CONSILIUL GENERAL AL MUNICIPIULUI BUCUREŞTI
ADMINISTRAŢIA SPITALELOR
ŞI SERVICIILOR MEDICALE BUCUREŞTI
Nr. INTRARE / IEŞIRE 11096/06
Ziua 22 Luna 04 An 2020

AVIZAT

DIRECTOR GENERAL ADJUNCT MEDICAL

A.S.S.M.B.

TURKES ABLACHIM

APROBAT

DIRECTOR GENERAL

A.S.S.M.B

VASILE APOSTOL

REGULAMENTUL DE ORGANIZARE ŞI FUNCŢIONARE AL C.E.T.T.T. „SFÂNTUL STELIAN", BUCUREŞTI

AVIZ DE LEGALITATE
DIRECTOR DIRECŢIA JURIDICĂ
A.S.S.M.B
NICOLETA IVANOVICI

2020

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com

De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară

Certificate ISO

OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

AVIZAT,
COMITETUL DIRECTOR
MANAGER
DR. CIOLOMPEA TEODORA

APROBAT,
CONSILIUL DE ADMINISTRATIE
PRESEDINTE
DR. ANGELICA CHIRICA

A.S.S.M.B.
CENTRU DE EVALUARE ȘI TRATAMENT A TOXICODEPENDENȚELOR PENTRU TINERI "SF. STELIAN"
NR. 1151
20 20 LUNA 03 ZIUA 05

REGULAMENTUL DE ORGANIZARE ȘI FUNCȚIONARE AL C.E.T.T.T. „SFÂNTUL STELIAN", BUCUREȘTI

AVIZAT
CONSILIUL DE ETICĂ
PRESEDINTE Tudor Gheorghe
As. Soc. Principal

A.S.P.M.B.
CENTRU DE EVALUARE ȘI TRATAMENT A TOXICODEPENDENȚELOR PENTRU TINERI „SF. STELIAN"
CONSILIUL DE ETICĂ

2020

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com

De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară

Certificate ISO

OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

CUPRINS

CAPITOLUL I - DISPOZIŢII GENERALE 8

1.1.Date generale 8

1.2. Adresa 8

CAPITOLUL II - OBIECTUL DE ACTIVITATE 9

2.1. Drepturile şi obligaţiile conducerii 10

2.2. Obligaţiile Generale 11

CAPITOLUL III – CONDUCEREA 12

3.1. Consiliul de administraţie 13

3.2 Consiliul consultativ 14

3.3. Comitetul director 15

3.4. Managerul 17

3.4.1. Atribuţii 17

3.4.2.Incompatibilități și conflicte de interese 23

3.5. Directorul Medical 24

3.6 Directorul Financiar Contabil 27

3.7 Medicul şef de secţie 28

3.8 Asistentul şef 31

CAPITOLUL IV - STRUCTURA ORGANIZATORICĂ 36

CAPITOLUL V - ATRIBUȚIILE SECȚIILOR ȘI COMPARTIMENTELOR 37

5.1 DESCRIERE SECŢII ŞI COMPARTIMENTE CU PATURI 37

5.2. DESCRIERE STRUCTURĂ FĂRĂ PATURI -LABORATOARE 42

Laborator analize paraclinice 42

Laborator de radiologie medicală 43

Laborator explorări funcţionale 43

Farmacie cu circuit închis 43

Farmacistul Şef 46

Asistentul de farmacie 47

Îngrijitoarea cu atribuţii în cadrul farmaciei 47

~~5.3 COMPARTIMENTE ..... 47~~

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com

De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară

Certificate ISO

OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

Compartimentul de evaluare şi statistică medicală 47
Compartiment de prevenire şi control al infecţiilor asociate asistenţei medicale 48
5.4. STRUCTURA DE MANAGEMENT AL CALITĂŢII SERVICIILOR MEDICALE 50
5.5. STRUCTURA APARATULUI FUNCŢIONAL 51
Financiar – contabilitate....51
Resurse Umane, Normare, Organizare, Salarizare (R.U.N.O.S.)....52
Compartimentul de Evaluare și Statistică Medicală 53
Aprovizionare – administrativ....53
Secretariatul 54
CAPITOLUL VI - CONSILIILE ŞI COMISIILE CONSTITUITE LA NIVELUL C.E.T.T.T. SF. STELIAN 55
6.1. Consiliul medical 55
6.2. Comitetul de sănătate şi securitate în muncă 56
6.3. Comisia de disciplină 59
6.4. Comisia de organizare şi desfăşurare a concursurilor/examenelor pentru angajare/promovare si Comisia de soluționare a contestațiilor 61
6.5. Comitetul de prevenire a IAAM (infecțiilor asociate asistenței medicale) 65
6.6. Comisia de analiză a deceselor 66
6.7. Responsabilul cu gestionarea deșeurilor 67
6.8.Coordonatorul activității de protecție a sănătății în relație cu mediul din unitățile sanitare: 67
6.9. Consiliul etic 68
6.10. Comisia de etică 74
6.11. Nucleul de calitate 75
6.12. Comisia de farmacovigilenţă 76
6.13. Comisia medicamentului (Comisia pentru stabilirea necesarului de medicamente si consumabile). 76
6.14. Comisia de alimentaţie şi dietetică 77
6.15. Comisia de analiza a indicatorilor DRG 78
6.16. Responsabilul cu protecția datelor (GDPR) 78
6.17. Comisia pentru monitorizarea, coordonarea si îndrumarea metodologica a dezvoltării sistemului de control intern/managerial 80
6.18. Comisia de lucru cu protocoalele de bună practică medicală 83
6.19. Comisia de inventariere a bunurilor 83
6.20. Comisia de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților 83

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

6.21. Comisia pentru internarea nevoluntară **87**

6.23. Comisia pentru a doua opinie medicală **88**

6.24. Comisia pentru evaluarea cazurilor dificile de pe sectie. **88**

6.25 Comitetul pentru situaţii de urgenţă (comitetul pentru situaţii de criză) **89**

6.26. Comisia de mediere a conflictelor **89**

6.27 Comisia de biocide şi materiale sanitare **89**

6.28 Comisia de prevenire şi stingere a incendiilor **89**

6.29. Comisia de coordonare s procesului de evaluare în vederea oţbtinerii reacreditarii / Ciclul II de acreditare **90**

6.30 Comisiile de licitaţii **93**

6.31 Purtătorul de cuvânt in relatiile cu presa **93**

6.32 Comisia de inventariere a donaţiilor primite **93**

6.33 Comisia pentru selectarea documentelor pentru arhiva **93**

6.34. Comisia pentru monitorizarea programelor de sănatate **94**

CAPITOLUL VII - ATRIBUŢIILE PERSONALULUI 94

ATRIBUŢIILE PERSONALULUI C.E.T.T.T." Sf. Stelian" **94**

CAPITOLUL VIII - CODUL DE CONDUITĂ AL SALARIAŢILOR "C.E.T.T.T. „SF. STELIAN" 95

8.1. Conduita personală **95**

8.2. Mediul de munca **96**

8.3. Relaţiile interumane **96**

8.4.Competenţa **97**

8.5. Confidenţialitate **97**

8.6. Contactul fizic **97**

8.7 Limbajul **97**

8.8. Colaborarea interdisciplinară si consultarea: **97**

8.9. Comportamentul lipsit de etică : **97**

8.10. Angajamentul faţă de spital: **97**

8.11.Conflicte de munca **98**

CAPITOLUL IX- PERSONALUL MEDICAL CU STUDII SUPERIOARE 98

9.1. Medic primar/specialist – din secţiile cu paturi: **98**

9.2. Medic primar/specialist de psihiatrie în CSM **100**

9.3. Medicul de specialitate din laborator **101**

9.4. Medic primar, medic specialist – Radiologie **102**

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com

De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obţinută de unitatea sanitară

Certificate ISO

OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

9.5. Medic primar/medic specialist stomatolog **102**

9.6. Medicul de gardă **103**

9.7.Echipa de gardă **104**

9.8. Farmacist primar **105**

9.9 Medicul de boli infecţioase sau medicul responsabil de politica de utilizare a antibioticelor *din cadrul serviciului/compartimentului de prevenire a infecţiilor asociate asistenţei medicale:* 106

CAPITOLUL X - ALT PERSONAL CU STUDII SUPERIOARE **107**

10.1. Psiholog **107**

10.2. Consilierul Juridic **108**

-participă ca membru în structura de management a calităţii, la activităţile privind acreditarea spitalului **108**

- avizează, la cererea managerului, actele cu caracter juridic ale centrului; 108

- studiază legislaţia şi informează conducerea şi persoanele interesate din spital cu privire la modificările legislative şi implicaţiile pentru activitatea acestora, prelucrând cu aceştia modificările apărute; 108

10.3. Asistent social **109**

10.4. Profesor de educaţie fizică medicală **109**

CAPITOLUL XI- PERSONALUL MEDICAL CU STUDII MEDII 110

11.1. Asistent şef secţie psihiatrie: **110**

11.2. Asistent medical – secţiile cu paturi **112**

11.3. Asistent medical –Radiologie **114**

11.4. Asistent medical –farmacie **115**

11.5. Asistent medical – camera de garda: **116**

11.6. Asistent medical- stomatologie şi cu atribuţii în sterilizare instrumentar: **116**

11.7. Asistent medical – Laborator **117**

11.8.Asistent medical dietetician **118**

CAPITOLUL XII- ALT PERSONAL MEDICAL SI AUXILIAR 119

12.1. Infirmiera: **119**

12.2. Îngrijitoare curăţenie: **121**

12.3. Muncitor bucătar: **121**

12.4. Tâmplar: 122

CAPITOLUL XIII - FINANŢAREA C.E.T.T.T. SF. STELIAN 122

CAPITOLUL XIV - DISPOZIŢII FINALE 125

Bibliografie 125

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com

De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/categoria de acreditare obţinută de unitatea sanitară

Certificate ISO

OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

ANEXE 127

ANEXA 1 - CIRCUITELE FUNCŢIONALE 127

1.Circuitul bolnavului 127

2.Circuitul personalului 134

3.Circuitul vizitatorilor şi însoţitorilor 135

4.Circuitul alimentelor 136

5.Circuitul lenjeriei 136

6.Circuitul Deşeurilor 137

ANEXA 2 - NORME PRIVIND INTERNAREA VOLUNTARĂ 142

1. INTERNAREA VOLUNTARĂ ÎN SECŢIA PSIHIATRIE 142

2.CONSULTUL INTERDISCIPLINAR 142

ANEXA 3 - TRANSFERUL PACIENŢILOR 143

ANEXA 4 - NORME SPECIALE DE ÎNGRIJIRE A PACIENŢILOR PSIHIATRICI ŞI TOXICOMANI 148

1.INTERNAREA NEVOLUNTARĂ 148

2.RESTRICŢIONAREA LIBERTĂŢII DE MIŞCARE – IZOLAREA ŞI CONTENŢIA 150

ANEXA 5 -DREPTURILE ŞI OBLIGAŢIILE PACIENTULUI 152

DREPTURILE PACIENŢILOR 152

OBLIGATIILE PACIENTILOR 156

CONFIDENŢIALITATEA 157

INFORMAŢIILE CU CARACTER CONFIDENŢIAL 159

ANEXA 6 -PRELUCRAREA DATELOR CU CARACTER PERSONAL 161

SECURITATEA DATELOR 162

ANEXA NR. 7 - PROTOCOL DE INFORMARE A PERSOANELOR AFLATE ÎN STAGIU DE VOLUNTARIAT 198

ANEXA 8 - CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT ASUPRA INVESTIGAȚIILOR ȘI PROCEDURILOR TERAPEUTICE ȘI PENTRU PARTICIPAREA LA PROCESUL EDUCAȚIONAL MEDICAL 170

ANEXA Nr.10 – NOTIFICARE Către - Conducerea Spitalului C.E.T.T.T. Sfântul Stelian 172

ANEXA Nr. 10 – NOTIFICARE CĂTRE JUDECĂTORIA SECTORULUI... 173

ANEXA Nr 11– CONVENȚIA pentru desemnarea reprezentantului convenţional 174

ANEXA Nr. 12 – AUTORIZAŢIE privind vizita reprezentanţilor organizaţiilor neguvernamentale în unităţi sanitare (model) 176

ANEXA 13- HARTA PUNCTELOR DE RISC EPIDEMIOLOGIC 177

ANEXA 14. -MANEVRE CARE IMPLICĂ SOLUŢII DE CONTINUITATE 180

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com

De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară

Certificate ISO

OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

ANEXA 15- REGULAMENT ORDINE INTERIOARA SI COMPORTAMENT PENTRU PACIENTII INTERNATI IN SECTIA DE PSIHIATRIE.....183

REGULAMENT DE ORGANIZARE ŞI FUNCŢIONARE

C.E.T.T.T. SF. STELIAN

CAPITOLUL I - DISPOZIŢII GENERALE

1.1.Date generale

Centrul de Evaluare şi Tratament a Toxicodependenţelor pentru Tineri "Sf. Stelian "– C.E.T.T.T. „Sf. Stelian" (denumit în continuare ***spital***) este o unitate sanitară cu paturi, cu profil de psihiatrie şi toxicodependenţe, având personalitate juridică, înfiinţat în baza O.M.S.F. nr. 604/2003 şi a Dispoziţiei M.S.F. – D.S.P.M.B. nr.213/23.06.2003.
Centrul de Evaluare şi Tratament a Toxicodependenţelor pentru Tineri "Sf. Stelian "– C.E.T.T.T. „Sf. Stelian", Bucureşti, se află în subordinea Primăriei Municipiului Bucureşti, prin Administraţia Spitalelor şi Serviciilor Medicale Bucureşti (A.S.S.M.B.).

Structura organizatorică a Centrul de Evaluare şi Tratament a Toxicodependenţelor pentru Tineri "Sf. Stelian "– C.E.T.T.T. „Sf. Stelian" este stabilită în Autorizaţia sanitară de funcţionare, care se emite în condiţiile stabilite prin normele aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii publice şi dă dreptul spitalului să funcţioneze.
Activitatea economică şi tehnico-administrativă este organizată pe servicii, birouri şi compartimente funcţionale conform structurii organizatorice.
Forma juridică
Centrul de Evaluare şi Tratament a Toxicodependenţelor pentru Tineri "Sf. Stelian "– C.E.T.T.T. „Sf. Stelian", Bucureşti, este o instituţie publică, finanţată din venituri proprii, aflată în subordinea Primăriei Municipiului Bucureşti.

1.2. Adresa

Centrul de Evaluare şi Tratament a Toxicodependenţelor pentru Tineri "Sf. Stelian "– C.E.T.T.T. „Sf. Stelian" are sediul în Bucureşti, Str. Cristian Pascal nr. 25 - 27, sector 6.

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obţinută de unitatea sanitară

Certificate ISO

OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

CAPITOLUL II - OBIECTUL DE ACTIVITATE

Centrul de Evaluare şi Tratament a Toxicodependenţelor pentru Tineri "Sf. Stelian "– C.E.T.T.T. „Sf. Stelian" furnizează servicii medicale în regim de spitalizare continuă. Spitalul asigură condiţii de investigaţii medicale, diagnostic, tratament, cazare, igienă, alimentaţie şi de prevenire a infecţiilor asociate asistenței medicale, conform normelor aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii publice.

Misiunea spitalului este de a asigura asistența medicală a persoanelor cu probleme psihiatrice și a dependenților de droguri.
Spitalul răspunde, în condiţiile legii, pentru calitatea actului medical, pentru respectarea condiţiilor de cazare, igienă, alimentaţie şi de prevenire a infecţiilor asociate asistenței medicale, precum şi pentru acoperirea prejudiciilor cauzate pacienţilor. pentru prejudicii cauzate pacienţilor din culpă medicală răspunderea este individuală.
Atribuţiile instituţiei, activităţile şi sarcinile personalului sunt reglementate prin norme elaborate de Ministerul Sănătăţii şi supuse controlului acestuia.

Spitalul dispune de o structură complexă de medici specialişti psihiatri, psihologi şi asistent social, dotare cu aparatură medicală corespunzătoare, având amplasament şi accesibilitate pentru Bucureşti, dar şi pentru pacienții din județele limitrofe. În structura spitalului funcţionează o Cameră de gardă

(CG) - destinată triajului, evaluării şi tratamentului pacienţilor cu afecţiuni psihiatrice acute, funcţionând atât pentru pacienții care se prezintă la spital spontan sau care sunt transportaţi de ambulanţe, cât şi pentru rezolvarea unor urgențe medicale ale pacienților internați pe secție, care prezintă unele decompensări ale comorbidităților somatice asociate problemelor psihiatrice pentru care au fost internați.
Centrul de Evaluare şi Tratament a Toxicodependenţelor pentru Tineri "Sf. Stelian" – C.E.T.T.T. „Sf. Stelian" are în principal, următoarele atribuții:

1) furnizarea de servicii medicale de specialitate;

2) efectuarea consultaţiilor, investigaţiilor, tratamentelor şi altor îngrijiri medicale pacienților;

3) stabilirea corectă a diagnosticului şi a conduitei terapeutice pentru pacienții asistați;

4) stabilirea necesarului de medicamente şi materiale sanitare în scopul realizării unei îngrijiri eficiente a pacienților;

5) asigurarea necesarului de hrană pentru pacienți, cu respectarea alocației stabilite conform legii;

6) prevenirea şi combaterea infecțiilor asociate asistenței medicale;

7) asigurarea măsurilor de protecție şi securitate în muncă, apărare civilă şi PSI conform legislației în vigoare;

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

8) să asigure cadrul organizatoric, mijloacele de protecţie şi pregătirea pentru activitatea de protecţie civilă şi apărare împotriva dezastrelor;

Problemele de etică şi deontologie medicală sunt de competenţa, după caz, a Colegiului Medicilor din România, a Colegiului Psihologilor din România, a Colegiului Farmaciştilor din România, sau a Ordinului Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România. Relaţiile de muncă sunt reglementate de Legea nr.40/2011 pentru modificarea şi completarea Legii nr. 53/2003 Codul Muncii.

Personalul încadrat are obligaţia să respecte prevederile contractului cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate şi a normelor de aplicare, în caz contrar acesta va fi sancţionat disciplinar şi va răspunde patrimonial pentru pagubele materiale produse angajatorului din vine şi în legătură cu munca lor conform R.I, Codului Muncii şi principiilor răspunderii civile contractuale.

C.E.T.T.T." Sf Stelian", instituţie publică, funcţionează pe principiul autonomiei financiare. Veniturile proprii ale spitalului provin din sumele încasate pentru serviciile medicale furnizate pe bază de contracte Încheiate cu C.A.S.M.B.. precum şi din alte surse conform Legii.

Contractul de furnizare de servicii medicale reprezintă sursa principală a veniturilor în cadrul bugetului de venituri şi cheltuieli şi se negociază cu conducerea C.A.S.M.B. de către Managerul Unităţii în funcţie de indicatorii stabiliţi în contractul-cadru de furnizare de servicii medicale. Proiectul bugetului de venituri şi cheltuieli al spitalului se elaborează de către conducerea spitalului pe baza normelor metodologice aprobate prin Ordinul Ministerului Sănătăţii.

C.E.T.T.T." Sf Stelian" monitorizează lunar execuţia bugetară, urmărind realizarea veniturilor şi efectuarea cheltuielilor în limita bugetului aprobat.

Decontarea contravalorii serviciilor medicale se face conform contractului de furnizare de servicii medicale, pe bază de documente justificative, în funcţie de realizarea acestora, cu respectarea prevederilor contractului cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate

Salarizarea personalului de conducere din C.E.T.T.T." Sf Stelian", precum şi a celorlalte categorii de personal se stabileşte conform legii.

2.1. Drepturile şi obligaţiile conducerii

Drepturile conducerii Spitalului sunt:

1) să stabilească organizarea şi funcţionarea unităţii;

2) să stabilească atribuţiile corespunzătoare pentru fiecare salariat, în condiţiile legii;

3) să dea dispoziţii cu caracter obligatoriu pentru salariat, sub rezerva legalităţii acestora;

4) să dea dispoziţii cu caracter obligatoriu pentru salariaţi în limita competenţei profesionale şi a interesului de serviciu

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

5) să exercite controlul asupra modului de îndeplinire a sarcinilor de serviciu;

6) să constate săvârşirea abaterilor disciplinare şi să aplice sancţiunile corespunzătoare, potrivit legii

7) să repartizeze sau să redistribuie salariaţii pe posturi, conform pregătirii şi aptitudinilor fiecăruia, în vederea îndeplinirii obiectivelor strategice asumate de către manager prin contractul de administrare al spitalului, consultându-se în acest scop cu sindicatul reprezentativ la care sunt afiliaţi salariaţii respectivi;

8) să stabilească modalităţile şi căile de organizarea şi funcţionare a instituţiei conform normelor legale în vigoare, pentru asigurarea în condiţii optime a activităţii medicale, de cercetare şi învăţământ;

9) să stabilească atribuţiile corespunzătoare pentru fiecare compartiment de muncă şi pentru fiecare salariat, conform specificului activităţii în condiţiile legii şi/sau contractului colectiv de muncă la nivel naţional sau la nivel de ramură sanitară, aplicabil; CCM la nivel de sector de activitate sau unitate

Aceste drepturi nu sunt limitative.

2.2. Obligaţiile Generale

1) să informeze salariaţii asupra condiţiilor de muncă şi asupra elementelor care privesc desfăşurarea relaţiilor de muncă;

2) să asigure permanent condiţiile de muncă conform normelor de securitate şi sănătate în muncă;

3) să acorde salariaţilor toate drepturile ce decurg din lege, Contractul Colectiv de Muncă şi Contractul Individual de Muncă;

4) să plătească toate contribuţiile şi impozitele aflate în sarcina sa, precum şi să reţină şi să vireze contribuţiile şi impozitele datorate de salariat, conform legii;

5) să înfiinţeze registrul general de evidenţă a salariaţilor şi să opereze înregistrările prevăzute de lege;

6) să elibereze, la cerere, toate documentele care atestă calitatea de salariat a solicitantului;

7) să elibereze la cerere şi în termen util toate documentele

8) să asigure confidenţialitatea datelor cu caracter personal ale salariaţilor;

9) să organizeze timpul de lucru în program normal de 6-8 ore/zi (în funcţie activitatea pe care o desfăşoară angajatul) sau în ture 12/24h;

10) să asigure cursuri de instruire, pregătire şi calificare profesională a salariaţilor în vederea creşterii calităţii actului medicale, cu încadrare în bugetul aprobat.

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

11) Să asigure protecţia datelor cu caracter personal a salariaţilor şi a pacienţilor, conform normelor legale în vigoare ;

12) să asigure condiţiile materiale (aprovizionarea cu medicamente, materiale sanitare, combustibil, energie electrică, logistică) necesare desfăşurării activităţii spitalului în bune condiţii:

13) să asigure condiţiile de securitate şi sănătate în muncă;

14) să întocmească şi să transmită salariaţilor fişele de post cu atribuţiile ce le revin;

15) să asigure condiţiile pentru activitatea de apărare civilă;

16) să asigure condiţiile pentru aplicarea normelor igienico-sanitare şi să se preocupe de îmbunătăţirea condiţiilor de muncă;

17) să asigure accesul salariaţilor la serviciul medical de medicină muncii;

18) să asigure condiţiile pentru acordarea asistenţei medicale competenţe şi la standarde profesionale ridicate; efectuarea consultaţiilor, investigaţiilor, tratamentelor şi altor îngrijiri medicale pacienţilor care se adresează spitalului;

19) să asigure condiţiile organizatorice şi tehnice în scopul realizării la parametrii cantitativi şi calitativi a indicatorilor propuşi;

20) să aprovizioneze spitalul cu medicamente şi materiale sanitare necesare;

21) să realizeze aprovizionarea în vederea asigurării unei alimentaţii corespunzătoare din punct de vedere cantitativ şi calitativ, respectând alocaţia de hrană acordată conform legislaţiei în vigoare;

22) să ia măsuri corespunzătoare pentru organizarea activităţii astfel încât aceasta să se desfăşoare în condiţii de disciplină şi siguranţă;

23) să asigure respectarea Legii Drepturilor Pacientului;

24) să exercite control asupra modului de îndeplinire a obligaţiilor de serviciu de către salariaţi;

25) să asigure funcţionarea şi exploatarea aparaturii şi utilajelor medicale la parametrii optimi;

26) să asigure confidenţialitatea şi protecţia pacienţilor internaţi în temeiul Legii 487/2002- legea sănătăţii mintale şi a protecţiei persoanelor cu tulburări psihice

CAPITOLUL III – CONDUCEREA

Managementul Centrului de Evaluare şi Tratament a Toxicodependenţelor pentru Tineri "Sf. Stelian "– C.E.T.T.T. „Sf. Stelian", este asigurat de un manager, persoană fizică.
În cadrul spitalului se organizează şi funcţionează Consiliul de administraţie şi Comitetul director.

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară

Certificate ISO

OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

Organele de conducere al spitalului sunt:

a) Consiliul de Administraţie
b) Consiliul consultativ
c) Managerul
d) Comitetul Director

Managerul, este numit prin Dispoziţia Primarului General al Municipiului Bucureşti nr.111/20.01.2016 şi îşi desfăşoară activitatea în baza unui contract de management. Contractul de management cuprinde atribuţiile managerului, drepturile şi obligaţiile acestuia precum şi indicatorii de performanţă ai activităţii stabiliţi anual.
Ocuparea funcţiilor specifice Comitetului Director se face prin concurs organizat de Managerul unităţii. Managerul conduce activitatea Comitetului Director.

3.1. Consiliul de administraţie

Componenţa
În conformitate cu legislaţia în vigoare, în cadrul Centrul de Evaluare şi Tratament a Toxicodependenţelor pentru Tineri "Sf. Stelian "– C.E.T.T.T. „Sf. Stelian", funcţionează Consiliul de Administraţie, format din 7 membri, care are rolul de a dezbate principalele probleme de strategie, de organizare şi funcţionare a spitalului şi care are următoarea componenţă:

A) 2 reprezentanţi ai Direcţiei De Sănătate Publică Municipiului Bucureşti;
B) 2 reprezentanţi numiţi de Consiliul General al Municipiului Bucureşti, de la nivelul ASSMB
C) un reprezentant numit de primar;
E) un reprezentant al structurii teritoriale a Colegiului Medicilor din România, cu statut de invitat;
F) un reprezentant al structurii teritoriale a Ordinului Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, cu statut de invitat.
Instituţiile prevăzute la A, B, C sunt obligate să îşi numească şi membrii supleanţi în consiliul de administraţie.

Managerul participă la şedinţele consiliului de administraţie fără drept de vot.

Reprezentantul nominalizat de sindicatul legal constituit în unitate, afiliat federaţiilor sindicale semnatare ale contractului colectiv de muncă la nivel de ramură sanitară, poarte participa ca invitat la şedinţele consiliului de administraţie.

Membrii consiliului de administraţie al spitalului public se numesc prin act administrativ de către instituţiile prevăzute A, B, C.

Şedinţele consiliului de administraţie sunt conduse de un preşedinte de şedinţă, ales cu majoritate simplă din numărul total al membrilor, pentru o perioadă de 6 luni.

Atribuţii ale consiliului de administraţie:

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

- avizează bugetul de venituri şi cheltuieli al spitalului, precum şi situaţiile financiare trimestriale şi anuale;
- organizează concurs pentru ocuparea funcţiei de manager în baza regulamentului aprobat prin ordin al primarului general al municipiului Bucureşti;
- aprobă măsurile pentru dezvoltarea activităţii spitalului în concordanţă cu nevoile de servicii medicale ale populaţiei;
- avizează programul anual al achiziţiilor publice întocmit în condiţiile legii;
- analizează modul de îndeplinire a obligaţiilor de către membrii comitetului director şi activitatea managerului şi dispune măsuri pentru îmbunătăţirea activităţii;
- propune revocarea din funcţie a managerului şi a celorlalţi membri ai comitetului director în cazul în care constată existenţa situaţiilor prevăzute la art. 180 alin. (1) şi la art. 183 alin. (1).

Consiliul de administraţie se întruneşte lunar sau ori de către ori este nevoie, la solicitarea majorităţii membrilor săi, a preşedintelui de şedinţă sau a managerului, şi ia decizii cu majoritatea simplă a membrilor prezenţi.
Convocarea membrilor consiliului de administraţie se face cu 96 ore anterior şedinţei. În situaţii extraordinare, convocarea membrilor se poate face cu 24 de ore înainte
Membrii consiliului de administraţie al spitalului public pot beneficia de o indemnizaţie lunară de maximum 1% din salariul managerului.

3.2 Consiliul consultativ

În cadrul spitalului public funcţionează un *consiliu consultativ*, care are rolul de a dezbate principalele probleme de strategie şi de organizare şi funcţionare a spitalului şi de a face recomandări managerului spitalului în urma dezbaterilor.
Membrii consiliului consultativ sunt:

- 2 reprezentanţi numiţi de Consiliul General al Municipiului Bucureşti, dintre care unul specialist în finanţe publice locale
- managerul spitalului public;
- reprezentanţii sindicatelor legal constituite în unitate, afiliate federaţiilor sindicale semnatare ale contractului colectiv de muncă la nivel de ramură sanitară, pot participa ca invitaţi la şedinţele consiliului consultativ.

Membrii consiliului consultativ al spitalului public se numesc prin ordin al ministrului sănătăţii publice după nominalizarea acestora de către instituţiile abilitate. O persoană nu poate fi membru decât într-un singur consiliu consultativ al unui spital public.
Consiliul consultativ se întruneşte, în şedinţă ordinară, cel puţin o dată la 3 luni, precum şi ori de câte ori va fi nevoie, în şedinţe extraordinare. Deciziile consiliului se iau în prezenţa a cel puţin două treimi din numărul membrilor săi, cu majoritatea absolută a membrilor prezenţi.

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

3.3. Comitetul director

Componenţă:
Comitetul Director la nivelul C.E.T.T.T. Sf. Stelian, funcţionează în următoarea componenţă:
- Manager
- Director medical
- Director financiar – contabil

Atribuţiile generale ale Comitetul director sunt următoarele:
Elaborează planul de dezvoltare al spitalului pe perioada mandatului, în baza propunerilor scrise ale consiliului medical;
Elaborează, pe baza propunerilor consiliului medical, planul anual de furnizare de servicii medicale al spitalului;
Propune managerului, în vederea aprobării:

- numărul de personal, pe categorii şi locuri de muncă, în funcţie de reglementările în vigoare;
- organizarea concursurilor pentru posturile vacanţe, consultându-se cu sindicatele, conform legii;
- elaborează regulamentul de organizare şi funcţionare, regulamentul intern,
- propune spre aprobare managerului şi urmăreşte implementarea de măsuri organizatorice privind îmbunătăţirea calităţii actului medical, a condiţiilor de cazare, igienă şi alimentaţie, precum şi de măsuri de prevenire a infecţiilor asociate asistenţei medicale, conform normelor aprobate prin ordin al Ministrului Sănătăţii;
- elaborează proiectul bugetului de venituri şi cheltuieli al spitalului, pe baza centralizării de către compartimentul economico-financiar a propunerilor fundamentate ale conducătorilor secţiilor şi compartimentelor din structura spitalului pe care îl supune aprobării managerului;
- urmăreşte realizarea indicatorilor privind execuţia bugetului de venituri şi cheltuieli pe secţii şi compartimente, asigurând sprijin şefilor de secţii şi compartimente pentru încadrarea în bugetul alocat;
- analizează propunerea consiliului medical privind utilizarea fondului de dezvoltare, pe care îl supune spre aprobare managerului;
- asigură monitorizarea şi raportarea indicatorilor specifici, activităţii medicale, financiare, economice precum şi a altor date privind activitatea de supraveghere, prevenire şi control, pe care le prezintă managerului, conform metodologiei stabilite;
- analizează, la propunerea consiliului medical, măsurile pentru dezvoltarea şi îmbunătăţirea activităţii spitalului, în concordanţă cu nevoile de servicii medicale ale populaţiei, dezvoltarea tehnologiilor medicale, ghidurilor şi protocoalelor de practică medicală;
- elaborează planul de acţiune pentru situaţii speciale şi asistenţa medicală în caz de război, dezastre, atacuri teroriste, conflicte sociale şi alte situaţii de criză;
- la propunerea consiliului medical, întocmeşte, fundamentează şi prezintă spre aprobare managerului planul anual de achiziţii publice, lista investiţiilor şi a lucrărilor de reparaţii curente şi capitale care urmează să se realizeze într-un exerciţiu financiar, în condiţiile legii, şi răspunde de realizarea acestora;

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

- analizează, trimestrial sau ori de câte ori este nevoie, modul de îndeplinire a obligaţiilor asumate prin contracte şi propune managerului măsuri de îmbunătăţire a activităţii spitalului;
- întocmeşte informări lunare, trimestriale şi anuale cu privire la execuţia bugetului de venituri şi cheltuieli, pe care le analizează cu consiliul medical şi le prezintă autorităţii de sănătate publică judeţene, precum şi ASSMB, la solicitarea acestora;
- negociază, prin manager, directorul medical şi directorul financiar-contabil, contractele de furnizare de servicii medicale cu casele de asigurări de sănătate;
- se întruneşte lunar sau ori de câte ori este nevoie, la solicitarea majorităţii membrilor săi ori a managerului spitalului public şi ia decizii în prezenţa a cel puţin două treimi din numărul membrilor săi, cu majoritatea absolută a membrilor prezenţi;
- face propuneri privind structura organizatorică, reorganizarea, restructurarea, schimbarea sediului şi a denumirii spitalului;
- negociază cu şeful de secţie/laborator şi propune spre aprobare managerului indicatorii specifici de performanţă a managementului secţiei/laboratorului/serviciului, care vor fi prevăzuţi ca anexă la contractul de administrare al secţiei/laboratorului;
- răspunde în faţa managerului pentru îndeplinirea atribuţiilor care îi revin;
- analizează activitatea membrilor săi pe baza rapoartelor de evaluare şi elaborează raportul anual de activitate al spitalului.

  În domeniul activităţii de supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale, comitetul director are următoarele atribuţii:
- organizează Comitetul de prevenire a infecţiilor asociate asistenţei medicale şi elaborează regulamentul de funcţionare al acestuia;
- se asigură de organizarea şi funcţionarea serviciului/compartimentului de prevenire a infecţiilor asociate asistenţei medicale şi/sau realizarea contractelor de furnizare de prestări servicii specifice;
- aprobă planul anual de activitate pentru supravegherea, prevenirea şi limitarea infecţiilor asociate asistenţei medicale;
- asigură condiţiile de implementare a prevederilor planului anual de activitate pentru supravegherea, prevenirea şi limitarea infecţiilor asociate asistenţei medicale;
- efectuează analiza anuală a îndeplinirii obiectivelor planului de activitate;
- verifică şi aprobă alocarea bugetului aferent derulării activităţilor din planul anual de activitate pentru supravegherea, prevenirea şi limitarea infecţiilor asociate asistenţei medicale;
- se asigură de îmbunătăţirea continuă a condiţiilor de desfăşurare a activităţilor de prevenire a infecţiilor asociate asistenţei medicale şi a dotării tehnico-materiale necesare evitării sau diminuării riscurilor;
- se asigură de derularea legală a achiziţiilor şi aprovizionarea tehnico-materială, prevăzute în planul de activitate sau impuse de situaţia epidemiologică din unitate, în vederea diminuării ori evitării situaţiilor de risc sau limitării infecţiilor asociate asistenţei medicale;

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

- 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;
- 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;
- asigură, în limitele cadrului legal şi al competenţei, condiţiile de îngrijire la pacienţii cu infecţii/colonizări cu germeni multiplu rezistenţi.
- În domeniul managementului calității, comitetul director coordonează, supraveghează și controlează implementarea sistemului de management al calității
- Coordonează activitatea de implementare a standardelor de calitate în vederea acreditării spitalului
- Propune, organizează și participă, în mod obligatoriu, anual și de câte ori este necesar, la toate simulările de incendiu, urgențe, instructaje pentru situații de criză, SSM, PSI
- Reprezintă spitalul şi participă obligatoriu la toate inspecţiile, controalele, evaluările, auditurile interne sau externe ale spitalului colaborează cu echipele de evaluare şi control, în scopul bunului mers al procesului
- Participă obligatoriu la procesul de acreditare al spitalului şi susține listele de verificare specifice.
- Participă la implementarea sistemului de control managerial intern

3.4. Managerul

Spitalul este condus de către un manager, persoană fizică. Acesta încheie un contract de management cu Primăria (ASSMB) pe o perioadă de 4 ani, conform ORDIN nr. 730 din 5 iunie 2018.

Contractul de management poate fi prelungit pe o perioadă de 3 luni, maximum de două ori, perioadă în care se organizează concursul de ocupare a postului, sau poate înceta înainte de termen în urma evaluării anuale efectuate pe baza criteriilor de performanţă stabilite de Ministerul Sănătăţii şi ASSMB.

3.4.1. Atribuţii

Atribuţiile managerului sunt prevăzute în contractul de management, conform legislaţiei în vigoare.

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

(1). Managerul, este numit prin Dispoziţia Primarului General al Municipiului Bucureşti şi îşi desfăşoară activitatea în baza unui contract de management. Contractul de management cuprinde atribuţiile managerului, drepturile şi obligaţiile acestuia precum şi indicatorii de performanţă ai activităţii stabiliţi anual.

(2). În domeniul politicii de personal şi al structurii organizatorice managerul are, în principal, următoarele atribuţii:

a) stabileşte şi aprobă numărul de personal, pe categorii şi locuri de muncă, în funcţie de normativul de personal în vigoare;
b) aprobă organizarea concursurilor pentru posturile vacanţe, numeşte şi eliberează din funcţie personalul spitalului;
c) aprobă programul de lucru, pe locuri de muncă şi categorii de personal;
d) propune structura organizatorică, reorganizarea, schimbarea sediului şi a denumirii unităţii, în vederea aprobării de către Ministerul Sănătăţi şi ASSMB ;
e) numeşte şi revocă membrii Comitetului Director;
f) încheie contractele de administrare cu membrii comitetului director care au ocupat postul prin concurs organizat în condiţiile legii, pe o perioadă de maximum 3 ani, în cuprinsul căruia sunt prevăzuţi indicatorii de performanţă asumaţi;
g) poate prelungi, la încetarea mandatului, contractele de administrare încheiate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;
h) încetează contractele de administrare încheiate, înainte de termen, în cazul neîndeplinirii obligaţiilor prevăzute în acestea;
i) stabileşte, de comun acord cu personalul de specialitate medico-sanitar care ocupă funcţii de conducere specifice comitetului director şi are contractul individual de muncă suspendat, programul de lucru al acestuia în situaţia în care desfăşoară activitate medicală în unitatea sanitară respectivă, în condiţiile legii;
j) numeşte în funcţie şefii de secţie, de laborator şi de serviciu medical care au promovat concursul sau examenul organizat în condiţiile legii şi încheie cu aceştia, în termen de maximum 30 de zile de la data numirii în funcţie, contract de administrare cu o durată de 3 ani, în cuprinsul căruia sunt prevăzuţi indicatorii de performanţă asumaţi;
k) negociază contractul colectiv de muncă la nivel de spital.

(3). În domeniul managementului serviciilor medicale. Obligaţiile managerului sunt următoarele:

a) elaborează, pe baza nevoilor de servicii medicale ale populaţiei din zona deservită, planul de dezvoltare al spitalului pe perioada mandatului, ca urmare a propunerilor consiliului medical şi îl supune aprobării consiliului de administraţie al spitalului;
b) aprobă formarea şi utilizarea fondului de dezvoltare al spitalului, pe baza propunerilor comitetului director, cu respectarea prevederilor legale;
c) aprobă planul anual de servicii medicale, elaborat de comitetul director, la propunerea consiliului medical;
d) aprobă măsurile propuse de comitetul director pentru dezvoltarea activităţii spitalului, în concordanţă cu nevoile de servicii medicale ale populaţiei;

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară

Certificate ISO

OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

e) elaborează şi pune la dispoziţie consiliului de administraţie rapoarte privind activitatea spitalului, aplică strategiile şi politica de dezvoltare în domeniul sanitar ale Ministerului Sănătăţii, adecvate la necesarul de servicii medicale pentru populaţia deservită; în cazul ministerelor şi instituţiilor cu reţea sanitară proprie, aplică strategiile specifice de dezvoltare în domeniul medical;
f) îndrumă şi coordonează activitatea de prevenire a infecţiilor asociate asistenţei medicale;
g) dispune măsurile necesare în vederea realizării indicatorilor de performanţă a activităţii asumaţi prin prezentul contract;
h) semnează, prin act administrativ, coordonatorii programelor/sub programelor naţionale de sănătate derulate la nivelul spitalului;
i) răspunde de implementarea şi raportarea indicatorilor programelor/subprogramelor naţionale de sănătate derulate la nivelul spitalului, în conformitate cu prevederile legale elaborate de Ministerul Sănătăţii;
j) răspunde de asigurarea condiţiilor corespunzătoare pentru realizarea unor acte medicale de calitate de către personalul medico-sanitar din spital;
k) răspunde de implementarea protocoalelor de practică medicală la nivelul spitalului, pe baza recomandărilor consiliului medical;
    a. urmăreşte realizarea activităţii de control al calităţii serviciilor medicale oferite de spital, coordonată de directorul medical, cu sprijinul consiliului medical şi al celui ştiinţific;
l) negociază şi încheie, în numele şi pe seama spitalului, protocoale de colaborare şi/sau contracte cu alţi furnizori de servicii pentru asigurarea continuităţii şi creşterii calităţii serviciilor medicale;
m) răspunde, împreună cu comitetul director, de asigurarea condiţiilor de investigaţii medicale, tratament, cazare, igienă, alimentaţie şi de prevenire a infecţiilor asociate asistenţei medicale, conform normelor aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii;
n) negociază şi încheie contractul de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate, în condiţiile stabilite în contractului privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate;
o) poate încheia contracte de furnizare de servicii medicale cu casele de asigurări de sănătate private;
p) poate încheia contracte cu direcţiile de sănătate publică judeţene sau a municipiului Bucureşti, după caz, în vederea derulării programelor naţionale de sănătate şi desfăşurării unor activităţi specifice, în conformitate cu structura organizatorică a acestora;
q) poate încheia contract cu institutul de medicină legală din centrul medical universitar la care este arondat pentru asigurarea drepturilor salariale ale personalului care îşi desfăşoară activitatea în cabinetele de medicină legală din structura acestora, precum şi a cheltuielilor de natura bunurilor şi serviciilor necesare pentru funcţionarea acestor cabinete;
r) răspunde de respectarea prevederilor legale în vigoare cu privire la drepturile pacientului şi dispune măsurile necesare atunci când se constată încălcarea acestora;

(4) În domeniul managementului economico-financiară obligaţiile managerului sunt următoarele:

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

a) răspunde de organizarea activităţii spitalului pe baza bugetului de venituri şi cheltuieli propriu, elaborat de către comitetul director pe baza propunerilor fundamentate ale conducătorilor secţiilor şi compartimentelor din structura spitalului, pe care îl supune aprobării ordonatorului de credite ierarhic superior, după avizarea acestuia de către consiliul de administraţie, în condiţiile legii;
b) răspunde de asigurarea realizării veniturilor şi de fundamentarea cheltuielilor în raport cu acţiunile şi obiectivele din anul bugetar pe titluri, articole şi alineate, conform clasificaţiei bugetare;
c) răspunde de repartizarea bugetului de venituri şi cheltuieli al spitalului pe secţiile şi compartimentele din structura acestuia şi de cuprinderea sumelor repartizate în contractile de administrare încheiate în condiţiile legii;
d) răspunde de monitorizarea lunară de către şefii secţiilor şi compartimentelor din structura spitalului a execuţiei bugetului de venituri şi cheltuieli pe secţii şi compartimente, conform
e) Metodologiei aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii;
f) răspunde de raportarea lunară şi trimestrial a a execuţiei bugetului de venituri şi cheltuieli;
g) aprobă şi răspunde de realizarea programului anual de achiziţii publice;
h) aprobă lista investiţiilor şi a lucrurilor de reparaţii curente şi capitale care urmează să se realizeze într-un exerciţiu financiar, în condiţiile legii, la propunerea comitetului director;
i) răspunde, împreună cu membrii consiliului medical, de respectarea disciplinei economico-financiare la nivelul secţiilor, compartimentelor şi serviciilor din cadrul spitalului;
j) identifică împreună cu consiliul de administraţie surse suplimentare pentru creşterea veniturilor spitalului, cu respectarea prevederilor legale;
k) îndeplineşte toate atribuţiile care decurg din calitatea de ordonator terţiar de credite, conform legii;
l) răspunde de respectarea şi aplicarea corectă a legislaţiei din domeniu.

(5). În domeniul managementului administrativ obligaţiile managerului sunt următoarele:

a. aprobă şi răspunde de respectarea regulamentului de organizare şi funcţionare, după avizarea prealabilă de către direcţia de sănătate publică judeţeană/a municipiului Bucureşti, direcţia medicală sau structură similară acesteia din ministerele şi instituţiile cu reţea sanitară proprie ori Ministerul Sănătăţii, după caz;
b. reprezintă spitalul în relaţiile cu terţe persoane fizice sau juridice;
c. încheie acte juridice în numele şi pe seama spitalului, conform legii;
d. răspunde de modul de îndeplinire a obligaţiilor asumate prin contracte şi dispune măsuri de îmbunătăţire a activităţii spitalului;
e. încheie contracte de colaborare cu instituţiile de învăţământ superior medical, respective unităţile de învăţământ medical, în conformitate cu metodologia elaborată de Ministerul Sănătăţii, în vederea asigurării condiţiilor corespunzătoare pentru desfăşurarea activităţilor de învăţământ;
f. încheie în numele spitalului, contracte de cercetare cu finanţatorul cercetării, pentru desfăşurarea activităţii de cercetare ştiinţifică medicală, în conformitate cu prevederile legale;

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară

Certificate ISO

OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

g. răspunde de respectarea prevederilor legale în vigoare referitoare la păstrarea secretului profesional, păstrarea confidenţialităţii datelor pacienţilor internaţi, informaţiilor şi documentelor referitoare la activitatea spitalului;
h. răspunde de obţinerea şi menţinerea valabilităţii autorizaţiei de funcţionare, potrivit normelor aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii;
i. pune la dispoziţia organelor şi organismelor competente, la solicitarea acestora, în condiţiile legii, informaţii privind activitatea spitalului;
j. transmite direcţiei de sănătate publică judeţene/a municipiului Bucureşti, direcţiei medicale sau structurii similare din ministerele şi instituţiile cu reţea sanitară proprie sau Ministerului Sănătăţii, după caz, informări trimestriale şi anuale cu privire la patrimoniul dat în administrare, realizarea indicatorilor activităţii medicale, precum şi la execuţia bugetului de venituri şi cheltuieli;
k. răspunde de organizarea arhivei spitalului şi de asigurarea securităţii documentelor prevăzute de lege, în format scris şi electronic;
l. răspunde de înregistrarea, stocarea, prelucrarea şi transmiterea informaţiilor

b) Activitatea sa, în conformitate cu normele aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii;
a. aprobă utilizarea bazei de date medicale a spitalului pentru activităţi de cercetare medicală, în condiţiile legii;
b. răspunde de organizarea unui sistem de înregistrare şi rezolvare a sugestiilor, sesizărilor şi reclamaţiilor referitoare la activitatea spitalului;
c. conduce activitatea curentă a spitalului, în conformitate cu reglementările în vigoare;
d. propune spre aprobare direcţiei de sănătate publică judeţene sau a municipiului Bucureşti, direcţiei medicale ori structurii medicale similare din ministerele şi instituţiile cu reţea sanitară proprie sau Ministerului Sănătăţii, după caz, un înlocuitor de drept pentru perioadele de absenţa motivată din spital, în condiţiile legii;
e. informează Ministerul Sănătăţii sau, după caz, ministerele sau instituţiile cu reţea sanitară proprie cu privire la starea de incapacitate temporară de muncă, în termen de maximum 24 de ore de la apariţia acesteia;
f. răspunde de monitorizarea şi raportarea datelor specifice activităţii medicale, economico-financiare, precum şi a altor date privind activitatea de supraveghere, prevenire şi control, în conformitate cu reglementările legale în vigoare;
g. respectă măsurile dispuse de către conducătorul ministerelor şi instituţiilor cu reţea sanitară proprie sau primarul unităţii administrativ-teritoriale, primarul general al municipiului Bucureşti ori preşedintele consiliului judeţean, după caz, în situaţia în care se constată disfuncţionalităţi în activitatea spitalului public;
h. răspunde de depunerea solicitării pentru obţinerea acreditării spitalului, în condiţiile legii, în termen de maximum un an de la aprobarea procedurilor, standardelor şi metodologiei de acreditare;
i. răspunde de solicitarea reacreditarii, în condiţiile legii, cu cel puţin 6 luni înainte de încetarea acreditarii;
j. respectă Strategia naţională de raţionalizare a spitalelor, aprobată prin hotărâre a Guvernului;

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

k. elaborează, împreună cu comitetul director, planul de acţiune pentru situaţii speciale şi coordonează asistenţa medicală în caz de război, dezastre, atacuri teroriste, conflicte sociale şi alte situaţii de criză, conform dispoziţiilor legale în vigoare;
l. răspunde de respectarea şi aplicarea corectă de către spital a prevederilor actelor normative care reglementează activitatea acestuia;
m. asigură şi răspunde de organizarea activităţilor de învăţământ şi cercetare astfel încât să consolideze calitatea actului medical, cu respectarea drepturilor pacienţilor, a eticii şi deontologiei medicale;
n. avizează numirea, în condiţiile legii, a şefilor de secţie, şefilor de laborator şi a şefilor de serviciu medical din cadrul secţiilor, laboratoarelor şi serviciilor medicale clinice şi o supune aprobării Ministerului Sănătăţii sau, după caz, a autorităţilor administraţiei publice locale.

(6) În domeniul prevenirii infecţiilor asociate asistenţei medicale, managerul are următoarele atribuţii:

a. răspunde de organizarea serviciului/compartimentului de prevenire a infecţiilor asociate asistenţei medicale, în conformitate cu prevederile prezentului ordin;
b. participă la definitivarea propunerilor de activităţi şi achiziţii cuprinse în planul anual al unităţii pentru supravegherea şi limitarea infecţiilor asociate asistenţei medicale;
c. răspunde de asigurarea bugetară şi achiziţia de bunuri şi servicii aferente activităţilor cuprinse în planul anual aprobat pentru supravegherea, prevenirea şi limitarea infecţiilor asociate asistenţei medicale;
d. răspunde de înfiinţarea şi funcţionarea registrului de monitorizare a infecţiilor asociate asistenţei medicale al unităţii;
e. răspunde de organizarea activităţii de screening al pacienţilor în secţii de terapie intensivă şi în alte secţii cu risc pentru depistarea colonizărilor/infecţiilor cu germeni multiplu rezistenţi, în conformitate cu prevederile programului naţional de supraveghere şi control al infecţiilor asociate asistenţei medicale;
f. răspunde de organizarea anuală a unui studiu de prevalenţă de moment a infecţiilor asociate asistenţei medicale şi a consumului de antibiotice din spital;
g. răspunde de afişarea pe site-ul propriu al unităţii a informaţiilor statistice (rata trimestrială şi anuală de incidenţă, rata de prevalenţă, incidenţa trimestrială şi anuală defalcată pe tipuri de infecţii şi pe secţii) privind infecţiile asociate asistenţei medicale, a rezultatelor testelor de evaluare a eficienţei curăţeniei şi dezinfecţiei, a consumului de antibiotice, cu defalcarea consumului antibioticelor de rezervă;
h. răspunde de organizarea înregistrării cazurilor de expunere accidentală la produse biologice în registrele înfiinţate pe fiecare secţie/compartiment şi de aplicarea măsurilor de vaccinare a personalului medico-sanitar;
i. răspunde de aplicarea sancţiunilor administrative propuse de şeful serviciului/compartimentului de prevenire a infecţiilor asociate asistenţei medicale al unităţii;

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară

Certificate ISO

OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

j. controlează şi răspunde pentru organizarea serviciului/compartimentului de prevenire a infecţiilor asociate asistenţei medicale al unităţii sau, după caz, pentru contractarea responsabilului cu prevenirea infecţiilor asociate asistenţei medicale, în directă subordine şi coordonare;

k. analizează şi decide soluţii de rezolvare, după caz, alocare de fonduri ca urmare a sesizărilor serviciului/compartimentului specializat, în situaţii de risc sau focar de infecţie asociate asistenţei medicale;

l. verifică şi aprobă evidenţa informaţiilor transmise eşaloanelor ierarhice, conform legii sau la solicitare legală, aferente activităţii de supraveghere, depistare, diagnostic, investigare epidemiologică, şi măsurile de limitare a focarului de infecţie asociată asistenţei medicale din unitate;

m. solicită, la propunerea şefului serviciului/coordonatorului compartimentului de prevenire a infecţiilor asociate asistenţei medicale/medicului responsabil sau din proprie iniţiativă, expertize şi investigaţii externe, consiliere profesională de specialitate şi intervenţie în focare;

n. angajează unitatea pentru contractarea unor servicii şi prestaţii de specialitate;

o. reprezintă unitatea în litigii juridice legate de răspunderea instituţiei în ceea ce priveşte infecţiile asociate asistenţei medicale, inclusiv în cazul acţionării în instanţă a persoanelor fizice, în cazul stabilirii responsabilităţii individuale.

(7) în domeniul managementului deşeurilor medicale are următoarele atribuţii:

A) iniţiază, implementează şi conduce sistemul de gestionare a deşeurilor medicale;
B) asigură fondurile necesare pentru asigurarea funcţionării sistemului de gestionare a Deşeurilor medicale, inclusiv sumele necesare acoperirii costurilor prevăzute la art. 45 alin. (5);
C) desemnează o persoană, din rândul angajaţilor proprii, respectiv coordonatorul activităţii de protecţie a sănătăţii în relaţie cu mediul, care să urmărească şi să asigure îndeplinirea obligaţiilor prevăzute de Legea nr. 211/2011, cu modificările ulterioare, de prezentele norme tehnice, precum şi de legislaţia specifică referitoare la managementul deşeurilor medicale în ceea ce priveşte obligaţiile deţinătorilor/producătorilor de deşeuri;
D) controlează şi răspunde de încheierea contractelor cu operatorii economici care transportă, tratează şi elimină deşeurile rezultate din activităţile medicale;
E) controlează şi răspunde de colectarea, transportul, tratarea şi eliminarea deşeurilor rezultate din activităţile medicale;
F) poate delega atribuţiile menţionate la lit. d) şi e) către coordonatorul activităţii, de protecţie a sănătăţii în relaţie cu mediul;
G) aprobă planul de gestionare a deşeurilor rezultate din activităţi medicale pe baza regulamentelor interne, a codurilor de procedură a sistemului de gestionare a deşeurilor medicale periculoase din unitatea sanitară respectivă, în conformitate cu anexa nr. 4 la ordin;
H) aprobă planul de formare profesională continuă a angajaţilor din unitatea sanitară cu privire la gestionarea deşeurilor medicale.

3.4.2.Incompatibilităţi şi conflicte de interese

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obţinută de unitatea sanitară

Certificate ISO

OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

Funcţia de manager persoană fizică este incompatibilă cu:

a. exercitarea oricăror alte funcţii salarizate, nesalarizate sau/şi indemnizate inclusiv în cadrul unei autorităţi executive, legislative ori judecătoreşti, cu excepţia funcţiilor sau activităţilor în domeniul didactic şi de studiu profesional, al cercetării ştiinţifice şi al creaţiei literar-artistice.
b. exercitarea oricărei activităţi sau oricărei alte funcţii de manager, inclusiv cele neremunerate;
c. exercitarea unei activităţi sau a unei funcţii de membru în structurile de conducere ale unei alte unităţi spitaliceşti;
d. exercitarea oricărei funcţii în cadrul organizaţiilor sindicale sau patronale de profil.

b) (2) Constituie conflict de interese deţinerea de către manager persoana fizică, acţiuni sau interese la societăţi comerciale ori organizaţii nonguvernamentale care stabilesc relaţii comerciale cu spitalul

3.5. Directorul Medical

Directorul Medical - are următoarele atribuţii specifice:

a) în calitate de preşedinte al consiliului medical, coordonează şi răspunde de elaborarea la termen a propunerilor privind planul de dezvoltare al spitalului, planul anual de servicii medicale, bugetul de venituri şi cheltuieli;

b) monitorizează calitatea serviciilor medicale acordate la nivelul spitalului, inclusiv prin evaluarea satisfacţiei pacienţilor, şi elaborează, împreună cu şefii de secţii, propuneri de îmbunătăţire a activităţii medicale;

c) aprobă protocoale de practică medicală la nivelul spitalului şi monitorizează procesul de implementare a protocoalelor şi ghidurilor de practică medicală la nivelul întregului spital;

d) răspunde de coordonarea şi corelarea activităţilor medicale desfăşurate la nivelul secţiilor pentru asigurarea tratamentului adecvat pentru pacienţii internaţi;

e) coordonează implementarea programelor de sănătate la nivelul spitalului;

f) întocmeşte planul de formare şi perfecţionare a personalului medical, la propunerea şefilor de secţii şi laboratoare;

g) avizează utilizarea bazei de date medicale a spitalului pentru activităţi de cercetare medicală, în condiţiile legii;

h) asigură respectarea normelor de etică profesională şi deontologie medicală la nivelul spitalului, colaborând cu Colegiul Medicilor din România;

i) răspunde de acreditarea personalului medical al spitalului şi de acreditarea activităţilor medicale desfăşurate în spital, în conformitate cu legislaţia în vigoare;

j) analizează şi ia decizii în situaţia existenţei unor cazuri medicale deosebite (de exemplu, cazuri foarte complicate, care necesită o durată de spitalizare mult prelungită, morţi subite etc.);

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară

Certificate ISO

OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

k) participă, alături de manager, la organizarea asistenţei medicale în caz de dezastre, epidemii şi în alte situaţii speciale;

l) stabileşte coordonatele principale privind consumul de medicamente şi materiale sanitare la nivelul spitalului, în vederea unei utilizări judicioase a fondurilor spitalului, prevenirii polipragmaziei şi a rezistenţei la medicamente;

m) supervizează respectarea prevederilor în vigoare referitoare la documentaţia medicală a pacienţilor trataţi, asigurarea confidenţialităţii datelor medicale, constituirea arhivei spitalului.

În domeniul prevenirii infecţiilor asociate asistenţei medicale, are următoarele atribuţii:

a) se asigură şi răspunde de aplicarea în activitatea curentă a procedurilor şi protocoalelor de prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale, a standardelor de sterilizare şi sterilitate, asepsie şi antisepsie, respectiv a normelor privind cazarea, alimentaţia şi condiţiile de igienă oferite pe perioada îngrijirilor acordate;

b) pentru spitalele care nu îndeplinesc condiţiile legale de a avea director de îngrijiri, funcţia acestuia este preluată de directorul medical, care va avea şi responsabilităţile acestuia;

c) răspunde de raportarea la timp a infecţiilor asociate asistenţei medicale şi implementarea măsurilor de limitare a acestora;

d) răspunde de respectarea politicii de utilizare a antibioticelor în unitatea sanitară;

e) implementează activitatea de screening al pacienţilor în secţii de terapie intensivă şi alte secţii cu risc pentru depistarea colonizărilor/infecţiilor cu germeni multiplu rezistenţi în conformitate cu prevederile programului naţional de supraveghere şi control al infecţiilor asociate asistenţei medicale;

f) controlează şi răspunde pentru derularea activităţilor proprii ale serviciului/compartimentului de prevenire a infecţiilor asociate asistenţei medicale;

g) controlează respectarea procedurilor şi protocoalelor implementate pentru supravegherea, prevenirea şi limitarea infecţiilor asociate asistenţei medicale de la nivelul secţiilor şi serviciilor din unitate, în colaborare cu medicii şefi de secţie;

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

i) controlează şi răspunde de organizarea registrelor de expunere accidentală la produse biologice pe secţii/compartimente şi aplicarea corectă a măsurilor.

j) prelucrează procedurile şi protocoalele de prevenire a infecţiilor asociate asistenţei medicale elaborate de serviciul/compartimentul de prevenire a infecţiilor asociate asistenţei medicale cu asistentul şef din secţie şi răspunde de aplicarea acestora;

k) răspunde de implementarea şi respectarea precauţiunilor standard şi specifice la nivelul unităţii sanitare;

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară

Certificate ISO

OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

l) răspunde de comportamentul igienic al personalului din subordine, de respectarea regulilor de tehnică aseptică de către acesta;

m) controlează respectarea circuitelor funcţionale din spital/secţie;

n) verifică starea de curăţenie din secţii, respectarea normelor de igienă şi controlează respectarea măsurilor de asepsie şi antisepsie;

o) propune directorului economic/financiar-contabil planificarea aprovizionării cu materiale necesare prevenirii infecţiilor asociate asistenţei medicale, elaborată de secţiile spitalului, cu aprobarea şefului serviciului/coordonatorului compartimentului de prevenire a infecţiilor asociate asistenţei medicale;

p) supraveghează şi controlează activitatea blocului alimentar în aprovizionarea, depozitarea, prepararea şi distribuirea alimentelor, cu accent pe aspectele activităţii la bucătăria dietetică

q) supraveghează şi controlează calitatea prestaţiilor efectuate la spălătorie;

r) constată şi raportează serviciului/compartimentului de prevenire a infecţiilor asociate asistenţei medicale şi managerului spitalului deficienţe de igienă (alimentare cu apă, instalaţii sanitare, încălzire) şi ia măsuri pentru remedierea acestora;

s) verifică efectuarea corespunzătoare a operaţiunilor de curăţenie şi dezinfecţie în secţii;

t) coordonează şi verifică aplicarea măsurilor de izolare a bolnavilor cu caracter infecţios şi a măsurilor pentru supravegherea contacţilor, în conformitate cu ghidul de izolare elaborat de şeful serviciului/coordonatorul compartimentului de prevenire a infecţiilor asociate îngrijirilor medicale;

u) instruieşte personalul din subordine privind autodeclararea îmbolnăvirilor şi urmăreşte realizarea acestei proceduri;

v) semnalează medicului şef de secţie cazurile de boli transmisibile pe care le observă în rândul personalului;

w) instruieşte asistentul-şef asupra măsurilor de prevenire a infecţiilor asociate asistenţei medicale care trebuie implementate şi respectate de vizitatori şi personalul spitalului;

x) coordonează şi verifică respectarea circuitului lenjeriei şi al Deşeurilor infecţioase şi neinfecţioase, depozitarea lor la nivelul depozitului central şi respectarea modului de eliminare a acestora;

y) instruieşte asistentul-şef asupra echipamentului de protecţie şi comportamentului igienic, precum şi asupra respectării normelor de tehnică aseptică şi propune măsuri disciplinare în cazurile de abateri;

z) organizează şi coordonează procesul de elaborare a procedurilor şi protocoalelor de prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale pe secţii, în funcţie de manevrele şi procedurile medicale identificate cu risc pentru pacienţi, şi se asigură de implementarea acestora;

aa) răspunde de întocmirea şi completarea registrului de monitorizare a infecţiilor asociate asistenţei medicale pe secţii şi pe unitatea sanitară;

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

bb) răspunde de întocmirea şi completarea registrului de expunere accidentală la produse biologice pe secţii/compartimente;

cc) organizează şi răspunde de igienizarea ţinutelor de spital pentru întreg personalul implicat în îngrijirea pacienţilor, în mod gratuit şi obligatoriu

3.6 Directorul Financiar Contabil

Directorul financiar-contabil are următoarele atribuţii specifice:

a) Asigură şi răspunde de bună organizare şi desfăşurare a activităţii financiare a unităţii, în conformitate cu dispoziţiile legale;
b) Organizează contabilitatea în cadrul unităţii, în conformitate cu dispoziţiile legale, şi asigură efectuarea corectă şi la timp a înregistrărilor;
c) Asigură întocmirea la timp şi în conformitate cu dispoziţiile legale a balanţelor de verificare şi a bilanţurilor anuale şi trimestriale;
d) Propune defalcarea pe trimestre a indicatorilor financiari aprobaţi în bugetul de venituri şi cheltuieli;
e) Asigură executarea bugetului de venituri şi cheltuieli al spitalului, urmărind realizarea indicatorilor financiari aprobaţi şi respectarea disciplinei contractuale şi financiare;
f) Participă la negocierea contractului de furnizare de servicii medicale cu casele de asigurări de sănătate;
g) Angajează unitatea prin semnătura alături de manager în toate operaţiunile patrimoniale, având obligaţia, în condiţiile legii, de a refuza pe acelea care contravin dispoziţiilor legale;
h) Analizează, din punct de vedere financiar, planul de acţiune pentru situaţii speciale prevăzute de lege, precum şi pentru situaţii de criză;
i) Participă la organizarea sistemului informaţional al unităţii, urmărind folosirea cât mai eficientă a datelor contabilităţii;
j) Evaluează, prin bilanţul contabil, eficienţa indicatorilor specifici;
k) Asigură îndeplinirea, în conformitate cu dispoziţiile legale, a obligaţiilor unităţii către bugetul statului, trezorerie şi terţi;
l) Asigură plata integrală şi la timp a drepturilor băneşti cuvenite personalului încadrat în spital;
m) Asigură întocmirea, circuitul şi păstrarea documentelor justificative care stau la baza înregistrărilor în contabilitate;
n) Organizează evidenţa tuturor creanţelor şi obligaţiilor cu caracter patrimonial care revin spitalului din contracte, protocoale şi alte acte asemănătoare şi urmăreşte realizarea la timp a acestora;
o) Ia măsuri pentru prevenirea pagubelor şi urmăreşte recuperarea lor;
p) Asigură aplicarea dispoziţiilor legale privitoare la gestionarea valorilor materiale şi ia măsuri pentru ţinerea la zi şi corectă a evidenţelor gestiunii;
q) Răspunde de îndeplinirea atribuţiilor ce revin serviciului financiar-contabilitate cu privire la exercitarea controlului financiar preventiv şi al asigurării integrităţii patrimoniului;

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obţinută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

r) Îndeplineşte formele de scădere din evidenţă a bunurilor de orice fel, în cazurile şi condiţiile prevăzute de dispoziţiile legale;
s) Împreună cu serviciul administrativ întocmeşte şi prezintă studii privind optimizarea măsurilor de bună gospodărire a resurselor materiale şi băneşti, de prevenire a formării de stocuri peste necesar, în scopul administrării cu eficienţă maximă a patrimoniului unităţii şi a sumelor încasate în baza contractului de furnizare servicii medicale;
t) Organizează şi ia măsuri de realizare a perfecţionării pregătirii profesionale a cadrelor financiar contabile din subordine;
u) Prezintă comitetului director informări lunare şi trimestriale cu privire la patrimoniul aflat în administrare, precum şi la execuţia bugetului de venituri şi cheltuieli;
v) Fundamentează şi supune spre aprobare comitetului director planul de achiziţii publice, precum şi lista lucrărilor de investiţii, de reparaţii curente sau de capital care se realizează într-un exerciţiu financiar, în condiţiile legii;
w) Ia măsurile necesare, potrivit dispoziţiilor legale şi contractului colectiv de muncă aplicabil, pentru asigurarea condiţiilor corespunzătoare de muncă, prevenirea accidentelor şi îmbolnăvirilor profesionale.
x) răspunde de planificarea bugetară în conformitate cu planul de activitate aprobat; b) răspunde de asigurarea întocmai şi la timp a necesarului de materiale şi consumabile necesare implementării procedurilor şi protocoalelor de limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale.

3.7 Medicul şef de secţie

Atribuţii organizatorice:

a) Organizează, supraveghează şi răspunde de întreaga activitate din secţia respectivă.
b) Informează conducerea spitalului asupra activităţii secţiei.
c) Informează conducerea spitalului despre orice evenimente deosebite (incidente, accidente) petrecute în secţie, precum şi despre măsurile pe care le-a luat.
d) Pentru a asigura un echilibru şi un ritm constant al timpului de lucru, programează şi optimizează activitatea tuturor cadrelor medicale din subordine.
e) Organizează şi monitorizează programul de contravizite pe care le efectuează medicii din subordine conform reglementărilor în vigoare.
f) La nivelul secţiei, răspunde de aplicarea dispoziţiilor legale, a reglementărilor suplimentare şi a regulamentului de ordine interioară al spitalului. Acesta *va* fi afişat la loc vizibil, în fiecare secţie.
g) Aduce la cunoştinţa personalului medical şi auxiliar din subordine toate hotărârile generale sau locale care privesc funcţionarea secţiei şi/sau spitalului; supraveghează corecta lor aplicare.
h) Întocmeşte fişele anuale de evaluare a activităţii întregului personal din subordine.
i) Organizează şi controlează, prin sondaj, documentele de spitalizare (Foaie de Observaţie, Buletine de Analize, Biletul de Internare, *dovada* de

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

asigurare de sănătate, etc) în secţie, în timpul spitalizării şi după externare, până la preluarea lor, de către arhiva spitalului.

j) Controlează şi răspunde de aplicarea măsurilor de protecţia muncii în secţia pe care o conduce precum şi de normele PSI.
k) Răspunde de bună utilizare a aparaturii, instrumentarului şi întregului inventar al secţiei. Face propuneri Comitetului Director asupra îmbunătăţirii dotării secţiei.
l) Conform regulamentului de ordine interioară, controlează şi răspunde de respectarea regimului de odihnă, a orelor de masă sau de primirea vizitelor pentru pacienţii internaţi.
m) În vedereaasigurării calităţii actului medical, a bunei activităţi organizatorice şi/sau administrative, colaborează cu alţi medici şefi de secţii şi cu celelalte compartimente din spital.
n) Controlează şi răspunde de eliberarea, conform normelor în vigoare, a documentelor medicale întocmite în secţie.
o) Controlează calitatea alimentaţiei pacienţilor din secţie, precum şi modul de transport şi servire al acesteia.
p) Controlează şi răspunde de aplicarea măsurilor de igienă, în *vederea* prevenirii infecţiilor intraspitaliceşti.
q) Controlează ţinută şi comportamentul personalului din secţie şi ia măsurile ce se impun pentru corectarea eventualelor abateri.

Atribuţii medicale:

a) La începutul programului zilnic organizează raportul de gardă la nivelul secţiei şi participă, săptămânal sau de câte ori este nevoie, la raportul de gardă pe spital.
b) La raportul de gardă pe secţie participă echipa medicală a secţiei respective: medici primari, specialişti, psihologi, asistentă şefă. Se citeşte raportul de gardă al secţiei, se verifică indicatorii realizaţi conform deciziei conducerii spitalului şi se *rezolvă* imediat urgenţele medicale şi/sau administrative.
c) Controlează şi răspunde de corectă completare a foilor de observaţie clinică ale pacienţilor, de înscriere a evoluţiei acestora şi de tratamentul prescris şi aplicat.
d) Examinează pacienţii nou-internaţi, repartizându-i medicilor din secţie, efectuează vizita (periodică sau de câte ori este nevoie), la patul pacienţilor, după un program prestabilit cu echipa din secţie.
e) Evaluează starea pacienţilor la externare, controlează şi contrasemnează actele de externare ale acestora, precum şi certificatele medicale de concediu medical şi declaraţiile date de pacient, conform normelor legale.
f) Controlează la vizită (sau de câte ori este necesar) efectuarea investigaţiilor medicale sau de laborator, de specialitate sau suplimentare, necesare diagnosticului şi/sau evaluării pacienţilor internaţi în secţie.
g) Organizează, dacă este necesar, consulturi interdisciplinare.
h) Supervizează şi răspunde de asistenţă în cazurile de urgenţă apărute în secţie, a cazurilor cu conotaţie medico-legală, a cazurilor sociale, de la internare şi până la rezolvarea cazului.

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

i) Asigură şi urmăreşte stabilirea corectă a diagnosticului şi a conduitei terapeutice pentru toţi pacienţii internaţi în secţie, aprobă momentul externării pacienţilor.
j) Decide şi hotărăşte efectuarea celor mai noi şi eficiente metode de diagnostic şi tratament, disponibile în momentul respectiv.
k) Depune lunar, în jurul datei de 15 ale lunii, tabelul de planificare a medicilor de gardă.
l) Răspunde de îndeplinirea indicatorilor de management ai secției
m) Răspunde de pregătirea secției pentru procesul de acreditare al spitalului și supervizează implementarea standardelor de calitate
n) Răspunde de implementarea sistemului de control managerial intern la nivelul secției
o) Răspunde în fața organelor cu atribuții de control pentru neregulile sau neconformitățile identificate în activitatea secției
p) Participă obligatoriu la toate instructajele și sesiunile de formare profesională organizate la nivelul spitalului
q) Răspunde la convocările conducerii legate de bună desfășurare a activității de spital

Atribuţii formative:

a) Organizează şi răspunde de activitatea de cercetare ştiinţifică desfăşurată în secţie.
b) Supervizează includerea personalului medical şi non-medical din subordine în programele de pregătire continuă.

În domeniul prevenirii, supravegherii şi controlul infecţiilor asociate asistenţei medicale, are următoarele atribuţii:

A) organizează, controlează şi răspunde pentru derularea activităţilor proprii secţiei, conform planului anual de supraveghere şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale din unitatea sanitară;
B) răspunde de activităţile desfăşurate de personalul propriu al secţiei, cu respectarea procedurii de declarare a infecţiilor asociate asistenţei medicale, elaborată de serviciul/compartimentul de prevenire a infecţiilor asociate îngrijirilor medicale, în conformitate cu legislaţia în vigoare;
C) răspunde de depistarea şi raportarea la timp a infecţiilor asociate asistenţei medicale;
D) răspunde de respectarea politicii de utilizare a antibioticelor, implementată în unitatea sanitară;
E) răspunde de efectuarea de către asistentă şefă de secţie a triajului zilnic al personalului din subordine şi declararea oricărei suspiciuni de boală transmisibilă către serviciul/compartimentul de prevenire a infecţiilor asociate asistenţei medicale;
F) în cazul şefilor de secţie în secţii cu risc, răspunde de derularea activităţii de screening al pacienţilor pentru depistarea colonizărilor/infecţiilor cu germeni multiplurezistenţi, în conformitate cu prevederile programului naţional de supraveghere şi control al infecţiilor asociate asistenţei medicale;

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

G) răspunde de luarea deciziei de izolare/tip de precauţii şi de aplicarea ei, împreună cu serviciul/compartimentul de prevenire a infecţiilor asociate asistenţei medicale şi cu directorul medical;
H) răspunde de elaborarea procedurilor şi protocoalelor de prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale pe secţie.
J) Îndeplineşte orice alte atribuţii stabilite de conducerea spitalului.

În legătură cu managementul deşeurilor medicale, are următoarele atribuţii

A) controlează modul în care se aplică codul de procedură stabilit pe secţie;

B) semnalează imediat directorului adjunct economic şi şefului serviciului administrativ deficienţele în sistemul de gestionare a deşeurilor rezultate din activităţile medicale.

3.8 Asistentul şef

a) Asistentul medical şef de secţie este subordonat direct medicului coordonator de secţie şi are următoarele responsabilităţi
b) La intrarea în tură, preia informaţii despre starea pacienţilor, verifică fiecare salon
c) Administrează tratamentul conform indicaţiilor din F.O.
d) Verifica activitatea asistentilor notarea în F.O. următorii parametrii biologici: T.A., puls, temperatură şi la nevoie diureza, număr de scaune, greutate.
e) Asigură primirea bolnavilor în secţie/compartiment, precum şi informarea acestora asupra prevederilor regulamentului intern al spitalului referitor la drepturile şi îndatoririle pacienţilor internaţi.
f) Organizează activitatea de tratament, explorări funcţionale şi îngrijire din secţie/compartiment, asigură şi răspunde de calitatea acestora, în limita competenţelor;
g) Asigură pregatirea bolnavului şi ajută medicul la efectuarea tehnicilor speciale de investigaţii şi tratament.
h) Asigură pregatirea bolnavului prin tehnici specifice, pentru investigaţii speciale, organizează transportul bolnavului şi la nevoie supraveghează starea acestuia pe timpul transportului.
i) Recoltează produse biologice pentru examenele de laborator, conform prescripţiei medicului.
j) Răspunde de îngrijirea bolnavilor din salon şi supraveghează efectuarea de către infirmieră a toaletei, schimbării lenjeriei de corp şi de pat, creării condiţiilor pentru satisfacerea nevoilor fiziologice, schimbării poziţiei bolnavului.
k) Observă apetitul pacienţilor, supraveghează şi asigură alimentarea pacienţilor dependenţi, supraveghează distribuirea alimentelor conform dietei consemnate în foaia de observaţie.
l) Intocmeste meniul zilnic, foaia de alimentatie zilnica,participa la verificarea proprietatilor organoleptice, calitatii si cantitatii hranei pacientilor, raporteaza neconformitatile constatate

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obţinută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

m) Administrează personal medicaţia, efectuează tratamentele, imunizările, testările biologice, etc., conform prescripţiei medicale.
n) Asigură monitorizarea specifică a bolnavului conform prescripţiei medicale.
o) Semnalează medicului orice modificări depistate (de ex: auz, vedere, etc.).
p) Respectă normele de securitate, manipulare şi descărcare a stupefiantelor, precum şi a medicamentelor cu regim special.
q) Controlează curăţenia pe secţie şi verifică starea instalaţiilor electrice, sanitare a mobilierului, anunţă eventualele defecţiuni,
r) Răspunde la orice solicitare din partea medicilor, a directorului medical, managerului şi a pacienţilor
s) Supraveghează în permanentă starea pacienţilor, acordând o atenţie specială celor care au probleme deosebite (tendinţa de suicid)
t) Verifica scrierea condicilor pentru medicamente (condici de medicamente obişnuite şi condici de stupefiante) atât pentru secţie cât şi pentru ambulatoriu psihiatrie, le duc la farmacie
u) Pregătesc pacienţii pentru vizită medicală şi asigură bună desfăşurare a acesteia.
v) Ridică medicamentele de la farmacie;
w) Verifica recoltarea testelor de urină pentru depistarea consumului de droguri la indicaţia medicului
x) Participă şi controlează internarea pacienţilor.
y) Mobilizează pacienţii pentru ergoterapie şi sport
z) Pe secţia de psihiatrie supraveghează aparţinătorii care vin în vizită şi controlează pachetele aduse
aa) Completează în registrul de internări şi externări ;
bb) Notează în registrul de mişcare a pacienţilor;
cc) Lunar verifică aparatul de urgenţă de la camera de gardă si de pe sectie şi completează condica de medicamente ;
dd) Toate evenimentele deosebite din timpul serviciului le notează în raportul de gardă si caietul de schimb de tura, in planul de ingrijire ;
ee) Anunţă conducerii orice defecţiune tehnică ce ar putea pune în pericol viaţa şi siguranţă pacienţilor;
ff) Efectuează periodic sau ori de câte ori este nevoie controale pe secţie pentru a depista eventuale riscuri pentru ce ar putea pune în pericol integritatea pacientului;
gg) Să aducă la cunoştinţă conducătorului locului de muncă orice defecţiune tehnică sau altă situaţie care constituie un pericol de accidentare sau îmbolnăvire profesională;
hh) Utilizează echipamentul individual de protecţie din dotare, corespunzător scopului pentru care a fost acordat;
ii) Refuză întemeiat executarea unei sarcini de muncă dacă aceasta ar pune în pericol de accidentare sau îmbolnăvire profesională persoană şa sau a celorlalţi angajaţi.
jj) Stabileşte sarcinile de serviciu ale întregului personal din subordine din secţie/compartiment, pe care le poate modifica, informând medicul şef de secţie/compartiment.

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul trasmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

kk) Controlează şi răspunde de ţinuta şi disciplina personalului din subordine şi bolnavilor internaţi în secţie/compartiment.

ll) Coordonează, controlează şi răspunde de calitatea activităţii desfăşurate de personalul din subordine, în ture.

mm) Îndrumă şi controlează întreaga activitate a personalului mediu, auxiliar şi elementar sanitar din secţie;

nn) În absenţa lui, asistentul şef de secţie/compartiment deleagă un alt asistent medical corespunzător, care să răspundă de sarcinile asistentului medical şef.

oo) Întocmeşte graficul de lucru al personalului din subordine.

pp) Evaluează şi apreciază ori de carte ori este necesar, individual şi global, activitatea personalului din secţie/compartiment.

qq) Supraveghează şi asigură acomodarea şi integrarea personalului nou încadrat, în vederea respectării sarcinilor din fişa postului.

rr) Informează medicul şef de secţie/compartiment despre evenimentele deosebite petrecute în timpul turelor.

ss) Instruieşte personalul privind schimbarea la timp a lenjeriei bolnavilor, colectarea şi păstrarea lenjeriei murdare, dezinfecţia lenjeriei la bolnavii infecţioşi, transportul rufăriei, recepţionarea, transportul şi păstrarea lenjeriei curate.

tt) Urmăreşte ca personalul care transportă şi distribuie alimente să poarte echipament de protecţie a alimentelor;

uu) Asigură procurarea medicamentelor curente pentru aparatul de urgenţă al secţiei/compartimentului, controlează modul în care medicaţia este preluată din farmacie, păstrata, distribuită şi administrată de către asistentele medicale din secţie/compartiment.

vv) Realizează inventarierea periodică a dotării secţiei/compartimentului conform normelor stabilite şi deleagă persoana care răspunde de aceasta, faţă de administraţia instituţiei.

ww) Răspunde de întocmirea situaţiei zilnice a mişcării bolnavilor şi asigură predarea acestora la bucătărie.

xx) Întocmeşte anexa pentru pacienţii internaţi în gardă.

yy) Întocmeşte necesarul de regimuri alimentare pentru secţie/compartiment; organizează şi asistă la distribuirea mesei.

zz) Însoţeşte medicul şef de secţie la vizită, consemnează şi asigură îndeplinirea de către personalul din subordine a tuturor indicaţiilor date de acesta;

aaa) Analizează şi propune nevoile de perfecţionare pentru personalul din subordine şi le comunică conducerii spitalului.

bbb) Participă la vizită efectuată de medicul şef de secţie/compartiment.

ccc) Organizează instruirile periodice ale întregului personal din subordine prin respectarea normelor de protecţia muncii.

ddd) Se preocupă de asigurarea unui climat etic faţă de bolnavi pentru personalul din subordine.

eee) Asigură păstrarea secretului profesional şi oferă informaţii aparţinătorilor, numai în interesul bolnavilor.

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu standardul categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

fff) În cazul constatării unor acte de indisciplină la personalul din subordine, în cadrul secţiei/compartimentului decide asupra modului de rezolvare şi/sau sancţionare a personalului vinovat şi informează medicul şef de secţie/compartiment şi conducerea unităţii.

ggg) Întocmeşte graficul concediilor de odihnă, răspunde de respectarea acestuia, şi asigură înlocuirea personalului pe durata concediului.

hhh) Răspunde de întocmirea corectă a graficelor de lucru lunare, prin care se stabileşte numărul de personal pe fiecare tură în raport cu nevoile asistenţei medicale, rotaţia pe ture a personalului, intervalul legal dintre două zile consecutive de lucru;

iii) Răspunde de întocmirea corectă a foii colective de prezenţă, în strânsă concordanţă cu graficele de lucru stabilite anterior;

jjj) Informează pacientul cu privire la actul medical.

kkk) Ţine evidenţa mişcării bolnavilor în registrul de intrare şi ieşire al secţiei şi transmite situaţia locurilor libere la camera de gardă;

lll) Coordonează activitatea de trimitere a condicilor de medicamente la farmacie şi administrarea tratamentului potrivit indicaţiilor medicale;

mmm) Organizează păstrarea medicamentelor primite pentru tratamentul zilnic;

nnn) Controlează medicamentele de la aparatul de urgenţă în colaborare cu medical coordonator şi asigură justificarea la zi şi completarea periodică a acestora;

ooo) Răspunde de bunurile aflate în gestiunea sa asigurând utilizarea şi păstrarea acestora în condiţii corespunzătoare;

ppp) Răspunde de aplicarea măsurilor de igienă şi antiepidemice;

qqq) Se îngrijeşte de asigurarea instrumentarului necesar efectuării tratamentelor curente şi de urgenţă;

rrr) Controlează şi răspunde de asigurarea sterilizării instrumentarului şi a tuturor măsurilor de asepsie şi antisepsie necesare prevenirii transmiterii infecţiilor interioare;

sss) Participă la întocmirea fişelor anuale de apreciere a activităţii personalului mediu, auxiliar şi elementar sanitar din secţie;

ttt) Se preocupă de ridicarea continuă a nivelului profesional al personalului din subordine;

uuu) Supraveghează desfăşurarea vizitelor la bolnavi de către aparţinători;

vvv) Participă la raportul de gardă al medicilor.

www) Este responsabil de respectarea confidenţialităţii datelor referitoare la bolnavii avuţi în îngrijire, respectând confidenţialitatea datelor despre pacient şi a confidenţialităţii actului medical, precum şi celelalte drepturi ale pacientului prevăzute în Legea 46/2003;

xxx) Îşi însuşeşte şi respectă legislaţia sanitară, a normelor de etică şi deontologie medicală.

yyy) Cunoaşte şi respectă politica managementului referitoare la calitate;

zzz) Cunoaşte şi respectă documentele Sistemului de Management al Calităţii aplicabile în activitatea depusă;

aaaa) Participă activ la realizarea obiectivelor generale ale calităţii stabilite de management şi a obiectivelor specifice locului de muncă.

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

bbbb) Asigură îndeplinirea standardelor de calitate ale mediului de îngrijire

cccc) Participă la pregătirea spitalului pentru procesul de acreditare, aplică listele specifice şi răspunde de pregătirea personalului sanitar mediu şi auxiliar în vederea vizitei de evaluare

În legătură cu managementul deşeurilor medicale, are următoarele atribuţii

A) răspunde de aplicarea codului de procedură;
B) prezintă medicului şef de secţie sau coordonator planificarea necesarului de materiale pentru sistemul de gestionare a deşeurilor medicale periculoase;
C) aplică metodologia de culegere a datelor pentru baza naţională de date privind deşeurile rezultate din activităţi medicale.

În domeniul prevenirii, supravegherii şi controlul infecţiilor asociate asistenţei medicale, are următoarele atribuţii:

a) Prelucrează procedurile şi protocoalele de prevenire a infecţiilor asociate asistenţei medicale elaborate de serviciul/compartimentul de prevenire a infecţiilor asociate asistenţei medicale cu personalul mediu şi auxiliar din secţie şi răspunde de aplicarea acestora;
b) Răspunde de aplicarea precauţiunilor standard şi specifice de către personalul secţiei;
c) Răspunde de comportamentul igienic al personalului din subordine, de respectarea regulilor de tehnică aseptică de către acesta;
d) Controlează respectarea circuitelor funcţionale din secţie;
e) Răspunde de starea de curăţenie din secţie;
f) Transmite directorului de îngrijiri necesarul de materiale de curăţenie, consumabile, dezinfectanţi, elaborat în concordanţă cu recomandările serviciului de prevenire a infecţiilor asociate asistenţei medicale;
g) Controlează respectarea măsurilor de asepsie şi antisepsie;
h) Supraveghează şi controlează activitatea în oficiul alimentar privind depozitarea, prepararea şi distribuirea alimentelor, în special la bucătăria dietetică;
i) Supraveghează calitatea prestaţiilor efectuate la spălătorie şi sesizează directorului de îngrijiri orice deficienţe constatate;
j) Verifică igiena bolnavilor şi a însoţitorilor şi face educaţia sanitară a acestora;
k) Urmăreşte efectuarea examenului organoleptic al alimentelor distribuite bolnavilor şi însoţitorilor şi le îndepărtează pe cele necorespunzătoare, situaţie pe care o aduce la cunoştinţa directorului de îngrijiri;
l) Constată şi raportează directorului de îngrijiri deficienţe de igienă (alimentare cu apă, instalaţii sanitare, încălzire);
m) Coordonează şi supraveghează operaţiunile de curăţenie şi dezinfecţie;
n) Participă la recoltarea probelor de evaluare a eficienţei curăţeniei, dezinfecţiei şi sterilizării împreună cu echipa serviciului/compartimentului de prevenire a infecţiilor asociate asistenţei medicale;
o) Asigură necesarul de materiale (săpun, dezinfectant, prosoape de hârtie, echipament de unică folosinţă) şi coordonează în permanenţă respectarea de către personal şi însoţitori a măsurilor de izolare şi controlează prelucrarea bolnavilor la internare;
p) Anunţă la serviciul de internări locurile disponibile, urmăreşte internarea corectă a bolnavilor în funcţie de infecţiozitate sau receptivitate;
q) Coordonează şi verifică aplicarea măsurilor de izolare a bolnavilor cu caracter infecţios şi a măsurilor pentru supravegherea contacţilor, în conformitate cu

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com

De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obţinută de unitatea sanitară

Certificate ISO

OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

ghidul de izolare elaborat de șeful serviciului/coordonatorul compartimentului de prevenire a infecțiilor asociate îngrijirilor medicale;

r) Instruiește personalul din subordine privind autodeclararea îmbolnăvirilor și urmărește aplicarea acestor măsuri;
s) Semnalează medicului șef de secție și/sau directorului de îngrijiri cazurile de boli transmisibile pe care le suspicionează în rândul personalului;
t) Instruiește și supraveghează personalul din subordine asupra măsurilor de igienă care trebuie respectate de vizitatori și personalul spitalului (portul echipamentului, evitarea aglomerării în saloane);
u) Verifică și răspunde de modul de manipulare a lenjeriei bolnavilor, colectarea și păstrarea lenjeriei murdare, dezinfecția lenjeriei de la bolnavii infecțioși, transportul lenjeriei murdare, transportul și păstrarea lenjeriei curate;
v) Verifică și răspunde de modul de colectare a deșeurilor infecțioase și neinfecțioase, de depozitare a lor pe secție, de modul de transport la depozitul central;
w) Controlează și instruiește personalul din subordine asupra echipamentului de protecție și comportamentului igienic, precum și asupra respectării normelor de tehnică aseptică și propune directorului de îngrijiri măsuri disciplinare în cazurile de abateri;
x) Răspunde de elaborarea procedurilor și protocoalelor de prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale pe secție, în funcție de manevrele și procedurile medicale identificate cu risc pentru pacienți, și se asigură de implementarea acestora;
y) Răspunde de întocmirea și completarea registrului de monitorizare a infecțiilor asociate asistenței medicale pe secție;
z) Răspunde de întocmirea și completarea registrului de expunere accidentală la produse biologice pe secție.

CAPITOLUL IV - STRUCTURA ORGANIZATORICĂ

Structura organizatorică a Centrul de Evaluare și Tratament a Toxicodependentelor pentru Tineri "Sf. Stelian "– C.E.T.T.T. „Sf. Stelian", așa cum reiese din autorizația sanitară de funcționare este următoarea:

Secția psihiatriecu 45 paturi din care din care 15 paturi sunt alocate ***Compartimentului de toxicomanie***

Camera de gardă

Farmacie

Laborator analize medicale (hematologie, biochimie sânge și urină,testare metaboliți droguri în urină).

Laborator radiologie și explorări funcționale (EEG; EKG).

Structura de management a calității serviciilor medicale (2013)

Compartiment de prevenire și control a infecțiilor asociate asistenței medicale

Centrul de sănătate mintală (CSM) cu:

Staționar de zi pentru administrarea tratamentului de substituție: 150
De locuri;
Staționar de zi psihiatrie: 10 locuri

Cabinet stomatologie-urgențe

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, București
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

Ambulatoriul integrat al centrului cu cabinete pentru consultaţii de:

- Psihiatrie
- Neurologie
- Boli infecţioase
- Cabinet psihologie
- Cardiologie
- Medicinã internã

Secţia cu paturi şi compartimentul din secţie sunt organizate pe profiluri de specialitate.

Secţia este condusă de un medic şef de secţie. Secţia participă activ la implementarea/dezvoltarea sistemului de control managerial, implementarea/dezvoltarea procedurilor operaţionale privind sistemul de calitate, precum şi a normelor de protecţie a muncii, securitate şi sănătate în muncă.

Spitalul este de categoria V, cu nivel de competenţă limitat care asigură servicii medicale într-o singură specialitate psihiatrie şi are un număr de 45 de paturi (30 psihiatrie şi 15 pentru toxicodependente). În plus, spitalul are în componenţă Centrul de Sănătate Mentală cu staţionarul de zi pentru administrarea tratamentului de substituţie cu metadonă cu 150 de locuri şi staţionar de zi pentru cod penal art.113, cu 10 locuri.

Spitalul public este condus de un manager, persoană fizică.

CAPITOLUL V- ATRIBUŢIILE SECŢIILOR ŞI COMPARTIMENTELOR

5.1 DESCRIERE SECŢII ŞI COMPARTIMENTE CU PATURI

- ***Secţia psihiatrie*** **cu 30 de paturi**, cu atribuţii în:
  - Diagnosticul şi tratamentul tulburărilor psihiatrice acute şi subacute;
  - Examinare şi evaluare psihologică;
  - Investigaţii adiacente în vederea stabilirii diagnosticului diferenţial;
  - Tratamentul biologic medicamentos al afecţiunilor psihiatrice.

Organizarea secţiei de psihiatrie

Secţia de psihiatrie cu paturi este organizată conform structurii aprobate, pe profil de specialitate cu respectarea normelor în vigoare. În cadrul secţiei există un compartiment pentru tratamentul toxicomaniilor.

Activitatea din cadrul acestei secţii se desfăşoară în conformitate cu prevederile legale incidente în materie, şi anume *Legea nr. 487/2002 a sănătăţii mintale şi a protecţiei persoanelor cu tulburări psihice*, cu modificările ulterioare precum şi a *Normelor* sale de aplicare, aprobate prin *O.M.S.P. nr. 372/2006*.

Internarea bolnavilor se face pe baza biletului de internare emis de medicul specialist, sau pe baza recomandării de internare cuprinsă în biletul de trimitere al

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obţinută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

medicului de familie, sau în regim de urgenţă, însoţit de actul de identitate (certificat de naştere) şi fişa medicală a pacientului, conform procedurii de internare. Internarea poate fi voluntară şi nevoluntară.
Activitatea se desfăşoară asigurând pacienţilor un regim adecvat de odihnă, de servire a mesei, de igiena personală, de primire a vizitelor.
Serviciile de sănătate oferite de spital constau în:

- consultaţii medicale;
- investigaţii;
- tratament medical şi de substituţie;
- evaluare şi consiliere psihologică;
- asistenţă socială şi spirituală;
- ergoterapie;
- îngrijire medicală, asigurarea medicamentelor şi materialelor sanitare, numai pe perioada internării, cazare şi masă.

Repartizarea bolnavilor în secţie, se face pe sexe, grupe de afecţiuni şi grupe de vârste, cu asigurarea măsurilor de profilaxie a infecţiilor asociate asistenţei medicale/asociate asistenţei medicale..
În cazuri deosebite se poate aproba internarea bolnavului cu însoţitor. La terminarea tratamentului, externarea bolnavilor se face pe baza biletului de ieşire din spital întocmit de medicul curant. Transmiterea concluziilor diagnostice şi terapeutice pentru pacienţii externaţi către ambulatoriu de specialitate şi medicilor de familie se face prin scrisori medicale.
La externare, biletul de ieşire şi scrisoarea medicală se înmânează pacientului, iar foaia de observaţie (FOCG) se arhivează.

De asemenea, în cadrul acestei structuri se asigură educaţia sanitară a pacienţilor şi aparţinătorilor; totodată, se urmăreşte îmbunătăţirea continuă a calităţii îngrijirilor medicale.
Secţia cu paturi este condusă de un medic şef de secţie, sau în absenţa lui de unul din medicii anume desemnaţi. Medicul şef de secţie este ajutat de asistenta şefă.

Primirea pacienţilor se face de către medicul de garda si asistentul medical de la camera de gardă. Înregistrarea datelor personale se face de către registratorul medical.

Internarea voluntară a pacienţilor se face pe baza biletului de trimitere, a BI/CI şi a documentelor prevăzute de lege referitoare la asigurările de sănătate. Odată cu internarea, pacientului i se aduc la cunoştinţă, sub semnătura, regulile secţiei pe care este obligat să le respecte. Totodată, i se aduce la cunoştinţă în mod expres că în cazul părăsirii spitalului fără avizul medicului de pe secţie acest fapt este asimilat voinţei pacientului de a se externa, situaţie în care se vor face formele de externare ale pacientului şi vor fi înştiinţaţi aparţinătorii pacientului. De la această procedură fac excepţie cazurile de internare nonvoluntară, care sunt prevăzute de legea susmenţionată şi tratate ca atare.

Repartizarea bolnavilor în secţie, pe saloane se face în funcţie de etiologia şi gravitatea patologiei, sexul pacienţilor.

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

Pacientul poate fi transferat într-o altă instituţie asigurându-se locul şi documentaţia necesară. La externare, pacientul primeşte biletul de ieşire din spital întocmit de către medicul curant cu aprobarea medicului şef de secţie.

Pacientul poate părăsi secţia la cerere, după ce a fost informat asupra consecinţelor posibile asupra stării lui de sănătate. Aceasta se consemnează sub semnătură bolnavului şi a medicului în foaia de observaţie.

În cadrul secţiei se asigură examinarea medicală completă şi investigaţiile minime ale bolnavilor în ziua internării, tratamentul individual şi diferenţiat, în raport de starea pacientului, cu stadiul clinic şi evolutiv al afecţiunii; se indică psihoterapie şi ergoterapie, regim alimentare specific afecţiunii şi medicamente.

Atribuţii generale

- repartizarea bolnavilor în saloane în cel mai scurt timp în condiţiile aplicării măsurilor referitoare la prevenirea şi combaterea infecţiilor asociate asistenţei medicale;
- asigurarea examinării medicale complete şi a investigaţiilor minime a bolnavilor în primele 24 de ore de la internare;
- efectuarea în cel mai scurt timp a investigaţiilor necesare stabilirii diagnosticului.
- asigurarea tratamentului medical complet (curativ, preventiv şi de recuperare), individualizat şi diferenţiat, în raport cu starea bolnavului, cu formă şi stadiul evolutiv al bolii, prin aplicarea diferitelor procedee şi tehnici medicale;
- asigurarea în permanenţă a îngrijirii medicale necesare pe toată durata internării;
- asigurarea conform protocoalelor aprobate a medicaţiei necesare pentru realizarea tratamentului indicat de medicul curant şi a administrării corecte a acesteia, fiind interzisă păstrarea medicamentelor la patul bolnavului;
- medicaţia psihiatrică (inclusive cea de substituţie în toxicodependenţe) va fi acordată integral de spital în funcţie de disponibilul existent la acel moment şi va fi scrisă în foaia de observaţie de medicul curant. Medicaţia aferentă afecţiunilor medicale asociate/preexistente va putea fi adusă de pacient de acasă şi predată medicului curant/asistentei de salon împreună cu indicaţiile de administrare;
- urmărirea ridicării continue a calităţii îngrijirilor medicale;
- asigurarea condiţiilor necesare recuperării medicale precoce;
- asigurarea condiţiilor pentru colectarea şi centralizarea gradului de satisfacţie a pacientului îngrijit în secţie;
- asigurarea alimentaţiei bolnavilor, în concordanţă cu recomandările dietetice specific;
- asigurarea condiţiilor necesare realizării tratamentului altor afecţiuni asociate patologiei specifice spitalului, prin efectuarea de activităţi fizice terapeutice, de evaluare şi consiliere psihologică şi de asistenţă socială, de servicii stomatologice, atât a pacienţilor internaţi cât şi a celor aflaţi în tratament de substituţie prin Centrul de Sănătate Mintală;
- desfăşurarea unei activităţi care să asigure bolnavilor internaţi un regim raţional de odihnă şi de servire a mesei, de igienă personală, de primire a vizitelor şi păstrarea legăturii acestora cu familia;
- asigurarea securităţii tinerilor contra accidentelor;

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

- transmiterea concluziilor diagnostice şi a indicaţiilor terapeutice pentru bolnavii externaţi, unităţilor sanitare ambulatorii sau medicului de familie;
- educaţia sanitară a bolnavilor şi aparţinătorilor;
- afişarea la loc vizibil a drepturilor şi obligaţiilor pacientului;
- asigurarea nivelului tehnic şi profesional al personalului medico-sanitar propriu.

Activitatea în secţie este coordonată şi îndrumată de un medic şef de secţie şi de un asistent medical şef ale căror atribuţii şi responsabilităţi sunt evidenţiate distinct în fişa postului.

Compartiment de toxicodependente**cu 15 paturi**;
- Se tratează pacienţii consumatori de droguri cu sindrom de sevraj şi dependentă.

- Se asigură tratamentul de substituţie şi testarea metaboliţilor stupefiantelor pentru persoanele cu toxicodependenţă

În cadrul compartimentului sunt medici, care împreună cu personalul sanitar mediu asigură:

- consultaţii medicale;
- investigaţii;
- tratament medical şi de substituţie (cu metadonă, etc);
- evaluare şi consiliere psihologică;
- asistenţă socială şi spirituală;
- îngrijire medicală, asigurarea medicamentelor şi materialelor sanitare, numai pe perioada internării, cazare şi masă.

La terminarea tratamentului, externarea bolnavilor se face pe baza biletului de ieşire din spital întocmit de medicul curant. La externare, biletul de ieşire şi scrisoarea medicală se înmânează pacientului, iar foaia de observaţie se arhivează

Camera şi linie de gardă psihiatrie cu atribuţii în:
- Examinarea imediată, completă, trierea medicală şi epidemiologică a
Bolnavilor, pentru internare;
- Asigurarea primului ajutor şi acordarea asistenţei medicale calificate şi specializate, până când bolnavul ajunge în secţie;
- Asigurarea trusei de urgenţă, conform instrucţiunilor Ministerului Sănătăţii;
- Îmbăierea bolnavilor, dezinsecţie şi deparazitarea bolnavilor şi efectelor;
- Asigurarea transportului bolnavilor în secţie;
- Asigurarea transportului şi a tratamentului pe durata transportului pentru bolnavii care se transferă în alte unităţi sanitare.

Centru de Sănătate Mintală (CSM), conform Ordinului Ministerul Sănătăţii nr. 375/2006 privind înfiinţarea, organizarea şi funcţionarea centrelor de sănătate mintală cu următoarele atribuţii:
A) evaluarea persoanelor care se adresează direct centrului;
B) depistarea activă şi precoce a tulburărilor mintale şi instituirea măsurilor corespunzătoare în vederea tratării lor şi prevenirii unor evoluţii nefavorabile;

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

C) furnizarea intervenţiilor în criză pentru prevenirea dezvoltării episoadelor acute de boală şi deteriorarea celor preexistente;
D) asigurarea asistenţei medicale curative, inclusiv pacienţilor încadraţi la art. 113 din Codul penal;
E) asigurarea serviciilor de reabilitare psihosocială;
F) asigurarea serviciilor de psihoterapie;
G) evaluarea pacienţilor cu tulburări mintale în vederea orientării către locuinţe temporare sau protejate, ateliere protejate, comisii de expertiză a capacităţii de muncă, unităţi de ajutor social, învăţământ şi alte unităţi sanitare;
Centrul de sănătate mintală asigură următoarele servicii:
A) servicii psihiatrice ambulatorii;
C) servicii psihiatrice de zi: terapie ocupaţională, psihoterapie individuală şi de grup, precum şi programe specializate de reabilitare. Aceste servicii sunt furnizate pacienţilor internaţi în staţionarul de zi şi sunt limitate în timp la maximum două luni, după care pacienţii sunt trimişi serviciilor de reabilitare sau de asistenţă primară;
D) servicii de reabilitare: programe de terapie ocupaţională, programe de reabilitare vocaţională, programe de petrecere a timpului liber, programe de psiho educaţie, după caz, în funcţie de specificităţile locale;
În cadrul CSM sunt medici, psihologi, un asistent social, care împreună cu personalul sanitar mediu asigură, în cadrul Programului Naţional de Sănătate Mintală:

- tratament de substituţie cu metadină sub directă observaţie
- eliberare de reţete pentru tratamentul de substituţie cu metadină, pe perioade determinate de timp în funcţie de criteriile specific
- evaluare şi consiliere psihologică
- evaluare şi consiliere socială şi spirituală unde este cazul

În cadrul CETTT Sf. Stelian, Centrul de Sănătate Mintală are şi atribuţii de *Staţionar de zi psihiatrie*cu 10 locuri ***pentru pacienţii trimişi*** pentru cod penal art.113.
***Staţionar de zi toxicodependenţe*cu 150 locuri** asigură asistenţă medicală pentru administrarea tratamentului de substituţie (conform normelor tehnice de aplicare a programelor naţionale de sănătate (programul naţional de sănătate mintală). Această structură funcţionează conform reglementărilor *Legii nr. 143/2000 privind combaterea traficului şi consumului ilicit de droguri*, cu modificările şi completările ulterioare, precum şi a *Normelor* sale *de aplicare*.
În cadrul acestei structuri, se asigură servicii orientate către reducerea ratei de recădere în consum de droguri ilegale şi orientarea către atingerea stării de abstinenţă pentru pacienţii toxicodependenti.
Compartiment ergoterapie;
În cadrul compartimentului îşi desfăşoară activitatea asistente medicale, psihologi şi un asistent social care asigură reabilitarea psihosocială a bolnavilor, prin utilizarea ocupaţiilor terapeutice, prin joc sau alte activităţi utile indicate de medic, psiholog, kinetoterapeut. Scopul ergoterapiei este de a le reda bolnavilor independenţă dându-le posibilitatea să seadapteze şi să participe la ameliorarea stării lor.
Ambulatoriu integra tcu următoarele cabinete de specialitate:

- Cabinet medicină internă;
- Cabinet psihiatrie;
- Cabinet psihologie;

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

- Cabinet neurologie;

- Cabinet boli infecţioase;

- Cabinet cardiologie.

Sala de gimnastică medicală

Profesorul de sport are următoarele atribuţii:

- efectuarea de activităţi fizice terapeutice cu pacienţii care au primit recomandare de la medical curant în vederea asigurării sănătăţii morfologice, funcţionale şi neuropsihice a pacienţilor internaţi;
- transmiterea către medicii care au trimis pacienţi pentru activitate fizică terapeutică, a fişei de tratament aplicat.

În cadrul sesiunilor de activitate fizică terapeutică se fac următoarele tipuri de proceduri:

- exerciţii de corectare a atitudinilor şi deficienţelor corpului
- exerciţii de creştere a capacităţii funcţionale a diferitelor aparate şi sisteme (CV, respirator, locomotor)
- exerciţii pentru dezvoltarea capacităţii de relaxare fizică şi psihică
- complex de exerciţii de coordonare pentru diferite segmente ale corpului

Cabinet de stomatologie urgenţe;

- examinarea şi stabilirea diagnosticului şi indicaţiilor de tratament a aparatului buco-dentar
- tratarea cazurile de urgenţă stomatologică şi dispensarizarea cazurilor;
- întocmirea fişei stomatologice a pacientului;
- tratarea de urgenţă a bolnavilor toxicomani.

5.2. DESCRIERE STRUCTURĂ FĂRĂ PATURI -LABORATOARE

Laborator analize paraclinice

Cu următoarele atribuţii generale:

- efectuarea analizelor medicale din gama hematologie, biochimie, depistare metaboliţi droguri în urină, necesare precizării diagnosticului, stadiului de evoluţie a bolii şi stabilirii tratamentului adecvat, utilizând numai reactivi care au declaraţii de conformitate CE emise de producători
- recepţionarea produselor sosite pentru examenele de laborator şi înscrierea lor corectă;
- asigurarea recipientelor necesare recoltării produselor patologice;
- redactarea corectă şi distribuirea la timp a rezultatelor examenelor efectuate.
- ţinerea unei evidenţe de gestiune cantitativ - valorică corectă şi la zi a reactivilor;
- calibrarea şi spălarea aparatelor de laborator conform specificaţiilor tehnice şi să consemneze aceste operaţiuni pentru conformitate şi regularitate, în documentele obligatorii de control în termen conform legii;
- recepţionarea produselor sosite pentru examene de laborator şi înscrierea lor corectă;

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obţinută de unitatea sanitară

Certificare ISO

OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

- asigurarea recipientelor necesare recoltării produselor biologice;
- recoltarea corectă şi distribuirea la timp a rezultatelor examenelor efectuate;
- întocmirea propunerilor fundamentate pentru necesarul de achiziţii publice de reactivi şi materiale de laborator specifice
- raportarea statistică a numărului de analize efectuate pe bolnavii internaţi
- asigurarea recipientelor necesare recoltării produselor
  Rezultatul examenului se pune la dispoziţia secţiilor cu paturi, în aceeaşi zi sau cât mai curând după efectuarea şi obţinerea rezultatului

Laborator de radiologie medicală

- efectuarea examenelor radiologice;
- conservarea şi depozitarea filmelor radiologice;
- aplicarea măsurilor de protecţie contra iradierii atât pentru personalul laboratorului cât şi pentru bolnavii care se prezintă pentru examene radiologice şi tratament;
- redactarea corectă şi distribuirea la timp a rezultatelor examenelor efectuate;
- colaborarea cu medicii clinicieni în scopul precizării diagnosticului ori de câte ori este nevoie.

Laborator explorări funcţionale

1. Efectuarea investigaţiilor medicale EKG, Holter EKG, şi TA, EEG, spirometrie, necesare precizării diagnosticului, stadiului de evoluţie a bolii şi stabilirii tratamentului adecvat
2. Redactarea corectă şi distribuirea la timp a rezultatelor examenelor efectuate;
3. Întocmirea propunerilor fundamentate pentru necesarul de achiziţii publice de reactivi şi materiale de laborator specifice;
4. Raportarea statistică a numărului de analize efectuate pe bolnavii internaţi

Farmacie cu circuit închis

În cadrul C.E.T.T.T. SF. STELIAN funcţionează o farmacie cu circuit închis ce asigură şi gestionează întreaga medicaţie necesară bolnavilor internaţi.

Farmacia are pentru evidenţa cantitativă şi valorică calculator, iar pentru evidenţa stupefiantelor şi toxicelor sunt registre speciale. Medicaţia, reţetele şi elaborările sunt înscrise în registru pentru copiere de reţete.

Farmacia cu circuit închis, este organizată conform reglementărilor în vigoare, având ca obiect de activitate asigurarea cu medicamente a secţiilor/compartimentelor din unitate. Medicamentele şi celelalte produse farmaceutice se aranjează în ordine alfabetică, grupate pe D.C.I. sau formule farmaceutice şi în raport cu calea de administrare (separat pentru uz intern şi separat pentru uz extern).

Inscripţiile aplicate pe recipientele conţinând medicamentele vor fi cele prevăzute de instrucţiunile în vigoare.

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/categoria de acreditare obţinută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

Farmaciile trebuie să fie aprovizionate în permanenţă cu produse farmaceutice în cantităţile şi, mai ales în sortimentele necesare. La aprovizionarea farmaciei se va ţine seama şi de necesitatea constituirii unui stoc de rezervă care să asigure o desfăşurare continuă şi în bune condiţii a activităţii acesteia şi implicit, a spitalului.

Farmacia are în principal următoarele atribuţii:

- Recepţia produselor farmaceutice şi a materialelor sanitare pe baza documentelor de primire;
- Aprovizionarea, depozitarea şi păstrarea medicamentelor în condiţii corespunzătoare;
- Verificarea termenului de valabilitate a medicamentelor şi substanţelor farmaceutice; asigurarea de medicamente necesare activităţii de asistenţă medicală a spitalului;
- Păstrarea, prepararea şi eliberarea medicamentelor de orice natură şi formă, potrivit farmacopeei române în vigoare, a specialităţilor farmaceutice autorizate şi a altor produse farmaceutice, conform nomenclatorului aprobat de ministerul sănătăţii;
- Depozitarea produselor conform normelor în vigoare (farmacopee, standarde sau norme interne) ţinându-se seama de natură şi proprietăţile lor fizico-chimice;
- Organizarea şi efectuarea controlului calităţii medicamentului şi luarea de măsuri ori de câte ori este necesar pentru preîntâmpinarea accidentelor, informând imediat organul superior; asigurarea controlului preventiv, verificarea organoleptică şi fizică, verificarea operaţiilor finale, analiza calitativă a medicamentului la masa de analize;
- Prepararea şi eliberarea medicamentelor potrivit normelor stabilite de ministerul sănătăţii;
- întocmirea propunerilor fundamentate pentru necesarul de achiziţii publice de medicamente şi unele materiale sanitare; operarea în programul informatic a documentelor de eliberare a medicamentelor;
- Participarea pe baza consumurilor şi a stocurilor din farmacie, la efectuarea comenzilor lunare de medicamente.

- Farmacia cu circuit închis are în principal următoarele atribuţii:
- farmacia face parte din structura spitalului şi are ca obiect de activitate asigurarea asistenţei cu produse farmaceutice şi cu alte produse de uz uman a bolnavilor spitalizaţi;
- păstrează, prepară şi distribuie medicamente de orice natură şi sub orice formă potrivit prevederilor Farmacopeei Române în vigoare, specialităţi farmaceutice autorizate şi alte produse necesare bolnavilor din spital;
- în farmacie se depozitează produsele farmaceutice conform normelor în vigoare (farmacopee, standarde sau norme interne) ţinându-se seama de natură şi proprietăţile lor fizico-chimice;
- organizează şi efectuează controlul calităţii medicamentului şi ia măsuri ori de câte ori este necesar, pentru preîntâmpinarea accidentelor;
- completează în permanenţă stocul de medicamente, iar eliberarea lor se face către bolnavii internaţi conform condicilor de medicamente scrise şi semnate de medicii spitalului.
- Documentele de evidenţă trebuie perfect întocmite. Farmacia are pentru evidenţa cantitativă şi valorică reţea de calculatoare, iar pentru evidenţa stupefiantelor şi toxicelor sunt registre speciale.

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

- Medicaţia, reţetele şi elaborările sunt înscrise în registru pentru copier de reţete şi elaborări.
- Farmacia cu circuit închis, este organizată conform reglementărilor în vigoare, având ca obiect de activitate asigurarea cu medicamente a secţiilor/compartimentelor din unitate. Medicamentele şi celelalte produse farmaceutice se aranjează în ordine alfabetică, grupate pe D.C.1. sau formule farmaceutice şi în raport cu calea de administrare (separat pentru uz intern şi separat pentru uz extern). Inscripţiile aplicate pe recipientele conţinând medicamentele vor fi cele prevăzute de instrucţiunile în vigoare.
- Farmaciile trebuie să fie aprovizionate în permanenţă cu produse farmaceutice în cantităţile şi, mai ales în sortimentele necesare. La aprovizionarea farmaciei se va ţine seama şi de necesitatea constituirii unui stoc de rezervă care să asigure o desfăşurare continuă şi în bune condiţii a activităţii acesteia şi implicit, a spitalului.
- Păstrează, prepară şi difuzează medicamente de orice natură şi sub orice formă potrivit prevederilor în vigoare;
- Depozitează produsele conform normelor în vigoare, ţinându-se seama de natură şi proprietăţile lor fizico-chimice;
- Organizează şi efectuează controlul calităţii medicamentelor şi ia măsuri ori de câte ori este necesar pentru preîntâmpinarea accidentelor, informând imediat conducerea unităţii în cazul în care acestea apar;
- Asigură în limitele competenţei sale primul ajutor bolnavilor;
- Asigură controlul calităţii produselor prin:
- Controlul preventiv;
- Verificarea organoleptică şi fizică;
- Verificarea operaţiilor finale;
- Realizează analiza calitativă a medicamentelor la masa de analize;
- Asigură informarea personalului medico-sanitar cu privire la medicamentele existente în farmacie;
- Asigură prepararea şi eliberarea medicamentelor potrivit normelor stabilite de Ministerul Sănătăţii;
- Asigură pentru personalul implicat în achiziţiile publice cunoaşterea şi respectarea legislaţiei specifice;
- îndeplineşte conform atribuţiilor ce-i revin, toate demersurile privind achiziţionarea produselor pentru farmacii;
- Stabileşte necesarul de produse necesare unei funcţionări normale a farmaciei, asigurând realizarea părţii corespunzătoare a Planului anual de achiziţii al spitalului;
- Obligativitatea păstrării confidenţialităţii asupra tuturor informaţiilor decurse din serviciile farmaceutice acordate asiguraţilor;
- Obligativitatea informării asiguraţilor referitor la drepturile acestora cu privire la eliberarea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală;
- Obligativitatea informării asiguraţilor asupra modului de administrare a medicamentelor şi a potenţialelor riscuri sau efecte adverse;
- Obligativitatea soluţionării de medicamente care nu există în stocul farmaciei în momentul solicitării în intervalul de timp legiferat

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară

Certificate ISO

OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

Farmacistul Şef

- În exercitarea atribuţiilor sale, farmacistul şef este subordonat conducerii Spitalului în cadrul căruia funcţionează farmacia, ca secţie a acestuia şi are în subordine personalul farmaciei.
- Face parte din Consiliul Medical al Spitalului;
- Face parte din Comitetul de prevenire a infecţiilor asociate asistenţei medicale
- Participă la raportul de gardă în vederea îmbunătăţirii permanente a actului terapeutic şi face parte din colectivul de farmacovigilenţa.

Atribuţiile farmacistului şef sunt următoarele:
- Asigură aprovizionarea farmaciei cu medicamente în funcţie de stocurile existente;
- Coordonează şi urmăreşte preluarea medicamentelor şi materialelor sanitare livrate de depozite pe baza facturilor din punct de vedere cantitativ, calitativ şi valoric;
- Asigură depozitarea şi conservarea medicamentelor în conformitate cu specificul fiecărui produs;
- Organizează şi urmăreşte desfăşurarea procesului de muncă, precum şi ridicarea nivelului profesional al personalului din subordine;
- Asigură prepararea, conservarea şi eliberarea medicamentelor magistrale şi oficiale;
- Gestionarea produselor farmaceutice cu termen de valabilitate depăşit în vederea casării şi incinerării;
- Gestionarea substanţelor toxice şi stupefiantele, efectuează nemijlocit eliberarea şi evidentă zilnică a rulajului acestor substanţe;
- Monitorizarea introducerii datelor în sistemul informatic al spitalului, necesare pentru raportarea lunară a consumului de medicamente pentru unităţile sanitare cu paturi, conform normativelor în vigoare;
- Menţinerea valabilităţii autorizaţiei de funcţionare a farmaciei;
- Respectă principiile eticii şi deontologiei profesionale.
- Evaluarea consumului de medicamente
- Evaluarea consumului de antibiotice
- Cunoaşte standardele participă şi răspunde de pregătirea spitalului pentru acreditare,
- Participă la toate sesiunile de instruire şi pregătire profesională organizate de spital pentru personal
- Cunoaşte şi respectă standardele managementului referitoare la calitate şi control managerial intern
- Cunoaşte şi respectă documentele Sistemului de Management al Calităţii aplicabile în activitatea depusă;
- Participă activ la realizarea obiectivelor generale ale calităţii stabilite de management şi a obiectivelor specifice locului de muncă.
- Participă la pregătirea spitalului pentru procesul de acreditare, şi răspunde de pregătirea personalului sanitar mediu şi auxiliar în vederea vizitei de evaluare

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară

Certificate ISO

OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

Asistentul de farmacie

Este subordonat farmacistului şef şi are în subordine personalul auxiliar, îndeplinind următoarele sarcini principale:

- Participă la recepţionarea medicamentelor, materialelor sanitare livrate de depozite, pe bază de factură din punct de vedere cantitativ şi calitativ (va semna de luare la cunoştinţă pe factură);
- Participă la transportarea, depozitarea şi conservarea medicamentelor în conformitate cu prevederile normativelor în vigoare şi caractere specifice fiecărui produs;
- Asigură aprovizionarea locurilor de muncă cu produsele existente în depozit;
- Preia condicile de prescripţie medicală din spital şi validează continutul, cantitatea si concentraţiile medicamentelor din prescripţiile medicale
- Execută condicile şi eliberează personalului sanitar, medicamentele respective;
- Are obligaţia profesională de a verifica asocierea medicamentelor cu structuri diferite, înscrise într-o prescripţie medicală
- Supraveghează prepararea apei distilate;
- Participă la operaţiunile de inventariere;
- Verifică termenele de valabilitate a medicamentelor;
- În permanenţă se va interesa de dinamică stocurilor;
- Păstrează la locul de muncă ordinea şi curăţenia;
- Respectă orarul de funcţionare al farmaciei precum şi programul său de muncă;
- Se preocupă de cunoaşterea aprofundată a tuturor medicamentelor existente în farmacie cât şi de ridicarea nivelului sau profesional;
- Manifestă în permanenţă o atitudine deontologică de corectitudine şi comportament corespunzător faţă de colectiv şi personalul spitalului;

Îngrijitoarea cu atribuţii în cadrul farmaciei

Are următoarele sarcini principale:

- face curăţenie în încăperile farmaciei;
- spală ustensilele, întreţine în stare de curăţenie aparatura şi mobilierul;
- sesizează pe şeful farmaciei în legătură cu orice deteriorare a încăperilor şi instalaţiilor;
- primeşte şi răspunde de inventarul necesar curăţeniei;
- evacuează rezidurile şi le depozitează la locul indicat.

5.3 COMPARTIMENTE

Compartimentul de evaluare şi statistică medicală

Compartimentul de evaluare şi statistică medicală are, în principal, următoarele atribuţii:

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

- întocmeşte rapoartele, centralizările, dările de seamă şi situaţiile statistice periodice lunare, trimestriale, semestriale şi anuale.
- execută, în termenele stabilite, toate lucrările de statistică medicală, precum şi pe cele necesare pentru activitatea operaţională a instituţiei;
- asigură circuitul informaţional al datelor prin sistemul informatic existent;
- introduce zilnic, verifică şi transmite datele privitoare la pacienţi din foaia de observaţie clinică generală;
- transmite şi prelucrează datele prin internet;
- clasifică foile de observaţie ale bolnavilor externaţi pe grupe de boli, pe an;
- ţine evidenţa datelor statistice pe formulare stabilite de Ministerul Sănătăţii şi întocmeşte rapoartele statistice ale spitalului, verificând exactitatea datelor;
- pune la dispoziţie datele statistice şi documentaţia medicală necesare pentru activitatea curentă şi asigură prelucrarea datelor statistice;
- urmăreşte corelarea diferiţilor indicatori de activitate comparativ cu alte unităţi sau pe ţară şi informează conducerea unităţii;
- ţine la zi evidenţa informatizată a pacienţilor externaţi şi răspunde de corectitudinea datelor introduse în calculator;
- asigură controlul zilnic al foilor de mişcare şi compararea cu baza de date;
- asigură înregistrarea mişcării zilnice a bolnavilor în centralizatorul electronic;
- efectuează controlul periodic al listei bolnavilor externaţi şi întocmeşte situaţia numerică a acestora;
- urmăreşte înregistrarea corectă a datelor bolnavilor.

Compartiment de prevenire şi control al infecţiilor asociate asistenţei medicale

Supravegherea şi controlul infecţiilor asociate asistenţei medicale, acestea fiind obligaţii profesionale şi de serviciu pentru toate categoriile de personal medico-sanitar şi auxiliar sanitar din spital. Activitatea de prevenire a infecţiilor asociate asistenţei medicale se desfăşoară pe baza unui plan propriu de supraveghere şi control a infecţiilor asociate asistenţei medicale care cuprinde protocoalele de proceduri şi manopere profesionale, standarde de îngrijire şi de tehnici aseptice şi alte normative specifice privind condiţiile de cazare, igienă şi alimentaţie, necesare pentru implementarea activităţilor programate.
Compartimentul se va constitui cu minimum 3 posturi, iar în cadrul unităţilor sanitare cu paturi cu o capacitate redusă (sub 50 de paturi) va fi desemnată o persoană, medic epidemiolog sau medic boli infecţioase;

În cadrul compartimentului se va asigura 1 post de asistent medical cu pregătire postliceală de profil sau de asistent medical generalist care a absolvit un curs de perfecţionare profesională în domeniu, la 250 de paturi.

Atribuţiile compartimentului pentru supravegherea, prevenirea şi limitarea infecţiilor asociate asistenţei medicale:

A) Organizează şi participă la întâlnirile Comitetului de prevenire a infecţiilor asociate asistenţei medicale;

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară

Certificate ISO

OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

B) Propune managerului sancțiuni pentru personalul care nu respectă procedurile și protocoalele de prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale;
C) Șeful/responsabilul contractat participă în calitate de membru la ședințele Comitetului director al unității sanitare și, după caz, propune acestuia recomandări pentru implementarea corespunzătoare a planului anual de prevenire a infecțiilor, echipamente și personal de specialitate;
D) Elaborează și supune spre aprobare planul anual de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale din unitatea sanitară;
E) Organizează, în conformitate cu metodologia elaborată de Institutul Național de Sănătate Publică, anual, un studiu de prevalență de moment a infecțiilor asociate asistenței medicale și a consumului de antibiotice din spital;
F) Organizează și derulează activități de formare a personalului unității în domeniul prevenirii infecțiilor asociate asistenței medicale;
G) Organizează activitatea serviciului/compartimentului de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale pentru implementarea și derularea activităților cuprinse în planul anual de supraveghere și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale al unității;
H) Propune și inițiază activități complementare de prevenție sau de limitare cu caracter de urgență, în cazul unor situații de risc sau al unui focar de infecție asociată asistenței medicale;
I) Elaborează ghidul de izolare al unității sanitare și coordonează aplicarea precauțiilor specifice în cazul depistării colonizărilor/infecțiilor cu germeni multiplurezistenți la pacienții internați;
J) Întocmește harta punctelor și zonelor de risc pentru apariția infecțiilor asociate asistenței medicale și elaborează procedurile și protocoalele de prevenire și limitare în conformitate cu aceasta;
K) Implementează metodologiile naționale privind supravegherea bolilor transmisibile și studiile de supraveghere a infecțiilor asociate asistenței medicale;
L) Verifică completarea corectă a registrului de monitorizare a infecțiilor asociate asistenței medicale de pe secții și centralizează datele în registrul de monitorizare a infecțiilor al unității;
M) Raportează la direcția de sănătate publică a municipiului București infecțiile asociate asistenței medicale ale unității și calculează rata de incidență a acestora pe unitate și pe secții;
N) Organizează și participă la evaluarea eficienței procedurilor de curățenie și dezinfecție prin recoltarea testelor de autocontrol;
O) Colaborează cu medicul de laborator pentru cunoașterea circulației microorganismelor patogene de la nivelul secțiilor și compartimentelor, cu precădere a celor multirezistente și/sau cu risc epidemiologic major, pe baza planului de efectuare a testelor de autocontrol;
P) Solicită trimiterea de tulpini de microorganisme izolate la laboratoarele de referință, în conformitate cu metodologiile elaborate de Institutul Național de Sănătate Publică, în scopul obținerii unor caracteristici suplimentare;
Q) Supraveghează și controlează bună funcționare a procedurilor de sterilizare și menținere a sterilității pentru instrumentarul și materialele sanitare care sunt supuse sterilizării;
R) Supraveghează și controlează activitatea de triere, depozitare temporară și eliminare a Deșeurilor periculoase rezultate din activitatea medicală;
S) Organizează, supraveghează și controlează respectarea circuitelor funcționale ale unității, circulația pacienților și vizitatorilor, a personalului și, după caz, a studenților și elevilor din învățământul universitar, postuniversitar sau postliceal;
T) Avizează orice propunere a unității sanitare de modificare în structura unității;
U) Supraveghează și controlează respectarea în secțiile medicale și paraclinice a procedurilor de triaj, depistare și izolare a infecțiilor asociate asistenței medicale;
V) Răspunde prompt la informația primită din secții și demarează ancheta epidemiologică pentru toate cazurile suspecte de infecție asociată asistenței medicale;

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, București
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară

Certificate ISO

OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

W) Dispune, după anunțarea prealabilă a managerului unității, măsurile necesare pentru limitarea difuziunii infecției, respectiv organizează, după caz, triaje epidemiologice şi investigații paraclinice necesare;
X) Întocmeşte şi definitivează ancheta epidemiologică a focarului, difuzează informațiile necesare privind focarul, în conformitate cu legislația, întreprinde măsuri şi activități pentru evitarea riscurilor identificate în focar;
Y) Solicită colaborările interdisciplinare sau propune solicitarea sprijinului extern de la direcția de sănătate publică sau Institutul Național de Sănătate Publică - centru regional la care este arondat, conform reglementărilor în vigoare;
Z) Raportează managerului problemele depistate sau constatate în prevenirea şi limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale;
AA)Întocmeşte rapoarte cu dovezi la dispoziția managerului spitalului, în cazurile de investigare a responsabilităților pentru infecții asociate asistenței medicale.
BB) Coordonatorul compartimentului este autorizat pentru verificarea modului de respectare a protocoalelor şi procedurilor de prevenire şi limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale, cât şi pentru a propune managerului sancțiuni în cazul nerespectării acestora

5.4. STRUCTURA DE MANAGEMENT AL CALITĂŢII SERVICIILOR MEDICALE

Structura de management al calității serviciilor medicale este subordonată managerului şi are următoarele atribuţii principale:

- pregăteşte şi analizează Planul anual al managementului calității;
- coordonează activitățile de elaborare a documentelor sistemului de management al calității:
  - manualul calității;
  - procedurile;
- coordonează şi implementează programul de acreditare a tuturor serviciilor oferite în cadrul unității, pe baza procedurilor operaţionale specifice fiecărei secții, laborator etc. şi a standardelor de calitate;
- coordonează şi implementează procesul de îmbunătăţire continuă a calității serviciilor;
- colaborează cu toate structurile unității în vederea îmbunătăţirii continue a sistemului de management al calității;
- implementează instrumente de asigurare a calității şi de evaluare a serviciilor oferite;
- asigură implementarea strategiilor şi obiectivelor referitoare la managementul calității declarate de manager;
- asigură implementarea şi menţinerea conformității sistemului de management al calității cu cerinţele specifice;
- coordonează activitățile de analiză a neconformităților constatate şi propune managerului acţiunile de îmbunătăţire sau corective ce se impun;
- coordonează analizele cu privire la eficacitatea sistemului de management al calității;
- asigură aplicarea strategiei sanitare şi politica de calitate a unității în domeniul medical în scopul asigurării sănătății pacienților;

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, București
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

- asistă şi răspunde tuturor solicitărilor managerului pe domeniul de management al calităţii.
- conduce activitatea de audit clinic in spital

Din structura de management al calităţii serviciilor medicale fac parte medici, juriști, economiști şi alte categorii profesionale a căror pregătire este utilă în desfăşurarea activităţilor.

- Membrii structurii de management al calităţii serviciilor medicale vor urma un curs de pregătire în domeniul calităţii serviciilor medicale, recunoscut de Ministerul Sănătăţii, organizat de Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti sau de Autoritatea Naţională pentru Calificări.
- Persoanele din structura de management al calităţii au calitatea de personal contractual, îşi desfăşoară activitatea în baza unui contract individual de muncă şi beneficiază de drepturile salariale stabilite, în condiţiile legii, pentru personalul din cadrul unităţii unde este organizată structura.

5.5. STRUCTURA APARATULUI FUNCŢIONAL

Pentru îndeplinirea atribuţiilor ce revin cu privire la activitatea economică, financiară şi administrativă, spitalul are în structură aparat funcţional in următoarele domenii: financiar - contabilitate, aprovizionare - administrativ, resurse umane, informatică şi statistică medicală, secretariat, bloc alimentar.

Financiar – contabilitate

Acesta este subordonat Directorului financiar - contabil şi are următoarele atribuţii:

- organizarea contabilităţii conform prevederilor legale şi asigurarea efectuării corecte şi la timp a înregistrărilor;
- organizarea analizei periodice a utilizării bunurilor materiale şi luarea măsurilor necesare împreună cu celelalte birouri şi servicii din unitate, în ceea ce priveşte stocurile disponibile, supranormative, fără mişcare sau cu mişcare lentă sau pentru prevenirea oricăror alte imobilizări de fonduri;
- întocmirea la timp şi în conformitate cu dispoziţiile legale a dărilor de seamă contabile;
- exercitarea controlului financiar preventiv în conformitate cu dispoziţiile legale;
- participarea la organizarea sistemului informaţional al unităţii, urmărind folosirea cât mai eficientă a datelor contabilităţii;
- organizarea evidenţei tehnico-operative şi gestionare; asigurarea ţinerii lor corecte şi la zi;
- organizarea inventarierii periodice a mijloacelor materiale şi regularizarea diferenţelor constatate;
- întocmirea proiectelor privind bugetul de venituri şi cheltuieli;
- efectuarea corectă şi în conformitate cu dispoziţiile legale a operaţiunilor de încasări şi plăţi în numerar;
- se ocupă de creditele necesare, corespunzător comenzilor şi contractelor emise, în limita creditelor aprobate;
- verificarea documentelor justificative de cheltuieli sub aspectul formei, conţinutului şi legalităţii operaţiunii;
- întocmirea propunerilor de plan casă pentru plăţi în numerar;

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obţinută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

- luarea măsurilor necesare pentru asigurarea integrităţii patrimoniului şi pentru recuperarea pagubelor produse;
- asigura îndeplinirea condiţiilor legale privind angajarea gestionarilor si constituirea garanţiilor si reţinerea ratelor;
- asigura masurile de păstrare, manipulare si folosire a formularelor cu regim special;
- întocmirea studiilor privind posturi comparative pe diverşi indicatori: zi de spitalizare, pat, pat efectiv ocupat, bolnavi, etc., comparativ pe secție/compartimentul din unitate, analiza cauzelor care determina diferenţe si propunerea eliminării celor subiective;
- analizează si pregăteşte din punct de vedere financiar evaluarea eficientei utilizării mijloacelor materiale si băneşti, puse la dispoziţia unităţii, ia masurile necesare pentru evitarea cheltuielilor neeconomice si inoportune;
- asigura efectuarea corecta si in conformitate cu dispoziţiile legale a operaţiunilor de încasări si plati in numerar;
- asigura creditele necesare corespunzător comenzilor si contractelor emise, in limita creditelor aprobate;
- întocmirea documentelor de acceptare sau refuz a platii;
- întocmirea formelor de recuperare a sumelor care, eventual, au fost greşit plătite.

Resurse Umane, Normare, Organizare, Salarizare (R.U.N.O.S.)

Este subordonat managerului şi asigură:

- aplicarea legislaţiei în domeniul managementului resurselor umane privind angajarea, evaluarea, perfecţionarea profesională a resurselor umane din cadrul spitalului;
- asigură întocmirea documentaţiilor privind modificarea/actualizarea organigramei spitalului, a numărului de posturi, a regulamentului de organizare şi funcţionare, a statului de funcţiuni, in concordanta cu structura organizatorica stabilita si de numărul maxim de posturi aprobate;
- efectuarea lucrărilor privind încheierea, modificarea, suspendarea şi încetarea contractului individual de muncă precum şi acordarea tuturor drepturilor prevăzute de legislaţia muncii;
- urmăreşte întocmirea şi actualizarea de către conducătorii de compartimente a fişelor de post şi asigură gestionarea lor conform prevederilor legale;
- gestionarea procesului de realizare a evaluării şi întocmirea rapoartelor/fişelor de evaluare a performanţelor profesionale individuale;
- stabilirea şi actualizarea conform reglementărilor legale, a salariilor de încadrare şi a celorlalte drepturi salariale pentru personalul din cadrul spitalului;
- asigură introducerea în baza de date a informaţiilor referitoare la personal şi actualizează baza cu datele noilor angajaţi;
- întocmirea documentaţiei privind pensionarea pentru limită de vârstă sau invaliditate pentru personalul din unitate;
- întocmirea şi actualizarea Registrului de evidenţă a salariaţilor (REVISAL)
  - asigură secretariatul comisiilor de concurs pentru ocuparea posturilor vacante şi întocmeşte lucrările privind încadrarea în muncă a candidaţilor declaraţi admişi pe baza proceselor verbale ale comisiilor, în conformitate cu prevederile legale;

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. in conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

- calcularea vechimii în specialitate şi a vechimii în muncă la încadrare;
- executarea lucrărilor de normare a personalului aplicând criteriile de normare din normativele în vigoare;
- fundamentarea fondului de salarii necesar personalului din spital în vederea întocmirii proiectului de buget de venituri şi cheltuieli;
- întocmirea lucrărilor de salarizare lunar, de promovare;
- întocmirea documentaţiei privind acordarea celorlalte drepturi de natura salariala, conform legii;
- stabilirea salariilor de bază ale personalului ca urmare a evaluării anuale;

- întocmirea şi transmiterea situaţiilor periodice solicitate de instituţiile competente;
- asigură operarea programărilor şi efectuării concediilor de odihnă ale angajaţilor;
- întocmirea formalităţilor în vederea acordării de concedii cu/fără plată şi tinerea evidenţii acestora;
- eliberarea, la cerere, adeverinţe privind calitatea de salariat care atestă vechimea în muncă sau drepturile salariale, nemaiavând carnete de munca
- întocmirea documentaţiei privind sancţionarea personalului spitalului în baza raportului Comisiei de Disciplină;
- întocmirea declaraţiilor CAS şi CASS;
- întocmirea anuala a fişelor fiscale;
- întocmirea oricăror alte lucrări prevăzute de Codul Muncii;
- executarea la termenul precizat, a oricăror alte lucrări repartizate de către conducerea spitalului privind problemele specifice RUNOS;

Compartimentul de Evaluare și Statistică Medicală

Colectează datele la nivel de spital lunar, trimestrial, anual şi se prelucrează în vederea trimiterii către S.N.S.P.M.S., atribuţiile sale fiind:

- calcularea indicatorilor specifici prin care se analizează activitatea spitalului,
- întocmirea raportului de decontare a serviciilor spitaliceşti pe baza grupelor de diagnostice;
- analizarea indicatorilor pe spital;
- întocmirea situaţiilor prin care se informează conducerea spitalului cât şi şefii de secţie despre indicatorii obţinuţi, cazurile nevalidate, ICM, lunar, trimestrial, anual;
- pune la dispoziţia secţiilor datele statistice si documentaţia medicala necesara pentru activitatea curenta si asigura prelucrarea datelor statistice;
- urmăreşte corelarea diferiţilor indicatori de activitate comparativ cu alte unităţi sau pe tara si informează şefii de secţii si medicul director in caz de abateri mari;
- îndeplineşte orice alte sarcini trasate de conducerea spitalului.

Aprovizionare – administrativ

Asigură:

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

- efectuarea achiziţiilor publice, potrivit prevederilor legale, de bunuri (medicamente şi materialele necesare bunului mers al activităţilor medicale), servicii şi lucrări;
- realizarea de licitaţii electronice;
- încheierea şi derularea contractelor de achiziţii publice si a celorlalte contracte;
- coordonarea activităţii magaziilor, asigurând condiţii optime de păstrare şi depozitare a bunurilor;
- urmărirea distribuirii judicioase a materialelor în secţiile şi serviciile spitalului;
- intră în relaţii cu secţiile şi serviciile din spital şi cu furnizorii de materiale şi medicamente;
- încheierea contractelor economice cu furnizorii, întocmirea şi urmărirea graficului de livrări pentru materialele necesare spitalului;
- recepţionarea calitativă şi cantitativă a materialelor, alimentelor primite de la furnizori şi asigurarea transportului acestora în condiţii igienico-sanitare, în conformitate cu normele în vigoare;
- asigură măsurile necesare pentru utilizarea inventarului administrativ gospodăresc în condiţii de eficienţă maximă;
- asigură întreţinerea clădirilor, instalaţiilor şi inventarului spitalului;
- asigură întreţinerea curăţeniei;
- asigura aplicarea si respectarea normelor P.S.I.;
- Asigură măsurile necesare pentru utilizarea inventarului administrativ gospodăresc în condiţii de eficienţă maximă.
- Asigură păstrarea arhivei spitalului conform normelor legale.
- Controlează şi răspunde de aplicarea şi respectarea măsurilor de protecţie a muncii, controlează permanent ţinuta corectă personalului din subordine.
- Asigura in colaborare cu seful biroului contabilitate inventarierea patrimoniului, in condiţiile si la termenele stabilite prin actele normative.
- Raspunde de conservarea si manipularea corespunzătoare a bunurilor si tinerea evidentelor la depozite si la locurile de folosinţă.
- Ia masurile necesare, potrivit dispoziţiilor legale, pentru asigurarea condiţiilor corespunzătoare de munca, prevenirea accidentelor si îmbolnăvirilor profesionale.
- Ia masuri de securitatea muncii, prevenire a incendiilor si situaţii de urgenta conform legislaţiei in vigoare.
- Stabileşte personalul si programul orar pentru întreţinerea spaţiilor verzi şi a căilor de acces.
- întreţinerea spatiilor verzi si a cailor de acces
- Întreţinerea spatiilor verzi si a cailor de acces se face de către personalul cu atribuţii in acest sens, in intervalul orar 8.00 -10.00.

Secretariatul

Asigură:

- primirea si înregistrarea actelor in registrul de intrări-ieşiri al spitalului;
- sintetizarea informaţiilor exacte pe care le primeşte direct sau telefonic;
- primirea persoanelor pentru manager in anticameră;
- întocmirea si păstrarea proceselor-verbale ale şedinţelor comitetului director, precum si a celorlalte comisii ale spitalului si a registrelor de control;
- primirea notelor telefonice, a faxurilor de la forurile superioare si transmiterea către cei vizaţi;
- înştiinţarea membrilor comitetelor, consiliilor si comisiilor despre datele si orele stabilite pentru întrunirea acestora.

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

CAPITOLUL VI - CONSILIILE ŞI COMISIILE CONSTITUITE LA NIVELUL C.E.T.T.T. SF. STELIAN

În conformitate cu prevederile legale în vigoare, în cadrul spitalului au fost organizate următoarele consilii şi comisii, astfel:

6.1. Consiliul medical

(1) Directorul medical este preşedintele consiliului medical.
Consiliul medical funcţionează în conformitate cu legislaţia în vigoare, este alcătuit din directorul medical, şeful secţiei de psihiatrie, biologul/medicul de laborator, farmacistul, medicul coordonator al compartimentului de tratament al toxicomaniilor, medicul coordonator al CSM şi asistentul şef. Modul de desfăşurare a activităţii consiliului medical este reglementat de legislaţia în vigoare în domeniul sanitar.
(2) Principalele atribuţii ale consiliului medical, conform legislaţiei în vigoare, sunt următoarele:

- evaluează necesarul de servicii medicale al populaţiei deservite de spital şi face propuneri pentru elaborarea:
  - planului de dezvoltare a spitalului, pe perioada mandatului;
- planului anual de furnizare de servicii medicale al spitalului;
  - planului anual de achiziţii publice, cu privire la achiziţia de aparatură şi echipamente medicale, medicamente şi materiale sanitare;
- face propuneri comitetului director în vederea elaborării bugetului de venituri şi cheltuieli al spitalului;
- participă la elaborarea regulamentului de organizare şi funcţionare şi a regulamentului intern ale spitalului;
- desfăşoară activitate de evaluare şi monitorizare a calităţii şi eficienţei activităţilor medicale desfăşurate în spital, inclusiv:
- evaluarea satisfacţiei pacienţilor care beneficiază de servicii în cadrul spitalului sau în ambulatoriul acestuia;
  - monitorizarea principalilor indicatori de performanţă în activitatea medicală;
  - prevenirea şi controlul infecţiilor asociate asistenţei medicale/IAAM.
- Aceste activităţi sunt desfăşurate în colaborare cu nucleul de calitate, nucleul DRG şi cu compartimentul de prevenire şi control al infecţiilor asociate asistentei medicale/IAAM de la nivelul spitalului;
- stabileşte reguli privind activitatea profesională, protocoalele de practică medicală la nivelul spitalului şi răspunde de aplicarea şi respectarea acestora;
- elaborează planul anual de îmbunătăţire a calităţii serviciilor medicale furnizate de spital, pe care îl supune spre aprobare managerului;
- înaintează directorului general propuneri cu caracter organizatoric pentru îmbunătăţirea activităţilor medicale desfăşurate la nivelul spitalului;

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

- evaluează necesarul de personal medical al fiecărei secții/laborator și face propuneri comitetului director pentru elaborarea strategiei de personal a spitalului;
- evaluează necesarul liniilor de gardă și face propuneri managerului cu privire la structura și numărul acestora la nivelul spitalului, după caz;
- participă la stabilirea fișelor posturilor personalului medical angajat;
- înaintează managerului propuneri pentru elaborarea planului de formare și perfecționare continuă a personalului medico-sanitar;
- face propuneri și monitorizează desfășurarea activităților de educație și cercetare medicală desfășurate la nivelul spitalului, în colaborare cu instituțiile acreditate;
- reprezintă spitalul în relațiile cu organizații profesionale din țară și din străinătate și facilitează accesul personalului medical la informații medicale de ultimă oră;
- asigură respectarea normelor de etică profesională și deontologie medicală la nivelul spitalului, colaborând cu Colegiul Medicilor din România;
- răspunde de acreditarea personalului medical al spitalului și coordonează echipa care se ocupă de acreditare
- răspunde pentru acreditarea activităților medicale desfășurate în spital, în conformitate cu legislația în vigoare;
- 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.);
- participă, alături de manager, la organizarea asistenței medicale în caz de dezastre, epidemii și în alte situații speciale;
- stabilește coordonatele principale privind consumul medicamentelor la nivelul spitalului, în vederea unei utilizări judicioase a fondurilor spitalului, prevenirii polipragmaziei și a rezistenței la medicamente;
- supervizează respectarea prevederilor în vigoare, referitoare la documentația medicală a pacienților tratați, asigurarea confidențialității datelor medicale, constituirea arhivei spitalului;
- avizează utilizarea bazei de date medicale a spitalului pentru activități de cercetare medicală, în condițiile legii;
- analizează și soluționează sugestiile, sesizările și reclamațiile pacienților tratați în spital, referitoare la activitatea medicală a spitalului;
- elaborează raportul anual de activitate medicală a spitalului, în conformitate cu legislația în vigoare.

6.2. Comitetul de sănătate şi securitate în muncă

Organizarea comitetului de securitate şi sănătate în muncă
(1) Comitetul de securitate şi sănătate în muncă se constituie în unităţile care au un număr de cel puţin 50 de lucrători, inclusiv cu capital străin, care desfăşoară activităţi pe teritoriul României.

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

Comitetul de securitate şi sănătate în muncă este constituit din reprezentanţii lucrătorilor cu răspunderi specifice în domeniul securităţii şi sănătăţii lucrătorilor, pe de o parte, şi angajator sau reprezentantul său legal şi/sau reprezentanţii săi în număr egal cu cel al reprezentanţilor lucrătorilor şi medicul de medicina muncii, pe de altă parte.

(2) Lucrătorul desemnat sau reprezentantul serviciului intern de prevenire şi protecţie este secretarul comitetului de securitate şi sănătate în muncă.

Reprezentanţii lucrătorilor în comitetul de securitate şi sănătate în muncă vor fi aleşi pe o perioadă de 2 ani.

În cazul în care unul sau mai mulţi reprezentanţi ai lucrătorilor cu răspunderi specifice în domeniul securităţii şi sănătăţii lucrătorilor se retrag din comitetul de securitate şi sănătate în muncă, aceştia vor fi înlocuiţi imediat prin alţi reprezentanţi aleşi.

Modalitatea de desemnare a reprezentanţilor lucrătorilor în comitetele de securitate şi sănătate în muncă va fi stabilită prin contractul colectiv de muncă, regulamentul intern sau regulamentul de organizare şi funcţionare.

Reprezentanţii lucrătorilor în comitetele de securitate şi sănătate în muncă vor fi desemnaţi de către lucrători dintre reprezentanţii lucrătorilor cu răspunderi specifice în domeniul securităţii şi sănătăţii lucrătorilor, după cum urmează: a) de la 50 la 100 de lucrători - 2 reprezentanţi; b) de la 101 la 500 de lucrători - 3 reprezentanţi; c) de la 501 la 1.000 de lucrători - 4 reprezentanţi; d) de la 1.001 la 2.000 de lucrători - 5 reprezentanţi; e) de la 2.001 la 3.000 de lucrători - 6 reprezentanţi; f) de la 3.001 la 4.000 de lucrători - 7 reprezentanţi; g) peste 4.000 de lucrători - 8 reprezentanţi.

(1) Angajatorul are obligaţia să acorde fiecărui reprezentant al lucrătorilor în comitetele de securitate şi sănătate în muncă timpul necesar exercitării atribuţiilor specifice. 2) Timpul alocat acestei activităţi va fi considerat timp de muncă şi va fi de cel puţin: a) 2 ore pe lună în unităţile având un efectiv de până la 99 de lucrători; b) 5 ore pe lună în unităţile având un efectiv între 100 şi 299 de lucrători; c) 10 ore pe lună în unităţile având un efectiv între 300 şi 499 de lucrători; d) 15 ore pe lună în unităţile având un efectiv între 500 şi 1.499 de lucrători; e) 20 de ore pe lună în unităţile având un efectiv de 1.500 de lucrători şi peste.

(3) Instruirea necesară exercitării rolului de membru în comitetul de securitate şi sănătate în muncă trebuie să se realizeze în timpul programului de lucru şi pe cheltuiala unităţii.

Angajatorul sau reprezentantul său legal este preşedintele comitetului de securitate şi sănătate în muncă.

Membrii comitetului de securitate şi sănătate în muncă se nominalizează prin decizie scrisă a preşedintelui acestuia, iar componenţa comitetului va fi adusă la cunoştinţă tuturor lucrătorilor.

(1) La întrunirile comitetului de securitate şi sănătate în muncă vor fi convocaţi să participe lucrătorii desemnaţi, reprezentanţii serviciului intern de prevenire şi protecţie şi, în cazul în care angajatorul a contractat unul sau mai multe servicii externe de prevenire şi protecţie, reprezentanţii acestora.

(2) La întrunirile comitetului de securitate şi sănătate în muncă pot fi invitaţi să participe inspectori de muncă.

Comitetul de securitate şi sănătate în muncă funcţionează în baza regulamentului de funcţionare propriu.

Angajatorul are obligaţia să asigure întrunirea comitetului de securitate şi sănătate în muncă cel puţin o dată pe trimestru şi ori de câte ori este necesar.

Ordinea de zi a fiecărei întruniri este stabilită de către preşedinte şi secretar, cu consultarea p reprezentanţilor lucrătorilor, şi este transmisă membrilor comitetului de securitate şi sănătate în muncă, inspectoratului teritorial de muncă şi, dacă este cazul, serviciului extern de protecţie şi prevenire, cu cel puţin 5 zile înaintea datei stabilite pentru întrunirea comitetului.

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

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com

De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară

Certificate ISO

OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

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

Comitetul de securitate şi sănătate în muncă este legal întrunit dacă sunt prezenţi cel puţin jumătate plus unu din numărul membrilor săi.

Comitetul de securitate şi sănătate în muncă convine cu votul a cel puţin două treimi din numărul membrilor prezenţi.

Secretarul comitetului de securitate şi sănătate în muncă va afişa la loc vizibil copii ale procesul-verbal încheiat.

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

Atribuţiile comitetului de securitate şi sănătate în munca:

- pentru realizarea informării, consultării şi participării lucrătorilor, în conformitate cu prevederile legale în vigoare, comitetul de securitate şi sănătate în muncă are cel puţin următoarele atribuţii:

- analizează şi face propuneri privind politica de securitate şi sănătate în muncă şi planul de prevenire şi protecţie, conform regulamentului intern sau regulamentului de organizare şi funcţionare;
- urmăreşte realizarea planului de prevenire şi protecţie, inclusiv alocarea mijloacelor necesare realizării prevederilor lui şi eficienţa acestora din punct de vedere al îmbunătăţirii condiţiilor de muncă;
- analizează introducerea de noi tehnologii, alegerea echipamentelor, luând în considerare consecinţele asupra securităţii şi sănătăţii, lucrătorilor, şi face propuneri în situaţia constatării anumitor deficienţe;
- analizează alegerea, cumpărarea, întreţinerea şi utilizarea echipamentelor de muncă, a echipamentelor de protecţie colectivă şi individuală;
- analizează modul de îndeplinire a atribuţiilor ce revin serviciului extern de prevenire şi protecţie, precum şi menţinerea sau, dacă este cazul, înlocuirea acestuia;
- propune măsuri de amenajare a locurilor de muncă, ţinând seama de prezenţa grupurilor sensibile la riscuri specifice;
- analizează cererile formulate de lucrători privind condiţiile de muncă şi modul în care îşi îndeplinesc atribuţiile persoanele desemnate şi/sau serviciul extern;
- urmăreşte modul în care se aplică şi se respectă reglementările legale privind securitatea şi sănătatea în muncă, măsurile dispuse de inspectorul de muncă şi inspectorii sanitari;
- analizează propunerile lucrătorilor privind prevenirea accidentelor de muncă şi a îmbolnăvirilor profesionale, precum şi pentru îmbunătăţirea condiţiilor de muncă şi propune introducerea acestora în planul de prevenire şi protecţie;
- analizează cauzele producerii accidentelor de muncă, îmbolnăvirilor profesionale şi evenimentelor produse şi poate propune măsuri tehnice în completarea măsurilor dispuse în urma cercetării;
- efectuează verificări proprii privind aplicarea instrucţiunilor proprii şi a celor de lucru şi face un raport scris privind constatările făcute;
- dezbate raportul scris, prezentat comitetului de securitate şi sănătate în muncă de către conducătorul unităţii cel puţin o dată pe an, cu privire la situaţia securităţii şi sănătăţii în muncă, la acţiunile care au fost întreprinse şi la eficienţa acestora în anul încheiat, precum şi propunerile pentru planul de prevenire şi protecţie ce se va realiza în anul următor.

Responsabilul cu riscurile

- Este numit prin decizie de manager
- 2. Atribuţiile responsabilului de riscuri
- (1) Stabileşte metodologia de management a riscurilor (ex risc de incendiu, risc de explozie, risc de contaminare)

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com

De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară

Certificate ISO

OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

- (2) Stabileşte componenţa echipei de management al riscurilor constituită din ofiteri de risc lanivel de compartimente şi o transmite spre aprobare preşedintelui comisiei;
- (3) Elaborează şi actualizează declaraţia de politică privind managementul riscurilor;
- (4) Stabileşte obiectivele managementului riscurilor şi-l transmite spre aprobare preşedintelui comisiei;
- (5). Întocmeşte, actualizează şi modifică Registrul Riscurilor Identificate;
- (6). Stabileşte împreună cu ofiţerii de risc măsuri de ţinere sub control a tuturor categoriilor de riscuri identificate şi le transmite spre implementare tuturor funcţiilor direct vizate

6.3. Comisia de disciplină

Comisiile de disciplină sunt structuri deliberative, fără personalitate juridică, independente în exercitarea atribuțiilor ce le revin, care au competența de a analiza faptele angajaților sesizate ca abateri disciplinare și de a propune modul de soluționare, prin individualizarea sancțiunii disciplinare aplicabile sau clasarea sesizării, după caz.

În cadrul fiecărei autorități și instituții publice se constituie, prin act administrativ al conducătorului autorității sau instituției publice, o comisie de disciplină.

În conformitate cu legislaţia în vigoare şi cu aprobarea comitetului director, funcţionează comisia de cercetare disciplinară, prin decizia managerului ori de cate ori este nevoie, care-şi exercită atribuţii conform legislaţiei în vigoare, pentru soluţionarea cazurilor de nerespectare a regulilor de disciplină, obligaţiilor de serviciu cât şi a normelor de comportare.

Atribuţiile comisiei de cercetare disciplinară:

1. analiza abaterilor disciplinare săvârşite de către salariaţii unităţii;
2. analiza încălcării normelor legale în vigoare, a prevederilor codului muncii, a regulamentului intern, a contractului individual de muncă, a ordinelor şi dispoziţiilor legale ale conducătorilor ierarhici;
3. stabilirea împrejurărilor în care fapta a fost săvârşită;
4. analiza gradului de vinovăţie a salariatului, precum şi consecinţele abaterii disciplinare;
5. verificarea eventualelor sancţiuni disciplinare suferite anterior de salariat;
6. efectuarea cercetării disciplinare prealabile;
7. propune sancţiunea ce urmează a fi aprobată de către manager.

(1) Comisia de disciplină are în componență 3 membri titular. Doi membri sunt desemnați de conducătorul instituției publice, iar al treilea membru face parte din organizația sau organizațiile sindicale reprezentative

(2) Pentru fiecare membru titular al comisiei de disciplină se desemnează câte un membru supleant. Membrul supleant își desfășoară activitatea în absența membrului titular corespunzător din comisia de disciplină, în cazul suspendării mandatului membrului titular corespunzător, respectiv în cazul în care mandatul acestuia a încetat înainte de termen, în condițiile prezentei hotărâri.

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

(4) Președintele comisiei de disciplină se alege prin votul secret al membrilor titulari, dintre aceștia. În situația în care nu se poate întruni majoritatea, va fi ales președinte membrul care are cea mai mare vechime în specialitate juridică.
(5) Comisia de disciplină are un secretar titular și un secretar supleant, numiți de conducătorul Instituției publice pe o perioadă de 3 ani, cu posibilitatea reînnoirii mandatului. Secretarul titular al comisiei de disciplină și secretarul supleant nu sunt membri ai comisiei de disciplină.
Poate fi desemnat membru în comisia de disciplină angajatul are îndeplinește următoarele condiții:
A) are o bună reputație profesională și o conduită corespunzătoare în exercitarea profesiei
B) are studii superioare;
C) este angajat pe perioadă nedeterminată;
D) nu se află în cazurile de incompatibilitate
(2) Cel puțin unul dintre membrii comisiei de disciplină are studii juridice sau administrative.

(4) Nu poate fi desemnat ca membru în comisia de disciplină angajatul care se află în următoarele cazuri de incompatibilitate:
A) este soț, rudă sau afin, până la gradul al patrulea inclusiv, cu persoanele care au competența legală de a numi membrii în comisia de disciplină, cu persoanele care au competența legală de a aplica sancțiunea disciplinară sau cu ceilalți funcționari publici desemnați membri în comisie;
B) a fost sancționat disciplinar, iar sancțiunea disciplinară aplicată nu a fost radiată, conform legii.
(1) Comisia de disciplină îndeplinește următoarele atribuții administrative:
A) alege președintele comisiei de disciplină,
B) primește sesizările și toate documentele care îi sunt adresate, după ce au fost înregistrate de secretarul comisiei de disciplină;
C) întocmește procese-verbale
D) întocmește rapoarte
E) întocmește orice alte înscrisuri
(2) Comisia de disciplină se întrunește în vederea alegerii președintelui în termen de cel mult 5 zile lucrătoare de la data numirii acesteia sau de la data suspendării ori încetării mandatului președintelui. Alegerea are loc prin vot secret. Este desemnat președinte al comisiei de disciplină membrul care cumulează cele mai multe voturi.
(3) Comisia de disciplină are obligația de a primi, prin secretarul acesteia, orice document care îi este destinat. Acesta se înregistrează în registrul de evidență al comisiei de disciplină.
(1) Comisia de disciplină îndeplinește următoarele atribuții funcționale:

A) efectuează procedura de cercetare administrativă a faptei sesizate ca abatere disciplinară;
B) propune sancțiunea disciplinară aplicabilă sau, după caz, propune clasarea sesizării în condițiile prezentei hotărâri, cu votul majorității membrilor comisiei;
C) propune menținerea sau anularea sancțiunii disciplinare

(2) Contestația cu privire la sancțiunea disciplinară se depune în termen de 5 zile lucrătoare de la data comunicării actului administrativ prin care aceasta a fost aplicată.
(3) Conducătorul instituției publice sesizează comisia de disciplină în termen de 5 zile lucrătoare de la data înregistrării contestației. În acest caz, comisia de disciplină este competentă să verifice dacă sancțiunea disciplinară a fost aplicată cu respectarea prevederilor legale
Președintele comisiei de disciplină are următoarele atribuții principale:
A) stabilește locul, data și ora ședințelor comisiei de disciplină;
B) conduce ședințele comisiei de disciplină;
C) coordonează activitatea comisiei de disciplină și a secretarului acesteia;

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, București
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

D) reprezintă comisia de disciplină în fața oricăror persoane fizice sau juridice.
Secretarul comisiei de disciplină are următoarele atribuții principale:
A) primește și înregistrează documentele adresate comisiei de disciplină în registrul de evidență al comisiei de disciplină;
B) convoacă membrii comisiei de disciplină, precum și orice altă persoană, la solicitarea președintelui acesteia;

C) redactează și semnează toate documentele emise de comisia de disciplină, alături de membrii acesteia, și ține evidența acestor documente;
D) primește și transmite corespondența comisiei de disciplină;
E) efectuează alte lucrări necesare desfășurării activității comisiei de disciplină, din dispoziția președintelui acesteia.

6.4. Comisia de organizare şi desfăşurare a concursurilor/examenelor pentru angajare/promovare si Comisia de soluţionare a contestaţiilor

1. Comisia de organizare și desfășurare a concursului sau examenului pentru ocuparea funcției de șef de secție, șef de laborator sau șef de serviciu

Proba scrisă a concursului sau examenului pentru ocuparea funcției de șef de secție, șef de laborator sau șef de serviciu se susține după întrebări cu subiecte din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, și legislația secundară aferentă.

(1) Pentru proba interviu - susținerea proiectului de management care să permită evaluarea capacității manageriale a candidatului, comisia de examinare va fi formată din comitetul director al unității sanitare publice.
(2) Pentru proba scrisă, clinică sau practică, componența comisiilor de examinare pentru medici se stabilește după cum urmează: președinte va fi directorul medical al unității sanitare publice; membri vor fi: un cadru didactic de predare din disciplina de profil, pentru secțiile clinice, sau medic primar în specialitatea respectivă, pentru cele neclinice; un medic primar/specialist din unitatea sanitară publică respectivă; un medic primar din specialitatea respectivă, desemnat de colegiul medicilor la nivelul colegiului teritorial sau al Colegiului Medicilor Municipiului București; reprezentantul autorității în a cărei subordine se află unitatea sanitară publică; secretar va fi un medic.
(3) Pentru proba scrisă, clinică sau practică, componența comisiilor de examinare a biologilor, biochimiștilor sau chimiștilor se stabilește după cum urmează: președinte va fi directorul medical al unității sanitare publice; membri vor fi: un cadru didactic de predare din disciplina de profil; un biolog, biochimist sau chimist principal/specialist din unitatea sanitară publică respectivă; un biolog/biochimist/chimist principal din specialitatea respectivă desemnat de Ordinul Biochimiștilor, Biologilor și Chimiștilor în sistemul sanitar din România; reprezentantul autorității în a cărei subordine se află unitatea sanitară publică; secretar va fi un medic.
Componența comisiilor de examinare se aprobă de autoritatea în a cărei subordine se află unitatea sanitară publică, la propunerea acesteia.

2. Comisia de organizare și desfășurare a concursurilor de ocupare a posturilor de medic, medic dentist, farmacist, biolog, biochimist și chimist din unitățile sanitare publice, precum și a funcțiilor

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, București
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

de şef de secţie, şef de laborator şi şef de compartiment din unităţile sanitare fără paturi, respectiv a funcţiei de farmacist-şef în unităţile sanitare publice cu paturi

1. Preşedinte - medic primar în specialitatea postului respectiv, medic dentist primar sau farmacist primar ori, după caz, un biolog, biochimist, chimist, cu grad principal, în specialitatea postului;

2. Membri: - medic primar în specialitatea postului respectiv, medic dentist primar sau farmacist primar ori, după caz, un biolog, biochimist, chimist, cu grad principal în specialitatea postului; - medic primar în specialitatea postului respectiv, medic dentist primar sau farmacist primar ori, după caz, un biolog, biochimist, chimist, cu grad principal în specialitatea postului desemnat de către organizaţia profesională judeţeană sau a municipiului Bucureşti din care face parte;

3. Reprezentantul ordonatorului de credite superior ierarhic, în funcţie de subordonare; 4. Secretar - medic, medic dentist, farmacist sau, după caz, biolog, biochimist ori chimist.

Pentru unităţile sanitare publice din subordinea administraţiei publice locale, din comisie va face parte şi un reprezentant al direcţiei de sănătate publică din judeţul în care are sediul unitatea sanitară publică sau din municipiul Bucureşti.

4) Reprezentanţii autorităţilor administraţiei publice locale, ai direcţiei de sănătate publică, ai ministerului ori ai instituţiei cu reţea sanitară proprie, precum şi cei ai Ministerului Sănătăţii nu notează candidaţii, având statut de observator.

5) În situaţia în care în cadrul unităţii sanitare publice nu există specialişti în profilul postului scos la concurs, în comisia de concurs pot fi cooptaţi specialişti din afara unităţii.

Comisiile de concurs sunt propuse de către conducătorul unităţii sanitare care a publicat posturile la concurs şi sunt aprobate de ordonatorul de credite superior ierarhic, prin act administrativ al conducătorului acestuia, în termen de 10 zile lucrătoare de la primirea propunerilor.

Propunerile se înaintează imediat după rezolvarea contestaţiilor prevăzute la art. 6 alin. (6), precizându-se numărul candidaţilor pentru fiecare post.

Comisia de soluţionare a contestaţiilor este formată din:

1. Preşedinte - directorul medical al unităţii sanitare care organizează concursul;

2. Membri: - un medic primar, medic dentist primar sau farmacist primar în specialitatea postului respectiv ori, după caz, un biolog, biochimist, chimist, cu grad principal; - un medic primar, medic dentist primar sau farmacist primar în specialitatea postului respectiv ori, după caz, un biolog, biochimist, chimist, cu grad principal desemnat de către organizaţia profesională judeţeană sau a municipiului Bucureşti din care face parte;

3. Secretar - medic, medic dentist, farmacist sau, după caz, biolog, biochimist ori chimist

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară

Certificate ISO

OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

3. Comisia de organizare şi desfăşurare a concursurilor de ocupare a funcţiilor contractuale şi a criteriilor de promovare în grade sau trepte profesionale imediat superioare a personalului contractual din sectorul bugetar plătit din fonduri publice.

Prin act administrativ al ordonatorului de credite al autorităţii sau instituţiei publice organizatoare a concursului, în condiţiile prezentului regulament-cadru, se constituie comisia de concurs, respectiv comisia de soluţionare a contestaţiilor, până cel târziu la data publicării anunţului de concurs.

(2) Persoanele nominalizate în comisia de concurs şi în comisia de soluţionare a contestaţiilor, cu excepţia secretarului, sunt persoane cu pregătire şi experienţă profesională în domeniul postului pentru care se organizează concursul.

(3) Atât comisia de concurs, cât şi comisia de soluţionare a contestaţiilor au fiecare în componenţa lor un preşedinte, 2 membri şi un secretar.

(4) Preşedintele comisiei de concurs, respectiv al comisiei de soluţionare a contestaţiilor se desemnează din rândul membrilor acestora, prin actul administrativ de constituire a comisiilor.

(5) Secretariatul comisiei de concurs şi secretariatul comisiei de soluţionare a contestaţiilor se asigură, de regulă, de către o persoană din cadrul compartimentelor de resurse umane ale autorităţii sau instituţiei publice organizatoare a concursului, acestea neavând calitatea de membri.

(6) Secretarul comisiei de concurs este şi secretar al comisiei de soluţionare a contestaţiilor şi este numit prin actul prevăzut la alin. (1).

(7) Pentru instituţiile publice din sistemul sanitar, din comisia de concurs face parte şi un reprezentant al organizaţiei profesionale, în condiţiile prevăzute de lege.

(8) În situaţia în care în cadrul instituţiei publice nu există specialişti în profilul postului scos la concurs, în comisia de concurs pot fi cooptaţi specialişti din afara unităţii.

(9) Pentru instituţiile publice din sistemul sanitar, organizaţia sindicală reprezentativă la nivel de unitate va nominaliza un reprezentant al organizaţiei sindicale, care va avea rolul de observator în comisia de concurs.

(10) În situaţia în care în cadrul instituţiei publice nu există sindicat reprezentativ, sindicatele semnatare ale contractului colectiv de muncă îşi vor desemna reprezentanţi în comisia de concurs în calitate de observator.

(11) Membrii desemnaţi potrivit prevederilor alin. (9) şi (10) trebuie să îndeplinească condiţiile prevăzute la art. 10 alin. (1) şi art. 11.

- Să deţină o funcţie cel puţin egală sau echivalentă cu funcţia contractuală vacantă pentru ocuparea căreia se organizează concursul;

- Să nu se afle în cazurile de incompatibilitate sau conflict de interese.

(1) Nu poate fi desemnată în calitatea de membru în comisia de concurs sau în comisia de soluţionare a contestaţiilor persoana care a fost sancţionată disciplinar, iar sancţiunea aplicată nu a fost radiată, conform legii.

(2) Calitatea de membru în comisia de concurs este incompatibilă cu calitatea de membru în comisia de soluţionare a contestaţiilor.

Nu poate fi desemnată în calitatea de membru în comisia de concurs sau în comisia de soluţionare a contestaţiilor persoana care se află în următoarele situaţii:

A) are relaţii cu caracter patrimonial cu oricare dintre candidaţi sau interesele patrimoniale ale sale ori ale soţului sau soţiei pot afecta imparţialitatea şi obiectivitatea evaluării;

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară

Certificate ISO

OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

B) este soţ, soţie, rudă sau afin până la gradul al IV-lea inclusiv cu oricare dintre candidaţi ori cu un alt membru al comisiei de concurs sau al comisiei de soluţionare a contestaţiilor;

C) este sau urmează să fie, în situaţia ocupării postului de conducere pentru care se organizează concursul, direct subordonat ierarhic al oricăruia dintre candidaţi

4. Comisia de organizare şi desfăşurare a concursurilor de ocupare a funcţiilor specific comitetului director din spitalele publice aflate în administrarea autorităţii publice locale a municipiului Bucureşti.

Din comisia de concurs/examen respective comisia de soluționare a contestațiilor, fac parte 2 reprezentanți desemnați de ASSMB precum și reprezentanți ai organizațiilor profesionale - Colegiul Medicilor București pentru funcția de Director Medical și de sindicat. Din comisia de concurs pentru funcția de director financiar contabilitate fac parte doi reprezentanți desemnați de ASSMB și un reprezentant al Primăriei Municipiului București, Direcția Economică. Reprezentanții organizațiilor profesionale au rol de observatori în cele 2 comisii.

Atribuţii principale:

1. Selectează dosarele de concurs/examen ale candidaţilor;
2. stabileşte subiectele pentru proba scrisă;
3. stabileşte planul interviului şi realizează interviul;
4. stabileşte planul probei practice şi asigură condiţiile necesare realizării ei;
5. stabileşte modul de acordare a punctajului pentru probele scrise şi pentru interviu; fixând un barem ;
6. notează pentru fiecare candidat fiecare probă a concursului/examenului;.
7. transmite secretariatului comisiei rezultatele concursului/examenului pentru a fi comunicate candidaţilor.
8. Semnează procesele verbale întocmite de secretarul comisiei după fiecare etapă de concurs

Comisia de soluţionare a contestaţiilor pentru punctul 1 este formată din:

1. Preşedinte - directorul medical al unităţii sanitare care organizează concursul;

2. Membri: - un medic primar, medic dentist primar sau farmacist primar în specialitatea postului respectiv ori, după caz, un biolog, biochimist, chimist, cu grad principal; - un medic primar, medic dentist primar sau farmacist primar în specialitatea postului respectiv ori, după caz, un biolog, biochimist, chimist, cu grad principal desemnat de către organizaţia profesională judeţeană sau a municipiului Bucureşti din care face parte;

3. Secretar - medic, medic dentist, farmacist sau, după caz, biolog, biochimist ori chimist.

Comisia de soluţionare a contestaţiilor are în componenţa sa un membru supleant pentru situaţia de incompatibilitate a unuia dintre membrii titulari ai comisiei.

Exercitarea calităţii de membru al comisiei de concurs sau al comisiei de contestaţii reprezintă atribuţie de serviciu şi nu este remunerată suplimentar.

Calitatea de membru în comisia de concurs este incompatibilă cu calitatea de membru în comisia de soluţionare a contestaţiilor.

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com

De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară

Certificate ISO

OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

Nu pot fi membri în comisia de concurs sau în comisia de soluţionare a contestaţiilor persoanele care au calitatea de: a) soţ, soţie, rudă sau afin până la gradul al IV-lea inclusiv cu oricare dintre candidaţi; b) au relaţii cu caracter patrimonial sau interese patrimoniale cu oricare dintre candidaţi.

Situaţia de incompatibilitate poate fi sesizată de persoana în cauză, de oricare dintre candidaţi, de conducătorul instituţiei publice organizatoare a concursului sau de orice altă persoană interesată. În acest caz, conducătorul unităţii sanitare publice constată situaţia de incompatibilitate şi ia măsuri de înlocuire, în termen de două zile de la data sesizării, a membrului respectiv cu o altă persoană care să îndeplinească condiţiile cerute.

Comisia de soluţionare a contestaţiilor are următoarele atribuţii:

1. soluţionează contestaţiile depuse de candidaţi cu privire la notarea fiecărei probe a concursului/examenului;
2. transmite secretariatului comisiei rezultatele contestaţiilor pentru a fi comunicate candidaţilor.

6.5. Comitetul de prevenire a IAAM (infecţiilor asociate asistenţei medicale)

În conformitate cu ORDIN 1101/2016, în toate unităţile sanitare cu paturi se va înfiinţa Comitetul de prevenire a infecţiilor asociate asistenţei medicale, din care vor face parte: şeful serviciului/compartimentului de prevenire a infecţiilor asociate asistenţei medicale, medicul responsabil de politica de utilizare a antibioticelor, directorul medical, directorul de îngrijiri, după caz, farmacistul, microbiologul/medicul de laborator din laboratorul propriu sau desemnat de laboratorul cu care unitatea are contract, toţi şefii de secţie. Comitetul este condus de şeful serviciului/coordonatorul compartimentului de prevenire a infecţiilor asociate asistenţei medicale şi are obligaţia de a se întâlni trimestrial sau la nevoie pentru analiza situaţiei şi elaborarea de propuneri către Comitetul director.

- Îndrumarea metodologică a personalului şi a activităţilor desfăşurate în cadrul serviciului/compartimentului de prevenire a IAAM se realizează de către DSP
- Intervenţia şi expertiza de specialitate, în cazul unor focare epidemice sau situaţii de risc declarat, sunt asigurate, la solicitarea unităţii sau prin autosesizare, de către DSP, cu titlu de gratuitate, cu finanţare din bugetul de stat, din venituri proprii sau din fonduri ale programului naţional de sănătate, după caz.
- Depistarea/Identificarea, înregistrarea şi declararea/raportarea infecţiilor asociate asistenţei medicale de către orice unitate sanitară sunt obligatorii.
- Fiecare unitate sanitară elaborează anual un program propriu de supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale.
- Fondurile necesare îndeplinirii activităţilor fi asigurate din bugetul de venituri şi cheltuieli al unităţii şi vor fi afişate pe site-ul unităţii, defalcat pe tip de cheltuieli (teste screening pacienţi, teste de autocontrol, dezinfectanţi, controlul microbiologic al personalului etc.).
- Costurile aferente activităţilor de supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale se vor regăsi în valoarea serviciilor medicale decontate de fiecare

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obţinută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

plătitor/asigurător/finanțator aflat în relație contractuală cu unitățile sanitare, pentru fiecare dintre pacienții eligibili asistați.

- În toate unitățile sanitare activitatea de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale face parte din obligațiile profesionale ale personalului și va fi înscrisă în fișa postului fiecărui salariat.
- Orice daună adusă pacienților prin nerespectarea prevederilor prezentului ordin sau a normativelor profesionale privind asigurarea calității asistenței medicale acordate pacienților în scopul prevenirii infecțiilor asociate asistenței medicale atrage responsabilitatea individuală sau, după caz, instituțională, în condițiile prevăzute de legislația în vigoare.

6.6. Comisia de analiză a deceselor

La nivelul unității există o comisie de analiză a deceselor care are următoarele atribuţii:

- Analizează periodic, o dată pe luna, numărul deceselor înregistrate in activitatea spitalului, astfel:
  - Numărul deceselor în totalitate,
  - Numărul deceselor la 24 de ore de la internarea pacientului,
- Analizează motivele medicale care au dus la decesul pacienţilor, cuprinse în FOCG şi certificatul de deces ;
- In situaţia in care se constată un deces survenit ca urmare a acţiunii personalului medical (malpraxis) prezintă cazul conducerii spitalului, in vederea luării de măsurilor legale care se impun;
- Redactează un proces verbal de şedinţă, in care consemnează rezultatele activităţii;
- Poate solicita medicului curant justificarea acţiunilor medicale in cazul pacientului decedat;
- Răspunde la orice solicitare a conducerii spitalului.
- Analizează datele medicale obţinute din foaia de observaţie, investigaţiile paraclinice, diagnosticul anatomo-patologic necroptic (macroscopic si histopatologic)
- Evidenţiază gradul de concordanţă intre diagnosticul de internare, diagnosticul de externare şi final (anatomo- patologic) având ca scop creşterea gradului de concordanţa diagnostică
- Realizează o statistică a deceselor din spital pe secţii evidenţiind totodată patologia cea mai frecventa a deceselor
- Dezbaterea cazurilor, aduce în atenţie cele mai noi si corespunzătoare tratamente medicale care se aplică pacienţilor din spital reprezentând o modalitate de creştere a nivelului ştiinţific al echipei medicale.
- Aduce la cunoştinţa membrilor comisiei reglementările legislative nou apărute in vederea optimizării activităţii medicale.

Reglementări privind anunţarea aparţinătorilor în legătura cu decesul pacientului:

- Decesul este obligatoriu constatat de medical primar/specialist/medical de garda. Persoana carea constatat decesul, consemnează în FO data şi ora decesului cu semnătura şi parafa, scrie epicriza de deces, cu data si ora, semnătura si parafa;

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

- Anunţarea aparţinătorilor despre survenirea decesului se face numai după 2 ore de la constatarea acestuia, de către medicul de gardă/medicul curant, care are obligaţia (legală) de a anunţa telefonic, aparţinătorii legali ai pacientului decedat, conform procedurilor
- Anunţul se consemnează in registrul de note telefonice;

6.7. Responsabilul cu gestionarea deşeurilor

Responsabilități în domeniul gestionării deșeurilor medicale
Reprezentantul legal al unității medicale (manager) are următoarele atribuții:
A) inițiază, implementează și conduce sistemul de gestionare a deșeurilor medicale;
B) asigură fondurile necesare pentru asigurarea funcționării sistemului de gestionare a deșeurilor medicale, inclusiv sumele necesare acoperirii costurilor;
C) desemnează o persoană, din rândul angajaților proprii, respectiv coordonatorul activității de protecție a sănătății în relație cu mediul, care să urmărească și să asigure îndeplinirea obligațiilor prevăzute de Legea nr. 211/2011, cu modificările ulterioare, de prezentele norme tehnice, precum și de legislația specifică referitoare la managementul deșeurilor medicale în ceea ce privește obligațiile deținătorilor/producătorilor de deșeuri;
D) controlează și răspunde de încheierea contractelor cu operatorii economici care transportă, tratează și elimină deșeurile rezultate din activitățile medicale;
E) controlează și răspunde de colectarea, transportul, tratarea și eliminarea deșeurilor rezultate din activitățile medicale;
F) poate delega atribuțiile menționate la lit. d) și e) către coordonatorul activității, de protecție a sănătății în relație cu mediul;
G) aprobă planul de gestionare a deșeurilor rezultate din activități medicale pe baza regulamentelor interne, a codurilor de procedură a sistemului de gestionare a Deșeurilor medicale periculoase din unitatea sanitară respectivă, în conformitate cu anexa nr. 4 la ordin;
H) aprobă planul de formare profesională continuă a angajaților din unitatea sanitară cu privire la gestionarea Deșeurilor medicale.

6.8.Coordonatorul activității de protecție a sănătății în relație cu mediul din unitățile sanitare:

A) este cadru medical certificat de către Institutul Național de Sănătate Publică - Centrul Național de Monitorizare a Riscurilor din Mediul Comunitar (CNMRMC), o dată la 3 ani;
B) elaborează și supune spre aprobarea conducerii planul de gestionare a Deșeurilor rezultate din activități medicale, pe baza regulamentelor interne și a codurilor de procedură pentru colectarea, stocarea, transportul, tratarea și eliminarea Deșeurilor medicale periculoase; în acest scop el colaborează cu epidemiologi în elaborarea unui plan corect și eficient de gestionare a Deșeurilor rezultate din activitățile medicale;
C) coordonează și răspunde de sistemul de gestionare a Deșeurilor în unitatea sanitară; în acest scop el elaborează regulamentul intern referitor la colectarea separată pe categorii, stocarea temporară, transportarea și eliminarea deșeurilor și clasifică Deșeurile generate în conformitate cu anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 856/2002, cu completările ulterioare;
D) stabilește codul de procedură a sistemului de gestionare a Deșeurilor medicale periculoase;

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

E) evaluează cantitățile de Deşeuri medicale periculoase şi nepericuloase produse în unitatea sanitară; păstrează evidența cantităților pentru fiecare categorie de Deşeuri şi raportează datele în conformitate cu Hotărârea Guvernului nr. 856/2002, cu completările ulterioare;
F) coordonează activitatea de culegere a datelor pentru determinarea cantităților produse pe tipuri de Deşeuri, în vederea completării bazei naționale de date şi a evidenței gestiunii Deşeurilor medicale;
G) supraveghează activitatea personalului implicat în gestionarea Deşeurilor medicale periculoase;
H) se asigură de cântărirea corectă a cantității de Deşeuri medicale periculoase care se predă operatorului economic autorizat, utilizând cântare verificate metrologic;
I) propune şi alege soluția de eliminare finală într-un mod cât mai eficient a Deşeurilor medicale periculoase în cadrul fiecărei unități sanitare;
J) verifică dacă operatorul economic ce prestează servicii de transport ale deşeurilor medicale este autorizat, conform prevederilor legale, pentru efectuarea acestei activități şi dacă autovehiculul care preia Deşeurile corespund cerințelor legale;
K) verifică dacă destinatarul transportului de Deşeuri este un operator economic autorizat să desfăşoare activități de eliminare a Deşeurilor;
L) colaborează cu persoana desemnată să coordoneze activitatea de gestionare a Deşeurilor rezultate din unitățile sanitare în scopul derulării unui sistem de gestionare corect şi eficient a Deşeurilor periculoase;
M) este responsabil de îndeplinirea tuturor obligațiilor prevăzute de lege în sarcina deținătorului/producătorului de Deşeuri, inclusiv a celor privitoare la încheierea de contracte cu operatori economici autorizați pentru transportul, tratarea şi eliminarea Deşeurilor medicale.

6.9. Consiliul etic

În cadrul unităților sanitare publice, altele decât cele cu statut de spital clinic, universitar şi institut, Consiliul etic este alcătuit din 7 membri, cu următoarea reprezentare:
A) 4 reprezentanți aleşi ai corpului medical al spitalului;

B) 2 reprezentanți aleşi ai asistenților medicali din spital;

C) un reprezentant ales al asociațiilor de pacienți.

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

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

Membrii Consiliului etic, precum şi secretarul şi consilierul juridic beneficiază cu prioritate de instruire în domeniul eticii şi integrității

Alegerea şi desemnarea membrilor Consiliului etic
(1) Criteriile care stau la baza propunerilor şi nominalizărilor membrilor Consiliului etic sunt reputația morală şi lipsa cazierului judiciar.
(2) Calitatea de membru în Consiliul etic este incompatibilă cu următoarele calități:
A) din structura spitalului respectiv: manager al spitalului, director medical, director de îngrijiri, asistent-şef al spitalului, precum şi angajați ai spitalului rude până la gradul 3 cu aceştia;

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

B) din afara spitalului respectiv: angajaţi şi/sau colaboratori ai companiilor producătoare sau distribuitoare de medicamente, materiale sanitare, echipamente şi dispozitive medicale, angajaţi sau colaboratori ai furnizorilor de servicii sau produse cu care spitalul se află în relaţie contractuală.
(3) Consiliul etic este alcătuit din membri permanenţi. Pentru fiecare membru permanent şi pentru secretar există câte un membru supleant.
(4) Managerul are responsabilitatea organizării procedurii de vot. Votul este secret. La procedura de vot şi numărarea voturilor pot participa ca observatori reprezentanţii asociaţiilor de pacienţi înscrişi în registrul electronic din judeţul respectiv. Asociaţiile vor fi notificate de către manager în acest sens cu minimum 3 zile lucrătoare înainte de organizarea procedurii de vot.
(5) Fiecare secţie/departament/serviciu din cadrul spitalului propune o candidatură din rândul personalului medical, prin intermediul medicului-şef, precum şi o candidatură din rândul personalului sanitar, prin intermediul asistentului-şef. Alte categorii de personal cu studii superioare care acordă servicii de consiliere şi de recuperare pacienţilor vor fi asimilaţi personalului medical.
(6) Candidaturile individuale sunt, de asemenea, acceptate. Acestea se depun la registratura spitalului, în atenţia managerului.
(7) Selecţia şi votul membrilor Consiliului etic provenind din cadrul personalului medico-sanitar al spitalului se realizează distinct, pentru fiecare categorie profesională. Astfel, atât personalul medical, cât şi personalul sanitar îşi desemnează reprezentanţi proprii.
(8) În urma derulării procedurii de vot, candidaţii care au obţinut cel mai mare număr de voturi sunt desemnaţi membri permanenţi. Candidaţii situaţi pe poziţiile imediat următoare dobândesc calitatea de membri supleanţi.
(9) În cazul întrunirii unui număr egal de voturi se organizează un al doilea tur de scrutin la care participă candidaţii care au obţinut numărul egal de voturi, cu respectarea aceleiaşi proceduri de vot.
(10) Secretarul Consiliului etic, precum şi supleantul acestuia sunt desemnaţi prin decizia managerului spitalului, înainte de şedinţa de constituire a Consiliului etic.
(11) În vederea alegerii şi desemnării reprezentanţilor asociaţiilor de pacienţi în cadrul consiliilor etice, Ministerul Sănătăţii prin Compartimentul de integritate realizează şi administrează Registrul electronic al asociaţiilor de pacienţi (Registru) interesate să se implice în activitatea consiliilor etice ale spitalelor Registrul se actualizează permanent, fiind un instrument de comunicare şi cooperare între Ministerul Sănătăţii şi reprezentanţii societăţii civile din cadrul sistemului public de sănătate.
În absenţa unei candidaturi din partea asociaţiilor de pacienţi, Consiliul etic se consideră legal constituit.
Componenţa nominală a Consiliului etic, respectiv membrii permanenţi şi cei supleanţi, se finalizează, pe baza rezultatelor votului şi a desemnărilor, printr-o decizie administrativă a managerului spitalului, după completarea declaraţiilor individuale ale membrilor Consiliului etic.
Managerul unităţii sanitare are obligaţia să publice pe pagina web a spitalului documentele ce dovedesc respectarea procedurii de alegere şi desemnare a membrilor Consiliului etic.
Fişa postului fiecărui membru al Consiliului etic angajat al spitalului, a secretarului Consiliului etic, precum şi a consilierului juridic se completează cu atribuţiile aferente, în conformitate cu prezentul ordin.
Şedinţa de constituire este prezidată de către cel mai vârstnic membru ales. În cadrul şedinţei de constituire, la care participă atât membrii permanenţi, cât şi cei supleanţi, se prezintă membrii permanenţi şi supleanţi, responsabilităţile acestora, atribuţiile Consiliului etic şi actul normativ de reglementare şi se alege preşedintele.

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obţinută de unitatea sanitară

Certificate ISO

OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

Pentru unitățile sanitare la care Consiliul etic este constituit, dar nu are reprezentant din partea asociațiilor de pacienți, orice asociație de pacienți care respectă condițiile prevăzute de lege are dreptul să notifice spitalul pentru a solicita nominalizarea ca membru permanent în Consiliul etic a unui reprezentant Odată cu realizarea notificării, reprezentantul asociației de pacienți devine membru permanent de drept al Consiliului etic.
Durata mandatului de membru permanent sau supleant al Consiliului etic este de 3 ani. Cu 30 de zile înainte de finalul mandatului se realizează o nouă procedură de selecție, pentru asigurarea continuității în funcționarea Consiliului etic.

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.
Consiliul etic este condus de un președinte ales prin vot secret dintre membri.
Atribuțiile Consiliului etic
Consiliul etic are următoarele atribuții:

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

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, București
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com

De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară

Certificate ISO

OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

- analizează din punctul de vedere al vulnerabilităților etice și de integritate și al respectării drepturilor pacienților și oferă un aviz consultativ comisiei de etică din cadrul spitalului, pentru fiecare studiu clinic desfășurat în cadrul spitalului;
- oferă, la cerere, consiliere de etică pacienților, aparținătorilor, personalului medico-sanitar și auxiliar.

(2) Consiliul etic poate solicita documente și informații în legătură cu cauza supusă analizei și poate invita la ședințele sale persoane care pot să contribuie la soluționarea spetei prezentate.

Atribuțiile președintelui Consiliului etic

Atribuțiile președintelui Consiliului etic sunt următoarele:

- convoacă Consiliul etic, prin intermediul secretarului, conform art. 11 alin. (1);
- prezidează ședințele Consiliului etic, cu drept de vot;
- avizează, prin semnătură, documentele emise de către Consiliul etic și rapoartele periodice;
- informează managerul spitalului, în termen de 7 zile lucrătoare de la vacantarea unui loc în cadrul Consiliului etic, în vederea completării componenței acestuia.

Atribuțiile secretarului Consiliului etic

Atribuțiile secretarului Consiliului etic sunt următoarele:

- deține elementele de identificare - antetul și ștampila Consiliului etic - în vederea avizării și transmiterii documentelor;
- asigură redactarea documentelor, înregistrarea și evidența corespondenței, a sesizărilor, hotărârilor și avizelor de etică;
- introduce sesizările primite în sistemul informatic securizat al Ministerului Sănătății, în termen de o zi lucrătoare de la înregistrarea acestora, și asigură informarea, după caz, a membrilor Consiliul etic și a managerului spitalului prin mijloace electronice, cu privire la acestea;
- realizează, gestionează și actualizează baza de date privind sesizările, avizele, hotărârile Consiliului etic și soluționarea acestora de către manager;
- informează președintele cu privire la sesizările primite în vederea convocării Consiliului etic;
- convoacă membrii Consiliului etic ori de câte ori este necesar, la solicitarea președintelui, cu cel puțin două zile lucrătoare înaintea ședințelor;
- asigură confidențialitatea datelor cu caracter personal;
- întocmește procesele-verbale ale ședințelor Consiliului etic;
- asigură trimestrial informarea membrilor Consiliului etic și a managerului spitalului cu privire la rezultatele mecanismului de feedback al pacientului, atât prin comunicare electronică, cât și prezentarea rezultatelor în cadrul unei ședințe;
- asigură postarea lunară pe site-ul spitalului a informațiilor privind activitatea Consiliului etic (lista sesizărilor, a avizelor și hotărârilor etice, rezultatul mecanismului de feedback al pacientului);
- formulează și/sau colectează propunerile de îmbunătățire a activității Consiliului sau spitalului și le supune aprobării Consiliului etic;
- întocmește raportul semestrial al activității desfășurate, în primele 7 zile ale lunii următoare semestrului raportat, și îl supune avizării președintelui și ulterior aprobării managerului;
- întocmește raportul anual al activității desfășurate și Anuarul etic, în primele 15 zile ale anului următor celui raportat, și îl supune avizării președintelui și aprobării managerului;
- pune la dispoziția angajaților Anuarul etic, care constituie un manual de bune practici la nivelul spitalului.

Funcționarea Consiliului etic

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, București
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

- Consiliul etic se întrunește lunar sau ori de câte ori apar noi sesizări ce necesită analiză de urgență, la convocarea managerului, a președintelui Consiliului sau a cel puțin 4 dintre membrii acestuia.
- Ședințele sunt conduse de către președinte sau, în lipsa acestuia, de către persoana decisă prin votul secret al membrilor prezenți.
- Cvorumul ședințelor se asigură prin prezența a cel puțin 5 dintre membrii Consiliului etic, inclusiv președintele de ședință.
- Prezența membrilor la ședințele Consiliului etic se confirmă secretarului cu cel puțin o zi înainte de ședință. În cazul absenței unuia dintre membrii Consiliului, secretarul solicită prezența membrului supleant respectiv.
- Deciziile se adoptă prin vot secret, cu majoritate simplă. În cazul în care în urma votului membrilor Consiliului etic se înregistrează o situație de paritate, votul președintelui este decisiv.
- Exprimarea votului se poate face "pentru" sau "împotriva" variantelor de decizii propuse în cadrul ședinței Consiliului etic.
- În situația în care speța supusă analizei implică o problemă ce vizează structura de care aparține unul dintre membrii Consiliului etic sau membrul are legături directe sau indirecte, de natură familială, ierarhică ori financiară, cu persoanele fizice sau juridice implicate în speța supusă analizei Consiliului, acesta se suspendă, locul său fiind preluat de către supleant. În cazul în care și supleantul se găsește în aceeași situație de incompatibilitate, acesta se suspendă, speța fiind soluționată fără participarea celor doi, cu respectarea cvorumului.
- La fiecare ședință a Consiliului etic se întocmește un proces-verbal care reflectă activitatea desfășurată și deciziile luate.
- Consiliul etic asigură confidențialitatea datelor cu caracter personal, inclusiv după soluționarea sesizărilor, în conformitate cu prevederile legale în vigoare. Încălcarea confidențialității de către orice membru al Consiliului etic atrage răspunderea legală a acestuia.
- În cazul motivat de absență a unui membru, acesta este înlocuit de membrul supleant. În caz de absență a președintelui, membrii Consiliului etic aleg un președinte de ședință, prin vot secret.
- Managerul spitalului are obligația de a promova Consiliul etic în cadrul fiecărei secții din spital prin afișe al căror conținut este definit de Compartimentul de integritate al Ministerului Sănătății. Compartimentul de integritate are obligația să informeze opinia publică cu privire la funcționarea consiliilor de etică în spitale, la nivel național.

Sesizarea unui incident de etică

- Sesizarea unui incident de etică sau a unei vulnerabilități etice poate fi făcută de către pacient, aparținător sau reprezentant legal al acestuia, personalul angajat al spitalului și orice altă persoană interesată.
- Sesizările sunt adresate managerului spitalului și se depun la registratură, se transmit prin poștă electronică sau prin completarea formularului online aflat pe pagina web a spitalului. Modelul formularului de sesizare online este prevăzut în anexa nr. 4 la prezentul ordin.
- Fiecare sesizare (depusă la registratură, prin poștă electronică sau formular online) primește un număr de înregistrare comunicat persoanei care o înaintează.
- Sesizările anonime sau cele în care nu sunt trecute datele de identificare ale petiționarului nu se iau în considerare și vor fi clasate. Ca excepție, în situația în care există mai mult de 3 sesizări anonime în interval de un an calendaristic care se referă la spețe diferite din cadrul aceleiași secții a unității sanitare sau la același angajat al spitalului, sesizările vor fi analizate în Consiliul etic în vederea emiterii unei hotărâri de etică sau a unui aviz de etică.

Analiza sesizărilor

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, București
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

(1) Analiza sesizărilor şi emiterea unei hotărâri sau a unui aviz etic, după caz, se fac în cadrul şedinţei Consiliului etic, urmând următoarele etape:

- managerul înaintează preşedintelui toate sesizările adresate sau care revin în atribuţiile Consiliului etic şi orice alte documente în legătură cu acestea;
- secretarul Consiliului etic pregăteşte documentaţia şi asigură confidenţialitatea datelor cu caracter personal pentru protejarea părţilor implicate;
- secretarul asigură convocarea membrilor Consiliului etic;
- preşedintele prezintă membrilor Consiliului etic conţinutul sesizărilor primite;
- membrii Consiliului etic analizează conţinutul sesizărilor primite şi propun soluţii de rezolvare a sesizărilor folosind informaţii de natură legislativă, morală sau deontologică;
- în urma analizei, Consiliul etic, prin vot secret, adoptă hotărâri sau avize de etică, după caz;
- secretarul Consiliului etic redactează procesul-verbal al şedinţei, care este semnat de către toţi membrii prezenţi;
- secretarul asigură comunicarea hotărârii sau avizului etic către managerul spitalului, sub semnătura preşedintelui Consiliului etic, imediat după adoptare;
- managerul spitalului dispune măsuri, în conformitate cu atribuţiile ce îi revin;
- managerul spitalului asigură comunicarea hotărârii sau avizului etic către petent;
- managerul spitalului asigură comunicarea acţiunilor luate ca urmare a hotărârii sau avizului etic, către Consiliul etic şi petent, în termen de maximum 14 zile de la primirea comunicării.

(2) Avizele de etică şi hotărârile Consiliului etic vor fi incluse în Anuarul etic ca un model de soluţionare a unei spețe, urmând să fie utilizate la analize ulterioare şi comunicate spitalului în vederea preveniri apariţiei unor situaţii similare.

Raportarea activităţii Consiliului etic

- Raportul Consiliului etic este încărcat în sistemul informatic securizat în termen de 7 zile de la finalizarea semestrului şi în termen de 15 zile de la finalizarea anului. Modelul de raportare a activităţii Consiliului etic este prevăzut în anexa nr. 5 la prezentul ordin.
- Direcţiile de sănătate publică judeţene, respectiv a municipiului Bucureşti, prin personalul acestora aflat în coordonarea Compartimentului de integritate, au obligaţia verificării rapoartelor transmise de secretarii consiliilor de etică, în termen de 7 zile de la încărcarea acestuia.
- Ministerul Sănătăţii asigură posibilitatea raportării electronice a datelor prin sistemul informatic securizat creat în acest scop cu sprijinul Serviciului de Telecomunicaţii Speciale.
- Asociaţiile de pacienţi care au reprezentanţi în consiliile de etică constituite la nivelul spitalelor au obligaţia ca în termen de 7 zile de la finalizarea semestrului şi în termen de 15 zile de la finalizarea anului să înainteze Compartimentului de integritate un raport privind activitatea acestora în cadrul consiliilor etice, precum şi propuneri de îmbunătăţire a deficienţelor constatate.
- Compartimentul de integritate din cadrul Ministerului Sănătăţii analizează datele colectate şi formulează concluzii şi propuneri pentru reducerea vulnerabilităţilor etice.
- Compartimentul de integritate din cadrul Ministerului Sănătăţii întocmeşte semestrial un raport către ministrul sănătăţii şi/sau instituţiile ce coordonează strategia naţională anticorupţie, după caz, cu privire la concluziile şi propunerile rezultate.
- Ministerul Sănătăţii publică anual, în format electronic, un anuar etic naţional.
- Documentele rezultate din activitatea Consiliului etic se arhivează prin includerea acestora în nomenclatoarele arhivistice ale spitalelor, cu respectarea prevederilor legale în vigoare pentru acest domeniu.

Sancţiuni

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obţinută de unitatea sanitară

Certificate ISO

OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

-Nerespectarea prevederilor legate de organizarea şi funcţionarea Consiliului etic se poate constata de către Compartimentul de integritate din cadrul Ministerului Sănătăţii, de echipele de control sau audit ale Ministerului Sănătăţii sau de către reprezentanţii de la nivel judeţean sau ai municipiului Bucureşti din cadrul direcţiilor de sănătate publică.

-Nerespectarea prevederilor art. 4 se sancţionează prin obligaţia anulării procedurii de constituire a Consiliului etic şi organizarea unei noi proceduri.

-Compartimentul de integritate, echipele de control sau audit ale ministerului asigură informarea ministrului sănătăţii cu privire la nerespectarea prevederilor prezentului ordin.

6.10. Comisia de etică

Comisia de trebuie să asigure drepturile, siguranţa şi confortul tuturor subiecţilor incluşi în studiul clinic.

B).Comisia de etica va acorda o atenţie specială studiilor care pot include subiecţi vulnerabili (persoanele a căror dorinţă de a participa ca voluntari în studiul clinic poate fi influenţată în mod incorect, justificat sau nu, de speranţa în beneficii obţinute prin participare sau de teama unor represalii din partea unor superiori ierarhici din structura din care fac parte, în cazul unui refuz; exemple de subiecţi vulnerabili pot fi studenţii la medicină, farmacie, stomatologie sau cursanţi ai studiilor medii medicale, personal subordonat spitalului şi laboratorului, angajaţi în industria farmaceutică, membri ai forţelor armate şi persoane aflate în detenţie; alţi subiecţi vulnerabili pot fi pacienţii cu boli incurabile,

Persoane internate în unităţi ajutătoare, şomeri sau persoane foarte sărace, grupuri etnice minoritare, persoane fără locuinţă, nomazi, refugiaţi, minori şi persoanele incapabile să îşi exprime consimţământul în cunoştinţă de cauză).

(1) Comisia de etică trebuie să primească următoarele documente:

a) protocolul clinic;

b) formularul de consimţământ exprimat în cunoştinţă de cauză şi formularul actualizat dacă investigatorul îl propune pentru utilizare în cadrul studiului;

c) oricare alte documente considerate necesare de către CE pentru îndeplinirea responsabilităţilor acesteia.

(2) Comisia de etica trebuie să evalueze studiul clinic propus într-o perioadă de timp convenabilă (maximum 7 zile) şi să-şi exprime în scris punctul de vedere, cu identificarea clară a studiului, a documentelor verificate şi a datelor pentru următoarele:

a) aprobarea/opinia favorabilă;

b) modificările necesare pentru obţinerea aprobării/opiniei favorabile;

c) neaprobarea/opinia negativă;

d) închiderea studiului/suspendarea oricărei aprobări preliminare/opinii favorabile.

Comisia de etica poate să ceară mai multe informaţii decât principiile generale, dacă se consideră că informaţiile suplimentare ar contribui la îmbunătăţirea înţelegerii situaţiei privind protecţia, drepturile, siguranţa şi/sau confortul subiecţilor..

(1) Comisia de etica este alcătuită dintr-un număr de 5 membri cu drept de vot - care au calificarea şi experienţa pentru a verifica şi evalua aspectele ştiinţifice, medicale şi etice pentru studiul propus, şi un secretar:

- Doi medici psihiatri din sectie
- Farmacist

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obţinută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

- Medicul de laborator sau alt medic
- Consilierul juridic
- Un secretar (alt personal cu studii superioare)

(2) Numai acei membri ai Comisiei de etica care sunt independenţi de investigatorul şi de sponsorul studiului trebuie să voteze/să-şi exprime opinia privind studiul respectiv.

Comisia de etica trebuie să îşi desfăşoare activitatea în conformitate cu procedurile de lucru scrise, trebuie să păstreze înregistrări scrise privind activitatea ei şi procesele verbale ale întâlnirilor şi trebuie să acţioneze în conformitate cu regulile de bună practică în studiul clinic şi cu reglementările legale în vigoare.

Comisia de etica trebuie să ia decizii la şedinţele anunţate la care au participat cel puţin 4 membri care pot reprezenta un cvorum

Numai membrii Comisiei de Etică care participă efectiv la aprecieri şi discuţii pot să-şi exprime opinia/să voteze/sau să aprobe studiul.

Investigatorul poate prezenta informaţii despre oricare din aspectele studiului, şi poate participa la dezbaterile Comisiei de Etică sau la votul/opinia Comisiei de Etică

Comisia de etica poate invita pentru consultări specialişti din diverse domenii privind subiectul discutat.

Comisia de etica respectă Procedura de desfăşurare a studiilor clinice în spital

Comisia de eticatrebuie să stabilească, să documenteze în scris şi să informeze prompt în scris investigatorul şi managerul instituţiei cu privire la:

- decizia/opinia sa privind studiul;
- motivele care au condus la decizia sa;
- procedurile folosite pentru revenirea asupra acestor decizii.

Comisia de etica trebuie să păstreze toate înregistrările relevante (de ex.: proceduri scrise, listele membrilor, listele privind ocupaţia/apartenenţa membrilor, documentele depuse, procesele verbale ale şedinţelor şi corespondenţa) pentru o perioadă de cel puţin trei ani după terminarea studiului şi să le prezinte la cerere instituţiilor abilitate (Agenţiei Naţionale a Medicamentului, Comisiei Naţionale de Etică etc).

Comisiei de Etică i se poate solicitată de către investigator, sponsor sau Agenţia Naţională a Medicamentului să prezinte procedurile scrise şi lista membrilor săi.

6.11. Nucleul de calitate

Nucleul de Calitate (ORD.M.S. 559/2001, 874/2001,4017/2001) este compus din 2 medici şi are sarcina de a asigura monitorizare internă a calităţii serviciilor medicale furnizate, prin urmărirea respectării criteriilor de calitate.

Nucleul de calitate va avea drept coordonator, directorul medical, numit prin decizia managerului.

Atribuţiile Nucleului de Calitate sunt, conform metodologiei de lucru privind înfiinţarea nucleelor de calitate în unele unităţi spitaliceşti şi Standardelor de acreditare:.

- Identificarea şi definirea unui set de indicatori de calitate aplicabili fiecărei secţii, compartiment, laborator şi a unui set de indicatori aplicabili la nivelul spitalului
- Monitorizarea internă a calităţii serviciilor medicale furnizate (autoevaluare a calităţii serviciilor medicale),
- Raportarea trimestrială către comitetul director a analizei indicatorilor, problemelor identificate, masurilor de îmbunătăţire propuse

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

- Elaborarea si aprobarea in Comitetul Director a unui plan de monitorizare şi evaluare a calităţii îngrijirilor în spital
- Elaborarea si aprobarea in Comitetul Director a unui plan de măsuri pentru îmbunătăţirea calităţii serviciilor medicale, cu includerea de obiective si masuri specifice fiecărei secţii
- Elaborarea si transmiterea către Comitetul Director a unui Raport de evaluare anuală a programului de îmbunătăţire a calităţii serviciilor.
- Monitorizarea periodica a modului de întocmire, prelucrare si gestionare a documentelor medicale;
- Analizează eficienta procedurilor si protocoalelor implementate si necesitatea introducerii altora noi; Vor fi efectuate, prin sondaj, pentru fiecare secţie în parte, un număr de minim două evaluări lunare. Data efectuării sondajelor şi constatările vor fi înscrise în Registrul de activitate al nucleului de calitate, cu semnătura persoanei care a efectuat sondajul şi vor fi utilizate pentru întocmirea punctajului aferent criteriilor de calitate şi urmărirea lunară pentru reactualizarea acestuia.

6.12. Comisia de farmacovigilenţă

Principalele atribuţii ale comisiei de farmacovigilenţă sunt următoarele :

- Analizează consumul de medicamente, stabileşte necesarul pentru luna următoare si propune masuri care sa asigure tratamentul corespunzător al pacienţilor cu încadrarea in cheltuielile bugetare aprobate cu aceasta destinaţie;
- Verifica corespondenţa baremului aparatului de urgenta cu cel aprobat de conducerea unităţii si conform legislaţiei in vigoare;
- Analizează toate cazurile de reacţii adverse si va urmări întocmirea fiselor de reacţii adverse si va propune metode mai bune de diagnostic a reacţiilor adverse; transmite la ANM copii ale acestor fişe.
- Prezintă periodic informări cu privire la această activitate şi face propuneri de îmbunătăţire a acestei activităţi, aceste informări vor fi adresate consiliului medical pentru aducere la cunoştinţă. 3. Recomanda achiziţionarea buletinelor de farmacovigilenţa emise de Agenţia Naţională a medicamentului
- Pentru medicamentele nou apărute pe piaţa procedează la implementarea acestora în terapie;
- Identifica factorii de risc la prescrierea anumitor anumitor medicamente;
- Evaluează avantajele administrării unor medicamente pentru pacienţii internaţi;
- Evita întrebuinţării eronate si a abuzului de produse medicamentoase;
- Verifica prin sondaj modul de stabilire a medicaţiei pentru pacienţii internaţi si evidenţierea acesteia;
- Verifica investigaţiile stabilite la internare din punct de vedere al oportunităţii;
- Dispune elaborarea si aproba protocoalele terapeutice;
- Întocmeşte rapoarte scrise către comitetul director cu privire la activitatea desfăşurată si formulează propuneri pentru eficientizare;
- Se întruneşte lunar, la solicitarea preşedintelui.

6.13. Comisia medicamentului (Comisia pentru stabilirea necesarului de medicamente şi consumabile).

Componenţa comisiei medicamentului este stabilită prin decizia managerului, din aceasta făcând parte, directorul medical, farmacistul, alţi medici. Atribuţiile sunt următoarele:

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. in conformitate cu stadiul/categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

- Stabileşte coordonatele principale privind consumul de medicamente şi materiale sanitare la nivelul spitalului, în vederea utilizării judicioase a fondurilor spitalului, prevenirii polipragmaziei şi a rezistenţei la medicamente;
- Stabileşte prioritățile in ceea ce priveşte politica de achiziţii de medicamente/materiale sanitare.
- Necesarul si prioritățile se vor stabili in baza propunerilor făcute de comitet, avizată în această privinţă, propuneri ce vor fi înaintate spre aprobare către consiliul medical.
- Stabilirea unei liste de medicamente de bază obligatorii, care să fie în permanenţă accesibile în farmacia spitalului, specifice fiecărei secţii, determinată pe raţionalitatea incidentei cazuisticii generale pentru raţionalizarea si eficientizarea utilizării lor în practica medicală.
- stabilirea unei liste de medicamente care se achiziţionează doar în mod facultativ, pentru cazuri bine selecţionate şi documentate medical.
- întocmeşte lista materialelor sanitare şi a medicamentelor - denumiri comune internaţionale (dci) şi forma farmaceutică - utilizate pe perioada spitalizării, cu menţionarea dci - urilor care pot fi recomandate cu aprobarea medicului şef de secţie sau cu aprobarea consiliului medical, cerinţă a normelor de aplicare a contractului cadru;
- Verificarea continuă a stocului de medicamente/materiale sanitare de bază, pentru a preveni disfuncţiile în asistenţa medicală;
- Verificarea ritmică a cheltuielilor pentru medicamente/materiale sanitare şi analiza lor în funcţie de raportarea lunară a situaţiei financiare;
- Elaborarea de ghiduri terapeutice pe profiluri de specialitate medicală bazate pe bibliografie naţională şi internaţională şi pe condiţiile locale/când se va impune;
- Comisia poate solicita rapoarte periodice de la şefii de secţie privind administrarea de medicamente în funcţie de incidenţa diferitelor afecţiuni şi consumul de materiale sanitare;
- Comisia poate dispune întreruperea administrării de medicamente cu regim special în cazul când acel tratament se consideră inutil.
- Referatele de urgenţă pentru medicamente/materiale sanitare, se vor centraliza lunar de către compartimentul de achiziţii publice şi vor fi înaintate comisiei medicamentului pentru analizarea oportunităţii introducerii lor în necesarul estimativ;
- Comisia medicamentului poate analiza oricând necesarul şi oportunitatea achiziţiei de medicamente/materiale sanitare, urmând a face propuneri consiliului medical vizând eficienţa utilizării fondurilor publice.
- Înaintează consiliului medical propuneri pentru întocmirea/introducerea în planul anual de achiziţii publice de medicamente şi materiale sanitare a necesarului fundamentat în urma evaluării şi analizei cazuisticii.
- Analizează consumul de medicamente pe secţii si pe spital; cvorumul de lucru al comisiei medicamentului este de jumătate plus unu din numărul total al membrilor, iar deciziile se iau cu jumătatea simpla a celor prezenţi.

6.14. Comisia de alimentaţie şi dietetică

- Sarcina comisiei de alimentaţie si dietetica este de a analiza sistemul de prescriere şi distribuire a diferitelor regimuri dietetice propunând adaptarea lor la necesităţile reale.
- Comisia va controla calitatea hranei prin sondaj, organoleptic, cantitativ şi calitativ.
- Comisia va efectua controale inopinate.
- Comisia se va întruni lunar şi ori de câte ori există solicitări şi va urmări următoarele obiective:
- Existenţa regimurilor alimentare diversificate pe afecţiuni;
- Modul de întocmire a regimurilor alimentare;

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

- Calcularea valorilor calorice şi nutritive; - pregătirea şi distribuirea alimentelor;

6.15. Comisia de analiza a indicatorilor DRG

Principalele atribuţii ale comisiei de analiză D.R.G. sunt următoarele:

- Analizează toate cazurile nevalidate, iar cele care pot fi revalidate sunt transmise secţiei în vederea remedierii deficienţelor şi transmiterii lor compartimentului de Statistică şi D.R.G. pentru raportarea acestora spre revalidare;
- Analizează modul de codificare în vederea îmbunătăţirii indicelui de complexitate.
- Analiza corectitudinii codificării in sistem D.R.G.
- Colaborarea cu persoanele/firma implicata in auditarea pentru sistemul D.R.G. – la nevoie
- Implementarea masurilor si corecturilor sugerate de auditorul D.R.G.
- Instruirea personalului medical implicat in codificarea in sistem D.R.G.
- Corectarea si completarea datelor necompletate din foile de observaţie pentru obţinerea unui procentaj maxim pentru cazul respectiv in sistem D.R.G.
- Implementarea, sistematizarea, prelucrarea si evaluarea masurilor pentru creşterea numărului cazurilor care beneficiază de spitalizare de zi in conformitate cu Ordin Casa Naţională a Asigurărilor de Sănătate
- Urmărirea concordantei intre indicele de concordanţă a diagnosticului la internare cu diagnosticul la externare Comisia D.R.G. se va întruni ori de cate ori este nevoie, în funcţie de specificul cazurilor, dar nu mai puţin de o data pe trimestru. Propunerile consemnate in procesele verbale ale şedinţelor Comisiei D.R.G. vor fi înaintate spre analiza Consiliului medical.

6.16. Responsabilul cu protecția datelor (GDPR)

Atribuţii:

- Informarea, sfătuirea angajatorului şi a celorlalţi angajaţi, emiterea de recomandări către angajator, precum şi către ceilalţi angajaţi cu privire la obligaţiile care le revin în temeiul Regulamentului (EU) 679/2016, a altor dispoziţii de drept ale Uniunii sau drept intern referitoare la protecţia datelor;
- Promovarea unei culturi a protecţiei datelor cu caracter personal în cadrul organizaţiei;
- Organizarea de traininguri în vederea pregătirii şi sensibilizării angajaţilor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal;
- Participarea în mod regulat la şedinţele conducerii unde se iau hotărâri cu implicaţii privind prelucrarea datelor şi oferirea de opinii concrete şi documentate;

- Să asigure protecţia datelor cu caracter personal privind prelucrarea acestora luând in considerare datele persoanei în raport cu funcţia pe care o îndeplineşte în societate şi echilibrat cu alte drepturi fundamentale, în conformitate cu principiul proporţionalităţii;
- Să analizeze dacă o persoana fizica este supusă pseudonimului, identificabila, prin luarea in considerare a mijloacelor, cum ar fi individualizarea, pe care este probabil, in mod rezonabil, sa le utilizeze fie operatorul, fie o alta persoana, in scopul identificării, in mod direct sau indirect, a persoanei fizice respective:
- Sa se asigure ca a fost furnizată o declaraţie de consimţământ formulata in prealabil de către operator, într-o forma inteligibilă şi uşor accesibilă, utilizând un limbaj clar si simplu, fara clauze abuzive, pe care persoana a semnat-o si operatorul poate demonstra aceasta;
- Sa se asigure ca transferul de date cu caracter personal este

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

desfăşurat pentru un interes legitim;
- Să se asigure ca prelucrarea datelor cu caracter personal in alte scopuri decât scopurile pentru care datele cu caracter personal au fost iniţial colectate ar trebui sa fie permisă doar atunci când prelucrarea este compatibila cu scopurile respective pentru care datele cu caracter personal au fost iniţial colectate;
- Sa se asigure ca pentru a stabili dacă scopul prelucrării ulterioare este compatibil cu scopul pentru care au fost colectate iniţial datele cu caracter personal, operatorul, după ce a îndeplinit toate cerinţele privind legalitatea prelucrării iniţiale, ţine seama, printre altele, de orice legătură intre respectivele scopuri si scopurile prelucrării ulterioare preconizate, de contextul in care au fost colectate datele cu caracter personal, in special de aşteptările rezonabile ale persoanelor vizate.

- Colectarea informațiilor necesare pentru identificarea activităților de prelucrare;
- Colaborarea cu celelalte departamente precum HAR, Juridic, IT, Securitate pentru a avea informațiile necesare îndeplinirii sarcinilor;
- Recomandări și sprijin concret în privința implementării cerințelor Regulamentului (UE) 2016/679, cum ar fi principiile prelucrării datelor, drepturile persoanei vizate, protecția datelor
  începând cu momentul conceperii și în mod implicit, păstrarea evidenței activităților de prelucrare, securitatea și managementul adecvat al incidentelor de securitate;
- Monitorizarea respectării Regulamentului, a altor dispoziții de drept ale Uniunii sau de drept intern referitoare la protecția datelor;
- Monitorizarea respectării politicilor tehnice și organizatorice ale operatorului;
- Monitorizarea efectuării auditurilor necesare;
- Alocarea responsabilităților, sensibilizarea și formarea personalului implicat în operațiunile de prelucrare;
- Informarea unității sanitare dacă este obligatorie sau necesară efectuarea unei evaluări de impact privind protecția datelor cu caracter personal, potrivit art. (35) din Regulament;
- Recomandări concrete în privința metodologiei care trebuie urmată pentru efectuarea unei evaluări de impact;
- În situația în care unitatea sanitară nu dispune de resursele necesare pentru efectuarea internă a evaluării de impact, va recomanda externalizarea acestui proces și va îndruma unitatea sanitară în alegerea corectă a persoanelor specializate care pot efectua evaluarea de impact;
- Recomandarea măsurilor care trebuie implementate (inclusiv politici tehnice şi organizatorice) pentru a atenua orice riscuri la adresa drepturilor și intereselor persoanelor vizate;
- Sprijinirea conceperii şi actualizării constante a evidenței activităților de prelucrare, potrivit art. (30) din Regulament;
- Cooperarea cu Autoritatea Națională de Supraveghere a Prelucrării Datelor cu Caracter Personal;
- Asumarea rolului de punct de contact pentru Autoritatea Națională de Supraveghere a Prelucrării Datelor cu Caracter Personal privind aspectele legate de prelucrare, inclusiv consultarea prealabilă menționată la articolul 36, precum şi, dacă este cazul, consultarea cu privire la orice altă chestiune;
- Asumarea rolului de punct de contact cu persoanele vizate privire la toate chestiunile legate de prelucrarea datelor lor şi la exercitarea drepturilor lor în temeiul Regulamentului;

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară

Certificate ISO

OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

- Oferirea de sprijin concret în situaţia unui incident de securitate şi oferirea de sprijin cu privire la notificarea Autorităţii Naţionale de Supraveghere a Prelucrării Datelor cu Caracter Personal competentă şi a persoanelor vizate;
- Respectarea secretului şi a confidenţialităţii în ceea ce priveşte îndeplinirea sarcinilor sale;
- Monitorizarea şi oferirea de sprijin concret în orice alt aspect legat de protecţia datelor cu caracter personal, conform dispoziţiilor legale în vigoare.

6.17. Comisia pentru monitorizarea, coordonarea si îndrumarea metodologica a dezvoltării sistemului de control intern/managerial

Are următoarele atribuţii:

- a) elaborează programul de dezvoltare a sistemului de control intern/managerial al Instituţiei, program care cuprinde obiective, acţiuni, responsabilităţi, termene precum şi alte măsuri necesare dezvoltării acestuia cum ar fi elaborarea şi aplicarea procedurilor de sistem şi a celor de lucru pe activităţi, perfecţionarea profesională, etc. Elaborarea programului ţine seamă de regulile minimale de management conţinute de standardele de control intern aprobate prin Ordinul Ministrului Finanţelor Publice nr. 946/2005, cu modificările şi completările ulterioare, particularităţile organizatorice, funcţionale şi de atribuţii ale Instituţiei, personalul şi structura acestuia, alte reglementări şi condiţii specifice;
- b) supune spre aprobare instituţiei programul de dezvoltare a sistemului de control intern/managerial, în termen de 15 de zile de la data elaborării sale;
- c) urmăreşte realizarea obiectivelor şi acţiunilor propuse prin program; acordă alte termene de realizare la solicitarea compartimentelor care le-au stabilit;
- d) asigură actualizarea periodică a programului, o dată la 12 luni sau mai des, după caz;
- e) urmăreşte elaborarea programelor de dezvoltare a subsistemelor de control managerial ale compartimentelor Instituţiei; acestea trebuie să reflecte şi inventarul operaţiunilor/activităţilor ce se desfăşoară în compartimentele respective;
- f) primeşte trimestrial, sau când este cazul, de la compartimentele instituţiei informări/rapoarte referitoare la progresele înregistrate cu privire la dezvoltarea sistemelor/subsistemelor proprii de control intern/managerial, în raport cu programele adoptate, precum şi referiri la situaţiile deosebite şi la acţiunile de monitorizare, coordonare şi îndrumare, întreprinse în cadrul acestora;
- g) prezintă Managerului ori de câte ori consideră necesar, dar cel puţin o dată pe an, informări referitoare la progresele înregistrate cu privire la dezvoltarea sistemului de control managerial, în raport cu programul adoptat, şi la acţiunile de monitorizare, coordonare şi îndrumare metodologică întreprinse, precum şi la alte probleme apărute în legătură cu acest domeniu.

Şedinţele Comisiei au loc periodic, trimestrial sau când este cazul. Şedinţele sunt conduse de preşedintele Comisiei. În caz de indisponibilitate a preşedintelui Comisiei, acesta va fi înlocuit de

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

vicepreşedintele Comisiei. În caz de indisponibilitate a unui membru, acesta poate fi înlocuit de către o persoană desemnată din cadrul structurii pe care o conduce sau face parte.

La solicitarea Comisiei, la şedinţele sale sau în subcomisiile constituite pot participa şi alţi reprezentanţi din compartimentele Instituţiei, a căror contribuţie este necesară în vederea realizării atribuţiilor Comisiei şi a celorlalte cerinţe din prezentul Regulament.

Solicitările Comisiei, adresate conducătorilor şi/sau subordonaţilor acestora, în contextul prevederilor de la alin (3), reprezintă sarcini de serviciu.

Preşedintele Comisiei are următoarele atribuţii:

- (1) Asigură desfăşurarea lucrărilor Comisiei şi ale Secretariatului acesteia în bune condiţii;
- (2) Monitorizează, coordonează şi îndrumă metodologic dezvoltarea sistemului de control managerial intern;
- (3) Aprobă şi asigură transmiterea în termenele stabilite a informărilor/raportărilor întocmite în cadrul Comisiei către părţile interesate: Managerul, alte structuri desemnate.
- (4) Urmăreşte respectarea termenelor decise de către Comisie şi decide asupra măsurilor ce se impun pentru respectarea lor.
- (5) Propune ordinea de zi şi conduce şedinţele Comisiei.
- (6) Decide asupra participării la şedinţele Comisiei şi a altor reprezentanţi din secţiile/serviciile/compartimentele/birourile Instituţiei, a căror participare este necesară pentru clarificarea şi soluţionarea unor probleme specifice.
- (7) Decide asupra constituirii de subcomisii sau grupuri de lucru pentru desfăşurarea de activităţi cu specific în cadrul Comisiei.

Cu privire la sistemele de control intern/managerial, în exercitarea atribuţiilor ce le revin în calitatea de conducători de secţii/compartimente/birouri, aceştia au, fără a se limita la acestea, următoarele atribuţii:

- a) stabilesc procedurile ce trebuie urmate/aplicate în vederea realizării sarcinilor de serviciu de către executanţi, în limita competenţelor şi responsabilităţilor specifice, aşa cum decurg din atribuţiile compartimentului respectiv;
- b) identifică riscurile inerente activităţilor din compartiment şi întreprind acţiuni care să menţină riscurile în limite acceptabile;
- c) monitorizează activităţile ce se desfăşoară în cadrul compartimentului (evaluează, măsoară şi înregistrează rezultatele, le compară cu obiectivele, identifică neconformităţile, iniţiază corecţii/acţiuni corective şi preventive etc.);
- d) informează prompt şeful ierarhic cu privire la rezultatele verificărilor şi altor acţiuni derulate în cadrul compartimentului.
- e) Participă la şedinţele Comisiei, a subcomisiilor sau grupurilor de lucru constituite în cadrul acesteia, la data, ora şi locul unde acestea au fost stabilite.
- f) În caz de indisponibilitate, acesta desemnează o altă persoană din cadrul structurii pe care o conduce pentru participarea la şedinţe.

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

- g) Asigură aprobarea şi transmiterea le termenele stabilite a informărilor/rapoartelor referitoare la progresele înregistrate cu privire la dezvoltarea sistemului de control managerial, în raport cu programul adoptat, la nivelul compartimentului pe care îl conduce.

Deciziile Comisiei se iau prin consensul membrilor prezenţi. În situaţia în care consensul nu poate fi obţinut, preşedintele Comisiei poate propune luarea deciziei prin votul a jumătate plus unu din totalul membrilor prezenţi. În cazul în care se constată egalitate de voturi, votul preşedintelui Comisiei este decisiv. Comisia cooperează cu secţiile/compartimentele/birourile implicate din cadrul instituţiei pentru atingerea scopului creării unui sistem integrat de control managerial.

Secretariatul Comisiei are următoarele atribuţii:

- (1) Organizează desfăşurarea şedinţelor Comisiei la solicitarea preşedintelui acesteia, întocmeşte procesele verbale ale întâlnirilor, minute sau alte documente specifice.
- (2) Întocmeşte, centralizează şi distribuie documentele necesare bunei desfăşurări a şedinţelor Comisiei.
- (3) Întocmeşte rapoarte în baza deciziilor preşedintelui Comisiei şi le supune spre aprobare Comisiei.
- (4) Semnalează Comisiei situaţiile de nerespectare a dispoziţiilor acestora.
- (5) Supune Procedurile elaborate spre avizare membrilor Comisiei şi redactează hotărârea Comisiei privind avizarea Procedurilor;
- (6) Analizează şi pune pe ordinea de zi a şedinţei Comisiei solicitările de revizie a PS;

Coordonatorul pentru implementare are următoarele atribuţii:

- (1) Serveşte drept punct de contact în vederea bunei comunicări dintre secţiile//compartimentele/birourile instituţiei pe de o parte şi Comisie, pe de altă parte
- (2) Păstrează (clasează) originalele Procedurilor realizate;
- (3) Propune spre avizare membrilor comisiei Procedurile elaborate de către ei ca si coordonatori dar si de către restul elaboratorilor de proceduri.
- (4) Verifică modul de respectare a prevederilor procedurilor de sistem (PS) cu aplicabilitate in întreaga instituţie;
- (5) Distribuie PS conform formularului de difuzare;
- (6) Transmite la arhivă ediţiile PS retrase;
- (7) Primeşte şi înregistrează în registrul propriu aferent procedurilor, PS transmise pentru avizare şi PL avizate de conducătorii compartimentelor;
- (8) Stabileşte sistemul de codificare pentru elaborarea tuturor procedurilor din cadrul instituţiei;
- (9) Analizează observaţiile formulate de alte compartimente şi participă la consultările organizate pentru analiza observaţiilor, în cazul PS;
- (10) Retrage din circulaţie vechile variante ale PS şi distribuie PS cu paginile modificate ale reviziei, conform listei de difuzare a procedurilor;
- (11) Păstrează copiile Procedurilor de lucru elaborate de către ceilalţi angajaţi ai instituţiei in format electronic sau pe suport de hârtie.

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obţinută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

6.18. Comisia de lucru cu protocoalele de bună practică medicală

Are în componenţă 5 membri care se întrunesc minim o dată pe lună.
Are ca atribuţii:

- Revizuirea protocoalelor de bună practică medicală existente,
- Adoptarea unor protocoale noi,
  - Crearea de protocoale de specialitate pe spital, pornind de la ghidurile de practică medicală
  - Stabilirea de indicatori de eficacitate şi eficienţă asociaţi protocoalelor
  - Analiza semestrială a utilizării protocoalelor, a abaterilor de la protocoale
- Elaborarea anuală a unui raport privitor la protocoalele medicale uzitate în practica spitalului

6.19. Comisia de inventariere a bunurilor

Atribuţii:
- Efectuarea inventarierii patrimoniului unităţii potrivit planului anual de inventariere;
- Efectuarea inventarierii inopinate la gestiunile unităţii cu respectarea prevederilor legale;
- Efectuarea inventarierii bunurilor primite cu chirie, în folosinţă sau în custodie;
- Întocmeşte situaţia comparativă împreună cu persoanele care ţin evidenţa gestiunilor, stabilind situaţia scăzămintelor legale şi a compensărilor şi le supun aprobării; determinarea minusurilor şi plusurilor de gestiune conform reglementărilor legale;
- Întocmeşte procesul verbal privind rezultatele inventarierii şi le supune spre aprobare:
- Face propuneri de soluţionare a diferenţelor constatate la inventariere;
- Întocmeşte situaţii privind degradările, scoaterea din uz sau valorificarea unor bunuri existente în gestiuni şi informează asupra unor bunuri fără mişcare, cu mişcare lentă sau neutilizabile.

6.20. Comisia de coordonare a implementării managementului calităţii serviciilor şi siguranţei pacienţilor

Înfiinţarea la nivelul Spitalului a *Comisiei*, se face în scopul implementării în cadrul acestuia a indicatorului 01.07.03.02.02[1] din cadrul Listei de verificare nr. 11 - Managementul calităţii (atribuţiile SMC) - anexă la *Ordinul preşedintelui A.N.M.C.S. nr. 151/2017 privind aprobarea intrumentelor de lucru utilizate în cadrul celui de-al doilea Ciclu de acreditare a spitalelor*, potrivit căruia "*Există decizie de înfiinţare a comisiei de coordonare a implementării managementului calităţii serviciilor şi siguranţei pacienţilor*".

Art. 3 – Atribuţiile şi responsabilităţile *Comisiei* sunt următoarele:

a) Face propuneri privind obiectivele şi activităţile cuprinse în *Planul anual al managementului calităţii şi siguranţei pacienţilor*, pe care le supune analizei Consiliului medical. În acest sens, se asigură că

[1]Implementarea în cadrul spitalului a indicatorului 01.07.03.02.02 din cadrul Listei de verificare nr. 11 - Managementul calităţii (atribuţiile SMC), se realizează în contextul prevederilor art. 1 alin. (3) din Legea nr. 185/2017 privind asigurarea calităţii în sistemul de sănătate, potrivit cărora: *"Actele normative adoptate de ANMCS sunt obligatorii pentru toate unităţile sanitare care doresc să se acrediteze, în condiţiile legii"*.

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obţinută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

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;

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

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

Stabilesc misiunea și viziunea unității sanitare, în concordanță cu nevoia normativă de servicii de sănătate a comunității și resursele existente sau potențiale

d) Identifică procesele din organizație și problemele cu care se confruntă desfășurarea acestora

e) Analizează conținutul standardelor de acreditare și se stabilește care este drumul de parcurs pentru a atinge cel mai înalt grad de conformitate cu standardele

f) Stabilesc obiectivele, activitățile, resursele și termenele de realizare cu responsabiltăți,

g) Face propuneri fundamentate care susțin implementarea strategiilor şi obiectivelor referitoare la managementul calităţii declarate de manager (prin planul strategic şi/sau planul de management);

h) Analizează neconformitățile constatate în derularea activităților de către oricare dintre membrii *Comisiei* şi propune managerului acțiunile de îmbunătățire sau corective ce se impun;

i) 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;

j) Prin membrii săi, pune la dispoziție informațiile necesare întocmirii analizei modului de respectare a termenelor de realizare a activităților în vederea identificării cauzelor de întârziere și adoptării măsurilor în consecință;

k) Susține în permanență managerul in atingerea obiectivelor / activităților care privesc: reacreditarea spitalului, monitorizarea post-acreditare, implementarea și dezvoltarea continuă a conceptului de" *Calitate*";

l) Asigură prin membrii săi, difuzarea către întreg personalul spitalului a informațiilor privind stadiul implementării sistemului de management al calității, precum şi a măsurilor de remediere/înlăturare a deficienţelor constatate;

m) Pune la dispoziția conducerii informațiile necesare întocmirii de autoevaluări pentru monitorizarea implementării managementului calității şi urmărește ca rezultatele acestora să fundamenteze măsurile de îmbunătățire a calității serviciilor, adoptate la nivelul spitalului;

n) Propune ori de câte ori se constată necesar conducerii, să evalueze punctual, nivelul de conformitate a respectării unor proceduri şi protocoale aprobate, de la nivelul tuturor sectoarelor de activitate din spital, în a căror implementare s-au constatat neregularități;

o) Sprijină RMC în asigurarea permanentă a fluenţei comunicării inter-instituţionale, în scopul urmăririi de către A.N.M.C.S. a conformității spitalului cu cerinţele standardelor de acreditare şi cu celelalte prevederi legale aplicabile pe toata durata de valabilitate a acreditării, asigurând în acest sens desfăşurarea în bune condiţii a activităţilor impuse prin Ordinul preşedintelui A.N.M.C.S. nr. 639/2016 pentru aprobarea" Metodologiei *de monitorizare a unităţilor sanitare acreditate*";

p) Face propuneri privind participarea anuală a propriilor membrii, la curs de specialitate, forum, conferinţă sau altă formă de pregătire profesională organizată sub egida A.N.M.C.S., care are ca subiect managementul calității serviciilor de sănătate şi/sau privind auditul clinic/intern, pe care le înaintează managerului în vederea luării de decizii;

q) În situația producerii unor evenimente adverse la nivelul spitalului, face propuneri de nominalizare de către manager a personalului care face parte din comisia de cercetare a respectivelor evenimente, în funcție de natura evenimentului și de locația în care s-au produs acestea. După emiterea de către

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

comisiile de cercetare a evenimentelor adverse a rapoartelor de analiză a cauzelor care au dus la apariţia respectivelor evenimente, face propuneri concrete în vederea implementării măsurilor pentru prevenirea repetării lor;

r) Monitorizează condiţiile de obţinere/menţinere a tuturor certificatelor de calitate specifice activităţilor desfăşurate în toate sectoarele de activitate ale spitalului, astfel cum sunt acestea menţionate în Lista de verificare nr. 01 - Autorizări şi certificări ale calităţii şi, face propuneri concrete în acest sens;

s) Analizează anual propunerile formulate de către RMC privind tematica pentru instruirea angajaţilor privind asigurarea şi îmbunătăţirea continuă a calităţii serviciilor de sănătate şi a siguranţei pacientului, diferenţiată pe categorii de personal, în scopul prioritizării acestora;

t) Analizează anual propunerile formulate de către manager, în ceea ce priveşte conţinutul programului de pregătire pentru îmbunătăţirea comunicării personalului spitalului cu pacienţii/ însoţitorii/ aparţinătorii;

u) Face propuneri concrete privind asigurarea cu resurse de către conducerea spitalului pentru realizarea fiecărui obiectiv din programul de management al calităţii şi siguranţei pacienţilor;

v) Realizează anual analiza obiectivităţii evaluării nivelului de satisfacţie al pacienţilor prin utilizarea chestionarelor de satisfacţie;

w) Monitorizează modul de implementare a recomandărilor RMC pentru eficientizarea activităţilor şi proceselor derulate în spital;

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

y) Analizează conţinutul standardelor, criteriilor, cerinţelor şi indicatorilor prevăzuţi de Ordinul preşedintelui A.N.M.C.S. nr. 446/2017 şi stabileşte care este drumul de parcurs pentru a atinge cel mai înalt grad de conformitate cu acestea/aceştia, raportat la resursele aflate la dispoziţia spitalului, condiţiile concrete şi priorităţile de etapă existente, stabilind în acest sens obiectivele, activităţile, resursele şi termenele de realizare cu responsabilităţi de implementare a propunerilor formulate si raportat la prevederile ordinului 10/2018 privind categoriile de acreditare ale spitalului.

z) Coordonează elaborarea documentaţiei aferente procesului de evaluare şi acreditare împreună cu RMC

aa) Desfasoara activitatile specifice pentru înscrierea spitalului in procedura de evaluare si acreditare-ciclul II,

bb) Tin legatura cu reprezentantii regionali ai ANMCS,

cc) Verifica difuzarea regulamentelor la nivelul sectiei/ tuturor compartimentelor, daca personalul a luat cunostinta de continutul acestora,

dd) In situatia producerii unor evenimente adverse la nivelul spitalului, intocmeste raport de analiza privind cauzele care au dus la aparitia respectivelor evenimente, face propuneri in vederea implementarii masurilor de prevenire a repetarii lor.

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

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

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

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

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

v. Identifică actele medicale pentru care se consideră că este necesară elaborarea de protocoale de diagnostic şi tratament; verifica daca acestea au fost elaborate avand la baza riscurile clinice identificate.

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obţinută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

vi. Stabileşte proceduri de monitorizare a eficacităţii şi eficienţei procedurilor şi protocoalelor;
vii. Stabileşte circuitul documentelor, având în vedere siguranţa şi securitatea informaţiilor;
viii. Asigură implementarea, conştientizarea şi asumarea procedurilor, protocoalelor promovate.

ff) Comisia verifică dacă la nivelul secţiilor/compartimentelor este respectată etica medicală sau drepturile pacienţilor, urmărind:
a. Dacă este promovat respectul pentru autonomia pacientului;
b. Dacă se respectă reglementările privind obţinerea Acordului informat al pacienţilor;
c. Dacă sunt identificate vulnerabilităţile în procesul de obţinere a consimţământului informat;
d. Dacă întregul personal respectă măsurile stabilite pentru protecţia datelor personale ale pacienţilor;
e. Dacă spitalul pune la dispoziţia pacienţilor, aparţinătorilor sau reprezentanţilor legali, documentele medicale solicitate, potrivit reglementărilor legale;
f. Dacă angajaţii cunosc şi respectă reglementările privind permisiunea pentru înregistrarea audio/foto/video/ a pacienţilor în scop medical/didactic/de cercetare;
g. creşterea calităţii serviciilor şi siguranţei pacienţilor;
h. implementarea şi dezvoltarea culturii calităţii în spital;
i. implementarea şi menţinerea conformităţii sistemului de management al calităţii cu cerinţele specifice;
j. dezvoltarea continuă a sistemelor de management al calităţii.

gg) În perioada de previzită din etapa de evaluare (coordonată de către *Comisia de evaluare a spitalului*[2]nominalizată prin Ordin al preşedintelui A.N.M.C.S.), *Comisia* pune la dispoziţia RMC, toate documentele/informaţiile necesar a fi încărcate în aplicaţia CaPeSaRo, documentele obligatorii solicitate (DOS), precum şi a eventualelor documente suplimentare necesare desfăşurării procesului de evaluare şi acreditare (DS);
hh) Pe timpul vizitei propriu-zise la spital a *C.E.* nominalizată prin Ordin al preşedintelui A.N.M.C.S., membrii *Comisiei* au următoarele obligaţii:
i. să participe la şedinţele de deschidere, informare zilnică şi informare finală;
ii. se pun de acord în ceea ce priveşte programul de evaluare împreună cu membrii *C.E.* pentru a nu perturba buna desfăşurare a activităţii spitalului;
iii. pun la dispoziţie toate documentele necesare validării conformităţii cu indicatorii, cerinţele şi criteriile standardelor de acreditare, asigurând o cooperare pro-activă cu membrii *C.E.*;
iv. transmit secretarului *C.E.* toate documentele solicitate în format scris sau electronic;
v. gestionează şi aplanează eventualele situaţii tensionate determinate de vizita *C.E.*
ii) În perioada de postvizită din etapa de de evaluare, face propuneri privind formularea de către spital, în scris, în maximum 5 zile lucrătoare de la primirea proiectului de raport de evaluare, a obiecţiunilor cu privire la unele aspecte cuprinse în acesta, dacă este cazul;
jj) După elaborarea de către membrii *C.E.* a raportului de evaluare si comunicarea acestuia către spital, face propuneri concrete de remediere a deficienţelor semnalate în respectivul raport.

Art. 4 - În vederea îndeplinirii atribuţiilor proprii, *Comisia*, va avea în vedere în permanenţă:
a) creşterea calităţii serviciilor şi siguranţei pacienţilor;
b) implementarea şi dezvoltarea culturii calităţii în spital;
c) implementarea şi menţinerea conformităţii sistemului de management al calităţii cu cerinţele specifice;
d) dezvoltarea continuă a sistemelor de management al calităţii.

[2]Denumită în continuare: C.E.

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obţinută de unitatea sanitară

Certificate ISO

OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

Art. 5 – (1) *Comisia* se întruneşte in sedinte periodice, pentru promovarea/ implementarea/ dezvoltarea sistemelor de management al calității și a îmbunătățirii stadiului de implementare al acestora.
Art. 6 – (1) *Comisia* este legal întrunită dacă sunt prezenți jumătate plus unul din totalul membrilor acesteia sau înlocuitorilor legali ai acestora.
(2) Deciziile Comisiei se iau cu majoritatea simplă.
(3) După minimum 3 luni sau mai mult, în funcție de complexitatea procesului, se face o evaluare și o corecție a documentației în funcție de deficiențele constatate
Art. 8 – (1) Lucrările fiecărei ședințe se vor consemna într-un Proces-verbal de ședință, tehnoredactat, prin grija secretarului *Comisiei*, care va fi înaintat managerului spitalului, in vederea luării măsurilor ce se impun în conformitate cu legislația în vigoare
Art. 9 – 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*. Trimestrial, Presedintele Comisiei de Coordonare a Spitalului va inainta conducerii spitalului un Raport informativ asupra activitatii comisiei

6.21. Comisia pentru internarea nevoluntară

Este constituită din minim 3 membri- 2 medici psihiatri si un medic de altă specialitate sau un membru al societății civile.
Comisia pentru internarea nevoluntară are, în principal, următoarele atribuții:
a) examinarea periodică a pacientului internat nevoluntar sau la solicitarea medicului care are în îngrijire pacientul - persoană cu tulburări psihice;
b) consemnarea deciziei luate în dosarul medical al pacientului, informarea pacientului sau reprezentantului său legal/personal asupra deciziei luate, precum notificarea managerului și parchetului de pe lângă instanța competentă.
Activitatea comisiei pentru internare nevoluntară se va desfăsura după cum urmează:
-Medicul psihiatru care propune internarea nevoluntară va trimite conducerii spitalului, în termen de 24 ore, documentaţia necesară evaluării acestei măsuri-- Formularul tip de notificare a comisiei de internări nevoluntare a unității sanitare de către medicul specialist psihiatru
-Comisia de evaluare a internării nevoluntare va analiza propunerea şi va adopta soluţia de acceptare sau respingere a acesteia cu majoritate de voturi.
-Hotărârea comisiei va cuprinde, pe lângă diagnosticul stabilit, soluţia adoptată şi motivarea soluţiei, şi precizarea, după caz, a existenţei unui reprezentant legal sau convenţional, respectiv a demersurilor întreprinse pe lângă autoritatea tutelară
-Hotărârea va fi semnată de toţi membrii comisiei şi va fi înaintată conducerii spitalului în cel mai scurt timp. - Formularul tip de notificare a conducerii unității sanitare de către comisia de internări nevoluntare.
- Eventuală opinie separată a unui membru al comisiei se va consemna şi motiva distinct în hotărâre, sub semnătură.
-Hotărârea de internare nevoluntară a comisiei se va consemna în dosarul medical al pacientului şi va fi comunicată în scris acestuia, precum şi reprezentantului său legal sau convenţional, dacă acesta există.
-Decizia de internare nevoluntară a comisiei va fi înaintată de către conducerea unității medicale, în termen de 24 de ore, judecătoriei în a cărei circumscripţie se află unitatea medicală, odată cu documentele medicale referitoare la pacientul în cauză. În situaţia în care până la adoptarea deciziei nu fusese identificat reprezentantul legal al pacientului, o copie a deciziei va fi comunicată de îndată

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

şi autorităţii tutelare sau direcţiei generale de asistenţă socială şi protecţia copilului, cu precizarea etapelor următoare ale procedurii şi a faptului că a fost sesizată judecătoria.

6.22. Comisia de evaluare a cazurilor aflate în program de substituţie cu metadonă

Se constituie la solicitarea medicului curant ori a conducerii, ori de câte ori este necesar.
Este constituită din minim 3 persoane- medici psihiatri, medici de alta specialitate, psiholog, asistent social si un medic din conducerea spitalului.
Principalele atribuţii:

- Analizează în baza evidenţelor şi probelor şi evaluează cazul pacienţilor din CSM, atât din punct de vedere medical, cât şi etic, sociologic şi disciplinar, dispunand modificari în planul de management al cazului
- Dispune acordarea reţetelor pentru cazuri speciale sau trecerea în program de substituţie administrat zilnic pentru cazurile care nu respectă acordul şi regulamentul semnat la intrarea în program
- Dispune scoaterea din program a pacienţilor cu grave incălcări ale regulamentului, abateri disciplinare; conform procedurilor de lucru (pentru fapte precum nerespectarea planului de tratament şi indicaţiilor date de medicul curant, consum de substante interzise peste metadonă administrată în program, agresiune fizica sau verbala asupra cadrelor medicale sau a altor pacienti si vizitatori in spital, refuzul controlului bucal dupa inghitirea tratamentului substitutiv, refuzul efectuarii testarii urinare, nereguli legate de aducerea foliilor după administrarea tratamentului pe baza de reteta, necomunicarea schimbarii datelor personale etc)

6.23. Comisia pentru a doua opinie medicală

Se constituie prin decizie a directorului medical, la solicitarea scrisa a pacientului
Va fi condusa de catre medicul sef de sectie /inlocuitorul acestuia si ceilalti medici psihiatri, cu exceptia medicului curant.
Atributiile comisiei:

- Evaluarea cazului pe baza evidenţelor, documentelor medicale şi interviului cu pacientul
- Stabilirea sau mentinerea diagnosticului, prezentarea soluţiilor medicale şi a recomandărilor
- Întocmirea planului optim de tratament
- Elaborarea unui raport si consemnarea acestuia in foaia de observatie

6.24. Comisia pentru evaluarea cazurilor dificile de pe sectie.

Se constituie prin decizie a directorului medical. Cuprinde medici psihiatri si medici de alte specialităţi.
Are principalele atribuţii:

- Evaluarea cazului
- Stabilirea diagnosticului, prezentarea soluţiilor medicale şi a recomandărilor
- Întocmirea planului optim de tratament folosind cele mai noi tratamente, minimizarea efectelor secundare şi respectarea standardelor de calitate
- Elaborarea unui raport al comisiei de evaluare multidisciplinară, care va cuprinde recomandările de tratament care vor fi trecute in foaia de observatie a pacientului

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obţinută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

6.25 Comitetul pentru situații de urgență (comitetul pentru situații de criză)

Are, în principal, următoarele atribuţii:
a) elaborează planul de acţiune pentru situaţii speciale şi asistenţă medicală în caz de război, dezastre, atacuri teroriste, conflicte sociale şi alte situaţii de criză;
b) organizează şi funcţionează pentru prevenirea şi gestionarea situaţiilor de urgenţă, asigurarea şi coordonarea resurselor umane, materiale, financiare şi de altă natură necesare restabilirii stării de normalitate;
c) asigură managementul situaţiilor de urgenţă pe nivelul domeniului de competenţă, dispunând de infrastructura şi de resursele necesare din punctul de vedere al serviciilor medicale;
d) identifică, înregistrează şi evaluează tipurile de risc şi factorii determinanţi ai acestora, înştiinţarea factorilor interesaţi, avertizarea populaţiei, limitarea, înlăturarea sau contracararea factorilor de risc, precum şi a efectelor negative şi a impactului produs de evenimentele excepţionale respective;
e) acţionează în timp oportun, împreună cu structurile specializate în scopul prevenirii agravării situaţiei de urgenţă, limitării sau înlăturării, după caz, a consecinţelor acesteia

6.26. Comisia de mediere a conflictelor
Are în componenţa sa minim o persoană cu pregătire ca mediator şi minim o persoană cu pregătire juridică. Au atribuţia de a media unele conflicte din cadrul colectivului.
Tipurile de conflicte ce pot face obiectul medierii se referă, în principal, la :
– Conflictele care privesc interpretarea unor clause echivoce, lacunare din continutul unor contracte de munca:
– Conflictele ivite in legatura cu necunoasterea de catre salariat a legalitatii sau temeiniciei unor pretentii ale angajatorului:
– Conflictele in legatura cu plata unor despagubiri pentru acoperirea prejudiciilor cauzate de parti prin neindeplinirea sau indeplinirea defectuoasa a unor obligatii si care sa nu priveasca drepturi corelative conferite de lege sau negociate in baza contractelor colective de munca

6.27 Comisia de biocide şi materiale sanitare
Principalele atribuţii ale comisiei sunt următoarele:
a) stabileşte tipurile de biocide necesare unităţii sanitare in funcţie de riscul epidemiologic;
b) evaluează trimestrial consumul de biocide şi materiale sanitare;
c) intocmeşte caietul de sarcini şi referate de necesitate;
d) elaborează instructiunile de lucru pentru biocidele utilizate in unitatea sanitară;
e) instruieşte personalul cu privire la folosirea biocidelor;
f) verifică utilizarea corecta a biocidelor conform instructiunuilor de lucru.
g)evaluează eficienta produselor biocide adecvate situaţiei specifice unităţilor sanitare în conformitate cu Planul anual de supraveghere al infecţiilor asociate asistentei medicale;
h) urmăreşte şi depistează neconformităţile produselor achiziţionate;

6.28 Comisia de prevenire şi stingere a incendiilor
Principalele atribuţii ale comisiei sunt următoarele:

a) participă la elaborarea şi aplicarea concepţiei de apărare împotriva incendiilor la nivelul unităţii sanitare;

b) controlează aplicarea normelor de apărare împotriva incendiilor în domeniul specific sanitar;

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. in conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

c) propune includerea în bugetul propriu a fondurilor necesare organizării activităţii de apărare împotriva incendiilor, dotării cu mijloace tehnice pentru apărarea împotriva incendiilor şi echipamente de protecţie specifice;

d) îndrumă şi controlează activitatea de apărare împotriva incendiilor a angajaţilor unităţii sanitare;

e) prezintă conducerii, anual sau ori de câte ori situaţia impune, raportul de evaluare a capacităţii de apărare împotriva incendiilor;

f) colaborează cu firma specializată cu care unitatea sanitară are contract în domeniul PSI.

6.29. Comisia de coordonare s procesului de evaluare în vederea oțbtinerii reacreditarii / Ciclul II de acreditare

Art. 1 Comisia de Coordonare a procesului de evaluare in vederea obtinerii reacreditarii / ciclul II de acreditare a Spitalului se infiinteaza in baza Deciziei Managerului Spitalului. Comisia de Coordonare a procesului de evaluare in vederea obtinerii reacreditarii /ciclul II de acreditare este formata din sefi de sectie, sefii de laboratoare, farmacist sef, asistent de igiena, membrii BMC, asistent sef, Preşedinte de Comisie – directorul medical şi un Secretar.
Art. 2. Activităţile principale ale Comisiei de Coordonare a procesului de evaluare invederea obtinerii reacreditarii / ciclul II de acreditare au următoarele obligaţii:
a) Monitorizează măsura în care misiunea şi viziunea unităţii sanitare sunt şi pe mai departe în concordanţă cu nevoia de servicii de sănătate a comunităţii şi resursele existente sau potenţiale;
b) Monitorizează măsura în care misiunea şi viziunea unităţii sanitare sunt respectate de către toţi angajaţii unităţii sanitare;
c) Sustin Structura de Management al Calitatii (Biroul de management al calităţii serviciilor medicale) in atingerea obiectivelor privind reacreditarea spitalului, monitorizarea post acreditare, implementarea si dezvoltarea continua a „conceptului de calitate ;
d) Stabileşte calendarul activităţilor şi a paşilor care se vor respecta pentru pregătirea unităţii sanitare;
e) Stabileşte frecvenţa monitorizării modului de îndeplinire a calendarului activităţilor şi a paşilor pentru reacreditare;
f) Stabileşte punctual persoanele responsabile cu ducerea la îndeplinire şi cu monitorizarea calendarului activităţilor şi a paşilor pentru reacreditare;
g) Stabileşte potenţiale riscuri care ar putea afecta pregătirea unităţii sanitare şi propunând strategia şi modurile de gestionare ale acestora;
h) Asigură monitorizarea constantă a modului în care organizaţia înaintează în procesul de pregătire;
i) Identifică şi propune conducerii soluţii personalizate pentru atingerea şi îndeplinirea cerinţelor ANMCS aplicabile unităţii noastre;
j) Stabileşte şi motivează măsura în care indicatorii de acreditare se aplică sau nu unităţii sanitare;
k) Identifică resursele disponibile (financiare şi / sau umane) la nivelul unităţii sanitare care ar putea fi utilizate în procesul de pregătire a organizaţiei pentru reacreditare şi în demersul de îndeplinire a indicatorilor emişi de ANMCS;
l) Monitorizează măsura în care se menţin şi respectă şi pe mai departe condiţiile pe baza cărora unitatea sanitară a obţinut diverse autorizaţii / avize / certificate;
m) Analizează funcţionalitatea circuitelor şi a fluxurilor informaționale pentru a asigura transmiterea datelor în formatul necesar și în timp util în raport cu pregătirea unităţii sanitare pentru reacreditare;

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

n) Monitorizează constant pagina de internet a unităţii sanitare, astfel încât aceasta să corespundă cerinţelor ANMCS, cu asigurarea în paralel cu informarea corectă şi completă a pacienţilor sau a aparţinătorilor, îngrijindu-se în acelaşi timp de imaginea publică a Spitalului
o) Desemnează persoanele care participă la diverse conferinţe / evenimente organizate de către ANMCS în scopul informării unităţilor sanitare cu privire la procedura de reacreditare;
p) La nevoie, întocmeşte documente informative pentru personalul unităţii sanitare cu privire la procesul de reacreditare;
q) Se îngrijeşte ca procesul de reacreditare şi necesitatea sa să fie pe deplin înţelese şi tratate cu simţ de răspundere de către toţi angajaţii din unitatea sanitară, sensibilizând astfel atât personalul de conducere, cât şi cel de execuţie privind necesitatea organizării în vederea asigurării şi îmbunătăţirii calităţii servicilor de sănătate şi a siguranţei pacientului;
r) Susţine continuitatea procesului de asigurare şi îmbunătăţire a calităţii serviciilor de sănătate şi a siguranţei pacientului;
s) Identifică activităţile pentru care este necesar să se elaboreze proceduri de sistem sau operaţionale, pentru a asigura conformitatea cu cerinţele ANMCS şi a îmbunătăţi continuu calitatea serviciilor oferite de către unitatea sanitară;
t) Identifică codurile de boală pentru care nu au fost încă elaborate protocoale de diagnostic şi tratament, şi comunică cu Consiliul Medical pentru ducerea la îndeplinire;
u) Participă la procesul de monitorizare a eficacităţii şi eficienţei procedurilor şi protocoalelor elaborate şi implementate în cadrul unităţii sanitare;
v) Monitorizează măsura în care circuitul documentelor este respectat, având în vedere siguranţa şi securitatea informaţiilor;
w) Se asigura de instruire, corectitudinea implementării, conştientizarea si asumarea procedurilor, protocoalelor implementate;
x) Verifică documentaţia implementată, la nevoie identifică deficienţe şi comunică conducerii propunerile de îmbunătăţire;
y) Păstrează confidenţialitatea faţă de terţi a informaţiilor şi aspectelor dezbătute încadrul şedinţelor, cu excepţia personalului din unitatea sanitară;
z) Pregătesc documentele necesare validării conformităţii cu cerinţele din standardele aprobate prin Ordinul nr. 446/2017 din 18 aprilie 2017 privind aprobarea Standardelor Procedurii şi metodologiei de evaluare şi acreditare a spitalelor;
aa) Cooperează cu membrii comisiilor de evaluare din partea ANMCS;
bb) Participă la programul de evaluare efectuată de către reprezentanţii ANMCS;
cc) Monitorizează modul de transmitere corectă, completă şi în termen, a documentelor solicitate de către ANMCS;
dd) Gestionează si aplanează situatiile tensionate referitoare la procesul de evaluare invederea obtinerii reacreditarii / ciclul II de acreditare
Art. 3 Atribuţiile Preşedintelui Comisiei de Coordonare a procesului de evaluare
in vederea obtinerii reacreditarii / ciclul II de acreditare sunt următoarele:
a) convoacă Comisia, prin intermediul Secretarului;
b) prezidează şedinţele Comisiei;
c) avizează, prin semnătură, documentele emise de către Comisie;
d) informează managerul spitalului, în termen de 3 zile lucrătoare de la vacantarea unui loc în cadrul Comisiei, în vederea completării componenţei acesteia;
e) analizează şi prelucrează conţinutul standardelor emise de ANMCS pentru pregătirea concretă, practică şi eficientă a unităţii sanitare în procesul de reacreditare ciclul II de acreditare;
f) în cazul în care nu poate fi prezent la şedinţă, desemnează unul dintre membrii Comisiei în vederea prezidării şedinţei;

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obţinută de unitatea sanitară

Certificate ISO

OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

g) se îngrijeşte ca procesul de reacreditare şi necesitatea sa să fie pe deplin înţelese şi tratate cu simţ de răspundere de către toţi angajaţii din unitatea sanitară, sensibilizând astfel atât personalul de conducere, cât şi cel de execuţie privind necesitatea organizării în vederea asigurării şi îmbunătăţirii calităţii servicilor de sănătate şi a siguranţei pacientului.
h) Respectă prezentul Regulament.

Art. 4. Atribuţiile Membrilor Comisiei de Coordonare a procesului de evaluare invederea obtinerii reacreditarii / ciclul II de acreditare sunt următoarele:
a) participă la şedinţele Comisiei, conform art. 7 la prezentul regulament;
b) propun documente spre a fi emise şi măsuri de luat de către Comisie;
c) propun teme de discuţie şi analiză în cadrul şedinţelor de Comisie;
d) verifică modul de îndeplinire a măsurilor stabilite de Comisie, la nivelul sectorului de activitate pe care îl reprezintă;
e) informează Preşedintele Comisiei cu privire la imposibilitatea participării la şedinţele la care au fost convocaţi;
f) îşi desemnează înlocuitor din sectorul lor de activitate atunci când nu pot participa la şedinţele Comisiei;
g) analizează şi prelucrează conţinutul standardelor emise de ANMCS pentru pregătirea concretă, practică şi eficientă a unităţii sanitare în procesul de reacreditare ciclul II de acreditare a Spitalului;
h) duc la îndeplinire, corect, complet şi la termen, sarcinile trasate în şedinţele Comisiei;
i) se îngrijesc de conducerea la zi a documentelor necesare reacreditării, specifice sectorului de activitate pe care îl reprezintă, le îndosariază şi la nevoie le reactualizează;
j) se îngrijesc ca procesul de reacreditare şi necesitatea sa să fie pe deplin înţelese şi tratate cu simţ de răspundere de către angajaţii din sectorul de activitate pe care îl reprezintă;
k) respectă ROF

Art.5. Atribuţiile Secretarului Comisiei de Coordonare a procesului de evaluare in vederea obţinerii reacreditarii / ciclul II de acreditare sunt următoarele:
a) participă la şedinţele Comisiei;
b) asigură redactarea documentelor care vor fi emise de către Comisie, înregistrarea şi evidenţa acestora;
c) în situaţia în care nu poate participa la o şedinţă a Comisiei, comunică Preşedintelui Comisiei acest lucru, şi identifică împreună cu acesta un înlocuitor care va avea responsabilitatea strictă a redactării procesului verbal de şedinţă;
d) convoacă membrii Comisiei ori de câte ori este necesar, la solicitarea expresă a Preşedintelui Comisiei, cu cel puţin două zile lucrătoare înaintea şedinţelor;
e) asigură confidenţialitatea datelor discutate în şedinţele Comisiei, faţă de terţi
f) întocmeşte procesele-verbale ale şedinţelor Comisiei;
g) redactează şi/sau colectează propunerile de îmbunătăţire a activităţii Comisiei sau unităţii sanitare şi le supune aprobării Comisiei;
h) întocmeşte rapoarte ale activităţii desfăşurate de către Comisie, şi le supune avizării Preşedintelui Comisiei, şi ulterior aprobării Managerului.
i) duce la îndeplinire, corect, complet şi la termen, sarcinile trasate în şedinţele Comisiei;
j) respectă ROF

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară

Certificate ISO

OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

6.30 Comisiile de licitaţii

-examinează şi verifică îndeplinirea de către ofertanţi a condiţiilor referitoare la eligibilitatea, înregistrarea, capacitatea tehnică şi economico-financiară, evaluarea ofertelor, selectarea câştigătorului şi redactarea procesului-verbal şi a hotărârii comisiei.

6.31 Purtătorul de cuvânt in relatiile cu presa

Art.1.- este sub coordonarea exclusivă a Managerului

Procedura de acces a reprezentantilor mass-media este prevazută in regulamentul intern.

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

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

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

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

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

(6) Pentru informatiile solicitate verbal, persoana desemnata pentru informare si relatii cu publicul are obligatia sa precizeze conditiile si formele in care are loc accesul la informatiile de interes public si poate furniza pe loc informatiile solicitate, in cazul in care informatiile solicitate nu sunt disponibile pe loc.

(7) Informatiile de interes public solicitate verbal se comunica in cadrul unui program minim stabilit de conducerea unitatii.

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

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

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

6.32 Comisia de inventariere a donaţiilor primite

- verifica calitatea si cantitatea donaţiilor primite;
- inventariază toate obiectele primite din donaţii şi le depune la conducerea unităţii pentru cuprinderea în patrimoniul unităţii.

6.33 Comisia pentru selectarea documentelor pentru arhiva

- instruieşte secţiile, compartimentele şi serviciile spitalului privind circuitul documentelor arhivarea acestora şi termenul de păstrare.
- informează conducerea spitalului conform planificării, despre constatările făcute.
- întocmeşte procese-verbale privind constatările făcute, pe care le va depune la conducerea spitalului, lunar şi ori de câte ori este nevoie.
- propune măsuri de îmbunătăţire a circulaţiei informaţiilor şi stocării acestora.

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. în conformitate cu stadiul/ categoria de acreditare obținută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015

6.34. Comisia pentru monitorizarea programelor de sănătate

Este nominalizată prin decizie de manager

- Presedintele acesteia este medicul coordonator al programului naţional de sănătate derulat la nivelul spitalului;
- răspunde de implementarea şi raportarea indicatorilor programului naţional de sănătate derulate la nivelul spitalului, în conformitate cu prevederile legale elaborate de Ministerul Sănătăţii;
- răspunde de asigurarea condiţiilor corespunzătoare pentru realizarea unor acte medicale de calitate de către personalul medico-sanitar din spital, in cadrul activitatilor derulate prin program
- răspunde de implementarea protocoalelor de practică medical specific programului de sanatate la nivelul spitalului
- urmăreşte realizarea activităţilor de control al calităţii serviciilor medicale oferite in cadrul programului de sanatate
- monitorizeaza desfasurarea activitatilor specifice programului de sanitate

CAPITOLUL VII - ATRIBUŢIILE PERSONALULUI

ATRIBUŢIILE PERSONALULUI C.E.T.T.T." Sf. Stelian"

Principalele atribuţii ale personalului sunt:

1) sa asigure asistenta medicala de calitate pacienţilor;

2) sa realizeze manipularea medicamentelor (inclusiv a celor cu regim special) conform normelor specifice in materie;

3) sa realizeze permanent educaţia sanitară a pacienţilor prin activitatea de consiliere;

4) sa folosească si să păstreze echipamentul si instrumentarul cu care lucrează, sa participe la colectarea instrumentarului si materialelor de unica folosinţa utilizat si sa asigure depozitarea acestora in vederea distrugerii;

5) sa respecte normele in vigoare privind prevenirea si combaterea infecţiilor asociate asistenţei medicale.

6) sa respecte secretul profesional si confidenţialitatea datelor/informaţiilor/documentelor despre care au luat cunoştinţă la locul de munca; sa îndeplinească sarcinile de serviciu stabilite prin fisa postului sa respecte programul de lucru; sa îndeplinească orice alte sarcini de serviciu in scopul bunei funcţionări a activităţii Spitalului

Să răspundă cu promptitudine la mobilizare în caz de declanşare a Planului alb sau la orice simulare legată de SSM, PSI şi urgenţe.

Activitatea de supraveghere, prevenire şi limitare a IAAM (infecţiilor asociate asistenţei medicale) face parte din obligaţiile profesionale ale personalului şi va fi înscrisă în fişa postului fiecărui salariat.

Orice daună adusă pacienţilor prin nerespectarea prevederilor ordinului OMS nr. 1101/2016, privind evaluarea activităţilor de prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale În scopul prevenirii IAAM, atrage responsabilitatea individuală sau, după caz, instituţională, în condiţiile prevăzute de legislaţia în vigoare.

Str. Cristian Pascal, nr. 25 - 27, sector 6, Bucureşti
Telefon: 021/315.24.51 **Fax**: 021/315.49.61
Email:cettt_sf.stelian@yahoo.com
De inserat logo-ul transmis de A.N.M.C.S. in conformitate cu statutul/ categoria de acreditare obţinută de unitatea sanitară
Certificate ISO
OHSAS 18001:2007
ISO 27001:2013
ISO 9001:2015