2) Comisia are ca atribuții verificarea respectării cerințelor legale privind deschiderea Foilor de Observații clinice generale, fișelor de spitalizare de zi, legalitatea utilizării, completarea regulamentară, concordanța și acuratețea datelor medicale, formularea diagnosticului, evoluția și tratamentul pacientului, consulturile interclinice, analizele paraclinice, precum și a celorlalte documente medicale conexe.

(3) Bilunar, membrii comisiei vor examina individual, prin sondaj, câte trei Foi de Observații clinice generale/ fișe de spitalizare de zi, eventualele probleme urmând a se analiza în plenum comisiei, și funcție de natura acestora se va înștiința medicul în cauză, Consiliul medical sau, după caz, managerul și organismul superior medical.

Art. 95. (1) Comitetul de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale (Comitetul PIAAM) se constituie prin act administrativ al managerului în baza Ordinului ministrului sănătății nr. 1101/2016 privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale în unitățile sanitare.

(2) Scopul Comitetului de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale îl constituie analiza situației privind prevenirea infecțiilor asociate asistenței medicale și elaborarea de propuneri către Comitetul director.

(3) Comitetul de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale este compus din următorii membri:

- medicul epidemiolog al Compartimentului de Prevenire a Infecțiilor Asociate Asistenței Medicale;

- medicul responsabil de politica de utilizare a antibioticelor;
- directorul medical;
- directorul de îngrijiri;
- farmacistul șef;
- medicul laboratorului de analize medicale;
- toți șefii de secții/compartimente.

(4) Comitetul este condus de medicul epidemiolog al Compartimentului de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale.

(5) Comitetul are obligația de a se întâlni trimestrial sau la nevoie.

(6) Comitetul elaborează propuneri către comitetul director, iar managerului îi propune sancțiuni administrative pentru personalul care se abate de la protocoalele și procedurile specifice prevenirii infecțiilor.

(7) În urma ședințelor se întocmește un proces verbal semnat de toți participanții.

(8) Obiectivele principale ale Comitetului de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale sunt:

1. creșterea interesului personalului medical pentru depistarea, declararea și în final, reducerea infecțiilor;

2. cunoașterea prevalenței și descrierea distribuției infecțiilor asociate asistenței medicale pe secții/compartimente și tipuri de infecție, precum și monitorizarea tendințelor;

3. identificarea zonelor care necesită programe de prevenire intensive și susținute, precum și evaluarea impactului implementării programelor preventive.

(9) Atribuțiile Comitetului de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale sunt:

a) Analizează activitatea de supraveghere, prevenire și raportare a IAAM prin:

1. 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.);

2. depistarea și raportarea la timp a IAAM, întocmirea Registrului Unic al Infecțiilor Asociate Asistenței Medicale (RUIAAM);

3. analiza circulației microorganismelor patogene și nepatogene depistate în cadrul autocontrolului bacteriorologic;

4. analiza cazurilor de expunere accidentală la produse biologice înregistrate pe fiecare secție/compartiment;

5. aplicarea în activitatea curentă a procedurilor și ghidurilor privind controlul infecțiilor;

6. aplicarea măsurilor de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale care trebuie implementate și respectate de vizitatori;

7. analiza respectării precauțiilor standard și specifice la nivelul unității sanitare;

8. aplicarea măsurilor de vaccinare a personalului medico-sanitar (Hepatită, Gripă, etc.);

9. analiza acțiunilor de control intern realizate de CPIAAM, dar și de control extern din partea instituțiilor abilitate (ex: DSP);

10. 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) Analizează politica de utilizare a antibioticelor prin:

1. întocmirea listei de antibiotice esențiale care să fie disponibile în mod permanent în spital;

2. întocmirea listei de antibiotice care se eliberează doar cu avizare din partea medicului responsabil de politica de utilizare a antibioticelor din cadrul CPIAAM;

3. evaluarea consumului de antibiotice în unitatea sanitară;

4. evaluarea cu fiecare secție a modului de utilizare a antibioticelor.

c) Desfășurarea activităților de instruire și dezvoltare profesională a personalului medical privind prevenirea infecțiilor prin:

1. evaluarea impactul programelor de instruire tematică privind prevenirea infecțiilor la nivelul spitalului;

2. conștientizează nevoia de cunoaștere a programelor de prevenire a infecțiilor și ajută la implementarea acestora la nivelul spitalului.

Art. 96. Comisia de evaluare a ofertelor pentru achiziții publice

(1) Comisia de evaluare se constituie în bază Normelor metodologice de aplicare a prevederilor referitoare la atribuirea contractului de achiziție publică/acordului-cadru din Legea nr.98/2016 privind achizițiile publice.

(2) Comisia de evaluare este formată din membri aparținând compartimentelor spitalului.

(3) În cazul în care evaluarea solicitărilor de participare/ofertelor necesită o expertiză aprofundată în domeniul achizițiilor publice ori de natură tehnică, financiară, juridică și/sau privind aspectele contractuale specifice, autoritatea contractantă poate desemna, pe lângă comisia de evaluare, specialiști externi, numiți experți cooptați, care desfășoară activități independente sau care sunt puși la dispoziție de către furnizorii de servicii auxiliare achiziției.

(4) Nominalizarea persoanelor care constituie comisia de evaluare se poate realiza atât pentru atribuirea fiecărui contract/acord-cadru în parte, cât și pentru atribuirea mai multor contracte/acorduri-cadru, acest din urmă caz aplicându-se când contractele respective sunt de complexitate redusă.

(5) În cazul procedurilor cu mai multe etape, nominalizarea persoanelor care constituie comisia de evaluare se poate realiza atât pentru fiecare etapă în parte, cât și pentru toate etapele.

(6) Managerul spitalului va numi o persoană responsabilă cu aplicarea procedurii de atribuire din cadrul compartimentului intern specializat în domeniul achizițiilor.

(7) Președintele comisiei de evaluare poate fi limitat numai la aspectele de organizare și reprezentare, în acest din urmă caz neavând drept de vot.

(8) Persoanele care constituie comisia de evaluare nu trebuie să fie în relații de subordonare ierarhică unele față de altele, în măsura în care structura organizatorică permite acest lucru.

(9) Managerul spitalului are dreptul de a nominaliza membri de rezervă pentru membrii comisiei de evaluare.

(10) Managerul spitalului are dreptul de a înlocui un membru al comisiei de evaluare cu un membru de rezervă numai dacă persoana care urmează să fie înlocuită nu are posibilitatea, din motive obiective, de a-și îndeplini atribuțiile care rezultă din calitatea de membru al comisiei de evaluare.

(11) Experții cooptați pot fi desemnați încă de la începutul procesului de evaluare sau pe parcursul acestui proces, în funcție de problemele care ar putea impune expertiza acestora, scop în care în cadrul deciziei de desemnare a experților cooptați se precizează atribuțiile și responsabilitățile specifice deținute pe parcursul procesului de evaluare.

(12) Propunerea privind cooptarea experților externi, respectiv necesitatea participării acestora la procesul de evaluare se justifică și se realizează prin raportare la atribuțiile și responsabilitățile ce sunt deținute/exercitate de către aceștia.

(13) Experții cooptați nu au drept de vot în cadrul comisiei de evaluare, însă în îndeplinirea atribuțiilor ce le revin potrivit legii și a mandatului primit în baza deciziei de desemnare, precum și a competențelor personale, aceștia procedează la întocmirea unor rapoarte de specialitate asupra cărora își exprimă punctul de vedere, pe baza propriei expertize pe care o dețin.

(14) Expertul cooptat este responsabil din punct de vedere profesional pentru acuratețea și realitatea informațiilor consemnate în cadrul raportului de specialitate.

(15) Pe parcursul desfășurării procesului de evaluare, membrii comisiei de evaluare și experții cooptați au obligația de a păstra confidențialitatea asupra conținutului ofertelor/solicitărilor de participare, precum și asupra oricăror alte informații prezentate de către candidați/ofertanți în procedura de atribuire. Încălcarea angajamentelor referitoare la confidențialitate se sancționează conform legii. Cu excepția ședinței de deschidere a ofertelor, la întrunirile comisiei de evaluare au dreptul de a participa numai membrii acesteia și, după caz, experții cooptați, precum și persoanele împuternicite de către ANAP.

(16) Membrii comisiei de evaluare și experții externi cooptați au obligația de a respecta regulile de evitare a conflictului de interese și de a semna pe propria răspundere o declarație de confidențialitate și imparțialitate.

(17) Comisia de evaluare are următoarele atribuții:

- a) deschiderea ofertelor și, după caz, a altor documente care însoțesc oferta;
- b) verificarea îndeplinirii criteriilor de calificare de către ofertanți/candidați;
- c) realizarea selecției candidaților, dacă este cazul;
- d) desfășurarea dialogului cu operatorii economici, în cazul aplicării procedurii de dialog competitiv;
- e) desfășurarea negocierilor cu operatorii economici, în cazul aplicării procedurilor de negociere;
- f) verificarea conformității propunerilor tehnice ale ofertanților cu prevederile caietului de sarcini;
- g) evaluarea propunerilor tehnice ale ofertanților în conformitate cu criteriile de atribuire, dacă este cazul;
- h) verificarea propunerilor financiare prezentate de ofertanți, inclusiv verificarea conformității cu propunerile tehnice, verificarea aritmetică, verificarea încadrării în fondurile care pot fi disponibilizate pentru îndeplinirea contractului de achiziție publică respectiv, precum și, dacă este cazul, verificarea încadrării acestora în situația prevăzută la art. 210 din Lege;
- i) elaborarea solicitărilor de clarificări și/sau completări necesare în vederea evaluării solicitărilor de participare și/sau ofertelor;
- j) stabilirea ofertelor inacceptabile și/sau neconforme și a motivelor care stau la baza încadrării acestora în fiecare din aceste categorii;

k) stabilirea ofertelor admisibile;

l) aplicarea criteriului de atribuire și a factorilor de evaluare, astfel cum a fost prevăzut în fișa de date a achiziției;

m) stabilirea ofertei/ofertelor câștigătoare sau, după caz, formularea propunerii de anulare a procedurii;

n) elaborarea proceselor-verbale aferente fiecărei ședințe, a rapoartelor intermediare aferente fiecărei etape în cazul procedurilor cu mai multe etape și a raportului procedurii de atribuire.

(18) Rapoartele intermediare și raportul procedurii de atribuire se înaintează de către președintele comisiei de evaluare conducătorului autorității contractante spre aprobare. În cazul în care nu aprobă raportul procedurii, conducătorul autorității contractante va motiva în scris decizia sa și poate, după caz:

- a) returna raportul, o singură dată, comisiei de evaluare spre corectare sau reevaluare parțială;
- b) solicita o reevaluare completă, caz în care o nouă comisie de evaluare va fi numită.

(19) Raportul de specialitate realizat de expert este destinat să faciliteze comisiei de evaluare adoptarea deciziilor în cadrul procesului de analiză a solicitărilor de participare/ofertelor și de stabilire a ofertei/ofertelor câștigătoare. Membrii comisiei de evaluare care nu sunt de acord cu raportul de specialitate al expertului cooptat au obligația de a-și prezenta punctul de vedere în scris, elaborând în acest sens o notă individuală care devine anexă la raportul procedurii de atribuire. În cadrul acestei note se justifică în mod documentat punctul de vedere al respectivilor membri. Raportul de specialitate se atașează la raportul procedurii de atribuire și devine parte a dosarului achiziției publice.

(20) Modul de lucru al comisiei de evaluare este stabilit de comun acord între membrii acesteia, urmând a se avea în vedere calendarul estimativ de aplicare a procedurii de atribuire și perioada solicitată pentru valabilitatea ofertelor.

(21) Membrii comisiei de evaluare au dreptul de a analiza și evalua documentele depuse de ofertanți/candidați individual și/sau în ședințe comune. Deciziile comisiei de evaluare se iau cu votul a cel puțin 2/3 dintre membrii săi cu drept de vot.

(22) Fiecare decizie a comisiei de evaluare este fundamentată prin identificarea elementelor concrete ale solicitării de participare/ofertelor în raport cu cerințele definite prin documentele achiziției și prevederile legale.

(23) În cazul procesului de selecție a candidaților sau stabilirii ofertei câștigătoare pe bază de punctaj, votul membrilor comisiei de evaluare se reflectă prin punctajul individual acordat fiecărei solicitări de participare/oferte în parte.

(24) În cazul în care există divergențe de păreri între membrii comisiei de evaluare sau când există o diferență considerabilă între punctajele acordate de aceștia, președintele comisiei de evaluare va solicita reanalizarea punctelor de divergență, în scopul finalizării în timp util a etapei de evaluare a ofertelor și de stabilire a ofertei câștigătoare.

(25) Procesul de reanalizare a punctelor de divergență se consemnează într-un proces-verbal, justificându-se opiniile contrare.

Art. 97. Comisia pentru recepție

(1) În cadrul spitalului funcționează următoarele comisii de recepție:

- Comisia pentru recepție alimentelor;
- Comisia pentru recepție instrumentar medical și reactivi pentru laborator;
- Comisia pentru recepție medicamente;
- Comisia pentru recepție biocide și materialelor sanitare.

(2) Comisia se constituie, în baza Ordinului ministrului finanțelor publice nr.2634/2015 privind documentele financiar-contabile și a Legii nr. 82/1991 a contabilității, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pe baza deciziei interne emise de manager și este compusă dintr-un președinte și un număr de membrii decizi de manager.

(3) Comisia are următoarele atribuții:

1. verifică cantitativ și calitativ bunurile care intră în instituție.
2. verifică dacă bunurile achiziționate corespund criteriilor stabilite prin clauzele contractuale din punctul de vedere al cantității, specificațiilor tehnice, termenului de livrare etc., precum și cu factura fiscală sau avizul de însoțire a mărfii.
3. verificarea cantitativă se face prin cântărire, măsurare sau numărare.

4. verificarea calitativă constă în determinarea proprietăților și caracteristicilor bunurilor primite, pentru a stabili dacă sunt conforme cu cele prevăzute în contract.

5. rezultatele verificărilor calității și cantității bunurilor se consemnează în nota de recepție/proces verbal de recepție.

(4) Nota de recepție și constatare de diferențe servește ca document justificativ pentru:

- recepția bunurilor aprovizionate;
- încărcarea în gestiune;
- înregistrarea în contabilitate.

(5) Nota de recepție și constatare de diferențe se întocmește în două exemplare, iar în situația în care la recepție se constată diferențe, Nota de recepție și constatare de diferențe se întocmește în trei exemplare de către comisia de recepție legal constituită.

(6) În cazul în care bunurile materiale sosesc în tranșe, se întocmește câte un formular pentru fiecare tranșă, care se anexează apoi la factură sau la avizul de însoțire a mărfii.

(7) Nota de recepție și constatare de diferențe circulă:

- la gestiune, pentru încărcarea în gestiune a bunurilor materiale recepționate (toate exemplarele);
- la compartimentul financiar-contabil, pentru întocmirea formelor privind reglementarea diferențelor constatate (toate exemplarele), precum și pentru înregistrarea în contabilitatea sintetică și analitică, atașată la documentele de livrare (factura sau avizul de însoțire a mărfii);
- la unitatea furnizoare (exemplarul 2) și la unitatea de transport (exemplarul 3), pentru comunicarea lipsurilor stabilite.

(8) Nota de recepție și constatare de diferențe se arhivează la compartimentul financiar-contabil.

(9) Conținutul de informații minimal obligatoriu al formularului este următorul:

- denumirea unității;
- denumirea, numărul și data (ziua, luna, anul) întocmirii formularului;
- numărul facturii/avizului de însoțire al mărfii etc., după caz;
- numărul curent; denumirea bunurilor recepționate; U/M; cantitatea conform documentelor însoțitoare; cantitatea recepționată, prețul unitar de achiziție și valoarea, după caz;
- numele, prenumele și semnătura membrilor comisiei de recepție, în condițiile în care recepția mărfii primite se face direct de la furnizor, sau data primirii în gestiune și semnătura gestionarului – în situația în care apar diferențe.

(10) În condițiile în care nu se înscriu datele valorice în Nota de recepție și constatare de diferențe, este obligatoriu ca aceste date să se regăsească într-un alt document justificativ care stă la baza înregistrării în contabilitate a valorii bunurilor. Pe baza documentelor de recepție, gestionarul efectuează intrarea în gestiune a materialelor consumabile, materialelor de natura obiectelor de inventar și mijloacelor fixe recepționate.

(11) Compartimentul financiar-contabil înregistrează în contabilitatea sintetică și în contabilitatea analitică bunurile furnizate și obligația față de furnizor, pe baza facturii vizate cu „Bun de plată” și a documentelor de recepție.

Art. 98. (1) Comisia multidisciplinară pentru pacienții complecși se constituie prin decizie a managerului în baza Legii nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

(2) Este constituită din: medic specialist/ primar medicină internă, medic primar boli infecțioase, medic specialist chirurgie generală, medic specialist obstetrică ginecologie, medic primar pediatrie, medic medicină de urgență, farmacist, medic specialist radiologie și imagistică medicală.

(3) Atribuțiile comisiei sunt următoarele:

- se întrunește la solicitarea oricărui dintre membrii săi sau la solicitarea directorului medical;
- analizează cu atenție pacientul al cărui caz este supus discuției: din punct de vedere subiectiv, obiectiv (consult la patul pacientului);
- are acces la datele din FOCG/FSZ pentru adoptarea unei atitudini terapeutice adecvate;
- formulează un punct de vedere cu privire la diagnostic și atitudinea terapeutică de urmat;
- formulează un raport al întâlnirii raport care se va regăsi în FOCG/FSZ a pacientului și care va fi înmânat și directorului medical.

Art. 99. Comisia de organizare și desfășurare a concursurilor/examenelor de încadrare și promovare se constituie în funcție de specificul posturilor vacante scoase la concurs în baza H.G. nr. 286/2011 pentru aprobarea Regulamentului-cadru privind stabilirea principiilor generale de ocupare a unui post vacant sau temporar vacant corespunzător funcțiilor contractuale și a criteriilor de promovare în grade sau trepte profesionale imediat superioare a personalului contractual din sectorul bugetar plătit din fonduri publice.

Art. 100. Comisia de soluționare a contestațiilor se constituie în baza H.G. nr. 286/2011, în funcție de specificul posturilor vacante scoase la concurs și are următoarele atribuții principale:

a) soluționează contestațiile depuse de candidați cu privire la selecția dosarelor și cu privire la notarea probei scrise, probei practice și a interviului;

b) transmite secretarului comisiei rezultatele contestațiilor pentru a fi comunicate candidaților.

Art. 101. (1) Comisia de farmacovigilență se constituie prin act administrativ al managerului în baza Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și este compusă dintr-un președinte, un secretar și un număr de membrii decizi de manager. Din comisie face parte farmacistul și medicii reprezentanți ai structurilor medicale.

(2) Comisia de farmacovigilență are rolul de a coordona activitățile desfășurate pentru depistarea, evaluarea, înțelegerea și prevenirea apariției de efecte adverse sau a oricăror altor probleme aflate în legătura cu medicamentele.

(3) Reacții/evenimente adverse și neintenționate asociate cu utilizarea la om a medicamentelor, indiferent dacă sunt sau nu relaționate cu acestea, sunt:

- orice reacție adversă/eveniment advers specificat sau nu în prospect;
- orice reacție adversă gravă/eveniment advers grav specificat sau nu în prospect;
- orice eveniment advers în legătură cu retragerea unui medicament;
- orice suspiciune de transmitere a unui agent infecțios prin intermediul unui medicament;
- orice supradoză (accidentală sau intențională), abuz sau utilizare greșită;
- orice eroare de medicație, interacțiune medicamentoasă;
- orice scădere a acțiunii farmacologice preconizate (lipsa de eficacitate);
- defecte de calitate (medicamente falsificate/contrafacute) etc.

(4) Comisia de farmacovigilență funcționează în ședințe ordinare a căror frecvență este lunară, precum și în ședințe extraordinare, atunci când există sesizări cu privire la incidente în legătură cu medicamentele.

(5) La sfârșitul fiecărei ședințe se întocmește un proces verbal de ședință, în dublu exemplar, în care consemnează rezultatele activității, opiniile și recomandările membrilor comisiei. Un exemplar se înaintează managerului spitalului.

(6) Atribuțiile Comisiei de farmacovigilență sunt:

a) analizează consumul de medicamente pe secții, pe spital și propun măsuri pentru reducerea sau suplimentarea consumului de anumite produse medicamentoase;

b) verifică corespondența baremului aparatului de urgență cu cel aprobat de conducerea unității și conform legislației în vigoare;

c) analizează toate cazurile de reacții adverse și va urmări întocmirea fișelor de reacții adverse și va propune metode mai bune de diagnostic a reacțiilor adverse;

d) prezintă periodic informări cu privire la această activitate și face propuneri de îmbunătățire a acestei activități;

e) urmărește prescrierea corectă a medicației conform protocoalelor, justa utilizare a medicamentelor și evitarea polipragmaziei;

f) urmărește chimiorezistența germenilor la antibioticele folosite în spital și informează periodic medicii curanți;

g) urmărește folosirea la prescripții a DCI (denumirea comună internațională) a medicamentelor;

h) urmărește eliberarea de medicamente din farmacia spitalului doar pe bază de condici de prescripții medicamente.

Art. 102. (1) Comitetul/comisia/echipa de coordonare a implementării cerințelor de acreditare ANMCS se constituie în baza deciziei managerului și are un președinte și membrii – componentă multidisciplinară.

(2) Echipa are următoarele atribuții:

- a) participă la ședințele și instruirile coordonate de structura de management al calității;
- b) participă la elaborarea sau actualizarea procedurilor și a alor documentele ale sistemului de management specific compartimentului / secției din care fac parte;
- c) realizează instruirii cu privire la procedurile și documentele realizate pentru subalternii și colegii din compartiment / secție;
- d) realizează verificări interne cu privire la implementarea sistemului de management.

(3) Echipa organizează trimestrial ședințe.

Art. 103. (1) Comisia de analiza pentru codificarea serviciilor DRG (Sistem de clasificare în grupe de diagnostic) se constituie în baza deciziei managerului și funcționează în conformitate cu prevederile Ordinului Președintelui CNAS nr. 641/2021 privind aprobarea regulilor de confirmare din punctul de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient pentru cazurile spitalizate în regim de spitalizare continuă și de zi, precum și a metodologiei de evaluare a cazurilor neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice și medicale pentru care se solicită reconfirmarea și cele ale HG nr.696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021-2022.

(2) Atribuțiile comisiei DRG sunt următoarele:

- Analizează corectitudinea codificării în sistem DRG;
- Colaborează cu comisia de analiză a Casei de Asigurări de Sănătate;
- Implementează măsuri și corecturi indicate de comisia de analiză a CASMB;
- Prelucează și sistematizează problemele apărute la nivel de secție și transmite Compartimentului de Statistică Medicală;
- Corectează și completează datele incomplete din foile de observație pentru obținerea unui punctaj maxim pentru cazul respectiv în sistemul de raportare;
- Implementează, sistematizează și evaluează măsurile pentru creșterea numărului cazurilor care beneficiază de spitalizare în conformitate cu Ordinul Președintelui CNAS nr. 445/10.05.2010 privind aprobarea regulilor de validare a cazurilor spitalizate în regim de spitalizare continuă și a metodologiei de evaluare a cazurilor invalidate pentru care se solicită revalidarea.

(3) Propunerile consemnate în procesele verbale ale comisiei vor fi înaintate spre analiza Consiliului Medical.

Art 104. (1) Comisia pentru stupefiante se constituie în baza deciziei managerului și funcționează în baza Legii nr. 339 /2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope și a HG nr. 1915/2006 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Legii nr. 339/2005. Este constituită din președinte, membrii și secretar și au următoarele atribuții:

- trimestrial va verifica modul de păstrare a stupefiantelor, evidența, circuitul și existența delegațiilor la personalul care ridică și transportă medicamentele;
- prezintă conducerii spitalului informări privind respectarea legislației, evidența și gestionarea stupefiantelor;

(2) Comisia se va întruni o dată pe trimestru sau la solicitarea președintelui întocmind un proces-verbal ce va fi prezentat spre avizare managerului. Deciziile se iau cu majoritatea simplă a celor prezenți.

Art. 105. Comisia tehnică de prevenire și stingere a incendiilor se constituie în baza deciziei managerului și îndeplinește următoarele atribuții principale:

- a) stabilirea structurilor cu atribuții în domeniul apărării împotriva incendiilor;
- b) elaborarea, aprobarea și difuzarea actelor de autoritate: decizii, dispoziții, hotărâri și altele asemenea, prin care se stabilesc răspunderi pe linia apărării împotriva incendiilor;
- c) elaborarea, aprobarea și difuzarea documentelor și evidențelor specifice privind apărarea împotriva incendiilor;
- d) organizarea apărării împotriva incendiilor la locurile de muncă;
- e) planificarea și executarea de controale proprii periodice, în scopul depistării, cunoașterii și înlăturării oricărui stări de pericol care pot favoriza inițierea sau dezvoltarea incendiilor;
- f) analiza periodică a capacității de apărare împotriva incendiilor;

- g) elaborarea de programe de optimizare a activității de apărare împotriva incendiilor;
- h) îndeplinirea criteriilor și a cerințelor de instruire, avizare, autorizare, atestare, certificare, agrementare, prevăzute de actele normative în vigoare;
- i) realizarea unui sistem operativ de observare și anunțare a incendiului, precum și de alertare în cazul producerii unui astfel de eveniment;
- j) asigurarea funcționării la parametrii proiectați a mijloacelor tehnice de apărare împotriva incendiilor;
- k) planificarea intervenției salariaților, a populației și a forțelor specializate, în caz de incendiu;
- l) analizarea incendiilor produse, desprinderea concluziilor și stabilirea împrejurărilor și a factorilor determinanți, precum și a unor măsuri conforme cu realitatea;
- m) reglementarea raporturilor privind apărarea împotriva incendiilor în relațiile generate de contracte/convenții;
- n) asigurarea formularelor tipizate, cum sunt permisele de lucru cu focul, fișele de instruire.

Art. 106. Comisia de apărare în caz de dezastru se constituie în baza deciziei managerului și îndeplinește următoarele atribuții principale:

a/. în perioada pre-dezastru:

- identifică, inventariază și monitorizează stările potențial generatoare de situații de urgență;
- organizează culegerea de informații și fluxul informațional-decizional din cadrul spitalului;
- coordonează pregătirea pacienților și angajaților privind prevenirea, protecția și intervenția în situații de urgență;
- solicită fondurile bănești de la bugetul local pentru realizarea dotărilor și desfășurarea activităților de management al situațiilor de urgență;
- îndeplinește orice alte atribuții și sarcini stabilite de lege sau de Comitetul Național pentru Situații de Urgență, repectiv cel Județean;

b/. pe perioada apariției situațiilor de urgență :

- informează Inspectoratul Județean pentru Situații de Urgență, privind apariția situațiilor de urgență;
- analizează informațiile primare despre situația de urgență ivită și evoluția probabilă a acesteia;
- pune în aplicare măsurile prevăzute în Planul de protecție și intervenție în situații de urgențe, în funcție de situația concretă din spital și urmărește îndeplinirea lor;
- asigură evacuarea pacienților, salariaților și bunurilor din zonele afectate;
- îndeplinește orice alte atribuții și sarcini stabilite de lege sau Comitetul Național pentru Situații de Urgență, repectiv cel Județean;

c/ – în perioada post-dezastru:

- desemnează colectivul pentru conducerea acțiunilor de refacere și reabilitare a zonelor afectate;
- organizează echipe de specialiști pentru inventarierea, expertizarea și evaluarea efectelor și pagubelor produse, în vederea comunicării acestora la Comitetul Județean pentru Situații de Urgență;
- analizează cauzele producerii situației de urgență și stabilește măsuri de prevenire și limitare a efectelor dezastrului;
- stabilește și urmărește repartizarea și utilizarea ajutoarelor materiale și bănești acordate de guvern, de organizații non-guvernamentale naționale/ internaționale, persoane fizice sau juridice;
- îndeplinește orice alte atribuții și sarcini stabilite de lege sau de Comitetul Național pentru Situații de Urgență, repectiv cel Județean.

Art. 107. Comisia de biocide și materiale sanitare se constituie în baza deciziei managerului și îndeplinește următoarele atribuții principale:

a) stabilirea necesarului de dezinfectanți (biocide)- tipurile și cantitățile necesare în vederea prevenirii IAAM; monitorizarea consumului de biocide și materiale sanitare utilizate în unitatea sanitară;

b) inventarierea tuturor articolelor (biocide, materiale sanitare, materiale de curățenie, echipamente de protecție) necesare prevenirii IAAM și stabilirea unui stoc critic (cantitățile obligatorii minim necesare pentru asigurarea continuității aprovizionării structurilor unității sanitare pe o anumită perioadă de timp);

c) respectarea condițiilor corecte de utilizare și păstrare a acestora;

d) întocmirea periodic (minim semestrial) de rapoarte de analiză privind consumul de biocide și materiale sanitare, în baza cărora, corelat cu Planul anual de supraveghere, prevenire și limitare a

IAAM, se va stabili necesarul estimat pentru următorul plan anual de achiziții; concluziile rapoartelor de analiză și eventualele propuneri care rezultă din acestea vor fi înaintate conducerii unității sanitare;

e) întocmirea raportului anual referitor la consumul de biocide realizat/consumul de biocide planificat;

f) stabilirea documentațiilor pentru procedurile de achiziție, cu respectarea legislației în vigoare.

Art. 108. Comisia de implementare a Strategiei Anticorupție se constituie în baza deciziei managerului și îndeplinește următoarele atribuții principale:

- identifică modul de implementare a strategiei naționale anticorupție și elaborează planul de integritate al spitalului;

- se implică active în creșterea gradului de cunoaștere, înțelegere și implementare a măsurilor de prevenire a corupției;

- elaborează chestionarul specific activităților considerate vulnerabile la corupție;

- analizează incidentele de integritate și stabilește măsuri de remediere;

- analizează și actualizează ori de câte ori este nevoie lista funcțiilor sensibile din spital;

- elaborează anual un raport asupra activității desfășurate.

Art. 109. Echipa de monitorizare a planului strategic este constituită prin decizie a managerului și are ca atribuție principală evaluarea gradului de îndeplinire a obiectivelor asumate prin planul strategic al spitalului. Evaluare se face prin întocmirea unor rapoarte de evaluare și monitorizare anuală.

Art. 110. În cadrul spitalului funcționează și alte comisii cu caracter tehnic și administrativ a căror atribuții sunt conforme cu actele normative ce reglementează domeniul de activitate respectiv.

CAPITOLUL VIII. DREPTURILE PACIENTULUI

Art. 111. Obținerea consimțământului informat

(1) În obținerea acordului scris al pacientului, medicii sunt datori să prezinte pacientului informații la un nivel științific rezonabil pentru puterea de înțelegere a acestuia. Pacientului analfabet sau care nu vede și se va citi cu voce tare textul acordului. Pacientul va fi întrebat dacă aceasta reprezintă voința sa, medicul urmând să facă o mențiune în acest sens pe acordul scris.

(2) Consimțământul informat poate fi obținut și de la aparținători sau reprezentanți legali în cazul minorilor și a persoanelor fără discernământ sau inconștiente.

(3) Consimțământul informat reprezintă acordul în cunoștință de cauză al pacientului în legătură cu intervențiile medicale ce pot avea consecințe imprevizibile. Obținerea consimțământului se face de către medic asistat de asistența de salon, după ce pacientul este informat în funcție de capacitatea acestuia de înțelegere, clar și cu referire directă la actul medical care urmează a fi efectuat comunicându-se orice informație utilă pentru a lua o decizie în deplină cunoștință de cauză. El trebuie să conțină diagnosticul și tratamentul propus cu riscurile acestuia ca și perspectivele și pericolele unui tratament medical alternativ, faptul că tratamentul poate consta într-o metodă nou aplicată. Obținerea consimțământului informat are implicații și consecințe de natură etică, juridică și, nu în ultimul rând, aspecte practice care ar trebui cunoscute atât de medici cât și de pacienți pentru o bună aplicare a lor.

(4) Vârsta legală pentru exprimarea consimțământului informat este de 18 ani. Minorii își pot exprima consimțământul în absența părinților sau reprezentantului legal, în următoarele cazuri:

a) situații de urgență, când părinții sau reprezentantul legal nu pot fi contactați, iar minorul are discernământul necesar pentru a înțelege situația medicală în care se află;

b) situații medicale legate de diagnosticul și/sau tratamentul problemelor sexuale și reproductive, la solicitarea expresă a minorului în vârstă de peste 16 ani.

(5) Medicul curant, asistentul medical răspund atunci când nu obțin consimțământul informat al pacientului sau al reprezentanților legali ai acestuia, cu excepția cazurilor în care pacientul este lipsit de discernământ, iar reprezentantul legal sau ruda cea mai apropiată nu poate fi contactat/ă, datorită situației de urgență. Atunci când reprezentantul legal sau ruda cea mai apropiată nu poate fi contactat/ă, medicul, asistentul medical pot solicita autorizarea efectuării actului medical autorității

tutelară sau pot acționa fără acordul acesteia în situații de urgență, când intervalul de timp până la exprimarea acordului ar pune în pericol, în mod ireversibil, sănătatea și viața pacientului.

(6) Pentru prejudiciile cauzate în mod direct sau indirect pacienților, generate de nerespectarea reglementărilor interne ale unității sanitare, răspund civil unitățile sanitare publice sau private.

(7) Acordul scris al pacientului trebuie să conțină în mod obligatoriu cel puțin următoarele elemente:

a) numele, prenumele și domiciliul sau, după caz, reședința pacientului;

b) actul medical la care urmează a fi supus;

c) descrierea, pe scurt, a informațiilor ce i-au fost furnizate de către medic, medicul dentist, asistentul medical/moașă;

d) acordul exprimat fără echivoc pentru efectuarea actului medical;

e) semnătura și data exprimării acordului.

(8) Acordul scris constituie anexă la documentația de evidență primară.

(9) În cazul pacientului minor, acordul scris se va obține de la părinte ori de la reprezentantul legal sau, în lipsa acestora, de la ruda cea mai apropiată. Prin ruda cea mai apropiată în sensul prezentului alineat se înțelege rudele majore care însoțesc pacientul minor, până la al patrulea grad inclusiv.

(10) În cazul pacientului major lipsit de discernământ (conform deciziei comisiei de expertiză medico - legală psihiatrică), acordul scris se va obține de la reprezentantul legal desemnat.

(11) În cazul pacientului major cu care medicul, medicul dentist, asistentul medical nu poate comunica în mod eficient, din pricina condiției medicale a pacientului la momentul la care este necesară exprimarea consimțământului, acordul scris se poate obține de la soțul/soția sau ruda majoră cea mai apropiată a pacientului. Prin ruda cea mai apropiată se înțelege, în ordine, părintele, descendentul, rudele în linie colaterală până la al patrulea grad inclusiv.

(12) Pacientului care nu poate semna din pricina unei infirmități i se va solicita exprimarea verbală a consimțământului pentru actul medical, medicul, medicul dentist, asistentul medical urmând să facă o mențiune în acest sens pe formularul de consimțământ informat. Pacientului 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.

(13) În cazurile în care pacientul este lipsit de discernământ, iar medicul, asistentul medical nu pot contacta reprezentantul legal, soțul/soția sau ruda majoră cea mai apropiată, datorită situației de urgență, și nu se poate solicita nici autorizarea autorității tutelare, deoarece intervalul de timp până la exprimarea acordului ar pune în pericol, în mod ireversibil, sănătatea și viața pacientului, persoana care a acordat îngrijirea va întocmi un raport scris ce va fi păstrat la foaia de observație a pacientului, prin completarea formularului Raport privind asistența medicală acordată în situații de urgență

(14) Pacientul internat are dreptul de a fi informat asupra regulilor și obiceiurilor pe care trebuie să le respecte pe durata spitalizării.

(15) 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.

(16) Pacientul are dreptul de a decide dacă mai dorește să fie informat în cazul în care informațiile prezentate de către medic i-ar cauza suferință.

(17) 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.

(18) 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.

(19) Când pacientul nu își poate exprima voința, dar este necesară o intervenție medicală de urgență, personalul medical are dreptul să deducă acordul pacientului dintr-o exprimare anterioară a voinței acestuia.

(20) În cazul în care pacientul necesită o intervenție medicală de urgență, consimțământul reprezentantului legal nu mai este necesar

(21) În cazul în care se cere consimțământul reprezentantului legal, pacientul trebuie să fie implicat în procesul de luare a deciziei atât cât permite capacitatea lui de înțelegere.

(22) În cazul în care medicul curant consideră că intervenția este în interesul pacientului, iar reprezentantul legal refuză să își dea consimțământul, decizia este declinată unei comisii de arbitraj de de arbitraj este constituită din 3 medici.

(23) Consimțământul pacientului este obligatoriu pentru recoltarea, păstrarea, folosirea tuturor produselor biologice prelevate din corpul său, în vederea stabilirii diagnosticului sau a tratamentului cu care acesta este de acord.

(24) Consimțământul pacientului este obligatoriu în cazul participării sale în învățământul medical clinic și la cercetarea științifică.

(25) Pacientul nu poate fi fotografiat sau filmat fără consimțământul său, cu excepția cazurilor în care imaginile sunt necesare diagnosticului sau tratamentului și evitării suspectării unei culpe medicale.

Art. 112. Nediscriminare în acordarea asistenței medicale

(1) Prin discriminare se înțelege distincția care se face între persoane aflate în situații similare pe baza rasei, sexului, vârstei, apartenenței etnice, originii naționale sau sociale, religiei, opțiunilor politice sau antipatiei personale.

(2) Medicul și asistentul medical au obligația de a acorda asistență medicală/îngrijiri de sănătate unei persoane doar dacă au acceptat-o în prealabil ca pacient, criteriile de acceptare urmând a fi stabilite prin normele metodologice de aplicare a prezentei legi. Medicul și asistentul medical nu pot refuza să acorde asistență medicală/îngrijiri de sănătate pe criterii etnice, religioase și orientare sexuală sau pe alte criterii de discriminare interzise prin lege. Medicul asistentul medical au obligația de a accepta pacientul în situații de urgență, când lipsa asistenței medicale poate pune în pericol, în mod grav și ireversibil, sănătatea sau viața pacientului.

(3) Unitatea trebuie să asigure accesul egal al pacienților la îngrijiri medicale, fără discriminare pe bază de rasă, sex, vârstă, apartenență etnică, origine națională, religie, opțiune politică sau antipatie personală.

(4) Eroarea profesională săvârșită în exercitarea actului medical sau medico-farmaceutic, care a produs prejudicii asupra pacientului, atrage răspunderea civilă a personalului medical și/sau a unității.

Art. 113. Responsabilități privind întocmirea și implementarea planului de tratament

(1) În funcție de recomandările medicului curant/ medicului de gardă, asistență medicală întocmește planul de tratament și realizează implementarea acestuia alături de infirmiere.

(2) În funcție de recomandările medicului curant/ medicului de gardă, asistență medicală modifică planul de tratament și implementează planul modificat alături de infirmiere.

Art. 114. Controlul calității hranei

Medicul de gardă răspunde de verificarea calității hranei pe perioada gărzii.

Art. 115. Monitorizarea bunelor practici în utilizarea antibioticelor

Este responsabilitatea Consiliului medical, Comisiei medicamentului, Comitetului de prevenire a infecțiilor asociate activității medicale de a evalua eșantionat foile de observație, în scopul monitorizării bunelor practici în utilizarea antibioticelor și de a analiza tendința de utilizare a acestora.

Art. 116. Validarea prescripțiilor medicale

Este responsabilitatea farmacistului de a valida prescripțiile medicale.

Capitolul VIII. DISPOZIȚII FINALE

Art. 117. (1) Prevederile prezentului regulament de organizare și funcționare se aplică tuturor angajaților Spitalului Clinic de Psihiatrie „Dr.Gheorghe Preda” Sibiu, indiferent de felul și durata contractului de muncă .

(2) Cei care lucrează în Spitalul Clinic de Psihiatrie „Dr. Gheorghe Preda” Sibiu în calitate de delegați, detașați, rezidenți, stagiați, inclusiv personal integrat-cadre didactice, ori efectuează stagii de perfecționare profesională, ca și angajații din cadrul programelor de sănătate sunt obligați să respecte prezentul regulament, în caz contrar urmând a răspunde conform normelor legale în vigoare și a celor stipulate în contractul încheiat cu unitatea trimitătoare.

(3) Prezentul regulament intră în vigoare de la data aprobării de către forul ierarhic superior.

(4) Enumerarea atribuțiilor din prezentul regulament este limitativă, el putându-se completa cu îndatorirea de a îndeplini orice alte sarcini de serviciu conform pregătirii și/sau dispozițiilor cuprinse în actele normative în vigoare și în fișa individuală a postului întocmită de șeful direct al salariatului.

(5) Regulamentul de organizare și funcționare va fi pus la dispoziție în fiecare structură funcțională și prelucrat de șeful structurii cu toți angajații, pe secții și compartimente, încheindu-se proces verbal sub semnătură de luare la cunoștință.

(6) Pentru personalul încadrat după intrarea în vigoare a Regulamentului de organizare și funcționare prelucrarea se face de către șeful secției/compartimentului/laboratorului/serviciului în care acesta se angajează.

(7) Pe baza prezentului regulament este elaborată fișa postului pentru fiecare funcție, aceasta urmând a fi reactualizată periodic conform sarcinilor și obiectivelor spitalului. Elaborarea fișei postului intră în sarcina șefului direct al fiecărui salariat.

Art. 118. Activitatea medicală și conexasă actului medical se desfășoară având la bază legislația comună și specifică în domeniu stabilită prin legi, hotărâri de guvern, ordine ale ministrului sănătății și/sau ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, Hotărâri ale Consiliului Județean Sibiu și Dispoziții ale Președintelui Consiliului Județean Sibiu, precum și ghiduri medicale, protocoale de practică medicală, acte interne: decizii, proceduri, protocoale, regulamente, note interne.

Art. 119. (1) Ca unitate sanitară publică cu paturi, cu personalitate juridică, spitalul prin reprezentantul său legal, poate să încheie, cu respectarea legislației în vigoare, diverse contracte necesare desfășurării activității, precum și contracte de colaborare /parteneriate/ convenții cu alte persoane fizice sau juridice, publice sau private, pe anumite segmente de activitate, în scopul derulării în comun a unor obiective manageriale.


(2) Spitalul organizează și administrează, ca organizație gazdă, prin coordonatorul voluntarilor, activități de voluntariat, prin recunoașterea rolului contributiv al voluntarilor la activitățile de interes public din domeniul sănătății în general, cu precădere în domeniul serviciilor medicale de specialitate pentru care spitalul este autorizat; raportat la specificul activității medicale de profil psihiatric al spitalului, activitatea de voluntariat se desfășoară în condițiile legii, fără remunerație, de către voluntarul care a dobândit capacitatea de muncă prevăzută de lege și detine minima pregătire profesională sau calificare ori specializare în funcție de tipul de activitate desfășurată, în baza contractului de voluntariat încheiat între părți.


Art. 120. Modificarea structurii organizatorice a spitalului se aprobă prin Hotărâre a Consiliului Județean Sibiu, în condițiile legii.

Art. 121. Orice modificare sau completare a prezentului Regulament se va face în conformitate cu prevederile legale în domeniu, ori de câte ori va fi necesar.

Art. 122. Cu data intrării în vigoare a prezentului Regulament încetează aplicabilitatea prevederilor Regulamentului de organizare și funcționare aprobat prin Hotărârea Consiliului Județean Sibiu nr. 237/26.11.2020.

PREȘEDINTE,
Daniela Cîmpeanu





Contrasemnează:
SECRETARUL GENERAL
AL JUDEȚULUI,
Ioan - Radu Răceu

