

## ACT ADITIONAL NR. 1 LA REGULAMENTUL DE ORGANZARE SI FUNCTIONARE

La art. 30 Alte atributii ale spitalului se introduce un nou alineat cu urmatorul cuprins:

bf) In cazul pacientului decedat in spital anuntarea apartinatorilor sau a reprezentantului legal despre producerea decesului se face dupa 2 ore de la constatarea acestuia, de catre personalul sanitar de pe sectia unde s-a constatat decesul, la numarul de telefon consemnat in FOCG la internare.

La art. 35 lit. D se inlocuieste Consiliul etic cu Consiliul de etica

La 4.5 Consiliul etic se inlocuieste cu Consiliul de etica

Art. 50 se inlocuieste cu:

Consiliul de etica al Spitalului Municipal Turda functioneaza in conformitate cu prevederile Ordinului MS nr. 145 din 2015

Art. 51 se anuleaza

Art. 52 va avea urmatorul cuprins:

Consiliul de Etica are urmatoarele atributii:

- a) promovează valorile etice în rândul personalului medico - sanitar, auxiliar și administrativ al unității sanitare;
- b) identifică și analizează vulnerabilitățile etice și riscurile apărute, propune managerului adoptarea și implementarea măsurilor de prevenție a actelor de corupție la nivelul unității sanitare;
- c) formulează și înaintează managerului propuneri pentru diminuarea riscurilor de incidente de etică;
- d) analizează și avizează regulamentul de ordine interioară al unității sanitare și poate face propuneri pentru îmbunătățirea acestuia;
- e) formulează punct de vedere etic consultativ, la solicitarea comitetului director al unității sanitare;
- f) analizează din punct de vedere etic situațiile de dubiu care pot apărea în exercitarea profesiei medicale. În situația în care un cadru medico-sanitar reclamă o situație de dubiu etic ce vizează propria sa activitate, avizul etic nu poate fi utilizat pentru incriminarea cadrului medico-sanitar respectiv, dacă solicitarea s-a realizat anterior actului medical la care se face referire;
- g) primește, din partea managerului unității sanitare, sesizările făcute în vederea soluționării.
- h) analizează cazurile de încălcare a principiilor morale sau deontologice în relația pacient-cadru medicosanitar și personal auxiliar din cadrul spitalului, prevăzute în legislația în vigoare<sup>3</sup>;
- k) analizează sesizările ce privesc nerespectarea demnității umane și propune măsuri concrete de soluționare;
- l) emite avize referitoare la incidentele de etică semnalate, conform prevederilor prezentului ordin;
- m) emite hotărâri cu caracter general ce vizează unitatea sanitară respectivă;

- n) asigură informarea managerului, a Compartimentului de integritate din cadrul Ministerului Sănătății și a petentului privind conținutul avizului etic. Managerul poartă răspunderea punerii în aplicare a soluțiilor propuse;
- o) aprobă conținutul comunicărilor adresate petenților, ca răspuns la sesizările acestora;
- p) înaintează către organele abilitate sesizările ce privesc plățile informale ale pacienților către personalul medico-sanitar ori auxiliar sau acte de condiționare a acordării serviciilor medicale de obținere a unor foloase, în cazul în care persoanele competente nu au sesizat organele conform atribuțiilor de serviciu;
- q) sesizează organele abilitate ale statului ori de câte ori consideră că aspectele dintr-o speță pot face obiectul unei infracțiuni, dacă acestea nu au fost sesizate de reprezentanții unității sanitare sau de către petent;
- r) aprobă conținutul rapoartelor bianuale și anuale întocmite de secretarul consiliului de etică;
- s) redactează Anuarul etic, care cuprinde modul de soluționare a spețelor reprezentative din cursul anului precedent. Anularul etic este pus la dispoziția angajaților, constituind în timp un manual de bune practici la nivelul unității sanitare respective;
- t) analizează rezultatele aplicării chestionarului de evaluare, parte a mecanismului de feedback al pacientului.

Art. 53 va avea următorul cuprins:

Componenta nominală a Consiliului de etică este stabilită prin decizie internă astfel:

Președinte

Membrii permanenți: 3 persoane

Reprezentanți ai corpului medical: 2 persoane

Reprezentanți ai asistenților medicali: 2 persoane

Secretar:

Reprezentant departament juridic:

Reprezentant al Asociațiilor de Pacienți:

Se introduce pct. 4.16 Atribuțiile responsabilului managementului calității

Și după art. 97 se introduce art. 97.1 cu următorul cuprins:

Art. 97.1 Responsabilul privind managementul calității are următoarele atribuții:

A. coordonează activitățile privind calitatea serviciilor spitalului;

B. asigură că procesele necesare Sistemului de Management al Calității sunt stabilite, implementate și menținute;

C. asigură generarea și colectarea informațiilor și datelor, care formează baza de cunoștințe pentru sesiunile de analiză ale managementului, incluzând nevoile de îmbunătățire;

D. asigură existența conștiinței privind calitatea în diferite arii funcționale ale organizației;

E. rezolvă diferite probleme legate de calitatea serviciilor și a sistemului de management;

F. raportează conducerii organizației la cel mai înalt nivel funcționarea, performanța sistemului de management de calitate, pentru analizare și ca bază pentru îmbunătățirea acestui sistem,

G. asigură că este promovată în cadrul organizației conștientizarea cerințelor pacienților, insotitorilor

H. menține relația cu părți externe în chestiuni legate de sistemul de management.

Art. 106 se abroga

Dupa Art. 250 se introduce art. 251 cu urmatorul cuprins :

Art. 251 Atributii ale Compartimentului de Management al Calitatii Serviciilor Medicale si a responsabilului:

- a) pregătește și analizează Planul anual al managementului calității;
- b) coordonează activitățile de elaborare a documentelor sistemului de management al calității:
  - b1) manualul calității;
  - b2) procedurile;
- c) coordonează și implementează programul de acreditare a tuturor serviciilor oferite în cadrul unității, pe baza procedurilor operaționale specifice fiecărei secții, laborator etc. și a standardelor de calitate;
- d) coordonează și implementează procesul de îmbunătățire continuă a calității serviciilor;
- e) colaborează cu toate structurile unității în vederea îmbunătățirii continue a sistemului de management al calității;
- f) implementează instrumente de asigurare a calității și de evaluare a serviciilor oferite;
- g) asigură implementarea strategiilor și obiectivelor referitoare la managementul calității declarate de manager;
- h) asigură implementarea și menținerea conformității sistemului de management al calității cu cerințele specifice;
- i) coordonează activitățile de analiză a neconformităților constatate și propune managerului acțiunile de îmbunătățire sau corective ce se impun;
- j) coordonează analizele cu privire la eficacitatea sistemului de management al calității;
- k) asigură aplicarea strategiei sanitare și politica de calitate a unității în domeniul medical în scopul asigurării sănătății pacienților;
- l) asistă și răspunde tuturor solicitărilor managerului pe domeniul de management al calității.

Dupa Art. 245 se introduce art. 245.1

Art. 245.1 Zone cu risc crescut, inclusiv cele cu risc epidemiologic

1. Compartiment de nou nascuti;
2. Bloc operator;
3. Bloc alimentar;
4. Sectia ATI – in afara orelor de vizita;
5. Laborator de analize medicale;
6. Post de transformare;

7. Tablouri electrice pe etaje;
8. Statia de oxigen;
9. Statia de compresoare;
10. Statia de hidrofoc;
11. Centralele termice;
12. Grupurile electrogene;
13. Subsoluri tehnice;

La art. 269 se introduce un nou alineat dupa cum urmeza:

- Libertatea de deplasare a pacientului nerestrictionata temporal, exceptie perioadele de vizita medicala. Asistenta medicala de salon la internarea pacientului in spital si pe tot parcursul spitalizarii in functie de nevoile educationale ale pacientului informeaza pacientul cu privire la liertatea sa se deplasare nerestrictionata temporal

Circuitul pacientului in internarea continua:

COMPARTIMENT INTERNARI UNITATE DE IGIENIZARE (PRELUCRARE SANITARA) GARDEROBA LIFT SECTII CU PATURI LABORATOARE / RADIOLOGIE / EXPLORARI /BLOC OPERATOR SECTII CU PATURI GARDEROBA EXTERNARE

Circuitul pacientului in internarea de zi:

COMPARTIMENT INTERNARI UNITATE / COMPARTIMENT INTERNARE DE ZI GARDEROBA (echipament de unica folosinta) COMPARTIMENT INTERNARE DE ZI AMBULATORIU / LABORATOARE /RADIOLOGIE / EXPLORARI /BLOC OPERATOR COMPARTIMENT INTERNARE DE ZI EXTERNARE

La art. 272 se introduce un nou alineat dupa cum urmeza:

Pacientii/apartinatorii si vizitatorii au acces la Registrul de sugestii, reclamatii si sesizari aflat la secretariatul unitatii dupa urmatorul program:

- zilnic de luni pana joi intre orele 7 – 15.30
- vineri intre orele 7 – 13

Sau pe pagina web a spitalului [www.spitalturda.ro](http://www.spitalturda.ro)

Dupa art. 277 se introduce Art. 277.1 cu urmatorul cuprins:

Art. 277.1 Accesul pacientului la FOCG, direct, prin aparținători legali si prin intermediul medicilor nominalizati de pacient în scopul asigurării accesului pacientului la propriile date cu caracter medical și garantarea confidențialității informațiilor ce țin de secretul medical. Informația din documentația de evidență medicală se eliberează personal pacientului, iar pentru persoanele care nu au atins vârsta de 18 ani, precum și cele declarate incapabile se eliberează reprezentanților lor legali (rudele apropiate). În cazul când pacientul nu dorește să fie personal informat, la solicitarea acestuia, informația se prezintă persoanei nominalizate de către pacient.

Informația privind datele medicale se eliberează la cererea în scris a solicitantului și confirmarea primirii informației prin semnătura solicitantului și conducătorului instituției. În cazul când informația solicitată necesită timp pentru pregătirea acesteia (dosarul medical se află în arhiva spitalului), ea va fi pusă la dispoziția solicitantului, în baza cererii în scris, nu mai târziu de 10 zile de la înregistrarea cererii.

Dupa art. 277.1 se introduce art. 277.2 cu urmatorul cuprins:

Art. 277.2 Atributii specifice referitoare la gestiunea dosarului pacientului

- GESTIUNEA DOSARELOR ELECTRONICE ALE PACIENȚILOR

1. Datele clinice la nivel de pacient sunt inregistrate de catre spital în FOCG, care raspunde de corectitudinea si de gestionarea lor.
2. Spitalul este obligat sa colecteze in format electronic o parte din datele cuprinse in FOCG.
3. Datele clinice la nivel de pacient, care se colecteaza in format electronic din FOCG, formeaza Setul minim de date la nivel de pacient, aferent spitalizarii continue (SMDPC)
4. Spitalul este obligat sa transmita SMDPC la Scoala Nationala de Sanatate Publica si Management Sanitar iar acestea din urma la Centrul National pentru Organizarea si Asigurarea Sistemului Informational si Informatic in Domeniul Sanatatii formând baza de date la nivel național.
5. Înregistrările pe suport informatic vor fi protejate prin copiere lunara pe CD sau HDD extern, prin grija administratorului bazelor de date si vor fi depozitate in alta locație decât camera serverului.

- GESTIUNEA DOSARELOR (FOCG)

1. Datele clinice la nivel de pacient sunt inregistrate de catre spital în FOCG, care raspunde de corectitudinea si de gestionarea lor.
2. FOCG se afla in gestiunea sectiei, respectiv a asistentei sefe, statisticianului, pana la predarea acestora arhivei unitatii astfel:
  - Până la externarea pacientului – la asistent șefă și la medic pentru completare
  - După externarea pacientului – după ce FOCG este completată – la statistician, operator sau asistente pentru completare date în calculator
3. La fiecare sfârșit de lună se arhivează dosare de carton/plastic, identificate sugestiv prin denumirea sectiei și perioada la care se referă FOCG.

Masuri de urmat:

- Evidentierea foilor pe luni, ani, sectie
  - Pastrarea in locuri aerisite, lipsite de umezeala
  - Respectarea timpului de arhivare pana la casare
4. In momentul predarii arhivarului, aceasta se face prin proces verbal cu semnatura, urmand ca in continuare, gestiunea sa fie predate arhivarului.
  5. Serviciul Administrativ raspunde de arhivarea documentelor pe toată durata stabilită conform prevederilor legale.

Aprobat la data 13.08.2015

Manager

Dr. Vasile Tudor Grumaz

Elaborat

Comitet director

Dr. Andrasoni Victor, director medical

Ec. Pacurar Corina, director financiar contabil

Intocmit,

Sef serv. RUNOS

Ec. Violeta Vasilichi