

SPITALUL MUNICIPAL DE URGENȚĂ ROMAN

Roman, str. Tineretului nr.28-30, jud.Neamț
Cod fiscal: 2613940
Tel. :0233-742511/Fax :0233-741963
E-mail:cim@spitalroman.ro
Site: www.spitalroman.ro



ANEXA LA HCL NR. 38 DIN 27.02.2024

**Aprobat,
Consiliu local al Municipiului Roman
Primar**



**Avizat,
Consiliu de administrație
Președinte CA**



REGULAMENT

DE ORGANIZARE ȘI

FUNCȚIONARE

2024

CUPRINS**PARTEA I**

Dispoziții generale	3
Structura organizatorică	9
Cadru general legislativ	11

PARTEA a II-a

Atribuțiile spitalului	15
Politici suport	19
Accesul la informații, prelucrarea și protecția acestora	23

PARTEA a III-a

Managementul spitalului	26
Consiliu de Administrație	26
Manager	27
Comitet Director	31

PARTEA a IV-a

Consilii, comisii și comitete	49
-------------------------------	----

PARTEA a V-a

Secția/compartiment cu paturi	87
Compartiment de Primiri Urgențe	136
Laborator Clinic Analize medicale	153
Laborator Radiologie și Imagistică medicală	162
Serviciul Anatomie Patologică	168
Farmacia cu circuit închis	174
Serviciu de Prevenire a Infecțiilor Asociate Asistenței Medicale	182
Unitate de transfuzii sanguine	189
Sterilizare	193
Compartiment Evaluare și statistică medicală	196
Ambulatoriu Integrat spitalului	197
Dispensar TBC	199
Centru de Sănătate Mintală	204
Cabinet de Medicina Muncii	205
Cabinet de Planificare familială	208
Laborator de recuperare medicină fizică și balneologie	208
Aparat funcțional	209
Atribuții și responsabilități comune salariaților spitalului	247

PARTEA a VI-a

Prescrierea medicației	251
Monitorizarea bunelor practici în utilizarea antibioticelor	252

PARTEA a VII-a

Informarea și consimțământul informat al pacienților	255
Drepturile și obligațiile pacienților internați și ale aparținătorilor/vizitatorilor	256
Evaluarea satisfacției pacienților/aparținătorilor	262

PARTEA a VIII-a

Circuitele funcționale ale spitalului	263
---------------------------------------	-----

Dispoziții finale

271





PARTEA I

A. DISPOZIȚII GENERALE

Regulamentul de organizare și funcționare se aplică tuturor angajaților din spital, indiferent de felul și durata contractului de muncă, cât și pentru personalul încadrat într-o altă unitate, care efectuează stagii de pregătire profesională, cursuri de perfecționare, specializare, gărzi. Firmele care asigură diverse servicii în incinta unității au obligația de a respecta Regulamentul de organizare și funcționare SMU Roman.

Dispozițiile referitoare la organizarea timpului de lucru și disciplină, din prezentul regulament, se aplică în mod corespunzător oricăror altor persoane, sau altor activități pe timpul prezeței în unitate.

Art. 1. Istoria spitalului

De la înființarea din 1 aprilie 1798, la conducerea actualului Spital Municipal de Urgență Roman s-au aflat nume mari din medicina din Moldova și nu numai, medici care au avut ca și obiectiv principal – creșterea calității actului medical și acordarea de servicii medicale de înaltă performanță româșcanilor și locuitorilor din localitățile din împrejurimi, asemeni spitalelor de rang superior-județene și universitare, din marile orașe.

La conducerea primului spital din Roman, care a avut, mai întâi, denumirea de „Ospitalul săracilor”, și care avea doar zece paturi, s-a aflat medicul Josephus Muëhr, cel care, pentru șapte ani, s-a ocupat și de prima spițerie din Roman. Acesta a condus spitalul până în 1806. După el, la conducerea unității medicale a urmat medicul Simeon Romanțai, care provenea din Transilvania și studiasse medicina la Viena. Acesta a fost director până în 1819, când la conducere a venit medicul Dimitrie Samurcaș, până în 1824. A urmat doctorul Nicolae Kiriacopol, până în 1829, timp în care numărul paturilor din spital se dublase. Din 1829 până în 1863, directorul unității medicale a fost medicul Alexandru Theodori, în timpul căruia numărul de paturi a ajuns la 40. Acest doctor avea o instruire deosebită – deținea un doctorat în filosofie, obținut la Buda, în Ungaria, și unul în medicină, la Viena, așa că și-a pus amprenta asupra evoluției vieții medicale a orașului Roman. Evoluția cunoașterii științifice a permis evoluția metodelor și procedeele medicale.

În continuare, spitalul a fost condus, din 1864-1870, de medicul italian Vafrino Marini, licențiat al facultăților de medicină din Magenta și din Bologna. În perioada 1870-1908, director al spitalului a fost doctorul Mihail Burada, licențiat al facultății de medicină din Paris. Acesta a introdus dezinfecția cu carbol (acid fenic) pentru limitarea infecțiilor. În anul 1895, medicul Burada a introdus unele examene de laborator, formându-se un punct de laborator clinic dotat inclusiv cu microscop. În anul 1872 au început lucrările la construcția clădirii unde a funcționat spitalul Precista Mare, care aveau să se încheie în 1884. Un continuator important al activității doctorului Mihail Burada a fost doctorul Constantin Mârzescu, director între anii 1908 și 1919, care a realizat importante îmbunătățiri, printre care construirea scării centrale, racordarea spitalului la recent înființata uzină electrică a orașului, introducerea apei curente și a canalizării, precum și instalarea, în anul 1913, a încălzirii centrale cu vapori sub presiune.

Ulterior, în perioada 1919-1935, spitalul din Roman a fost condus de medicul Petre Nicolescu. A urmat directorul Nicolae Fălcoianu, medicul care a reușit obținerea de fonduri de la stat, precum și încheierea, în anul 1937, a unei convenții prin care Ministerul Sănătății prelua spitalul pe o perioadă de zece ani. După cel de-al doilea război mondial, perioadă care a fost traversată cu greu de spital, doctorul Nicolae Fălcoianu a reușit să îl redreseze, dar a fost arestat în 1950 și mutat la Câmpulung-Muscel, spitalul pierzând, astfel, un mare medic și un foarte bun gospodar. După doctorul Fălcoianu, spitalul a fost condus de medicul Vasile Teodorescu, până în 1951, și de medicul Marcel Dulbergher (1951 – 1956).

În 1957 a avut loc un incendiu care a scos, practic, clădirea din uz. Spitalul a rămas fără uși, ferestre, mobilier și cazarmament și a continuat activitatea prin secțiile dispersate în diferite clădiri din oraș. Între timp, spitalul a fost condus de medicul Leon Leiba (1957-1959). Refacerea clădirii a fost

efectuată sub conducerea doctorului Petru Toporaș, care a fost director între 1959 și 1961, apoi s-a continuat dezvoltarea bazei materiale a spitalului sub conducerea doctorului Victor Panaitescu (1961-1965). Ulterior, în perioada directoratului medicului Octav Clocotici (1965-1968), prin efortul deosebit al medicilor și al administrației locale, s-a reușit construirea unui spital de 700 de locuri, în condițiile în care normativele epocii nu permiteau orașului Roman, care își pierduse rangul de capitală de județ, decât construirea unui spital cu maxim 420 de locuri. Apoi, spitalul a fost condus de medicul Cicerone Vornicel (1968-1974), din nou de dr. Octav Clocotici (1974-1982), ulterior de medicii dr. Mircea Arvătescu (1982-1990), dr. Constantin Bordeianu (1990-1997), dr. Cătălina Pălăncianu (1997-2001), dr. Dan Arvătescu (2001-2005), în timpul căruia s-a născut, pentru prima dată, ideea înființării unui Centru de Primiri Urgențe, dr. Petre Boștină (2005-2006), dr. Virgil Trofin (2006-2007), dr. Claudiu Petruț Gafar (2007-2009), dr. Mircea Coadă (2009-2013). Din 2013, spitalul este condus, din nou, de dr. Cătălina Pălăncianu până în anul 2015. Din octombrie 2015 până în prezent, spitalul este condus de medicul Andrici Maria.

Spitalul Municipal de Urgență Roman, conform Hotărârii nr. 9 din 17 august 1999 a Comitetului de Direcție al Direcției de Sănătate Publică Neamț, este unitate sanitară de utilitate publică, cu personalitate juridică, cu rol în asigurarea de servicii medicale având un număr de 666 paturi și se află în subordinea Consiliului Local Roman, conform prevederilor OUG nr. 162/2008.

Art. 2. Viziunea, Misiunea și Valorile spitalului

2.1. Viziune - "Pentru sănătate, împreună!"

2.1.1. Dorim să generăm în permanență pentru comunitatea locală performanță pe plan medical, plus valoare, să contribuim la îmbunătățirea continuă a actului medical și să diversificăm serviciile medicale pe care sa le oferim, cu respectarea întotdeauna a drepturilor pacienților.

2.1.2. Vom trata orice pacient cu simț de răspundere, respect și profesionalism.

2.1.3. Ne vom canaliza toată energia pentru a preveni, diagnostica, trata și oferi îngrijiri medicale la standarde adecvate și ne vom axa în permanență spre îmbunătățirea continuă a calității vieții pacienților noștri.

2.1.4. Dorim să fim un spital eficient, bine dotat, cu personal motivat, bine pregătit și permanent aflat în slujba celor care au nevoie de serviciile noastre.

2.2. Misiune

2.2.1. Misiunea noastră este de a ne implica major în îmbunătățirea stării de sănătate a comunității urbane și rurale arondate.

2.2.2. Suntem în permanență orientați spre a identifica și soluționa profesionist nevoile pacienților prin furnizarea de servicii medicale de calitate, bazate pe competență profesională, transparență și eficiență și cu respectarea drepturilor tuturor pacienților, a eticii și deontologiei medicale.

2.3. Valori

2.3.1. Valorile esențiale pe care le promovăm în activitățile noastre de zi cu zi sunt:

a. *Profesionalism* – activitățile pe care le desfășurăm au la bază reguli și cerințe clare de la care nu putem face rabat; cu toții ne implicăm în mod activ în realizarea misiunii acestei instituții medicale; deviza noastră permanentă este să construim încredere.

b. *Performanță* – rezultatele noastre trebuie să ne reprezinte și să ne consolideze poziția pe plan local.

c. *Grija față de om* – prin tot ceea ce noi vrem să dezvoltăm din punct de vedere medical și social, omul este în permanență în centrul atenției noastre, indiferent că acesta se numește pacient sau salariat al spitalului; îi respectăm întotdeauna drepturile și libertățile.

d. *Transparență* – comunicăm cu pacienții și salariații noștri; suntem în permanență deschiși și venim în întâmpinarea nevoilor acestora.

e. *Accesibilitate* – prin modul în care suntem organizați, cei care ne solicită sprijin și ajutor, le pot primi în orice moment.

Art. 3. Tipul de spital și nivelul de competență

Spitalul Municipal de Urgență Roman asigură servicii medicale unei populații estimată la un număr de aproximativ 200.000 locuitori atât pentru municipiul Roman cât și pentru 30 comune și se asigură permanent de îndeplinirea tuturor condițiilor pentru îmbunătățirea calității serviciilor oferite.

SMU Roman este clasificat

- spital de categoria III, prin Ordinul MS nr. 938 din 31.05.2011,
- spital de urgență, prin Ordinul MS nr. 1242/12.10.2006,
- acreditat ANMCS - ciclul I în anul 2015,
- reacreditat ANMCS în categoria a IV-a de acreditare, conform Ordinului Președintelui ANMCS nr. 258/07.08.2024,
- certificat pentru recunoașterea Sistemului de Management al Calității în conformitate cu cerințele SR EN 9001:2015,
- acreditat RENAR.

**Art. 4. Servicii medicale oferite de spital****a. Servicii de urgență:**

- urgențe medico-chirurgicale și tromboliză;
- intervenții de urgență;
- investigații (explorări radiologice, ecografii, EKG, analize de laborator, CT);
- tratament medical și chirurgical;
- consultații de specialitate în liniile de gardă: medicină de urgență, chirurgie generală, ortopedie-traumatologie, medicină internă, obstetrică-ginecologie, pediatrie, neurologie, neonatologie, psihiatrie.

b. Servicii curative:

- în specialitățile: - chirurgicale - ortopedie-traumatologie, obstetrică-ginecologie, chirurgie generală, urologie, chirurgie și ortopedie pediatrică, chirurgie toracică, chirurgie vasculară și chirurgie plastică, estetică și microchirurgie reconstructivă, urologie, ORL, oftalmologie,
- medicale - medicină de urgență, medicină internă, pneumologie, nefrologie gastroenterologie, anestezie-terapie intensivă, neurologie, cardiologie, dermatovenerologie, oncologie medicală, diabet nutriție și dietetică, endocrinologie, neonatologie, reumatologie, recuperare, pediatrie, boli infecțioase, psihiatrie, genetică medicală.

- examene paraclinice - de radiologie și imagistică medicală(radiografii digitale, computer tomograf, RMN, mamografii, ecografii) și de laborator(analize medicale acreditate RENAR și analize anatomopatologice)
- investigații - EKG, ecocardiografie, oscilometrie, audiometrie, fund de ochi și alte investigații și măsurători oftalmologice, laringoscopii, spirometrii și alte măsurători ale funcției respiratorii, puncții, sigmoidoscopii, colposcopii, biopsii chirurgicale sau nechirurgicale, endoscopii, bronhoscopii, colonoscopii, laringoscopii, uroscopii , etc.;
- tratament medical;
- tratament chirurgical clasic și laparoscopic;
- proceduri de recuperare;
- consiliere psihosocială, relațională și pentru situații de urgență;

c. Servicii profilactice:

- examen medical la angajarea în instituție (promovarea sănătății la locul de muncă)
- controale periodice;
- evaluarea stării de sănătate pentru Comisia de Expertiza a Capacității de Muncă;
- servicii de planificare familială;
- monitorizarea evoluției sarcinii și a lăuziei;
- urmărirea dezvoltării fizice și psihomotorii a sugarului și copilului;
- servicii de educație sanitară.

Spitalul dispune de un număr de :

- ✓ 666 paturi – destinate spitalizării continue
- ✓ 33 paturi – destinate spitalizării de zi
- ✓ 20 paturi pentru însoțitori

**Art. 5. Obiective**

Obiectivul general și prioritar al spitalului este <<**Îmbunătățirea siguranței pacienților și creșterea satisfacției acestora**>> pentru toți pacienții care se prezintă pentru servicii medicale la Spitalului Municipal de Urgență Roman.

De asemenea, pe baza unei analize detaliat efectuate, direcțiile de dezvoltare ale acestei instituții medicale au stabilit Planul Strategic de dezvoltare al spitalului pentru perioada 2021-2025, bazat pe un sistem unitar de obiective (obiective pe termen scurt, mediu și lung) stabilit de managementul de vârf în colaborare cu funcțiile de management de nivel 1 și 2.

Planul strategic de dezvoltare al Spitalului Municipal de Urgență Roman este un instrument de integrare a cadrului strategic existent, de racordare a procesului de planificare bugetară cu politicile de dezvoltare pe linie medicală la nivel național și local.

Atât factorii externi cât și cei interni generează în mod implicit necesitatea ca și Spitalul Municipal de Urgență Roman să se ralieze, prin măsuri adecvate, la îmbunătățirea continuă a calității serviciilor medicale prestate, fiind în permanență orientat atât spre asigurarea unor dotări de echipamente performante cât și pe atragerea de resursă umană performantă, care să poată face față problematicei și cazuisticii medicale din ce în ce mai complexe.

Personalul care își desfășoară activitatea în cadrul Spitalului Municipal de Urgență Roman este pe deplin conștient de rolul și responsabilitățile acestei instituții publice pentru comunitatea locală pe care o deservește.

Prin structurile spitalului, se derulează activități specifice Programelor Naționale de sănătate, atât cu scop curativ, cât și profilactic, monitorizarea acestora realizându-se prin coordonatorii de programe/subprograme desemnați prin act administrativ.

Art. 6. Activitățile spitalului

6.1. Activitatea clinică este asigurată prin activități de diagnostic și de tratament pentru pacienți, în specialitățile existente în structura spitalului.

6.2. Activitatea profesională și respectarea manoperelor și a procedurilor medicale sunt supuse reglementărilor în vigoare.

6.3. Prin Compartimentul de Primiri Urgențe, spitalul asigură primul ajutor și asistență medicală de urgență, având personal propriu, special pregătit pentru triajul, evaluarea și tratamentul de urgență al pacienților cu afecțiuni acute, care se prezintă la spital spontan sau care sunt transportați de ambulanțe, din cauza stării lor critice de sănătate care necesită intervenții operative și profesionale.

6.4. Pentru pacienții care se adresează spitalului, acesta asigură asistență medicală și răspunde pentru:

- calitatea actului medical;
- condițiile de cazare, igienă, alimentație și de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale;
- acoperirea prejudiciilor cauzate pacienților în caz de neefectuare și/sau efectuarea neadecvată a actului medical la care aceștia au fost supuși, prejudicii stabilite de către organele competente.

6.5. Spitalul acordă primul ajutor și asistență medicală de urgență oricărei persoane care se prezintă la Compartimentul de Primiri Urgențe sau la Ambulatoriul Integrat, dacă starea sănătății acelei persoane o necesită.

6.6. După stabilizarea funcțiilor vitale, spitalul asigură, atunci când situația o impune, transportul medicalizat la o altă unitate medico-sanitară de profil, conform *Ordin 1091 din 2006 privind aprobarea protocoalelor de transfer interclinic al pacientului critic*, cu care există încheiată convenție medicală specifică.

6.7. Din punct de vedere funcțional, activitățile manageriale, administrative, de aprovizionare, economico-financiare, de asigurare a alimentației specifice, de transport și gospodărești sunt organizate astfel încât să constituie un suport activ și eficient desfășurării serviciilor medicale.

6.8. Întreaga activitate organizatorică și funcțională a spitalului este reglementată și supusă controlului, la nivel teritorial, de către Consiliul Local Roman, Casa de Asigurări de Sănătate Neamț și Direcția de Sănătate Publică Neamț, și în mod implicit și de către Ministerul Sănătății, ca autoritate centrală în domeniul asistenței de sănătate publică.

Art. 7. Etică și deontologie medicală

Problemele de etică și deontologie profesională care nu pot fi solutionate prin Consiliul etic al spitalului, sunt transmise spre evaluare specifică, după caz, la Colegiul Medicilor din România, Colegiul Farmaciștilor din România sau Ordinul Asistenților Medicali din România.

Art. 8.

Spitalul Municipal de Urgență Roman acordă asistență medicală tuturor pacienților, nediscriminatoriu, indiferent de vârstă, sex, etnie, religie sau convingeri politice, și de asemenea respectând nevoile specifice ale pacienților persoane cu handicap.

Art. 9.

Fiecare pacient este respectat și tratat în acest spital ca și persoană umană cu drepturi depline.

Art. 10.

Spitalul Municipal de Urgență Roman respectă dreptul tuturor pacienților de a primi informații de natură medicală (starea sănătății lor, procedurile terapeutice, diagnosticul, prognosticul afecțiunii) în legătură cu persoana lor, acest lucru fiind asigurat prin intermediul persoanelor din echipele medicale precum și prin datele înscrise în documentele medicale de externare. În vederea asigurării accesului pacienților/apartinătorilor (persoane cu handicap) la mediul fizic, informațional și comunicațional, spitalul asigură și ia măsurile specifice în conformitate cu Legea nr. 448/2006*** republicată. Pacienților străini care se adresează Spitalului Municipal de Urgență Roman li se respectă dreptul de a li se oferi informațiile solicitate într-una din limbile de circulație internațională (engleză/franceză), prin intermediul unui traducător, pus la dispoziție de spital.

Art. 11.

Relațiile de muncă sunt reglementate de Codul Muncii aprobat prin Legea nr. 53/2003, republicată, cu modificările și completările ulterioare, precum și de Contractul Colectiv de Muncă la nivel de ramură și de unitate.

Art. 12.

Spitalul Municipal de Urgență Roman este o instituție publică și funcționează pe principul autonomiei financiare – venituri proprii și este ordonator terțiar de credite.

Art. 13.

Veniturile proprii ale spitalului provin din:

- a. Sumele încasate pentru serviciile medicale furnizate pe bază de contracte încheiate cu CAS Neamț, precum și din alte surse, conform legii;
- b. De la bugetul de stat și din veniturile proprii ale Ministerului Sănătății care se alocă prin transfer către autoritățile administrației publice locale pentru:
 - finalizarea obiectivelor de investiții noi, de investiții în continuare, nominalizate în listele programului de investiții, anexa la bugetul Ministerului Sănătății din Legea bugetului de stat, aflate în derulare la nivelul spitalului;

- dotarea cu aparatură medicală, în condițiile în care autoritățile administrației publice locale participă la achiziționarea acestora cu fonduri în cuantum de minimum 10% din valoarea acestora;
- reparații capitale la spitale, în condițiile în care autoritățile administrației publice locale participă cu fonduri în cuantum de minimum 5% din valoarea acestora;
- finanțarea obiectivelor de modernizare, transformare și extindere a construcțiilor existente, precum și expertizarea, proiectarea și consolidarea clădirilor în condițiile în care autoritățile administrației publice locale participă la achiziționarea acestora cu fonduri în cuantum de minimum 10% din valoarea acestora.
- asigurarea cheltuielilor de natura bunurilor și serviciilor necesare cabinetelor medicale de planning familial, dispensar TBC, cabinete LSM, cuprinse în structura organizatorică a spitalului, aprobate în condițiile legii;
- c. De la bugetul local, care poate participa la finanțarea unor cheltuieli de administrare și funcționare, respectiv bunuri și servicii, investiții, reparații capitale, consolidare, extindere și modernizare, dotări cu echipamente medicale, în limita creditelor bugetare aprobate cu această destinație.

Art. 14.

Venituri proprii suplimentare ale spitalului provin din:

- donații și sponsorizări;
- legate;
- asocieri investiționale în domenii medicale sau de cercetare medicală și farmaceutică;
- închirierea temporară, fără pierdere totală a folosinței, a unor spații medicale, dotări cu echipament sau aparatură medicală către alți furnizori de servicii medicale;
- contracte privind furnizarea de servicii medicale încheiate cu casele de asigurări private sau agenți economici;
- servicii medicale, hoteliere sau de alta natură, furnizate la cererea pacienților ori a angajatorilor;
- contracte de cercetare și alte surse.

Art. 15.

Bugetul de venituri și cheltuieli al spitalului se întocmește, se aprobă și se execută potrivit prevederilor Legii nr. 273/2006 și face parte din bugetul general al Unității Administrativ Teritoriale Roman. SMU Roman monitorizează lunar execuția bugetară, urmărind realizarea veniturilor și efectuarea cheltuielilor în limita bugetului aprobat. Execuția bugetului de venituri și cheltuieli se raportează lunar și trimestrial la Ordonatorul principal de credite, CAS Neamț, respectiv DSP Neamț, funcție de finanțările decontate de către acestea.

Art. 16.

Contractul de furnizare de servicii medicale al Spitalului Municipal de Urgență Roman cu CAS Neamț reprezintă sursa principală a veniturilor în cadrul bugetului de venituri și cheltuieli și se negociază cu conducerea CAS Neamț de către Managerul spitalului în funcție de indicatorii stabiliți în contractul-cadru de furnizare de servicii medicale. Proiectul bugetului de venituri și cheltuieli al SMU Roman și lista de dotări echipamente și reparații capitale se elaborează de Comitetul director, se avicează în Consiliul de administrație și se aprobă în Consiliul Local al Municipiului Roman.

Art. 17.

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



Art. 18.

Salarizarea personalului de conducere din Spitalul Municipal de Urgență Roman, precum și a celorlalte categorii de personal se stabilește conform legii.

B. STRUCTURA ORGANIZATORICĂ**Art. 19.**

Spitalul Municipal de Urgență Roman dispune de o structură complexă de specialități aprobată prin OMS nr. 792/02.06.2010, modificată prin Avizul Ministerului Sănătății nr. AR 12748/30.07.2024, aprobată prin HCL nr. 191 din 29.08.2024, personalul fiind specializat și acreditat conform normelor în vigoare.

- Secții și compartimente cu specific medical

1. Secția Medicină internă	80 paturi, din care:
o Gastroenterologie	12 paturi
o Nefrologie	5 paturi
2. Secția Pediatrie	74 paturi, din care:
o Recuperare pediatrică	4 paturi
o Terapie acută	10 paturi
3. Secția Chirurgie generală	65 paturi, din care:
o Urologie	10 paturi
o Chirurgie toracică	10 paturi
o Chirurgie vasculară	5 paturi
o Chirurgie plastică, estetică și microchirurgie reconstructivă	5 paturi
4. Secția Obstetrică-Ginecologie	56 paturi
5. Secția Psihiatrie	50 paturi
6. Secția Neonatologie	37 paturi, din care:
Prematuri	5 paturi
Terapie intensivă	5 paturi
7. Secția Cardiologie	30 paturi, din care:
Terapie intensivă	15 paturi
8. Secția Neurologie	30 paturi, din care:
Recuperare neurologică	5 paturi
9. Secția Ortopedie-Traumatologie	30 paturi
10. Secția Recuperare, Medicină Fizică și Balneologie	30 paturi, din care:
Reumatologie	10 paturi
11. Secția Boli infecțioase	29 paturi, din care:
HIV/SIDA	4 paturi
12. Secția Pneumologie	25 paturi, din care:
Recuperare medicală respiratorie	5 paturi
13. Secția ATI	20 paturi
14. Compartiment Diabet Zaharat, Nutriție și Boli metabolice	23 paturi, din care:
Endocrinologie	8 paturi
15. Compartiment Oncologie medicală	20 paturi
16. Compartiment Chirurgie și Ortopedie pediatrică	15 paturi
17. Compartiment Dermatovenerologie	15 paturi
18. Compartiment O.R.L.	15 paturi



- 19. Compartiment Oftalmologie 12 paturi
- 20. Compartiment Îngrijiri paliative 10 paturi
- Compartiment Primiri Urgențe
- Serviciul de Anatomie patologică (Histopatologie, Citologie, Prosectură)
- Laboratoare*
 - o Laborator analize medicale
 - o Laborator radiologie și imagistică medicală;
 - o Laborator recuperare, medicină fizică și balneologie (Bază de tratament)
- * Laboratoarele deservesc atât secțiile/compartimentele cu paturi cât și ambulatoriu integrat.
- Bloc operator
- Unitate de transfuzie sanguină
- Farmacie
- S.P.I.A.A.M.
- Sterilizare
- Dispensar T.B.C.
- Centrul de Sănătate mintală (20 locuri)
- Ambulatoriu Integrat al spitalului
 - o Medicină internă
 - o Cardiologie
 - o O.R.L.
 - o Oftalmologie
 - o Chirurgie generală
 - o Obstetrică-Ginecologie
 - o Pediatrie
 - o Ortopedie-Traumatologie
 - o Neurologie
 - o Dermatovenerologie
 - o Chirurgie și Ortopedie pediatrică
 - o Pneumologie
 - o Endocrinologie
 - o Urologie
 - o Gastroenterologie
 - o Nefrologie
 - o Recuperare, medicină fizică și balneologie
 - o Chirurgie toracică
 - o Chirurgie plastică, estetică și microchirurgie reconstructivă
 - o Chirurgie vasculară
 - o Reumatologie
 - o Neonatologie
 - o Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice
 - o Oncologie medicală
 - o Boli infecțioase
 - o Psihiatrie
- Cabinete
 - o Medicina Muncii
 - o Planificare familială
 - o Hematologie
 - o Alegologie și imunologie clinică
 - o Genetică medicală
 - o Psihiatrie pediatrică
- Compartiment evaluare și statistică medicală
- Fișier informații – Garderoba
- Aparat funcțional
- Bloc alimentar
- Spălătorie
- Spitalizare de zi – 33 paturi (distribuite pe secții/compartimente)
- Paturi de însoțitori – 20 paturi



Art. 20. Sediul spitalului

Sediul Spitalului Municipal de Urgență Roman este situat în municipiul Roman, județul Neamț și are două locații în:

- Str. Tineretului, nr. 28-30, Roman → **Spitalul Nou, cu sediu Central, clădiri S+P+6 etaje, sediu Administrativ, Policlinica**
- Str. Speranței, nr.11-13, Roman → **Spitalul Vechi, 2 clădiri (P+1E – Secția Psihiatrie; P+2E - Secția Pediatrie și Boli infecțioase)**



C. CADRU GENERAL LEGISLATIV

Art. 21.

Spitalul Municipal de Urgență Roman funcționează potrivit următoarelor prevederi legislative:

- Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu toate modificările și completările ulterioare;
- Legea nr. 53/2003 din 24 ianuarie 2003 *** Republicată - Codul muncii;
- Legea nr. 319/2006 din 14 iulie 2006 - Legea securității și sănătății în muncă;
- Hotărâre nr. 1425/2006 din 11 octombrie 2006 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Legii securității și sănătății în muncă nr. 319/2006;
- Hotărâre nr. 355/2007 privind supravegherea sănătății lucrătorilor;
- Ordinul nr. 92/03.02.2017 pentru completarea Ordinului ministerului sănătății nr. 1.170/2014 privind aprobarea modelelor de formulare pentru aplicarea prevederilor titlului VI din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sanatații;
- Hotărâre nr. 1048/2006 din 9 august 2006 *** Republicată - privind cerințele minime de securitate și sănătate pentru utilizarea de către lucrători a echipamentelor individuale de protecție la locul de muncă;
- OMS nr. 1500/24.11.2009 privind aprobarea Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensiva din unitățile sanitare.
- Ordinul MSP nr. 320/15.02.2007 privind aprobarea Contractului de administrare a secției/ laboratorului sau serviciului medical din cadrul spitalului public, cu toate modificările și completările ulterioare;
- Ordinul nr. 1628/24.09.2007 privind aprobarea modelului contractului de administrare a spitalului public din rețeaua Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
- Legea 273/2006 privind finanțele publice locale;
- Ordonanța de Urgență a Guvernului nr. 162/2008 privind transferul ansamblului de atribuții și competențe exercitate de Ministerul Sănătății Publice către autoritățile administrației publice locale;
- Ordinul nr. 1384/04.11.2010 privind aprobarea modelului-cadru al contractului de management și a listei indicatorilor de performanță a activității managerului spitalului public, cu toate modificările și completările specifice ulterioare;
- Ordinul nr. 1743/2023 din 19 mai 2023 pentru modificarea anexei nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății nr. 1384/2010 privind aprobarea modelului-cadru al contractului de management și a listei indicatorilor de performanță a activității managerului spitalului public;
- Ordinul nr. 3626/2022 din 29 noiembrie 2022 privind criteriile de performanță în baza cărora contractul de management poate continua sau poate înceta înainte de termen;
- Ordinul nr. 1711/2024 din 4 aprilie 2024 pentru modificarea anexei nr. 1 la Ordinul ministrului sănătății nr. 3.626/2022 privind criteriile de performanță în baza cărora contractul de management poate continua sau poate înceta înainte de termen;
- Ordinul MS nr. 75/2010, pentru aprobarea Regulilor de bună practică farmaceutică;
- Legea nr. 266/2008 *** Republicată - legea farmaciei;
- Ordinul nr. 39/16.01.2008 privind reorganizarea ambulatoriului de specialitate al spitalului;

- Ordinul MSP nr. 914/26.07.2006, pentru aprobarea normelor privind condițiile pe care trebuie să le îndeplinească un spital în vederea obținerii autorizației sanitare de functionare, cu toate modificările și completările specifice ulterioare;
- Ordinul MSP nr. 921/27.07.2006 pentru stabilirea atribuțiilor Comitetului Director din cadrul spitalului public, cu toate modificările și completările specifice ulterioare;
- Ordinul MS nr. 863/30.06.2004 pentru aprobarea atribuțiilor și competențelor Consiliului Medical al spitalelor, cu toate modificările și completările specifice ulterioare;
- Ordinul nr. 1502/2016 din 19 decembrie 2016 pentru aprobarea componenței și a atribuțiilor Consiliului etic care funcționează în cadrul spitalelor publice;
- Ordinul nr. 559/874/4017 din 8 noiembrie 2001 privind înființarea nucleelor de calitate în unele unități spitalicești;
- Ordinul nr. 1228/2006 pentru aprobarea Normelor privind organizarea sistemului de hemovigilență, de asigurare a trasabilității, precum și a Regulamentului privind sistemul de înregistrare și raportare în cazul apariției de incidente și reacții adverse severe legate de colecta și administrarea de sânge și de componente sanguine umane;
- Ordinul nr. 1782/28.12.2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, cu toate modificările și completările specifice ulterioare;
- Legea nr. 46/21.01.2003 privind drepturile pacientului, cu toate modificările și completările specifice ulterioare;
- Ordinul nr. 1410/2016 privind aprobarea Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003;
- Ordinul nr. 3670/2022 din 6 decembrie 2022 privind stabilirea programului de vizite în unitățile sanitare publice;
- Ordinul nr. 1101/2016 privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale în unitățile sanitare;
- Ordin nr. 1761/2021 din 3 septembrie 2021 pentru aprobarea Normelor tehnice privind curățarea, dezinfectia și sterilizarea în unitățile sanitare publice și private, evaluarea eficacității procedurilor de curățenie și dezinfecție efectuate în cadrul acestora, procedurile recomandate pentru dezinfectia mâinilor în funcție de nivelul de risc, precum și metodele de evaluare a derulării procesului de sterilizare și controlul eficienței acestuia;
- Legea nr. 3/2021 din 8 ianuarie 2021 privind prevenirea, diagnosticarea și tratamentul infecțiilor asociate asistenței medicale din unitățile medicale și din centrele rezidențiale pentru persoanele adulte aflate în dificultate din România;
- Ordinul nr. 1109/07.11.2016 pentru modificarea Ordinului ministrului sănătății publice nr. 1.509/2008 privind aprobarea Nomenclatorului de specialități medicale, medico-dentare și farmaceutice pentru rețeaua de asistență medicală;
- Ordinul Ministerului Sănătății nr. 1226/2012, pentru aprobarea Normei tehnice privind gestionarea deșeurilor rezultate din activități medicale și a Metodologiei de culegere a datelor pentru baza națională de date privind deșeurile rezultate din activități medicale;
- Ordonanța de urgență nr. 92/2021 din 19 august 2021 privind regimul deșeurilor;
- Ordinul nr. 1279 din 14 decembrie 2012 privind aprobarea Criteriilor de evaluare, a condițiilor de funcționare și monitorizare a echipamentelor de tratare prin decontaminare termică la temperaturi scăzute a deșeurilor medicale periculoase;
- Legea nr. 17/2023 din 6 ianuarie 2023 pentru aprobarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 92/2021 privind regimul deșeurilor;
- Regulamentul nr. 679/27.04.2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor);
- Legea nr. 544/2001 cu toate completările ulterioare - privind liberul acces la informațiile de interes public, actualizare 2016;

- Hotărârea nr. 478/08.07.2016 pentru modificarea și completarea Normelor metodologice de aplicare a Legii nr. 544/2001 privind liberul acces la informațiile de interes public, aprobate prin Hotărârea Guvernului nr. 123/2002;
- Legea nr. 52/2003 din 21 ianuarie 2003 *** Republicată - privind transparența decizională în administrația publică;
- Legea nr. 176/2010 din 1 septembrie 2010 privind integritatea în exercitarea funcțiilor și demnităților publice, pentru modificarea și completarea Legii nr. 144/2007 privind înființarea, organizarea și funcționarea Agenției Naționale de Integritate, precum și pentru modificarea și completarea altor acte normative;
- Ordinul nr. 600/2018 din 20 aprilie 2018 privind aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice;
- Ordinul 298/2020 pentru aprobarea Metodologiei privind monitorizarea procesului de implementare a sistemului de management al calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului;
- Legea 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate;
- Ordinul ministrului Sănătății nr. 446/18.04.2017 privind aprobarea Standardelor, Procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor;
- Ordinul nr. 298 din 26 august 2020 pentru aprobarea Metodologiei privind monitorizarea procesului de implementare a sistemului de management al calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului;
- Legea nr. 448/2006 din 6 decembrie 2006*** Republicată - privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap;
- Legea nr. 185/2021 din 1 iulie 2021 pentru completarea art. 86¹ din Legea nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap;
- Hotărârea nr. 970/2023 din 12 octombrie 2023 pentru aprobarea Metodologiei privind prevenirea și combaterea hărțuirii pe criteriul de sex, precum și a hărțuirii morale la locul de muncă;
- Legea nr. 296/2023 din 26 octombrie 2023 privind unele măsuri fiscal-bugetare pentru asigurarea sustenabilității financiare a României pe termen lung;
- Hotărârea nr. 1344/2007 din 31 octombrie 2007 privind normele de organizare și funcționare a comisiilor de disciplină;
- Ordinul nr. 1706 din 2 octombrie 2007 privind conducerea și organizarea unităților și compartimentelor de primire a urgențelor;
- OMS nr. 1224/2006 pentru aprobarea Normelor privind activitatea unităților de transfuzie sanguină din spitale;
- Hotărârea nr. 423/2022 din 25 martie 2022 privind aprobarea programelor naționale de sănătate;
- Legea nr. 82/1991 din 24 decembrie 1991*** Republicată - Legea contabilității;
- Ordinul nr. 2634/2015 din 5 noiembrie 2015 privind documentele financiar-contabile;
- Ordinul nr. 1792/2002 din 24 decembrie 2002 pentru aprobarea Normelor metodologice privind angajarea, lichidarea, ordonanțarea și plata cheltuielilor instituțiilor publice, precum și organizarea, evidența și raportarea angajamentelor bugetare și legale;
- Legea nr. 98/2016 din 19 mai 2016 privind achizițiile publice;
- Ordonanța nr. 3/2021 din 25 august 2021 pentru modificarea și completarea unor acte normative în domeniul achizițiilor publice;
- Ordinul nr. 1292/2012 privind aprobarea Normelor metodologice pentru achiziția publică centralizată, la nivel național, de medicamente, materiale sanitare, echipamente medicale, echipamente de protecție, servicii, combustibili și lubrifianți pentru parcul auto;
- Legea nr. 307/2006 privind apărarea împotriva incendiilor;
- Ordinul nr. 163/2007 pentru aprobarea Normelor generale de apărare împotriva incendiilor;
- Legea nr. 481/2004 din 8 noiembrie 2004*** Republicată - privind protecția civilă;

- Ordinul nr. 75/2019 pentru aprobarea Criteriilor de performanță privind constituirea, încadrarea și dotarea serviciilor voluntare și a serviciilor private pentru situații de urgență;
- Hotărârea nr. 160 din 14 februarie 2007 pentru aprobarea Regulamentului privind portul, descrierea, condițiile de acordare și folosire a uniformei, echipamentului de protecție și însemnelor distinctive ale personalului serviciilor pentru situații de urgență voluntare/private;
- Ordinul nr. 1096/2016 din 30 septembrie 2016 privind modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății nr. 914/2006 pentru aprobarea normelor privind condițiile pe care trebuie să le îndeplinească un spital în vederea obținerii autorizației sanitare de funcționare;
- Ordonanță de urgență nr. 158/2005 din 17 noiembrie 2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate
- Hotărârea nr. 1336/2022 din 28 octombrie 2022 pentru aprobarea Regulamentului-cadru privind organizarea și dezvoltarea carierei personalului contractual din sectorul bugetar plătit din fonduri publice;
- Ordinul nr. 974/2020 din 2 iunie 2020 privind stabilirea criteriilor de evaluare a performanțelor profesionale individuale pentru personalul contractual și a fișei de evaluare a personalului de execuție și de conducere;
- Legea nr. 111/1996 din 10 octombrie 1996*** Republicată privind desfășurarea în siguranță, reglementarea, autorizarea și controlul activităților nucleare;
- Ordinul nr. 870/2004 din 1 iulie 2004 pentru aprobarea Regulamentului privind timpul de muncă, organizarea și efectuarea gărzilor în unitățile publice din sectorul sanitar;
- Ordinul nr. 1091 din 7 septembrie 2006 privind aprobarea protocoalelor de transfer interclinic al pacientului critic;
- Ordinul nr. 2168/502/2023 din 29 iunie 2023 privind aprobarea modelului unic al biletului de trimitere pentru investigații paraclinice utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate și a Instrucțiunilor privind utilizarea și modul de completare a biletului de trimitere pentru investigații paraclinice utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;
- Legea nr. 104/2003 din 27 martie 2003*** Republicată privind manipularea cadavrelor umane și prelevarea organelor și țesuturilor de la cadavre în vederea transplantului;
- Ordinul nr. 3801/2024 din 08 iulie 2024 pentru aprobarea structurii organizatorice și de personal, a atribuțiilor serviciilor de anatomie patologică și prosectură din cadrul spitalelor, precum și a listei cu dotările minime obligatorii
- Ordonanța de urgență nr. 158/2005 din 17 noiembrie 2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate;
- Ordinul nr. 1192/745/2020 din 1 iulie 2020 pentru aprobarea modelului unic al certificatului de concediu medical și a instrucțiunilor privind utilizarea și modul de completare a certificatelor de concediu medical pe baza cărora se acordă indemnizații asiguraților din sistemul asigurărilor sociale de sănătate și din sistemul de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale;
- Legea nr. 487/2002 din 11 iulie 2002*** Republicată - Legea sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice;
- Legea nr. 333/2003 din 8 iulie 2003*** Republicată privind paza obiectivelor, bunurilor, valorilor și protecția persoanelor.

PARTEA a II- a

D. ATRIBUȚIILE SPITALULUI**Art. 22.**

Spitalul Municipal de Urgență Roman are următoarele atribuții:

(1). Acordă, fără discriminare, pacienților săi, servicii medicale de urgență, preventive, curative, de recuperare și paliative conform pachetului de servicii contractat cu CAS Neamț, respectând criteriile stabilite prin Ordinul nr. 914/2006 din 26 iulie 2006 pentru aprobarea normelor privind condițiile pe care trebuie să le îndeplinească un spital în vederea obținerii autorizației sanitare de funcționare. Spitalul trebuie:

- a. Să asigure semnalizarea corespunzătoare a spitalului în zonă și semnalizarea interioară a circuitelor importante utilizate de pacientul internat (inclusiv pacienți persoane cu dizabilități);
- b. Să posede autorizație sanitară de funcționare;
- c. Să fie acreditat;
- d. Să asigure respectarea structurii organizatorice stabilită prin Ordinul Ministerului Sănătății nr. 792/02.06.2010, cu avizele ulterioare, în ceea ce privește numărul de paturi pe secții și compartimente;
- e. Să asigure încadrarea cu personal medico-sanitar și cu alte categorii de personal conform normativelor de personal în vigoare, care să permită funcționarea spitalului în condiții de eficiență;
- f. Să aibă organizat Serviciul de prevenire și control al infecțiilor asociate asistenței medicale în conformitate cu prevederile Ordinului nr. 1101/2016 privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale în unitățile sanitare;
- g. Să asigure organizarea și respectarea programului DDD în întregul spital;
- h. Să aibă organizat Compartimentul de Primiri Urgențe.

(2). Spitalul Municipal de Urgență Roman răspunde, potrivit legii, pentru calitatea actului medical, pentru respectarea condițiilor de cazare, igienă, alimentație și de prevenire a infecțiilor asociate ce pot determina prejudicii pacienților, așa cum sunt stabilite de către organele competente. Pentru prejudicii cauzate pacienților din culpa medicală, răspunderea este individuală.

(3). Spitalul Municipal de Urgență Roman asigură servicii medicale și pacienților cu probleme sociale sau psihocomportamentale aduse în regim de urgență cât și persoanelor private de libertate, în condițiile asigurării unor măsuri de siguranță pentru ceilalți pacienți și personalul propriu.

(4). Spitalul Municipal de Urgență Roman asigură accesul persoanelor cu dizabilități la mediul fizic, informațional și comunicațional astfel:

- a. promovează și implementează conceptul „Acces pentru toți” pentru a împiedica crearea de noi bariere și apariția unor surse de discriminare;
- b. asigură accesul la informații publice a persoanelor cu handicap;
- c. asigură interpreți autorizați ai limbajului mimico – gestual și ai limbajului specific persoanelor cu surdocecitate;
- d. derulează în colaborare sau în parteneriat cu alte instituții sau persoane juridice, publice ori private programe de accesibilitate sau de conștientizare a importanței acestora;
- e. prevede în buget sume pentru costurile lucrărilor necesare pentru realizarea adaptărilor, potrivit art. 62 aln. (3) din *Legea nr. 448/2006 actualizată privind protecția și promovarea drepturilor*

persoanelor cu handicap;

- f. efectuează activități de adaptare a clădirii, a căilor de acces, a spațiilor de parcare, conform prevederilor legale în domeniu, astfel încât să permită accesul neîngrădit al persoanelor cu handicap;
 - g. accesibilizează în unitate prin asigurarea, în interiorul acesteia, a adaptărilor specifice fiecărui tip de handicap, fără ca enumerarea să fie limitativă, după cum urmează:
 - pentru persoanele cu handicap locomotor și cu mobilitate redusă: rampe și/sau, după caz, sisteme electronice ori automatizate de acces, elevatoare sau lifturi;
 - pentru persoanele cu handicap vizual sau cu dificultăți de vedere, inclusiv cu surdocecitate: sisteme acustice de ghidaj – sistemul STEP HEAR;
 - pentru persoanele cu handicap auditiv: sisteme de avertizare vizuală
 - pentru persoanele cu handicap mintal și psihic: sistem de ghidaj în limbaj ușor de citit;
 - asigurarea de toalete accesibilizate pentru persoanele cu handicap.
 - h. Adaptează și semnalizează (în curtea unității) locuri de parcare gratuite;
 - i. Accesibilizează pagina de internet proprie unității în vederea îmbunătățirii accesării documentelor electronice de către persoanele cu handicap vizual și mintal;
 - j. Nu se percepe taxă pentru eliberarea de documente medicale, la cerere.
- (5). Spitalul Municipal de Urgență Roman are obligația de a asigura în permanență îmbunătățirea calității serviciilor hoteliere și medicale, în interesul pacienților săi.
- (6). Spitalul Municipal de Urgență Roman, prin toți salariații săi are obligația să nu refuze acordarea asistenței medicale în caz de urgență, ori de câte ori se solicită aceste servicii, oricărei persoane care se prezintă la spital dacă starea persoanei este critică.
- (7). Spitalul Municipal de Urgență Roman are obligația să informeze asigurații despre serviciile medicale oferite și despre modul în care acestea sunt furnizate.
- (8). Spitalul Municipal de Urgență Roman are obligația să respecte confidențialitatea față de terți asupra datelor și informațiilor decurse din serviciile medicale acordate asiguraților precum și intimitatea și demnitatea acestora așa cum este stabilit în Legea 46/2003.
- (9). SMU Roman are obligația să acorde servicii medicale de specialitate tuturor asiguraților, indiferent de casa de asigurări la care s-a virat contribuția de asigurări de sănătate pentru aceștia.
- (10). Spitalul Municipal de Urgență Roman are obligația acordării serviciilor medicale în mod nediscriminatoriu asiguraților și respectarea dreptului la liberă alegere a furnizorului de servicii medicale în situațiile de trimitere pentru consultații interdisciplinare.
- (11). Spitalul Municipal de Urgență Roman are obligația completării prescripțiilor medicale conexe actului medical atunci când este cazul pentru afecțiuni acute, cronice (inițiale).
- (12). Medicii din Spitalul Municipal de Urgență Roman au obligația să informeze medicul de familie al asiguratului, sau după caz, medicul de specialitate, despre diagnosticul stabilit, investigațiile și tratamentele efectuate sau să transmită orice altă informație referitoare la starea de sănătate a pacientului.
- (13). Spitalul Municipal de Urgență Roman are obligația să respecte destinația sumelor contractate cu Casa Județeană de Asigurări de Sănătate.
- (14). Pentru eficientizarea serviciilor medicale se vor întocmi liste de așteptare, cu excepția cazurilor de Urgență medico-chirurgicală.
- (15). SMU Roman are obligația să transmită datele solicitate de CAS Neamț, DSP Neamț și Consiliul Local, privind furnizarea serviciilor medicale și starea de sănătate a persoanelor consultate sau tratate, potrivit formularelor de raportare specifice, fiind direct răspunzător de corectitudinea acestora.



- (16). Spitalul Municipal de Urgență Roman are obligația să prezinte CAS Neamț, în vederea contractării, indicatorii specifice stabiliți prin norme.
- (17). SMU Roman are obligația să elibereze actele medicale stabilite prin norme.
- (18). Spitalul Municipal de Urgență Roman are obligația să raporteze indicatorii prevăzuți în normele privind execuția, raportarea și controlul programelor naționale de sănătate și să utilizeze eficient sumele cu această destinație.
- (19). Spitalul Municipal de Urgență Roman are obligația să respecte legislația cu privire la unele măsuri pentru asigurarea continuității tratamentului bolnavilor cuprinși în programele de sănătate finanțate din bugetul Ministerului Sănătății și bugetul Fondului Național Unic de Asigurări de Sănătate.
- (20). Spitalul Municipal de Urgență Roman are obligația să solicite documentele care atestă calitatea de asigurat. În situația în care pacientul nu poate face dovada de asigurat, spitalul va acorda serviciile medicale de urgență necesare, având obligația să evalueze situația medicală a pacientului și să-l externeze dacă internarea nu se mai justifică; la solicitarea pacientului care nu are calitatea de asigurat, se poate continua internarea, cu suportarea cheltuielilor aferente serviciilor medicale de către acesta.
- (21). În conformitate cu art. 320, alin. (1) din Legea 95/2006 <<Cheltuielile efective ocazionate de asistența medicală acordată de furnizorii de servicii medicale, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, persoanelor cărora le-au fost aduse daune sănătății prin fapta altor persoane sunt recuperate de către furnizorii de servicii medicale de la persoanele care răspund potrivit legii și au obligația reparării prejudiciului produs. Cheltuielile efective ocazionate de asistența medicală acordată nu pot fi recuperate de la victimele agresiunilor sau ale accidentelor cu autor neidentificabil, fiind decontate din fond>>, personalul SMU Roman va respecta procedura operațională specifică aprobată de managerul SMU Roman, în vederea urmăririi și recuperării cheltuielilor de spitalizare.
- (22). Spitalul Municipal de Urgență Roman are obligația să țină evidența distinctă a pacienților internați în urma unor accidente de muncă apărute în cadrul exercitării profesiei și a îmbolnăvirilor profesionale și să comunice CAS Neamț situația.
- (23). Spitalul Municipal de Urgență Roman are obligația de a comunica asiguratorului domeniul de activitate conform clasificării activității din economia națională CAEN, numărul de angajați, fondul de salarii precum și orice alte informații solicitate în vederea asigurării pentru accidente de munca și boli profesionale în conformitate cu Legea 346/2002.
- (24). Spitalul Municipal de Urgență Roman are obligația să transmită Institutului Național de Management al Serviciilor de Sănătate (Centrul DRG) datele clinice la nivel de pacient pentru toți pacienții spitalizați, în forma electronică, conform aplicației DRG National, pentru prelucrarea și analiza datelor în vederea contractării și decontării serviciilor spitalicești.
- (25). Fiecare secție are obligația să-și definească manevrele care implică soluții de continuitate a materialelor utilizate și a condițiilor de sterilizare. Fiecare secție are obligația de a neutraliza materialele și instrumentarul a cărui condiție de sterilizare nu este sigură.
- (26). SMU Roman are obligația să furnizeze tratamentul adecvat și să respecte condițiile de prescriere a medicamentelor prevăzute în nomenclatorul de medicamente, conform reglementărilor în vigoare.
- (27). SMU Roman are obligația să asigure din fondurile contractate cheltuieli pentru combaterea infecțiilor asociate asistenței actului medical.
- (28). Spitalul Municipal de Urgență Roman are obligația să se îngrijească de asigurarea continuității serviciilor medicale furnizate asiguraților internați.

(29). Spitalul va fi în permanență pregătit pentru asigurarea asistenței medicale în caz de conflict armat, dezastre, atacuri teroriste, tulburări sociale și alte situații de criză și este obligat să participe cu toate resursele la înlăturarea efectelor acestora :

- a. rezervarea unui număr corespunzător de paturi în care să poată fi internate la necesitate cazurile deosebite;
- b. aprovizionarea permanență cu stocuri suplimentare de medicamente și substituenți de plasmă, alimente dietetice, lapte praf, dezinfectante, precum și cu alte materiale sanitare;
- c. organizarea de comun acord cu autoritățile locale a unor puncte sanitare și posturi de prim ajutor, care să acționeze pe perioada cât durează situația de urgență;
- d. organizarea permanenței activității la Farmacia unității în vederea aprovizionării cu medicamentele necesare;
- e. colaborarea cu instituțiile abilitate în vederea intervenției urgente privind probleme antiepidemice și de igienă;
- f. instituirea permanenței cu medici în vederea rezolvării cu competență a solicitărilor deosebite;
- g. informarea Ministerului Sănătății, ISU despre orice eveniment sanitar deosebit apărut;
- h. informarea Consiliului Local Roman cu privire la evenimentele sanitare deosebite și măsurile luate;
- i. asigurarea gărzilor în specialitățile cu profil chirurgical și asigurarea serviciului de anestezie-terapie intensivă;
- j. asigurarea externării din spital a copiilor nou-născuți, a sugarilor, a lehzelor numai dacă le sunt asigurate condiții de transport și locuințe corespunzătoare;
- k. profilaxia antitetanică a persoanelor care se rănesc în timpul activităților de salvare-evacuare;
- l. controlul condițiilor de transport, păstrare și pregătire a alimentelor;
- m. urmărirea permanentă a instalațiilor și a rețelei de aprovizionare cu apă potabilă;
- n. aprovizionarea laboratoarelor cu materiale de recoltare, medii de cultură, substanțe dezinfectante;
- o. intensificarea măsurilor de prevenire a IAAM;
- p. stabilirea și aplicarea măsurilor de prevenire, a pagubelor materiale, în unitate, ce ar putea fi favorizate de situațiile de necesitate;
- q. mobilizarea întregului personal existent în acel moment în unitate și cel de la domiciliu pentru primirea, trierea și îngrijirea accidentaților;
- r. asigurarea spațiilor și condițiilor pentru acordarea primului ajutor, trierea, spitalizarea sau îndrumarea pentru manevre de reanimare sau intervenții chirurgicale, în raport cu gravitatea fiecărui caz;
- s. constituirea echipelor medicale ce vor funcționa în spital, dotarea aparatelor de urgență, asigurarea oxigenului;
- t. constituirea echipelor de muncitori și stabilirea zonelor în care vor acționa acestea pentru degajarea de zapadă a căilor de acces în unitate, a străzilor învecinate;
- u. organizarea controlului în subunități în timp de calamitate.

(30). Spitalul Municipal de Urgență Roman are obligația să stabilească programul de lucru și sarcinile de serviciu pentru personalul angajat.

(31). Spitalul Municipal de Urgență Roman are obligația să desfășoare activități de educație medicală continuă și cercetare pentru medici, asistente medicale și alt personal. Costurile acestor activități sunt suportate de personalul beneficiar. Spitalul Municipal de Urgență Roman poate suporta astfel de costuri în condițiile alocării bugetare aprobate.

(32). Spitalul Municipal de Urgență Roman are obligația să realizeze condițiile necesare pentru aplicarea măsurilor de protecție a muncii, protecție civilă și pază contra incendiilor, conform normelor în vigoare.

(33). SMU Roman are obligația să îndeplinească și alte atribuții prevăzute la acest moment de alte acte normative în vigoare, precum și cele care vor apărea.

Art.23.

Spitalul Municipal de Urgență Roman, prin structurile medicale/nemedicale, îndeplinește următoarele funcții:

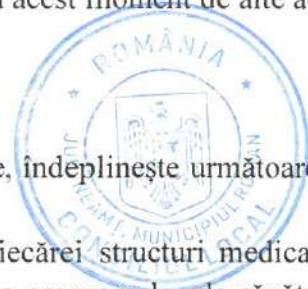
- (1). Funcția de asistență medicală care se realizează potrivit atribuțiilor fiecărei structuri medicale, urmărindu-se realizarea dezideratelor optime privind asistența medicală și a programelor de sănătate națională.
- (2). Funcția de îndrumare tehnică și metodologică care se realizează prin: îndrumările metodologice realizate în structura spitalului, îndrumare, sprijin și control concret al modului de acordare a asistenței medicale în ambulatoriu, urmărirea îmbunătățirii continue a calității actului medical, asigurarea creșterii nivelului tehnic profesional al personalului medico-sanitar, analiza periodică a stării de sănătate a populației, a calității asistenței medicale, concordantele de diagnostic, a cazurilor medicale nevalidate, respectarea tratamentului și alte aspecte.
- (3). Funcția de promovare vizează întreaga activitate medicală, fiind atributul tuturor structurilor medicale și nemedicale, și se materializează în: obligativitatea întregului personal medico-sanitar de a se informa și de a-și însuși noutățile științifice și tehnice din domeniul medical și participarea la cursuri postuniversitare și de perfecționare profesională a cadrelor medii cât și promovarea tuturor serviciilor acordate în cadrul spitalului, prin activitățile prezentate pe site-ul spitalului și mass media.
- (4). Funcția economică, de gospodărire și administrativă care asigură ansamblul activități destinate obținerii și folosirii mijloacelor financiare și materiale necesare bunei funcționări a spitalului, înregistrării evidenței și păstrării patrimoniului și a bunurilor din dotare și urmării rezultatelor economice. Activitățile aferente funcției se realizează prin compartimentele funcționale din structura SMU Roman.
- (5). Funcția de personal cuprinde activitățile prin desfășurarea cărora se monitorizează raporturile de muncă, recrutarea, selectarea personalului, asigurarea necesarului resurselor umane și utilizarea lor rațională în vederea realizării obiectivelor unității, planificarea cursurilor de perfecționare, specializare, EMC, de promovare profesională. Activitățile aferente funcției se realizează atât prin compartimentele din structura medicală, cât și cea administrativă.
- (6). Funcția de statistică și informatică se realizează prin analiza tuturor datelor statistice centralizate, în vederea îmbunătățirii performanțelor profesionale și indicatorilor de eficiență. Activitățile aferente funcției se realizează prin compartimentele din structura medicală și structurile de evaluare și statistică medicală și informatică.

E. POLITICI SUPT

Art. 24

(1). Pentru realizarea orientărilor strategice stabilite, SMU Roman și-a definit următoarele politici suport:

- politica de atragere de fonduri europene,
- politica de promovare a serviciilor medicale oferite de spital,
- politica de îmbunătățire a calității serviciilor medicale furnizate pacienților,



- politica de îmbunătățire a serviciilor hoteliere și de alimentație,
- politica de management integrat (calitate-sănătate și securitate în muncă-igienă și siguranță alimentară),
- politica privind securitatea și sănătatea lucrătorilor în toate aspectele legate de muncă,
- politica de management al riscurilor.

(2). Scopurile vizate prin implementarea acestor politici suport sunt:

- a. determinarea unei schimbări susținute în care fiecare individ să poată înțelege necesitatea de a adopta și de a menține un comportament sănătos (prin respectarea unor reguli de igienă personală și a unor reguli corecte de alimentație);
- b. depășirea unor probleme de natură sistemică privitoare la accesul populației zonale la sistemul de îngrijiri medicale.

(3). Politica de atragere a fondurilor europene

Această politică presupune:

- a. eficientizarea promovării relațiilor cu autoritățile publice care au competențe în gestionarea atragerii de fonduri europene;
- b. orientarea spre realizarea unor parteneriate și colaborări care să permită implementarea unui management al proiectelor care să genereze plus valoare spitalului,
- c. instruirea salariaților spitalului privind necesitatea fructificării oportunităților de accesare a spitalului de fonduri europene;
- d. încurajarea tuturor salariaților de a participa activ din punct de vedere informațional la identificarea surselor europene de finanțare pentru spital;

(4). Politica de promovare a serviciilor medicale prestate de spital

Această politică presupune:

- a. diseminarea, prin intermediul mass media, al diverselor canale interpersonale sau prin organizarea unor evenimente specifice, a unor mesaje privitoare la serviciile medicale pe care spitalul le poate presta;
- b. organizarea unor activități de tipul:
 - interacțiuni clinician-pacient;
 - organizarea unor dezbateri pe tematici de maximă utilitate populației zonale.

(5). Politica de îmbunătățire a calității serviciilor medicale furnizate pacienților

Elementele principale care stau la baza satisfacției pacienților sunt:

- a. componenta tehnică a îngrijirilor de sănătate – care se referă la acuratețea procesului de diagnostic și de tratament, calitatea fiind evaluată prin comparație cu cel mai bun act medical practicat în ultimii doi ani;
- b. latura interpersonală a îngrijirilor de sănătate – care este reprezentată de elementele umaniste ale îngrijirilor medicale;
- c. accesibilitatea - care se referă la timpul de așteptare al pacientului pentru a i se face o programare medicală;
- d. continuitatea îngrijirilor de sănătate - care contribuie la obținerea unui beneficiu maxim al fiecărui pacient sau a unei utilizări maxime a resurselor spitalului.

5.1. La nivelul spitalului există o preocupare permanentă privind condițiile asigurării celor mai ridicate standarde de calitate a serviciilor medicale oferite populației zonale. Continuitatea îngrijirilor de sănătate și după externare este un obiectiv prioritar al echipei manageriale a spitalului.



5.2. Dată fiind experiența profesională a cadrelor medicale ale spitalului, cu referire la patologia constatată, recuperarea medicală asistată de personal calificat este evidențiată ca o necesitate și o prioritate în planul serviciilor medicale oferite populației zonale.

5.3. Cheltuielile pentru bunuri și servicii au ponderea cea mai mare în cadrul cheltuielilor spitalului, urmărindu-se a fi susținute de necesitatea atragerii și motivării personalului spitalului, fără a reduce importanța cheltuielilor cu bunuri și servicii de strictă necesitate medicală.

(6). Politica de îmbunătățire a serviciilor hoteliere și de alimentație

6.1. Unul dintre cele mai reprezentative impacturi în privința satisfacției pacienților care beneficiază de serviciile medicale ale spitalului îl reprezintă calitatea serviciilor hoteliere și calitatea alimentației oferite acestora pe durata spitalizării.

6.2. Orientarea noastră este spre a aduce aceste servicii la standarde cât mai ridicate pentru a asigura servicii spitalicești de calitate orientate ca un tot unitar, eficace și eficient pentru pacienți.

(7). Politica de management integrat (calitate-sănătate și securitate în muncă-igienă și siguranță alimentară)

7.1. Spitalul Municipal de Urgență Roman, prin natura și specificul activităților pe care le desfășoară este orientat spre a genera calitate, plus valoare și continuă diversificare a serviciilor medicale oferite, pentru a putea contribui la îmbunătățirea permanentă a actului medical și de îngrijiri medicale oferite tuturor pacienților, cu respectarea cerințelor, necesităților și drepturilor acestora.

7.2. Tratăm fiecare pacient cu simț de răspundere, respect și profesionalism.

7.3. Dorim să oferim tuturor în permanență imaginea unui spital de încredere, modern, bine dotat, cu un personal motivat, bine pregătit. Suntem focusați pentru a preveni, diagnostica, trata și oferi îngrijiri medicale la standarde adecvate, pacienții noștri fiind întotdeauna partea interesată externă de cea mai mare importanță pentru noi toți.

7.4. Sistemul general de obiective al spitalului este un suport esențial în implementarea cerințelor privitoare la managementul calității, sănătății și securității în muncă precum și a siguranței alimentare, asigurând baza pentru implementarea la nivelul tuturor structurilor organizatorice a abordării bazate pe: proces și resurse eficient stabilite și gestionate, decizii eficiente, risc precum și a abordării spre sănătatea și siguranța atât a salariaților, pacienților și aparținătorilor acestora precum și a tuturor celorlalte părți interesate externe.

7.5. Acordăm maximă atenție :

- a. respectării standardelor cu privire la managementul calității (ISO 9001:2015) cât și cele cu privire la controlul intern managerial (Ordinul 600/2018);
- b. implementării contextului organizațional și îmbunătățirii continue a planificării, desfășurării și controlului tuturor activităților desfășurate în cadrul fiecărei structuri organizatorice din acest spital;
- c. asigurării hranei zilnice pentru toți pacienții spitalizați, cu respectarea strictă a regulilor de igienă și siguranță alimentară stabilite.

7.6. Întreg personalul care își desfășoară activitățile în structurile organizatorice ale spitalului se angajează să:

- a. respecte cerințele reglementărilor în vigoare, în raport cu specificul activităților pe care le desfășoară;
- b. asigure implementarea adecvată a managementului riscurilor, în corelare cu sistemul general și sectorial de obiective stabilit;
- c. respecte reglementările interne în vigoare privitoare la sănătatea și securitatea în muncă pentru a putea fi prevenite incidente și accidente de muncă;

- d. asigure satisfacerea cerințelor și necesităților pacienților și a celorlalte părți interesate;
- e. se implice activ în asigurarea îmbunătățirii continue a sistemului integrat de management proiectat și aflat în implementare.

7.7. Direcțiile noastre prioritare de acțiune privitoare la managementul integrat sunt:

- a. să funcționăm în deplină conformitate cu toate cerințele legale și de reglementare în vigoare precum și cu toate celelalte cerințe aplicabile spitalului, evitând la maximum posibil poluarea mediului înconjurător și alte situații de urgență și punerea în pericol a sănătății salariaților;
- b. dezvoltăm continuu pachetul de servicii medicale pe care să le oferim pacienților noștri.

(8). Politica privind securitatea și sănătatea lucrătorilor în toate aspectele legate de muncă

8.1. SMU Roman are obligația de a asigura securitatea și sănătatea lucrătorilor în toate aspectele legate de muncă.

8.2. În cazul în care se apelează la servicii externe, SMU Roman nu este exonerat de responsabilitățile sale în acest domeniu.

8.3. Obligațiile lucrătorilor în domeniul securității și sănătății în muncă nu aduc atingere principiului responsabilității spitalului.

8.4. În cadrul responsabilităților sale, spitalul are obligația să ia măsurile necesare pentru:

- a. asigurarea securității și protecția sănătății lucrătorilor;
- b. prevenirea riscurilor profesionale;
- c. informarea și instruirea lucrătorilor;
- d. asigurarea cadrului organizatoric și a mijloacelor necesare securității și sănătății în muncă.

8.5. SMU Roman are obligația să urmărească adaptarea măsurilor prevăzute la 8.4., ținând seama de modificarea condițiilor, și pentru îmbunătățirea situațiilor existente.

8.6. SMU Roman are obligația să implementeze măsurile prevăzute la 8.4. și 8.5. pe baza următoarelor principii generale de prevenire:

- a. evitarea riscurilor;
- b. evaluarea riscurilor care nu pot fi evitate;
- c. combaterea riscurilor la sursă;
- d. adaptarea muncii la om, în special în ceea ce privește proiectarea posturilor de muncă, alegerea echipamentelor de muncă, a metodelor de muncă și de producție, în vederea reducerii monotoniei muncii, a muncii cu ritm predeterminat și a diminuării efectelor acestora asupra sănătății;
- e. adaptarea la progresul tehnic;
- f. înlocuirea a ceea ce este periculos cu ceea ce nu este periculos sau cu ceea ce este mai puțin periculos;
- g. dezvoltarea unei politici de prevenire coerente care să cuprindă tehnologiile, organizarea muncii, condițiile de muncă, relațiile sociale și influența factorilor din mediul de muncă;
- h. adoptarea, în mod prioritar, a măsurilor de protecție colectivă față de măsurile de protecție individuală;
- i. furnizarea de instrucțiuni corespunzătoare lucrătorilor.

8.7. Fără a aduce atingere altor prevederi ale legii securității și sănătății în muncă (319/2006), ținând seama de natura activităților din spital, SMU Roman are obligația:

- a. să evalueze riscurile pentru securitatea și sănătatea lucrătorilor, inclusiv la alegerea echipamentelor de muncă, a substanțelor sau preparatelor chimice utilizate și la amenajarea locurilor de muncă;



- b. ca, ulterior evaluării prevăzute la lit. a) și dacă este necesar, măsurile de prevenire, precum și metodele de lucru și de producție aplicate de către angajator să asigure îmbunătățirea nivelului securității și al protecției sănătății lucrătorilor și să fie integrate în ansamblul activităților întreprinderii și/sau unității respective și la toate nivelurile ierarhice;
- c. să ia în considerare capacitățile lucrătorului în ceea ce privește securitatea și sănătatea în muncă, atunci când îi încredințează sarcini;
- d. să asigure ca planificarea și introducerea de noi tehnologii să facă obiectul consultărilor cu lucrătorii și/sau reprezentanții acestora în ceea ce privește consecințele asupra securității și sănătății lucrătorilor, determinate de alegerea echipamentelor, de condițiile și mediul de muncă;
- e. să ia măsurile corespunzătoare pentru ca, în zonele cu risc ridicat și specific, accesul să fie permis numai lucrătorilor care au primit și și-au însușit instrucțiunile adecvate.

8.8. Fără a aduce atingere altor prevederi ale prezentei legi, atunci când în același loc de muncă își desfășoară activitatea lucrători din mai multe întreprinderi și/sau unități, angajatorii acestora au următoarele obligații:

- a. să coopereze în vederea implementării prevederilor privind securitatea, sănătatea și igiena în muncă, luând în considerare natura activităților;
- b. să își coordoneze acțiunile în vederea protecției lucrătorilor și prevenirii riscurilor profesionale, luând în considerare natura activităților;
- c. să se informeze reciproc despre riscurile profesionale;
- d. să informeze lucrătorii și/sau reprezentanții acestora despre riscurile profesionale.

8.9. Măsurile privind securitatea, sănătatea și igiena în muncă nu trebuie să comporte în nicio situație obligații financiare pentru lucrători.

(9). Politica de management al riscurilor

9.1. SMU Roman este în permanență orientat spre dezvoltarea unei culturi organizaționale axate către siguranța pacienților și adoptă un stil de management proactiv prin implementarea unor măsuri de identificare a riscurilor înainte ca acestea să se materializeze și să genereze consecințe nefavorabile asupra realizării obiectivelor și desfășurării activităților stabilite.

9.2. Identificarea riscurilor inerente care ar putea afecta realizarea obiectivelor specifice stabilite la nivel de structuri organizatorice, analiza riscurilor identificate pe baza elementelor specifice managementului riscurilor (probabilitate de apariție și impact), încadrarea nivelului de expunere la risc în categoriile specifice prestabilite, stabilirea planurilor de acțiuni pentru ținerea sub control a fiecărui risc identificat și în scopul atingerii unui risc rezidual diminuat, sunt elemente definitorii ale conceptului de abordare bazată pe risc.

9.3. Gestionarea riscurilor se desfășoară la nivelul fiecărei structuri organizatorice, atât medicale cât și nemedicale, prin intermediul responsabililor de riscuri desemnați, în colaborare cu toate funcțiile de management și de execuție.

F. ACCESUL LA INFORMAȚII, PRELUCRAREA ȘI PROTECȚIA ACESTORA

Art. 25.

(1). Privitor la accesul, prelucrarea și gestionarea datelor cu caracter personal, SMU Roman respectă cerințele Regulamentului UE nr. 679/27.04.2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date.

- (2). Datele cu caracter personal sunt date privitoare la: salariații spitalului, pacienți, însoțitori și/sau împuterniciți ai pacienților, actul medical prestat acestora dar și persoanelor de contact ale terțelor părți colaboratoare ale spitalului.
- (3). Regulile de bază privitoare la accesul, prelucrarea și gestionarea datelor cu caracter personal sunt documentate în procedură specifică.
- (4). Accesul salariaților la informații și prelucrarea acestora este asigurat în funcție de specificul fiecărei categorii de activități.
- (5). Acest acces este stabilit astfel încât să se asigure siguranța și securitatea datelor și informațiilor specifice și este interzis ca personal spitalului să transmită date care pot denigra imaginea spitalului.
- (6). Furnizarea și gestionarea informațiilor de interes public este asigurată prin funcția internă desemnată de managerul spitalului numită prin decizie internă specifică.
- (7). Informațiile de interes public furnizate din oficiu cât și informațiile de interes public furnizate la cerere respectă cerințele legislative privitoare la accesul la informațiile de interes public și sunt publicate pe site-ul spitalului, responsabilitatea asigurării actualizării acestora revenind responsabilului desemnat de managerul spitalului.
- (8). Regulile privitoare la accesul la informații de interes public specifice Spitalului Municipal de Urgență Roman sunt documentate în procedură specifică.
- (9). SMU Roman respectă principiul confidențialității în conformitate cu legea 98/2016:
- art.57 (1) „Fără a aduce atingere celorlalte prevederi ale prezentei legi sau dispozițiilor legale privind liberul acces la informațiile de interes public ori ale altor acte normative care reglementează activitatea autorității contractante, autoritatea contractantă are obligația de a nu dezvălui informațiile din propunerea tehnică, elementele din propunerea financiară și/sau fundamentări/justificări de preț/cost transmise de operatorii economici indicate și dovedite de aceștia ca fiind confidențiale întrucât sunt: date cu caracter personal, secrete tehnice sau comerciale sau sunt protejate de un drept de proprietate intelectuală. Caracterul confidențial se aplică doar asupra datelor/informațiilor indicate și dovedite ca fiind date cu caracter personal, secrete tehnice sau comerciale sau sunt protejate de un drept de proprietate intelectuală.”
 - art.57 (4) „Operatorii economici indică și dovedesc în cuprinsul ofertei care informații din propunerea tehnică, elemente din propunerea financiară și/sau fundamentări/justificări de preț/cost sunt confidențiale întrucât sunt: date cu caracter personal, secrete tehnice sau comerciale sau sunt protejate de un drept de proprietate intelectuală. Informațiile indicate de operatorii economici din propunerea tehnică, elemente din propunerea financiară și/sau fundamentări/justificări de preț/cost ca fiind confidențiale trebuie să fie însoțite de dovada care le conferă caracterul de confidențialitate, dovadă ce devine anexă la ofertă, în caz contrar nefiind aplicabile prevederile alin. (1).”
 - art.150 (1) „Autoritatea contractantă asigură prin mijloace electronice, prin intermediul SEAP, accesul direct, complet, nerestricționat și gratuit al operatorilor economici la documentele achiziției începând cu data publicării anunțului de participare.”
 - art. 150 (2) „Autoritatea contractantă prevede în cuprinsul anunțului de participare adresa de internet la care sunt disponibile documentele achiziției.
 - art. 150 (3) „În cazul în care autoritatea contractantă nu poate asigura prin mijloace electronice accesul direct, complet, nerestricționat și gratuit la anumite documente ale achiziției, iar autoritatea contractantă se află în una dintre situațiile prevăzute de normele metodologice de aplicare a prezentei legi în care este permisă folosirea altor mijloace de comunicare decât cele electronice, autoritatea contractantă indică în anunțul de participare modalitatea prin care asigură accesul operatorilor economici la documentele achiziției.”
 - art. 217 (1) Autoritatea contractantă are obligația de a întocmi dosarul achiziției publice pentru fiecare contract de achiziție publică/acord-cadru încheiat, respectiv pentru fiecare sistem dinamic de achiziții lansat.

(2) Dosarul achiziției publice se păstrează de către autoritatea contractantă atât timp cât contractul de achiziție publică/acordul-cadru produce efecte juridice, dar nu mai puțin de 5 ani de la data încetării contractului respectiv.

(3) În cazul anulării procedurii de atribuire, dosarul se păstrează cel puțin 5 ani de la data anulării respectivei proceduri.

(4) Ulterior finalizării procedurii de atribuire, dosarul achiziției publice are caracter de document public.

(5) Accesul persoanelor la dosarul achiziției publice potrivit alin. (4) se realizează cu respectarea termenelor și procedurilor prevăzute de reglementările legale privind liberul acces la informațiile de interes public și nu poate fi restricționat decât în măsura în care aceste informații din cadrul propunerilor tehnice, propunerilor financiare și/sau fundamentările/justificările de preț/cost au fost declarate și probate conform art. 57 alin. (4) ca fiind confidențiale, potrivit legii.

(6) Prin excepție de la prevederile alin. (5), după comunicarea rezultatului procedurii de atribuire, autoritatea contractantă este obligată să permită, la cerere, într-un termen care nu poate depăși o zi lucrătoare de la data primirii cererii, accesul neîngrădit al oricărui ofertant/candidat la raportul procedurii de atribuire și la informațiile care nu fac parte din propunerile tehnice, propunerile financiare și/sau fundamentările/justificările de preț/cost. Autoritatea contractantă este obligată să permită, la cerere, într-un termen care nu poate depăși o zi lucrătoare de la data primirii cererii, accesul neîngrădit al oricărui ofertant/candidat și la informațiile din cadrul propunerilor tehnice și/sau la fundamentările/justificările de preț/cost care nu au fost declarate și probate de către ofertanți ca fiind confidențiale."

Art. 26.

(1). Categoriile de date cu caracter personal privitoare la salariații spitalului sunt următoarele:

a. date de identificare ale salariaților: nume, prenume, CNP, seria și numărul actului de identitate, pașaportului, permisului de conducere și alte informații conținute în acestea (adrese, e-mail, telefon), informații din actele de stare civilă și de studii ale acestora;

b. informații legate de natura activității și relației salariatului cu Angajatorul Spitalul Municipal de Urgență Roman, respectiv: ocupația, numele, natura activității desfășurate, funcția ocupată și alte acte și documente aferente studiilor și pregătirii continue la locul de muncă;

c. date, informații și documente privitoare la dezvoltarea profesională a salariatului;

d. informații și documente privitoare la sancțiunile disciplinare date salariatului;

e. informații și documente de natură financiară: venituri, viramente bancare;

f. date privitoare la starea de sănătate a salariatului: diagnostice și probleme medicale;

g. semnătura personală;

h. înregistrări și prelucrări foto/video;

i. înregistrări ale camerelor de supraveghere interne.

Art. 27.

(1). Accesul la datele cu caracter personal ale salariaților spitalului este permis persoanelor din cadrul RUNOS desemnate de șeful acestui serviciu, de Director financiar contabil și Manager SMU Roman.

(2). Accesul la datele cu caracter personal al salariatilor spitalului pe parte financiară, este permis persoanelor desemnate din cadrul Serviciului financiar contabil, informatic nominalizate de șeful acestui serviciu, RUNOS, Director financiar contabil și Manager SMU Roman.

Art. 28.

Prelucrările de date cu caracter personal ale pacienților sunt efectuate numai după informarea adecvată a acestora și obținerea consimțământului lor.

PARTEA a III- a

G. MANAGEMENTUL SPITALULUI

Organele de conducere ale Spitalului Municipal de Urgență Roman, conform Legii 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, sunt: Consiliul de administrație, Managerul SMU Roman și Comitetul director.

Conducerea executivă a Spitalului Municipal de Urgență Roman este asigurată de Managerul SMU Roman și Comitetul director.

Art. 29.**Consiliul de Administrație**

(1). Consiliul de administrație este constituit în conformitate cu Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, având rolul de a dezbate principalele probleme de strategie și funcționare a spitalului.

(2). Membrii Consiliului de administrație sunt desemnați astfel:

- 2 reprezentanți numiți de către Direcția de Sănătate Publică a județului Neamț;
- 1 reprezentant numit de primar
- 3 reprezentanți numiți de către Consiliul Local Roman, din care unul este economist;
- un reprezentant din cadrul structurii teritoriale a Colegiului Medicilor din România;
- un reprezentant al structurii teritoriale a Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, cu statut de invitat.

(3). Pentru toate funcțiile sunt numiți și membri supleanți în Consiliul de administrație.

(4). Managerul spitalului și membrii Comitetului director participă la toate ședințele Consiliului de administrație, având statut de invitat fără drept de vot.

(5). Reprezentanții nominalizați de sindicatele legal constituite în unitate, afiliate federațiilor sindicale semnatare ale contractului colectiv de muncă la nivel de ramură sanitară, participă ca invitați permanenți la ședințele Consiliului de administrație.

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

(7). Consiliul de administrație se întrunește lunar sau ori de câte ori este nevoie, la solicitarea majorității membrilor săi, a Președintelui Consiliului de administrație sau a managerului și adoptă hotărâri cu majoritatea simplă a membrilor prezenți.

(8). Membrii Consiliului de administrație pot beneficia de o indemnizație lunară de maximum 1% din salariul managerului.

(9). Dispozițiile art. 180 alin. (2) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare referitoare la conflictul de interese se aplică și membrilor Consiliului de administrație.

(10). Membrii Consiliului de administrație au obligația de a depune o declarație de avere și interese, precum și o declarație cu privire la incompatibilitățile prevăzute în Legea nr. 95/2006, legea sănătății, cu modificările și completările ulterioare, în termen de 15 zile de la numirea în funcție, la Ministerul Sănătății.

(11). Declarațiile sunt actualizate ori de câte ori intervin modificări în situația persoanelor în cauză; actualizarea se face în termen de 30 de zile de la data apariției modificării, precum și a încetării funcțiilor sau activităților.

(12). Toate declarațiile sunt afișate pe site-ul spitalului.



(13). Modelul declarației de avere și interese și cel al declarației referitoare la incompatibilități sunt aprobate prin ordin al Ministrului Sănătății.

(14). Atribuțiile principale ale Consiliului de administrație:

- a. avizează bugetul de venituri și cheltuieli al spitalului, precum și situațiile financiare trimestriale și anuale;
- b. organizează concurs pentru ocuparea funcției de manager în baza regulamentului aprobat prin act administrativ al primarului unității administrativ-teritoriale;
- c. aprobă măsurile pentru dezvoltarea activității spitalului în concordanță cu nevoile de servicii medicale ale populației și documentele strategice aprobate de Ministerul Sănătății;
- d. avizează programul anual al achizițiilor publice întocmit în condițiile legii și orice achiziție directă care depășește suma de 50.000 lei;
- e. analizează modul de îndeplinire a obligațiilor de către membrii comitetului director și activitatea managerului și dispune măsuri pentru îmbunătățirea activității;
- f. propune revocarea din funcție a managerului și a celorlalți membri ai comitetului director în cazul în care constată existența situațiilor prevăzute la art. 178 alin. (1) și la art. 184 alin. (1) din Legea 95/2006 privind Reforma în domeniul Sănătății;
- g. poate propune realizarea unui audit extern asupra oricărei activități desfășurate în spital, stabilind tematica și obiectul auditului. Spitalul contractează serviciile auditorului extern în conformitate cu prevederile Legii nr. 98/2016 privind achizițiile publice, cu modificările și completările ulterioare;
- h. aprobă propriul regulament de organizare și funcționare, în condițiile legii;
- i. analizează trimestrial sau ori de câte ori este nevoie, pe baza raportului prezentat de comitetul director, respectarea indicatorilor de performanță asumați de managementul spitalului;
- j. avizează Regulamentul de Organizare și funcționare a spitalului;
- k. aprobă Regulamentul Intern al spitalului

Art. 30.

Managerul

(1). Managerul spitalului, în calitate de persoană fizică, încheie un contract de management cu Primarul Municipiului Roman pe o perioadă de maximum 4 ani.

(2). 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 sau ori de câte ori este nevoie, efectuate pe baza criteriilor de performanță stabilite de Ministerul Sănătății precum și pe baza criteriilor specifice stabilite și aprobate prin act administrativ al Președintelui Consiliului Municipal Roman

(3). Modelul Contractului de management, în cuprinsul căruia sunt prevăzuți și indicatorii de performanță a activității acestuia, se aprobă prin Ordin al Ministrului Sănătății, prin consultarea prealabilă a structurilor asociative ale autorităților administrației publice locale. Valorile optime ale indicatorilor de performanță ai activității spitalului se stabilesc și se aprobă prin Ordin al Ministerului Sănătății.

(4). Contractul de management are la bază un buget global negociat, a cărei execuție este evaluată anual.

(5). În conformitate cu dispoziția art. 182 din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare și ale Ordinului Ministrului Sănătății nr. 1384/2010, cu modificări și completări ulterioare, managerul spitalului:



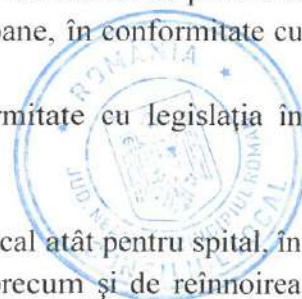
- este ordonator de credite;
 - reprezintă Spitalul Municipal de Urgență Roman în relațiile cu terții;
 - conduce activitatea Comitetului director, fiind președintele acestuia.
- (6). În exercitarea atribuțiilor sale Managerul spitalului emite decizii.
- (7). În absența managerului, Spitalul Municipal de Urgență Roman este condus de o persoană din cadrul acestuia, desemnată de Manager prin decizie scrisă.
- (8). Atribuțiile Managerului sunt prevăzute în contractul de management, conform legislației în vigoare.
- (9). Managerul va respecta dispozițiile în vigoare referitoare la incompatibilități și conflictele de interese.
- (10). Conducerea executivă a Spitalului Municipal de Urgență Roman este asigurată de Managerul spitalului și Comitetul director.
- (11). Prin Dispoziția Primarului Municipiului Roman nr. 1327/27.12.2023 și contractul de management nr. 95176/27.12.2023, doamna dr. Andrici Maria a fost numită în funcția de Manager a Spitalului Municipal de Urgență Roman.
- (12). Atribuții în domeniul strategiei serviciilor medicale:
- a. elaborează, pe baza nevoilor de servicii medicale ale populației din zona arondată:
 - planul strategic al spitalului pe perioada mandatului, în colaborare cu toți membrii ai Comitetului director și pe baza propunerilor Consiliului medical; măsurile documentate în acest plan sunt structurate pe etape anuale și sunt evaluate la sfârșitul fiecărui an financiar; acest plan este aprobat de Consiliul Local al Municipiului Roman;
 - planul anual de management al spitalului, plan aprobat de Consiliul de administrație; fiecare din planurile anuale elaborate susțin realizarea măsurilor din Planul strategic aprobat
 - b. aprobă Planul anual de servicii medicale, elaborat de Comitetul director, la propunerea Consiliului medical;
 - c. aprobă măsurile propuse de Comitetul director pentru dezvoltarea activității spitalului, în concordanță cu nevoile de servicii medicale ale populației; exercitarea unei activități sau a unei funcții de membru în structurile de conducere ale unei alte unități spitalicești;
 - d. elaborează și pune la dispoziția Consiliului de administrație rapoarte anuale privind activitatea spitalului și participă la dezbaterile privind problemele de strategie și de organizare și funcționare a spitalului;
 - e. formulează propuneri de eficientizare a actului medical, pe baza analizei în cadrul Comitetului director și a Consiliului medical, privind structura organizatorică, reorganizarea, schimbarea sediului și a denumirii unității în vederea aprobării de către Consiliul Local al Municipiului Roman și avizării de Ministerul Sănătății, în conformitate cu reglementările legale în vigoare;
- (13). Atribuții în domeniul managementului economico-financiar:
- a. răspunde de organizarea activității spitalului pe baza bugetului de venituri și cheltuieli propriu, elaborat de către Comitetul director, pe baza propunerilor fundamentate de funcțiile coordonatoare de structuri medicale (secții și compartimente) și nemedicale (șefi structuri) din structura organizatorică a spitalului, buget pe care îl supune aprobării Consiliului local al Municipiului Roman, după avizarea acestuia de către Consiliul de administrație, în condițiile legii;
 - b. răspunde de asigurarea realizării veniturilor și de fundamentarea cheltuielilor în raport cu acțiunile și obiectivele din anul bugetar pe titluri, articole și alineate, conform clasificăției bugetare;

- c. răspunde de repartizarea bugetului de venituri și cheltuieli al spitalului pe secții, servicii, birouri și compartimente din structura acestuia și de cuprindere a sumelor repartizate în contractele de administrare încheiate în condițiile legii;
 - d. răspunde de verificarea modului în care șefii secțiilor, compartimentelor, serviciilor și altor structuri din structura organizatorică a spitalului a execuției bugetului de venituri și cheltuieli aprobat;
 - e. răspunde de raportarea trimestrială a execuției bugetului de venituri și cheltuieli Consiliului Local al Municipiului Roman, dacă beneficiază de finanțare din bugetul local;
 - f. aprobă și răspunde de realizarea Programului anual de achiziții publice al spitalului;
 - g. aprobă Lista investițiilor și a lucrărilor de reparații curente și capitale care urmează să se realizeze într-un exercițiu financiar, în condițiile legii, la propunerea Comitetului director;
 - h. răspunde, împreună cu membrii Consiliului medical, de respectarea disciplinei economico-financiare la nivelul secțiilor, compartimentelor și serviciilor din cadrul spitalului;
 - i. identifică, împreună cu Consiliul de administrație, surse suplimentare pentru creșterea veniturilor spitalului, cu respectarea prevederilor legale;
 - j. Îndeplinește toate atribuțiile care decurg din calitatea de ordonator terțiar de credite, conform legii;
 - k. răspunde de conformitatea aplicării prevederilor legislației aplicabile spitalului
- (14). Atribuții în domeniul managementului serviciilor medicale:
- a. elaborează, pe baza nevoilor de servicii medicale ale populației din zona deservită, planul de dezvoltare al spitalului pe perioada mandatului, ca urmare a propunerilor consiliului medical, și îl supune aprobării consiliului de administrație al spitalului;
 - b. aprobă Planul anual de management al calității spitalului;
 - c. aprobă formarea și utilizarea fondului de dezvoltare al spitalului, pe baza propunerilor Comitetului director, cu respectarea prevederilor legale;
 - d. aprobă planul anual de servicii medicale, elaborat de comitetul director, la propunerea consiliului medical;
 - e. aprobă măsurile propuse de Comitetul director pentru dezvoltarea și eficientizarea activităților spitalului, în concordanță cu nevoile de servicii medicale ale populației;
 - f. elaborează și pune la dispoziție consiliului de administrație rapoarte privind activitatea spitalului;
 - g. îndrumă și coordonează activitatea de prevenire a infecțiilor asociate activităților medicale;
 - h. dispune măsurile necesare în vederea realizării indicatorilor de performanță ai activităților asumate prin prezentul contract;
 - i. desemnează, prin act administrativ, coordonatorii programelor/subprogramelor naționale de sănătate derulate la nivelul spitalului;
 - j. răspunde de implementarea și raportarea indicatorilor programelor/subprogramelor naționale de sănătate derulate la nivelul spitalului, în conformitate cu prevederile legale elaborate de Ministerul Sănătății;
 - k. răspunde de asigurarea condițiilor corespunzătoare pentru realizarea unor acte medicale de calitate de către personalul medico-sanitar din spital;
 - l. răspunde de implementarea procedurilor și protocoalelor de practică medicală la nivelul spitalului, pe baza recomandărilor consiliului medical;
 - m. urmărește realizarea activităților de control al calității serviciilor medicale oferite de spital, coordonată de directorul medical, cu sprijinul Consiliului medical;

- n. negociază și încheie, în numele și pe seama spitalului, protocoale de colaborare și/sau contracte cu alți furnizori de servicii pentru asigurarea continuității și creșterii calității serviciilor medicale;
 - o. răspunde, împreună cu Comitetul director, de asigurarea condițiilor de investigații medicale, tratament, cazare, igienă, alimentație și de prevenire a infecțiilor asociate activităților medicale, conform normelor aprobate prin ordin al ministrului sănătății;
 - p. negociază și încheie contractul de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile stabilite în contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate;
 - q. încheie contracte cu Direcția de Sănătate Publică Neamț în vederea derulării programelor naționale de sănătate și desfășurării unor activități specifice, în conformitate cu structura organizatorică a acestora;
 - r. răspunde de respectarea prevederilor legale în vigoare cu privire la drepturile pacientului și dispune măsurile necesare atunci când se constată încălcarea acestora;
 - s. răspunde de asigurarea asistenței medicale în caz de război, dezastre, atacuri teroriste, conflicte sociale și alte situații de criză și este obligat să participe cu toate resursele la înlăturarea efectelor acestora;
 - t. răspunde de asigurarea acordării primului ajutor și asistenței medicale de urgență oricărei persoane care se prezintă la spital, dacă starea sănătății persoanei este critică, precum și de asigurarea, după caz, a transportului obligatoriu medicalizat la o altă unitate medico-sanitară de profil, după stabilizarea funcțiilor vitale ale acesteia;
 - u. răspunde de asigurarea, în condițiile legii, a calității actului medical, a respectării condițiilor de cazare, igienă, alimentație și de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale, precum și de acoperirea, de către spital, a prejudiciilor cauzate pacienților.
- (15). Atribuții în domeniul politicii de personal și a structurii organizatorice:
- a. stabilește și aprobă numărul de personal, pe categorii și locuri de muncă, în funcție de normativul de personal în vigoare și pe baza propunerilor șefilor de secții și de servicii;
 - b. aprobă organizarea concursurilor pentru posturile vacante, numește și eliberează din funcție personalul spitalului;
 - c. repartizează personalul din subordine pe locuri de muncă;
 - d. aprobă programul de lucru, pe locuri de muncă și categorii de personal, pentru personalul aflat în subordine;
 - e. organizează concurs pentru ocuparea funcțiilor specifice comitetului director;
 - f. numește și revocă, în condițiile legii, membrii Comitetului director;
 - g. încheie contractele de administrare cu membrii comitetului director care au ocupat postul prin concurs organizat în condițiile legii, pe o perioadă de maximum 4 ani, în cuprinsul căruia sunt prevăzuți indicatorii de performanță asumați;
 - h. prelungește, la încetarea mandatului, contractele de administrare încheiate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;
 - i. încetează contractele de administrare încheiate, înainte de termen, în cazul neîndeplinirii obligațiilor prevăzute în acestea;
 - j. stabilește, de comun acord cu personalul de specialitate medico-sanitar care ocupă funcții de conducere specifice comitetului director și are contractul individual de muncă suspendat, programul de lucru al acestuia în situația în care desfășoară activitate medicală în unitatea sanitară respectivă, în condițiile legii;



- k. numește în funcție șefii de secție, de laborator și de serviciu medical care au promovat concursul sau examenul organizat în condițiile legii și încheie cu aceștia, în termen de maximum 30 de zile de la data numirii în funcție, contract de administrare cu o durată de 4 ani, în cuprinsul căruia sunt prevăzuți indicatorii de performanță asumați;
- l. solicită consiliului de administrație constituirea comisiei de mediere, în condițiile legii, în cazul în care contractul de administrare nu se încheie în termen de 7 zile de la data stabilită în condițiile menționate;
- m. delegă unei alte persoane funcția de șef de secție, de laborator și de serviciu medical, pe o perioadă de până la 6 luni, în cazul în care la concursul organizat, în condițiile legii, pentru ocuparea acestor funcții nu se prezintă niciun candidat în termenul legal;
- n. repetă procedurile legale de organizare a concursului sau examenului pentru ocuparea funcțiilor de șefi de secție, de laborator și de servicii medicale în condițiile în care la concursurile organizate de spital nu se prezintă nici un candidat;
- o. aprobă regulamentul intern al spitalului, precum și fișa postului pentru personalul angajat;
- p. înființează, cu aprobarea Comitetului director, comisii specializate în cadrul spitalului, necesare pentru realizarea unor activități specifice, cum ar fi: comisia medicamentului, nucleul de calitate, comisia de analiză a decesului etc, al căror mod de organizare și funcționare este prevăzut în regulamentul de organizare și funcționare al spitalului;
- q. realizează evaluarea performanțelor profesionale ale personalului aflat în directă subordonare, potrivit structurii organizatorice, și, după caz, soluționează contestațiile formulate cu privire la rezultatele evaluării performanțelor profesionale efectuate de alte persoane, în conformitate cu prevederile legale;
- r. aprobă Planul de formare și perfecționare a personalului, în conformitate cu legislația în vigoare;
- s. negociază contractul colectiv de muncă la nivel de spital;
- t. răspunde de încheierea asigurării de răspundere civilă în domeniul medical atât pentru spital, în calitate de furnizor, cât și pentru personalul medico-sanitar angajat, precum și de reînnoirea acesteia ori de câte ori situația o impune;
- u. răspunde de respectarea prevederilor legale privind incompatibilitățile și conflictul de interese de către personalul din subordine, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;
- v. propune, ca urmare a analizei în cadrul Comitetului director, structura organizatorică, reorganizarea, schimbarea sediului și a denumirii unității, în vederea aprobării de către Consiliul Local al Municipiului Roman, în condițiile legii;
- w. în situația în care spitalul public nu are angajat personal propriu sau personalul angajat este insuficient, pentru acordarea asistenței medicale corespunzătoare structurii organizatorice aprobate în condițiile legii, poate încheia contracte de prestări servicii pentru asigurarea acestora;
- x. analizează modul de îndeplinire a obligațiilor membrilor comitetului director, ai Consiliului medical și Consiliului etic și dispune măsurile necesare în vederea îmbunătățirii activității spitalului;
- y. analizează raportul de activitate al consiliilor, comisiilor și comitetelor care își desfășoară activitățile specifice în cadrul SMU Roman și dispune măsurile necesare în vederea îmbunătățirii activității spitalului;
- z. răspunde de organizarea și desfășurarea activității de educație medicală continuă (EMC) pentru medici, asistenți medicali și alt personal, în condițiile legii;



- aa. răspunde de organizarea și desfășurarea activității de audit public intern, conform legii.
 - bb. răspunde de organizarea și desfășurarea activității de control intern managerial și de implementarea celor 16 standarde, conform legii.
 - cc. răspunde de organizarea, desfășurarea și controlul activităților privind asigurarea și îmbunătățirea continuă a calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului.
- (16). Atribuții în domeniul managementului administrativ:
- a. aprobă și urmărește respectarea Regulamentului de Organizare și Funcționare și Regulamentului intern, cu avizul Consiliului de administrație;
 - b. reprezintă spitalul în relațiile cu terțe persoane fizice sau juridice;
 - c. încheie acte juridice în numele și pe seama spitalului, conform legii;
 - d. răspunde de modul de îndeplinire a obligațiilor asumate prin contracte și dispune măsuri de îmbunătățire a activității spitalului;
 - e. încheie contracte și asigură condiții corespunzătoare pentru desfășurarea activităților de învățământ și cercetare științifică, în conformitate cu metodologia elaborată de Ministerul Sănătății;
 - f. răspunde de obținerea Autorizației sanitare de funcționare și a Certificatului de acreditare, în condițiile prevăzute de lege;
 - g. asigură respectarea prevederilor legale în vigoare referitoare la păstrarea secretului profesional, păstrarea confidențialității datelor pacienților internați, informațiilor și documentelor referitoare la activitatea spitalului;
 - h. pune la dispoziția organelor și organismelor competente, la solicitarea acestora, în condițiile legii, date privind activitatea spitalului;
 - i. prezintă Consiliului Local al Municipiului Roman, informări trimestriale și anuale cu privire la patrimoniul dat în administrare, realizarea indicatorilor activității medicale, precum și la execuția bugetului de venituri și cheltuieli;
 - j. răspunde de organizarea arhivei spitalului și asigurarea securității documentelor prevăzute de lege, în format scris și electronic;
 - k. aprobă utilizarea bazei de date medicale a spitalului pentru activități de cercetare medicală, în condițiile legii;
 - l. răspunde de organizarea unui sistem de înregistrare și rezolvare a sugestiilor, sesizărilor și reclamațiilor referitoare la activitatea spitalului;
 - m. conduce activitatea curentă a spitalului, în conformitate cu reglementările în vigoare;
 - n. împreună cu Comitetul director, elaborează Planul de acțiune pentru situații speciale și coordonează asistența medicală în caz de război, dezastre, atacuri teroriste, conflicte sociale și alte situații de criză, conform dispozițiilor legale în vigoare;
 - o. propune spre aprobare Consiliului Local al Municipiului Roman un înlocuitor pentru perioadele când nu este în prezent în spital;
 - p. nu poate transmite altei persoane drepturile și obligațiile care rezultă din contractul de management, cu excepția cazurilor de indisponibilitate;
 - q. depune o declarație de avere, declarație de interese precum și o declarație cu privire la incompatibilități prevăzute la art. 180 din Legea 95/2006, declarații pe care le actualizează, ori de câte ori intervin modificări, în termen de 30 de zile de la data apariției modificării, precum și a încetării funcției.



(17). Atribuțiile managerului în domeniul supravegherii, prevenirii și limitării infecțiilor asociate asistenței medicale (Ordinul nr. 1101/2016 din 30 septembrie 2016):

- a. răspunde de organizarea serviciului/compartimentului de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale, în conformitate cu prevederile prezentului ordin;
- b. participă la definitivarea propunerilor de activități și achiziții cuprinse în planul anual al unității pentru supravegherea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale;
- c. răspunde de asigurarea bugetară și achiziția de bunuri și servicii aferente activităților cuprinse în planul anual aprobat pentru supravegherea, prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale;
- d. răspunde de înființarea și funcționarea registrului de monitorizare a infecțiilor asociate asistenței medicale al unității;
- e. răspunde de organizarea activității de screening al pacienților în secții de terapie intensivă și în alte secții cu risc pentru depistarea colonizărilor/infecțiilor cu germeni multiplurezistenți, în conformitate cu prevederile programului național de supraveghere și control al infecțiilor asociate asistenței medicale;
- f. răspunde de organizarea anuală a unui studiu de prevalență de moment a infecțiilor nosocomiale și a consumului de antibiotice din spital;
- g. răspunde de afișarea pe site-ul propriu al unității a informațiilor statistice (rata trimestrială și anuală de incidență, rata de prevalență, incidența trimestrială și anuală defalcată pe tipuri de infecții și pe secții) privind infecțiile asociate asistenței medicale, a rezultatelor testelor de evaluare a eficienței curățeniei și dezinfecției, a consumului de antibiotice, cu defalcarea consumului antibioticelor de rezervă;
- h. răspunde de organizarea înregistrării cazurilor de expunere accidentală la produse biologice în registrele înființate pe fiecare secție/compartiment și de aplicarea măsurilor de vaccinare a personalului medico-sanitar;
- i. răspunde de aplicarea sancțiunilor administrative propuse de șeful serviciului/compartimentului de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale al unității;
- j. controlează și răspunde pentru organizarea serviciului/compartimentului de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale al unității sau, după caz, pentru contractarea responsabilului cu prevenirea infecțiilor asociate asistenței medicale, în directă subordine și coordonare;
- k. analizează și decide soluții de rezolvare, după caz, alocare de fonduri ca urmare a sesizărilor serviciului/compartimentului specializat, în situații de risc sau focar de infecție asociate asistenței medicale;
- l. verifică și aprobă evidența informațiilor transmise eșaloanelor ierarhice, conform legii sau la solicitare legală, aferente activității de supraveghere, depistare, diagnostic, investigare epidemiologică, și măsurile de limitare a focarului de infecție asociată asistenței medicale din unitate;
- m. solicită, la propunerea șefului serviciului/coordonatorului compartimentului de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale/medicului responsabil sau din proprie inițiativă, expertize și investigații externe, consiliere profesională de specialitate și intervenție în focare;
- n. angajează unitatea pentru contractarea unor servicii și prestații de specialitate;
- o. reprezintă unitatea în litigii juridice legate de răspunderea instituției în ceea ce privește infecțiile asociate asistenței medicale, inclusiv în cazul acționării în instanță a persoanelor fizice, în cazul stabilirii responsabilității individuale.

Art. 31.

Comitet Director

(1). Comitetul director funcționează în conformitate cu art. 181*(1) din Legea nr. 95/2006 și Ordinul MSP nr. 921/2006, având următoarea componență:

- a. managerul;
- b. directorul medical;
- c. directorul financiar-contabil;
- d. directorul de îngrijiri
- e. medic șef SPIAAM, - cu atribuții conform Ordinului Ministerului Sănătății nr. 1101/2016

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

(3). Membrii Comitetului director care au ocupat postul prin concurs, încheie cu managerul spitalului un contract de administrare pe o perioadă de maximum 4 ani, în cuprinsul căruia sunt prevăzuți indicatorii de performanță asumați. Contractul de administrare poate fi prelungit la încetarea mandatului pe o perioadă de 3 luni, de maximum două ori, perioadă în care se organizează concursul de ocupare a funcției. Contractul de administrare poate înceta înainte de termen în cazul neîndeplinirii obligațiilor prevăzute în acesta.

(4). Contractul individual de muncă sau al persoanelor angajate în unitățile sanitare publice care ocupă funcții de conducere specifice comitetului director se suspendă de drept pe perioada exercitării mandatului.

(5). Comitetul director se întrunește lunar sau ori de câte ori este nevoie, la solicitarea majorității membrilor săi sau a managerului spitalului și ia decizii în prezența a cel puțin două treimi din numărul membrilor săi, cu majoritatea absolută a membrilor prezenți.

(6). Membrii Comitetului director au obligația de a depune, în termen de 30 zile de la numirea în funcție următoarele declarații:

- declarația de avere
- declarația de interese
- declarație cu privire la incompatibilitățile prevăzute la art. 181(9) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare.

(7). Declarația este actualizată ori de câte ori intervin modificări în situația persoanelor în cauză.

(8). Actualizarea este efectuată în termen de 30 de zile de la data apariției modificării, precum și a încetării funcțiilor sau activităților desfășurate în cadrul spitalului.

(9). Toate declarațiile sunt afișate pe site-ul spitalului.

(10). Comitetul director are, în principal, următoarele atribuții:

- a. elaborează planul de dezvoltare al spitalului pe perioada mandatului, în baza propunerilor scrise ale Consiliului medical;
- b. elaborează, pe baza propunerilor Consiliului medical, planul anual de furnizare de servicii medicale al spitalului;
- c. propune managerului, în vederea aprobării:
 - numărul de personal, pe categorii și locuri de muncă, în funcție de reglementările în vigoare;
 - organizarea concursurilor pentru posturile vacante, în urma consultării cu sindicatele, conform legii;
- d. elaborează regulamentul de organizare și funcționare, regulamentul intern și organigrama spitalului, în urma consultării cu sindicatele, conform legii;



- e. propune spre aprobare managerului și urmărește implementarea de măsuri organizatorice privind îmbunătățirea calității actului medical, a condițiilor de spitalizare (hoteliere), igienă și alimentație, precum și de măsuri de prevenire a infecțiilor asociate activităților medicale, conform normelor aprobate prin ordin al ministrului sănătății;
- f. elaborează proiectul bugetului de venituri și cheltuieli al spitalului, pe baza centralizării de către compartimentul economico-financiar a propunerilor fundamentate ale conducătorilor secțiilor și compartimentelor din structura spitalului, pe care îl supune aprobării managerului;
- g. urmărește realizarea indicatorilor privind execuția bugetului de venituri și cheltuieli pe secții și compartimente, asigurând sprijin șefilor de secții și compartimente pentru încadrarea în bugetul alocat;
- h. analizează propunerea Consiliului medical privind utilizarea fondului de dezvoltare, pe care o supune spre aprobare managerului;
- i. asigură monitorizarea și raportarea indicatorilor specifici activității medicale, financiare, economice, precum și a altor date privind activitatea de supraveghere, prevenire și control, pe care le prezintă managerului, conform metodologiei stabilite;
- j. analizează, la propunerea Consiliului medical, măsurile pentru dezvoltarea și îmbunătățirea activității spitalului, în concordanță cu nevoile de servicii medicale ale populației, dezvoltarea tehnologiilor medicale, ghidurile și protocoalele de practică medicală;
- k. elaborează Planul de acțiune pentru situații speciale și asistență medicală în caz de război, dezastre, atacuri teroriste, conflicte sociale și alte situații de criză;
- l. la propunerea :
 - șefului Serviciului Contractări, Achiziții, Aprovizionare analizează și aprobă fundamentarea și Planul anual de achiziții publice elaborat;
 - sefului serviciului Întreținere și seful serviciului Reparații, analizează Lista investițiilor și a lucrărilor de reparații curente și capitale care urmează să se realizeze într-un exercițiu financiar, în condițiile legii și le supune spre analiză și aprobare managerului spitalului
- m. răspunde de realizarea Planului anual de achiziții publice aprobat și a Listei investițiilor și lucrărilor de reparații aprobate;
- n. analizează, trimestrial sau ori de câte ori este nevoie, modul de îndeplinire a obligațiilor asumate prin contracte și propune managerului măsuri de îmbunătățire a activităților spitalului;
- o. întocmește informări lunare, trimestriale și anuale cu privire la execuția bugetului de venituri și cheltuieli, pe care le analizează cu Consiliu medical și le prezintă, spre aprobare, Consiliului de administrație;
- p. negociază, prin manager, directorul medical și directorul financiar-contabil, contractele de furnizare de servicii medicale cu Casa de Asigurări de Sănătate Neamț;
- q. se întrunește lunar sau ori de câte ori este necesar, la solicitarea majorității membrilor săi sau la solicitarea managerului spitalului, și ia decizii în prezența a cel puțin două treimi din numărul membrilor săi, cu majoritatea absolută a membrilor prezenți;
- r. face propuneri privind structura organizatorică, reorganizarea, restructurarea, schimbarea sediului și a denumirii spitalului;
- s. negociază cu șeful de secție/laborator/serviciu și propune spre aprobare managerului spitalului indicatorii specifici de performanță ai managementului secției/laboratorului/serviciului, care vor fi prevăzuți ca anexă la contractul de administrare al secției/laboratorului/serviciului;
- t. răspunde în fața managerului pentru îndeplinirea atribuțiilor care îi revin;

- u. analizează activitatea membrilor săi pe baza rapoartelor de evaluare și elaborează raportul anual de activitate al spitalului;
- v. asigură cadrul organizatoric și funcțional necesar desfășurării activității de audit public intern ;
- w. asigură, prin structurile de specialitate ale spitalului, implementarea cu celeritate a recomandărilor și măsurilor dispuse de organele de control și audit abilitate conform legii: Curtea de Conturi, Corpul de control, compartimentul audit public, ISU, DSP Neamț, Ministerul Sănătății, etc.
- x. verifică modul în care sunt respectate prevederile controlului intern managerial și cerințele managementului calității.

(11). In domeniul supravegherii, prevenirii și limitării infecțiilor asociate asistenței medicale (Ordinul nr. 1101/2016 din 30 septembrie 2016), Comitetul director are următoarele atribuții:

- a. organizează Comitetul de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale și elaborează regulamentul de funcționare al acestuia;
- b. se asigură de organizarea și funcționarea serviciului/compartimentului de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale și/sau realizarea contractelor de furnizare de prestări servicii specifice;
- c. aprobă planul anual de activitate pentru supravegherea, prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale;
- d. asigură condițiile de implementare a prevederilor planului anual de activitate pentru supravegherea, prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale;
- e. efectuează analiza anuală a îndeplinirii obiectivelor planului de activitate;
- f. verifică și aprobă alocarea bugetului aferent derulării activităților din planul anual de activitate pentru supravegherea, prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale;
- g. se asigură de îmbunătățirea continuă a condițiilor de desfășurare a activităților de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale și a dotării tehnico-materiale necesare evitării sau diminuării riscurilor;
- h. se asigură de derularea legală a achizițiilor și aprovizionarea tehnico-materială, prevăzute în planul de activitate sau impuse de situația epidemiologică din unitate, în vederea diminuării ori evitării situațiilor de risc sau limitării infecțiilor asociate asistenței medicale;
- i. deliberază 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;
- j. 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;
- k. asigură condițiile de îngrijire la pacienții cu infecții/colonizări cu germeni multiplurezistenți.

Art. 32.

Director medical

(1). Directorul medical coordonează, îndrumă și răspunde de:

- serviciile medicale acordate populației în secțiile cu paturi ale SMU Roman;
- activitățile desfășurate de laboratoarele care deservesc structurile medicale ale spitalului;
- activitatea desfășurată de compartimentul de evaluare și statistică medicală;
- activitățile medicale din ambulatoriu, organizate conform legii.



(2). Directorul medical

- asigură stabilirea și comunicarea sarcinilor de serviciu pentru medicii șefi de secții, de laboratoare și cabinete din ambulatoriu direct coordonate, conform normelor legale în vigoare;
- supraveghează modul în care toate aceste funcții de management respectă normele privind stabilirea sarcinilor persoanelor în serviciul respectiv.

(3). Atribuțiile și responsabilitățile generale

- a. participă la elaborarea Planului de dezvoltare al spitalului pe perioada mandatului, în baza propunerilor consiliului medical;
- b. participă la elaborarea, pe baza propunerilor Consiliului medical, planului anual de furnizare de servicii medicale al spitalului;
- c. propune managerului, în domeniul său de responsabilitate, în vederea aprobării:
 - numărul de personal, pe categorii și locuri de muncă, în funcție de reglementările în vigoare;
 - organizarea concursurilor pentru ocuparea posturilor vacante, în urma consultării cu sindicatele, conform legii;
- d. participă la elaborarea Regulamentului de Organizare și Funcționare, a Regulamentului Intern și a organigramei spitalului, în urma consultării cu sindicatele, conform legii;
- e. propune spre aprobare Managerului și urmărește implementarea de măsuri organizatorice privind îmbunătățirea calității serviciilor medicale și de îngrijire, a condițiilor de cazare, igienă și alimentație, precum și de măsuri de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale, conform normelor aprobate prin ordin al ministrului sănătății publice;
- f. participă la elaborarea Proiectului bugetului de venituri și cheltuieli al spitalului, pe baza centralizării de către serviciul Financiar-contabil a propunerilor fundamentate ale conducătorilor secțiilor și compartimentelor din structura spitalului;
- g. urmărește, în domeniul său de responsabilitate, realizarea indicatorilor privind execuția bugetului de venituri și cheltuieli pe secții și compartimente, asigurând sprijin șefilor de secții și compartimente pentru încadrarea în bugetul alocat;
- h. analizează, în domeniul său de responsabilitate, propunerea Consiliului medical privind utilizarea Fondului de dezvoltare, pe care îl supune spre aprobare managerului;
- i. asigură, în domeniul său de responsabilitate, monitorizarea și raportarea indicatorilor specifici activității medicale, activității de îngrijire, financiare, economice, precum și a altor date privind activitatea de supraveghere, prevenire și control, pe care le prezintă managerului;
- j. analizează, la propunerea Consiliului medical, măsurile pentru dezvoltarea și îmbunătățirea activității spitalului, în concordanță cu nevoile de servicii medicale și de îngrijiri ale populației, dezvoltarea tehnologiilor medicale, ghidurilor și protocoalelor de practică medicală;
- k. participă la elaborarea Planului de acțiune pentru situații speciale și asistența medicală în caz de război, dezastre, atacuri teroriste, conflicte sociale și alte situații de criză, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;
- l. la propunerea :
 - șefului serviciului Contractări, Achiziții, Aprovizionare analizează și aprobă fundamentarea și Planul anual de achiziții publice elaborat;
 - șefului serviciului Întreținere și șeful serviciului Reparații, analizează, în domeniul său de responsabilitate, Lista investițiilor și a lucrărilor de reparații curente și capitale care urmează să se realizeze într-un exercițiu financiar, în condițiile legii și le supune spre analiză și aprobare managerului spitalului.

- m. analizează trimestrial sau ori de câte ori este nevoie, în domeniul său de responsabilitate, modul de îndeplinire a obligațiilor asumate prin contracte și propune managerului măsuri de îmbunătățire a activității spitalului;
 - n. întocmește, pentru domeniul său de responsabilitate, informări lunare, trimestriale și anuale cu privire la execuția bugetului de venituri și cheltuieli, pe care le analizează cu Consiliul medical și le prezintă managerului spitalului;
 - o. participă la negocierea contractelor de furnizare de servicii medicale cu casele de asigurări de sănătate, în condițiile legii;
 - p. participă lunar sau ori de câte ori este nevoie la ședințele Comitetului director;
 - q. face propuneri privind structura organizatorică, reorganizarea, restructurarea și schimbarea sediului și a denumirii spitalului;
 - r. participă la negocierea și stabilirea indicatorilor specifici de performanță ai managementului secției/laboratorului/ serviciului, care sunt prevăzuți ca anexă la Contractul de administrare al secției/laboratorului/serviciului;
 - s. participă, anual, la programe de perfecționare profesională organizate de Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate;
 - t. elaborează, verifică și/sau avizează proceduri medicale și/sau reglementări în domeniul său de responsabilitate necesare în vederea menținerii acreditării spitalului și se asigură că sunt îndepliniți indicatorii medicali specifici din listele de verificare ANMCS;
 - u. răspunde de întocmirea Fisei de autoevaluare necesară pentru reacreditarea spitalului de către ANMCS;
 - v. efectuează verificări privind modul de întocmire a necesarelor de medicamente și modul de prescriere și administrare a acestora pe secții și compartimente;
 - w. orice referat de necesitate sau referat de urgență pe parte medicală (aparatură, materiale sanitare, medicamente și alte materiale) înainte de a fi înaintat spre aprobare Managerului spitalului, este avizat de Directorul medical și alături de copii după referatele de necesitate sau de urgență le înaintează Consiliului medical împreună cu agenda de modificare a planului de achiziții pe parte medicală, semnată de compartimentul de achiziții publice, avizată de Directorul financiar contabil și aprobată de Manager;
 - participă la elaborarea raportului anual de activitate al spitalului;
 - răspunde în fața Managerului spitalului pentru îndeplinirea atribuțiilor care îi revin;
- (4). Atribuțiile și responsabilitățile specifice
- a. în calitate de președinte al Consiliului medical coordonează și răspunde de elaborarea la termen, a propunerilor privind Planul de dezvoltare a spitalului, Planul anual de servicii medicale, Planul anual de achiziții publice cu privire la achiziția de aparatură și echipamente medicale, medicamente și materiale sanitare, bugetul de venituri și cheltuieli;
 - b. asigură atribuțiile de Președinte și/sau membru în cadrul comisiilor și consiliilor specifice, așa cum sunt stabilite de către managerul spitalului, prin deciziile interne emise;
 - c. răspunde de coordonarea și corelarea activităților medicale desfășurate la nivelul secțiilor pentru asigurarea tratamentului adecvat pentru pacienții internați;
 - d. controlează, prin sondaj, îndeplinirea atribuțiilor prevăzute în fișa postului medicilor și organizează întâlniri de lucru cu medicii șefi de secție/compartimente și cu medicii angajați ai spitalului;
 - e. întocmește Planul de formare și perfecționare a personalului medical, la propunerea șefilor de secții, laboratoare și servicii;

- f. avizează utilizarea bazei de date medicale a spitalului pentru activități de cercetare medicală, în condițiile legii;
 - g. asigură respectarea normelor de etică profesională și deontologie medicală la nivelul spitalului, colaborând cu Colegiul Medicilor din România;
 - h. supervizează respectarea prevederilor în vigoare referitoare la documentația medicală a pacienților tratați, asigurarea confidențialității datelor medicale, constituirea arhivei spitalului;
 - i. coordonează activitatea informatică în scopul înregistrării corecte a datelor în documentele medicale, gestionării și utilizării eficiente a acestor date;
 - j. dispune măsurile necesare, potrivit dispozițiilor legale și Contractului Colectiv de Muncă aplicabil și dispune asigurarea condițiilor corespunzătoare de muncă, prevenirea accidentelor și îmbolnăvirilor profesionale;
 - k. răspunde de acreditarea personalului medical al spitalului și de acreditarea activităților medicale desfășurate în spital, în conformitate cu legislația în vigoare;
 - l. din punct de vedere medical răspunde de:
 - întocmirea, negocierea, încheierea și realizarea contractului de furnizare servicii medicale spitalicești încheiat cu CAS Neamț, în conformitate cu reglementările legale în vigoare;
 - întocmirea, negocierea, încheierea și realizarea contractului de furnizare servicii medicale în ambulatoriu de specialitate pentru specialități clinice și paraclinice încheiate cu CAS Neamț, în conformitate cu reglementările legale în vigoare;
 - întocmirea, negocierea, încheierea și realizarea contractului de furnizare servicii medicale în asistență medicală de specialitate de recuperare, reabilitare a sănătății încheiat cu CAS Neamț, în conformitate cu reglementările legale în vigoare;
 - întocmirea, negocierea, încheierea și realizarea contractelor pentru derularea programelor/ subprogramelor de sănătate încheiate cu CAS Neamț și/sau Direcția de Sănătate Publică Neamț, după caz, în conformitate cu reglementările legale în vigoare.
- (5). În domeniul îmbunătățirii calității serviciilor medicale și hoteliere, Directorul medical are următoarele atribuții și responsabilități:
- a. în calitate de președinte al Consiliului medical, coordonează și răspunde de elaborarea la termen a propunerilor privind planul de dezvoltare al spitalului, planul anual de servicii medicale;
 - b. monitorizează calitatea serviciilor medicale acordate la nivelul spitalului, inclusiv prin evaluarea satisfacției pacienților, și elaborează, împreună cu medicii șefi de secții propuneri de îmbunătățire a activității medicale;
 - c. avizează protocoale de practică medicală la nivelul spitalului și monitorizează procesul de implementare a protocoalelor și ghidurilor de practică medicală la nivelul întregului spital;
 - d. coordonează implementarea programelor de sănătate la nivelul spitalului;
 - e. analizează și ia decizii în situația existenței unor cazuri medicale deosebite (cazuri foarte complicate, care necesită o durată de spitalizare mult prelungită, morți subite);
 - f. participă, alături de Manager, la organizarea asistenței medicale în caz de dezastre, epidemii și în alte situații speciale;
 - g. stabilește coordonatele principale privind consumul de medicamente și materiale sanitare la nivelul spitalului, în vederea unei utilizări judicioase a fondurilor spitalului, prevenirii polipragmaziei și a rezistenței la medicamente, avizează referatele întocmite de medicii curanți și aprobate de șefii de secție pentru administrarea medicamentelor cu preț crescut;

- h. propune spre aprobare Managerului și urmărește implementarea de măsuri organizatorice privind îmbunătățirea calității serviciilor medicale, a condițiilor de cazare, igienă și alimentație a pacienților;
 - i. răspunde de utilizarea în activitatea curentă, la toate componentele activităților medicale de prevenție, diagnostic, tratament și recuperare a procedurilor și tehnicilor prevăzute în protocoalele spitalului, a standardelor de sterilizare și sterilitate, asepsie și antisepsie, respectiv a normelor privind cazarea, alimentația și condițiile de igienă oferite pe perioada îngrijirilor acordate.
- (6). In domeniul supravegherii, prevenirii și limitării infecțiilor asociate asistenței medicale
- a. asigură și răspunde de aplicarea în activitatea curentă a procedurilor și protocoalelor de prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale, a standardelor de sterilizare și sterilitate, asepsie și antisepsie, respectiv a normelor privind cazarea, alimentația și condițiile de igienă oferite pe perioada îngrijirilor acordate;
 - b. răspunde de raportarea la timp a infecțiilor asociate asistenței medicale și implementarea măsurilor de limitare a acestora;
 - c. răspunde de respectarea politicii de utilizare a antibioticelor în unitatea sanitară;
 - d. implementează activitatea de screening al pacienților în secții de terapie intensivă și alte secții cu risc pentru depistarea colonizărilor/infecțiilor cu germeni multiplurezistenți în conformitate cu prevederile programului național de supraveghere și control al infecțiilor asociate asistenței medicale;
 - e. controlează și răspunde pentru derularea activităților proprii ale serviciului/compartimentului de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale;
 - f. controlează respectarea procedurilor și protocoalelor implementate pentru supravegherea, prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale de la nivelul secțiilor și serviciilor din unitate, în colaborare cu medicii șefi de secție;
 - g. organizează și controlează evaluarea imunizării personalului împotriva HBV și efectuarea vaccinărilor recomandate personalului din unitatea medicală respectivă (gripal, HBV, altele);
 - h. controlează și răspunde de organizarea registrelor de expunere accidentală la produse biologice pe secții/compartimente și aplicarea corectă a măsurilor.

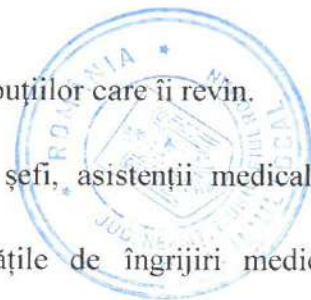
Art. 33.

Director de îngrijiri medicale

- (1). Directorul de îngrijiri medicale coordonează, controlează și răspunde de activitatea asistenților medicali șefi de secție/compartiment/laborator, asistenților medicali, personal auxiliar, personalul blocului alimentar, spălătoriei și garderobei.
- (2). Directorul de îngrijiri medicale
 - asigură stabilirea și comunicarea sarcinilor de serviciu pentru asistenții medicali șefi de secții/compartimente, laboratoare, servicii și toți ceilalți coordonatori ai structurilor din subordine conform normelor legale în vigoare;
 - supraveghează modul în care toate aceste funcții de management respectă normele privind stabilirea sarcinilor persoanelor în serviciul respectiv.
- (3). Atribuții și responsabilități generale
 - a. participă la elaborarea Planului de dezvoltare a spitalului pe perioada mandatului, în baza propunerilor consiliului medical;

- b. participă la elaborarea, pe baza propunerilor Consiliului medical, a Planului anual de furnizare de servicii medicale al spitalului;
- c. propune Managerului, în domeniul său de responsabilitate, în vederea aprobării:
 - numărul de personal, pe categorii și locuri de muncă, în funcție de reglementările în vigoare;
 - organizarea concursurilor pentru ocuparea posturilor vacante, în urma consultării cu sindicatele, conform legii;
- d. participă la elaborarea Regulamentului de Organizare și Funcționare, a Regulamentului Intern și a organigramei spitalului, în urma consultării cu sindicatele, conform legii;
- e. propune spre aprobare Managerului și urmărește implementarea de măsuri organizatorice privind îmbunătățirea calității serviciilor medicale de îngrijire, a condițiilor de cazare, igienă și alimentație, precum și de măsuri de prevenire a infecțiilor asociate asistentei medicale, conform normelor aprobate prin ordin al ministrului sănătății publice;
- f. participă la elaborarea Proiectului bugetului de venituri și cheltuieli al spitalului, pe baza centralizării de către serviciul Financiar-contabil a propunerilor fundamentate ale conducătorilor secțiilor și compartimentelor din structura spitalului;
- g. urmărește, în domeniul său de responsabilitate, realizarea indicatorilor privind execuția bugetului de venituri și cheltuieli pe secții și compartimente, asigurând sprijin șefilor de secții și compartimente pentru încadrarea în bugetul alocat;
- h. analizează, în domeniul său de responsabilitate, propunerea Consiliului medical privind utilizarea Fondului de dezvoltare, pe care îl supune spre aprobare Managerului;
- i. asigură, în domeniul său de responsabilitate, monitorizarea și raportarea indicatorilor specifici activității medicale, activității de îngrijire, financiare, economice, precum și a altor date privind activitatea de supraveghere, prevenire și control, pe care le prezintă Managerului;
- j. participă la elaborarea Planului de acțiune pentru situații speciale și asistența medicală în caz de război, dezastre, atacuri teroriste, conflicte sociale și alte situații de criză, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;
- k. la propunerea :
 - șefului Serviciului Contractări, Achiziții, Aprovizionare analizează și aprobă fundamentarea și Planul anual de achiziții publice elaborat;
 - șefului serviciului Întreținere și șeful serviciului Reparații, analizează, în domeniul său de responsabilitate, Lista investițiilor și a lucrărilor de reparații curente și capitale care urmează să se realizeze într-un exercițiu financiar, în condițiile legii și le supune spre analiză și aprobare managerului spitalului;
- l. analizează trimestrial sau ori de câte ori este nevoie, în domeniul său de responsabilitate, modul de îndeplinire a obligațiilor asumate prin contracte și propune Managerului măsuri de îmbunătățire a activității spitalului;
- m. participă la negocierea contractelor de furnizare de servicii medicale cu casele de asigurări de sănătate, în condițiile legii;
- n. participă lunar sau ori de câte ori este nevoie la ședințele Comitetului director;
- o. face propuneri privind structura organizatorică, reorganizarea, restructurarea și schimbarea sediului și a denumirii spitalului;
- p. participă la negocierea și stabilirea indicatorilor specifici de performanță ai managementului secției/laboratorului/ serviciului, care sunt prevăzuți ca anexă la Contractul de administrare al secției/laboratorului/serviciului;

- q. participă, anual, la programe de perfecționare profesională organizate de Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate;
 - r. elaborează, verifică și/sau avizează reglementările în domeniul său de responsabilitate necesare în vederea menținerii acreditării spitalului și se asigură că sunt îndepliniți indicatorii de îngrijiri medicale specifici;
 - s. participă la elaborarea raportului anual de activitate al spitalului.
 - t. răspunde în fața managerului spitalului pentru îndeplinirea atribuțiilor care îi revin.
- (4). Atribuții și responsabilități specifice
- a. organizează ședințe și întâlniri de lucru cu asistenții medicali șefi, asistenții medicali și personalul auxiliar (infirmieri, îngrijitori, brancardieri);
 - b. organizează, coordonează, controlează și răspunde de activitățile de îngrijiri medicale desfășurate în cadrul structurilor medicale din spital;
 - c. asigură atribuțiile de președinte și/sau membru în cadrul comisiilor și consiliilor specifice, așa cum sunt stabilite de către managerul spitalului prin deciziile interne emise;
 - d. asigură atribuțiile de reprezentant al managementului integrat - Calitate - Sănătate și securitate în muncă – Siguranță alimentară;
 - e. asigură monitorizarea și evaluarea periodică a funcționării la nivel de spital a sistemului integrat de management;
 - f. inițiază și participă la activități de cercetare disciplinară a personalului de îngrijiri medicale;
 - g. confirmă sau infirmă sancțiunile propuse de asistenții medicali șefi, propune spre soluționare contestațiile personalului de îngrijiri medicale sancționat și informează Comitetul director;
 - h. analizează oportunitatea oricărei sarcini suplimentare cerute de medicul șef de secție, la sesizarea asistenților medicali șefi și stabilește modul de rezolvare a acestora în colaborare cu directorul medical;
 - i. verifică, prin sondaj, îndeplinirea atribuțiilor prevăzute în fișa postului de către asistenții medicali și personalul auxiliar - organizează întâlniri de lucru cu asistenții medicali șefi de secție/compartimente;
 - j. monitorizează calitatea serviciilor de îngrijire acordate, inclusiv prin evaluarea satisfacției pacienților și ia măsuri pentru îmbunătățirea acestora;
 - k. monitorizează procesul de implementare a ghidurilor și protocoalelor de practică elaborate de Ordinul Asistenților Medicali și Moașelor din România și aprobate de Ministerul Sănătății Publice;
 - l. stabilește pentru personalul din subordine, la propunerea asistenților medicali șefi de secție, necesarul și conținutul programelor de perfecționare organizate în cadrul spitalului;
 - m. analizează cererile și avizează participarea personalului din subordine la programele de educație medicală continuă organizate în afara spitalului;
 - n. colaborează cu Ordinul Asistenților Medicali și Moașelor din România, cu instituțiile de învățământ și cu alte instituții acreditate la realizarea programelor de dezvoltare profesională pentru asistenții medicali;
 - o. controlează modul de desfășurare a pregătirii practice a viitorilor asistenți medicali;
 - p. controlează modul cum se asigură pacienților internați un regim rațional de odihnă, de servire a mesei, de igienă personală, de primire a vizitelor și păstrarea legăturii acestora cu familia;
 - q. participă la activitățile organizațiilor profesionale și/sau sindicale ale asistenților medicali și moașelor, la solicitarea acestora;



- r. analizează și participă la soluționarea sancțiunilor propuse pentru personalul de îngrijiri medicale din subordine;
 - s. aprobă programul de activitate lunar al asistenților medicali, personalului auxiliar și programarea concediilor de odihnă;
 - t. asigură măsurile necesare pentru cunoașterea de către personalul din subordine a reglementărilor legale privind normele generale de sănătate și securitate în muncă, Regulamentul de Organizare și Funcționare al spitalului, Regulamentul Intern, normele privind prevenirea și combaterea infecțiilor asociate asistentei medicale și normele privind gestionarea deșeurilor provenite din activitățile de îngrijiri medicale;
 - u. asigură măsurile necesare pentru cunoașterea de către asistenții medicali și moașe a legislației privind exercitarea profesiilor de asistent medical și moașă.
 - v. analizează necesarul de materiale sanitare, materiale de curățenie și dezinfectanți împreună cu serviciul aprovizionare și în funcție de stocurile existente și cele necesare participă la elaborarea lunară a acestora și le înaintează spre aprobare Managerului spitalului;
 - w. răspunde de asigurarea și utilizarea eficientă și în bune condiții a instrumentarului, echipamentelor, mobilierului și a inventarului moale existent în dotarea instituției, secțiilor, saloanelor etc.;
- (5). În vederea îmbunătățirii calității serviciilor hoteliere și medicale, Directorul de îngrijiri are următoarele atribuții și responsabilități:
- a. monitorizează calitatea serviciilor de îngrijire acordate, inclusiv prin evaluarea satisfacției pacienților și ia măsuri pentru îmbunătățirea acestora;
 - b. controlează modul în care personalul de îngrijiri medicale asigură pacienților internați un regim rațional de odihnă, de servire a mesei, de igienă personală, de primire a vizitelor și păstrării legăturii acestora cu familia;
 - c. dispune implementarea de măsuri care să asigure buna funcționare a serviciului social, dietetică și a biroului de internări;
 - d. dispune implementarea măsurilor necesare pentru cunoașterea de către întregul personal de îngrijiri medicale a regulilor de conduită etică și profesională;
 - e. dispune implementarea măsurilor necesare pentru cunoașterea și respectarea comportamentului igienic și regulilor de tehnică aseptică de către personalul din subordine;
 - f. dispune implementarea măsurilor pentru respectarea de către vizitatori a normelor de igienă și comportament stabilite la nivel de spital (purtarea echipamentului, evitarea aglomerării în saloane, etc);
- (6). În domeniul supravegherii, prevenirii și limitării infecțiilor asociate asistentei medicale, Directorul de îngrijiri are următoarele atribuții și responsabilități:
- a. prelucrează procedurile și protocoalele de prevenire a infecțiilor asociate asistentei medicale elaborate de serviciul/compartimentul de prevenire a infecțiilor asociate asistentei medicale cu asistentele șefe de secție și răspunde de aplicarea acestora;
 - b. răspunde de implementarea și respectarea precauțiunilor standard și specifice la nivelul unității sanitare;
 - c. răspunde de comportamentul igienic al personalului din subordine, de respectarea regulilor de tehnică aseptică de către acesta;
 - d. controlează respectarea circuitelor funcționale din spital/secție;
 - e. verifică starea de curățenie din secții, respectarea normelor de igienă și controlează respectarea măsurilor de asepsie și antisepsie;

- f. propune directorului economic/financiar-contabil planificarea aprovizionării cu materiale necesare prevenirii infecțiilor asociate asistenței medicale, elaborată de secțiile spitalului, cu aprobarea șefului serviciului/coordonatorului compartimentului de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale;
- g. supraveghează și controlează activitatea blocului alimentar în aprovizionarea, depozitarea, prepararea și distribuirea alimentelor, cu accent pe aspectele activității la bucătăria dietetică, lactariu, biberonerie etc.;
- h. supraveghează și controlează calitatea prestațiilor efectuate la spălătorie;
- i. constată și raportează serviciului/compartimentului de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale și managerului spitalului deficiențe de igienă (alimentare cu apă, instalații sanitare, încălzire) și ia măsuri pentru remedierea acestora;
- j. verifică efectuarea corespunzătoare a operațiunilor de curățenie și dezinfecție în secții;
- k. coordonează și verifică aplicarea măsurilor de izolare a bolnavilor cu caracter infecțios și a măsurilor pentru supravegherea contactilor, în conformitate cu ghidul de izolare elaborat de șeful serviciului/coordonatorul compartimentului de prevenire a infecțiilor asociate îngrijirilor medicale;
- l. instruește personalul din subordine privind autodeclararea îmbolnăvirilor și urmărește realizarea acestei proceduri;
- m. semnalează medicului șef de secție cazurile de boli transmisibile pe care le observă în rândul personalului;
- n. instruește asistentele-șefe asupra măsurilor de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale care trebuie implementate și respectate de vizitatori și personalul spitalului;
- o. coordonează și verifică respectarea circuitului lenjeriei și al deșeurilor infecțioase și neinfecțioase, depozitarea lor la nivelul depozitului central și respectarea modului de eliminare a acestora;
- p. instruește asistentele-șefe asupra echipamentului de protecție și comportamentului igienic, precum și asupra respectării normelor de tehnică aseptică și propune măsuri disciplinare în cazurile de abateri;
- q. organizează și coordonează procesul de elaborare a procedurilor și protocoalelor de prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale pe secții, în funcție de manevrele și procedurile medicale identificate cu risc pentru pacienți, și se asigură de implementarea acestora;
- r. răspunde de întocmirea și completarea registrului de monitorizare a infecțiilor asociate asistenței medicale pe secții și pe unitatea sanitară;
- s. răspunde de întocmirea și completarea registrului de expunere accidentală la produse biologice pe secții/compartimente;
- t. organizează și răspunde de igienizarea ținutelor de spital pentru întreg personalul implicat în îngrijirea pacienților, în mod gratuit și obligatoriu.

Art. 34.

Director financiar-contabil

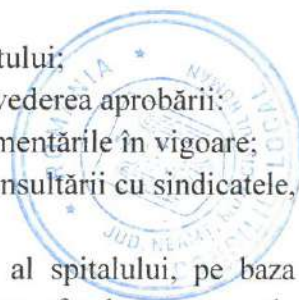
(1). Directorul financiar-contabil asigură și răspunde de buna organizare și desfășurare a activității financiare a Spitalului Municipal de Urgență Roman, în conformitate cu dispozițiile legale.



(2). Directorul financiar-contabil coordonează, controlează și răspunde de activitatea șefilor structurilor din direcția economică și supraveghează modul în care toate aceste funcții de management respectă normele privind stabilirea sarcinilor persoanelor în serviciul respectiv.

(3). Atribuții și responsabilități generale

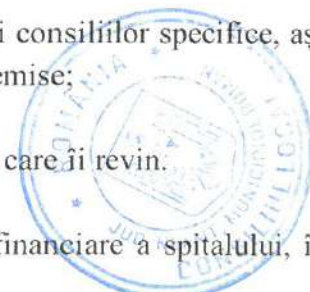
- a. participă la elaborarea Planului strategic al spitalului pe perioada mandatului;
- b. propune Managerului spitalului, în domeniul său de responsabilitate, în vederea aprobării:
 - numărul de personal, pe categorii și locuri de muncă, în funcție de reglementările în vigoare;
 - organizarea concursurilor pentru ocuparea posturilor vacante, în urma consultării cu sindicatele, conform legii;
- c. participă la elaborarea Proiectului bugetului de venituri și cheltuieli al spitalului, pe baza centralizării de către serviciul Financiar-contabil a propunerilor fundamentate ale conducătorilor secțiilor și compartimentelor din structura spitalului;
- d. participă la elaborarea Regulamentului de Organizare și Funcționare, a Regulamentului intern și a organigramei spitalului, în urma consultării cu sindicatele, conform legii;
- e. urmărește, în domeniul său de responsabilitate, realizarea indicatorilor privind execuția bugetului de venituri și cheltuieli pe secții și compartimente, asigurând sprijin șefilor de secții și compartimente pentru încadrarea în bugetul alocat;
- f. propune spre aprobare Managerului și urmărește implementarea de măsuri organizatorice privind îmbunătățirea calității serviciilor medicale și de îngrijire, a condițiilor de cazare, igienă și alimentație, precum și de măsuri de prevenire a infecțiilor asociate asistentei medicale, conform normelor aprobate prin ordin al ministrului sănătății publice;
- g. analizează, în domeniul său de responsabilitate, propunerea privind utilizarea Fondului de dezvoltare, propunere pe care o supune spre aprobare managerului;
- h. asigură, în domeniul său de responsabilitate, monitorizarea și raportarea indicatorilor specifici activității de îngrijire, financiare, economice, precum și a altor date privind activitatea de supraveghere, prevenire și control și transmite raportările specifice Managerului spitalului;
- i. analizează propunerile formulate privind dezvoltarea și îmbunătățirea activităților tehnico-economico-administrative, ca activități suport pentru activitățile care vizează actul medical și de îngrijiri medicale;
- j. participă la elaborarea Planului de acțiune pentru situații speciale și asistența medicală în caz de război, dezastre, atacuri teroriste, conflicte sociale și alte situații de criză, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;
- k. analizează trimestrial sau ori de câte ori este nevoie, în domeniul său de responsabilitate, modul de îndeplinire a obligațiilor asumate prin contracte și propune Managerului măsuri de îmbunătățire a activității spitalului;
- l. întocmește, pentru domeniul său de responsabilitate, informări lunare, trimestriale și anuale cu privire la execuția bugetului de venituri și cheltuieli, pe care le prezintă spre evaluare Managerului spitalului;
- m. participă la negocierea contractelor de furnizare de servicii medicale cu casele de asigurări de sănătate, în condițiile legii;
- n. participă lunar sau ori de câte ori este nevoie la ședințele Comitetului director;
- o. formulează propuneri privind structura organizatorică, reorganizarea, restructurarea și schimbarea sediului și a denumirii spitalului;



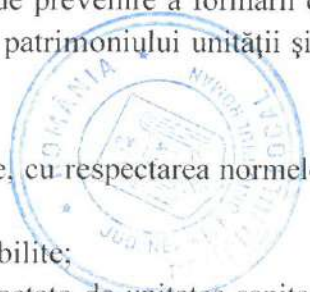
- p. participă la negocierea și stabilirea indicatorilor specifici de performanță ai managementului secțiilor/ laboratoarelor/ serviciilor, care vor fi prevăzuți ca anexă la contractul de administrare al acestora;
- q. participă, anual, la programe de perfecționare profesională;
- r. verifică și avizează toate procedurile operaționale activităților tehnico-economico-administrative care sunt utilizate în cadrul SMU Roman și se asigură de implementarea acestora și de îndeplinirea indicatorilor specifici din listele ANMCS;
- s. asigură atribuțiile de președinte și/sau membru în cadrul comisiilor și consiliilor specifice, așa cum sunt stabilite de către managerul spitalului prin deciziile interne emise;
- t. participă la elaborarea Raportului anual de activitate al spitalului;
- u. răspunde în fața managerului spitalului pentru îndeplinirea atribuțiilor care îi revin.

(4). Atribuții și responsabilități specifice

- a. asigură și răspunde de buna organizare și desfășurare a activității financiare a spitalului, în conformitate cu dispozițiile legale;
- b. organizează contabilitatea în cadrul unității, în conformitate cu dispozițiile legale, și asigură efectuarea corectă și la timp a înregistrărilor;
- c. asigură întocmirea, circulația și păstrarea documentelor justificative care stau la baza înregistrărilor în contabilitate și se ocupă de informatizarea lucrărilor în domeniul financiar-contabil;
- d. asigură întocmirea la timp și în conformitate cu dispozițiile legale a bilanțelor de verificare și a bilanțurilor anuale și trimestriale;
- e. propune defalcarea pe trimestre a indicatorilor financiari aprobați în bugetul de venituri și cheltuieli;
- f. asigură executarea bugetului de venituri și cheltuieli al spitalului, urmărind realizarea indicatorilor financiari aprobați și respectarea disciplinei contractuale și financiare;
- g. analizează propunerile de modificări de alocații trimestriale și de virări de credite bugetare și extrabugetare și întocmește situația centralizatoare a acestora, pe care o înaintează organului competent;
- h. participă la negocierea contractului de furnizare de servicii medicale cu casele de asigurări de sănătate;
- i. angajează spitalul, prin semnătură alături de Manager, în toate operațiunile patrimoniale, având obligația, în condițiile legii, de a refuza pe acelea care contravin dispozițiilor legale;
- j. analizează, din punct de vedere financiar, planul de acțiune pentru situații speciale prevăzute de lege, precum și pentru situații de criză;
- k. participă la organizarea sistemului informațional al spitalului, în domeniul său de competență, urmărind folosirea cât mai eficientă a datelor financiar-contabile;
- l. evaluează, prin bilanțul contabil, eficiența indicatorilor specifici;
- m. asigură îndeplinirea, în conformitate cu dispozițiile legale, a obligațiilor spitalului către bugetul statului, trezorerie și terți;
- n. asigură plata integrală și la timp a drepturilor bănești cuvenite personalului încadrat în spital;
- o. exercită controlul ierarhic operativ curent asupra activităților financiar-contabile;
- p. prezintă periodic studii privind evaluarea financiară a acțiunii de sănătate și analiza costurilor;
- q. organizează evidența tuturor creanțelor și obligațiilor cu caracter patrimonial care revin spitalului din contracte, protocoale și alte acte asemănătoare și urmărește realizarea la timp a acestora;



- r. dispune implementarea de măsuri pentru prevenirea pagubelor și urmărește recuperarea lor;
 - s. asigură aplicarea dispozițiilor legale privitoare la gestionarea valorilor materiale și ia măsuri pentru ținerea la zi și corectă a evidențelor gestionării;
 - t. răspunde de îndeplinirea atribuțiilor ce revin serviciului Financiar-contabil cu privire la exercitarea controlului financiar preventiv și al asigurării integrității patrimoniului;
 - u. îndeplinește formele de scădere din evidență a bunurilor de orice fel, în cazurile și condițiile prevăzute de dispozițiile legale;
 - v. împreună cu șeful serviciului Administrativ întocmește și prezintă studii privind optimizarea măsurilor de bună gospodărire a resurselor materiale și financiare, de prevenire a formării de stocuri peste necesar, în scopul administrării cu eficiență maximă a patrimoniului unității și a sumelor încasate în baza contractului de furnizare servicii medicale;
 - w. răspunde de modul de organizare a evidenței tehnico-operative;
 - x. răspunde de utilizarea sumelor alocate conform destinațiilor aprobate, cu respectarea normelor legale specifice în vigoare;
 - y. răspunde de exactitatea și realitatea datelor raportate, la termenele stabilite;
 - z. asigură efectuarea plăților către furnizorii de bunuri și servicii contractate de unitatea sanitară pentru realizarea activităților prevăzute în programele naționale de sănătate de evaluare, profilactice și cu scop curativ finanțate din bugetul Ministerului Sănătății, CNAS, din fonduri de la bugetul de stat și din venituri proprii, în baza documentelor justificative legal întocmite;
 - aa. verifică documentele justificative prevăzute în normele legale în vigoare, prezentate de unitatea sanitară în vederea decontării pentru activitățile prevăzute în programele naționale de sănătate de evaluare, profilactice și cu scop curativ finanțate din bugetul Ministerului Sănătății, CNAS, din FNUASS din fonduri de la bugetul de stat și din venituri proprii;
 - bb. organizează și conduce evidența contabilă a cheltuielilor pentru fiecare program/subprogram și pe paragrafele și subdiviziunile clasificăției bugetare, atât în cadrul bugetului aprobat, cât și în execuția acestuia;
 - cc. răspunde de analiza, centralizarea și raportarea la timp către Direcția de Sănătate Publică Neamț /Casa Județeană de Asigurări de Sănătate a datelor cu caracter financiar, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;
 - dd. are obligația să cuprindă sumele contractate pentru programele naționale de sănătate în bugetul de venituri și cheltuieli, pe care îl supune aprobării, în condițiile legii;
 - ee. rezolvă orice alte sarcini prevăzute în actele normative referitoare la activitatea financiar-contabilă;
 - ff. organizează și ia măsuri de realizare a dezvoltării profesionale a personalului din cadrul structurilor organizatorice din subordinea sa;
 - gg. evaluează personalul din subordine în baza criteriilor de performanță, conform prevederilor legislației în vigoare;
 - hh. organizează, la termenele stabilite și cu respectarea dispozițiilor legale, inventarierea mijloacelor materiale din dotarea spitalului.
- (5). În vederea îmbunătățirii calității serviciilor hoteliere și medicale, Directorul financiar-contabil are următoarele atribuții și responsabilități :
- a. pe baza rapoartelor și propunerilor formulate de șeful serviciului Administrativ întocmește și prezintă studii privind optimizarea măsurilor de bună gospodărire a resurselor materiale și bănești, de prevenire a formării de stocuri peste necesar, în scopul administrării cu eficiență



- maximă a patrimoniului spitalului și a sumelor încasate în baza contractului de furnizare servicii medicale;
- b. participă la analizarea Planului anual de furnizare de servicii medicale al spitalului;
 - c. propune spre aprobare managerului spitalului implementarea de măsuri organizatorice suport pentru îmbunătățirea calității serviciilor medicale și de îngrijire, a condițiilor de cazare, igienă și alimentație și le urmărește implementarea.
- (6). Pe linie de infecții asociate asistenței medicale, Directorul financiar-contabil are următoarele atribuții și responsabilități:
- a. asigură planificarea bugetară în conformitate cu planul de activitate aprobat al serviciului de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale;
 - b. răspunde de asigurarea întocmai și la timp a necesarului de materiale și consumabile necesare implementării procedurilor și protocoalelor de limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale
 - c. raspunde de derularea achizițiilor și plăților în conformitate cu legislația aplicabila;
 - d. asigură evaluarea, prin bilanțul contabil, a eficienței realizării indicatorilor specifici aferenți infecțiilor asociate asistenței medicale.



PARTEA a - IV-a

H. CONSILII, COMISII ȘI COMITETE

- (1). Managerul spitalului, prin deciziile interne specifice emise, pentru analiza unor probleme complexe, a nominalizat componența consiliilor, comisiilor și comitetelor care își desfășoară activitățile specifice în cadrul Spitalului Municipal de Urgență Roman.
- (2). Modul de desfășurare a activităților în cadrul acestor structuri specifice este reglementat prin regulamentele de organizare și funcționare specifice.
- (3). Prevederile acestor regulamente specifice sunt obligatorii de respectat atât de președinții și membrii acestor structuri cât și de toți cei care participă la respectivele întruniri.
- (4). La secretarii acestor structuri sunt menținute toate dovezile obiective ale planificării și desfășurării tuturor acestor întruniri.
- (5). În cadrul Spitalului Municipal de Urgență Roman își desfășoară activitățile specifice consilii, comisii și comitete în funcție de necesitățile obiective ale spitalului.

Art. 35.**Consiliu medical**

- (1). Cadru legislativ: Legea nr. 95/2006 (art.186) privind reforma în domeniul sănătății și Ordinul MS 863/2004 privind aprobarea atribuțiilor și competențelor consiliului medical al spitalelor.

(2). Rol:

- Îmbunătățirea standardelor clinice și a modelelor de practică în scopul acordării de servicii medicale de calitate în scopul creșterii gradului de satisfacție a pacienților și de monitorizare și evaluare a activității medicale desfășurate în spital în scopul creșterii performanțelor profesionale și utilizării eficiente a resurselor alocate.

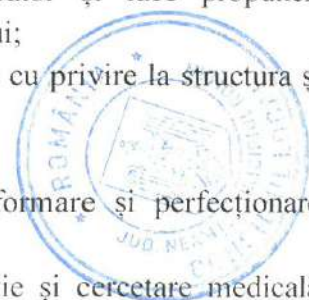
- (3). Consiliul medical se întrunește lunar sau ori de câte ori este necesar;

(4). Atribuțiile principale ale Consiliului medical

- a. evaluează necesarul de servicii medicale al populației deservite de spital și face propuneri pentru elaborarea:
 - planului de dezvoltare a spitalului, pe perioada mandatului;
 - planului anual de furnizare de servicii medicale al spitalului;
 - planului anual de achiziții publice, cu privire la achiziția de aparatură și echipamente medicale, medicamente și materiale sanitare;
- b. face propuneri comitetului director în vederea elaborării bugetului de venituri și cheltuieli al spitalului;
- c. participă la elaborarea regulamentului de organizare și funcționare și a regulamentului intern ale spitalului;
- d. desfășoară activitate de evaluare și monitorizare a calității și eficienței activităților medicale desfășurate în spital, inclusiv:
 - evaluarea satisfacției pacienților care beneficiază de servicii în cadrul spitalului sau în ambulatoriul acestuia;
 - monitorizarea principalilor indicatori de performanță în activitatea medicală;
 - prevenirea și controlul infecțiilor asociate asistentei medicale.
- e. Aceste activități sunt desfășurate în colaborare cu Nucleul de calitate, Compartimentul de evaluare și statistică medicală, SMCSS și SPIAAM;



- f. stabilește reguli privind activitatea profesională, protocoalele de practică medicală la nivelul spitalului și răspunde de aplicarea și respectarea acestora;
- g. elaborează planul anual de îmbunătățire a calității serviciilor medicale furnizate de spital, pe care îl supune spre aprobare directorului general;
- h. înaintează managerului spitalului propuneri cu caracter organizatoric pentru îmbunătățirea activităților medicale desfășurate la nivelul spitalului;
- i. evaluează necesarul de personal medical al fiecărei secții/laborator și face propuneri comitetului director pentru elaborarea strategiei de personal a spitalului;
- j. evaluează necesarul liniilor de gardă și face propuneri către manager cu privire la structura și numărul acestora la nivelul spitalului, după caz;
- k. participă la stabilirea fișelor posturilor personalului medical angajat;
- l. înaintează managerului propuneri pentru elaborarea planului de formare și perfecționare continuă a personalului medico-sanitar;
- m. face propuneri și monitorizează desfășurarea activităților de educație și cercetare medicală desfășurate la nivelul spitalului, în colaborare cu instituțiile acreditate;
- n. reprezintă spitalul în relațiile cu organizații profesionale din țară și din străinătate și facilitează accesul personalului medical la informații medicale de ultimă oră;
- o. asigură respectarea normelor de etică profesională și deontologie medicală la nivelul spitalului, colaborând cu Colegiul Medicilor din România;
- p. răspunde de acreditarea personalului medical al spitalului și de acreditarea activităților medicale desfășurate în spital, în conformitate cu legislația în vigoare;
- q. 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.);
- r. participă, alături de managerul spitalului, la organizarea asistenței medicale în caz de dezastre, epidemii și în alte situații speciale;
- s. stabilește coordonatele principale privind consumul medicamentelor la nivelul spitalului, în vederea unei utilizări judicioase a fondurilor spitalului, prevenirii polipragmaziei și a rezistenței la medicamente;
- t. supervizează respectarea prevederilor în vigoare, referitoare la documentația medicală a pacienților tratați, asigurarea confidențialității datelor medicale, constituirea arhivei spitalului;
- u. avizează utilizarea bazei de date medicale a spitalului pentru activități de cercetare medicală, în condițiile legii;
- v. elaborează, pe baza Planului strategic de dezvoltare, planuri anuale de activități, monitorizează implementarea măsurilor și realizează evaluări și analize pertinente privind gradul de realizare a obiectivelor propuse, în concordanță cu studiile și evaluările privind tipul și cantitatea serviciilor necesare, corelate cu infrastructura medicală, posibilitățile tehnice și resurse umane la dispoziție;
- w. stabilește regulile obligatorii pentru tot personalul medical superior referitor la înregistrarea audio / foto / video a pacienților în scop medical, didactic sau de cercetare;
- x. monitorizează și ține evidența pacienților care necesită consult prin echipe multidisciplinare;
- y. supervizează respectarea normelor în vigoare referitoare la completarea documentației medicale a pacienților tratați, asigurarea confidențialității datelor medicale, transmiterea datelor despre starea pacientului către terți (persoane juridice), în condițiile legii, stabilirea regulilor pe care se bazează transmiterea informațiilor despre pacient conform acordului acestuia sau



- eliberarea acestora către pacient, aparținător sau împuternicit, constituirea arhivei medicale a spitalului;
- z. stabilește și verifică respectarea regulilor privind accesul la pacientul în stare terminală, reglementează modul de comunicare în caz de degradare a stării medicale sau de deces al pacientului, inclusiv situațiile de izolare și identificare a pacientului decedat;
 - aa. stabilește modul de colaborare a medicilor curanți cu medicii din serviciile paraclinice precum și regulile de organizare și desfășurare a consulturilor interdisciplinare pentru pacienții cu situații medicale complexe, cu implicarea medicilor și specialiștilor atât din spital cât și din afara lui;
 - bb. avizează, la propunerea șefilor de secție, condițiile de depozitare, prescriere, eliberare și administrare a medicamentelor stupefiante, psihotrope, a medicației cu risc înalt sau cu caracteristici asemănătoare precum și modalitățile de respingere a medicamentelor incompatibile;
 - cc. abordează din perspectiva multidisciplinară respectarea bunelor practici în prescrierea și utilizarea, pe bază de protocol, a medicamentelor și antibioticelor și consumul de medicamente la nivelul spitalului (prin implicarea, pe lângă medicul curant, a specialiștilor din laboratorul de analize medicale sau a celor din serviciul de prevenire a infecțiilor asociate) în vederea unei utilizări judicioase a fondurilor spitalului, prevenirea polipragmaziei și a rezistenței la medicamente;
 - dd. stabilește regulile de gestionare pe secție a soluțiilor concentrate de electroliți, cu accent pe depozitarea în siguranță, utilizarea imediată, eliminarea deșeurilor, etichetarea specifică și identificarea produsului administrat;
 - ee. se asigură ca oxigenul este prescris și manevrat corect și ca întreg personalul implicat în prescrierea, administrarea, monitorizarea oxigenului are competențele necesare;
 - ff. răspunde de siguranța stocării și utilizării oxigenului în spital;
 - gg. avizează programul de simulări al personalului medical și nemedical implicat în gestionarea surselor de oxigen;
 - hh. asigură elaborarea unor reglementări de practică specifice privind oxigenoterapia (activități, documentare, etc) și se asigură de instruirea personalului medical privind utilizarea în scop terapeutic adecvat și în siguranța a oxigenului medicinal;
 - ii. stabilește regulile privind încetarea furnizării asistenței medicale a pacientului, cu respectarea cadrului etic și legal;
 - jj. elaborează raportul anual de activitate medicală a spitalului, în conformitate cu legislația în vigoare;
 - kk. analizează și soluționează sugestiile, sesizările și reclamațiile pacienților tratați în spital, referitoare la activitatea medicală a spitalului;
 - ll. colaborează cu celelalte comisii ale spitalului în vederea creșterii calității actului medical.

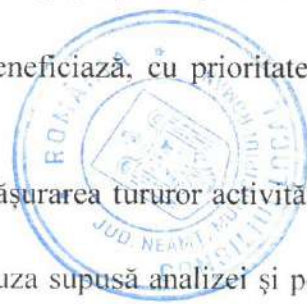
Art. 36.

Consiliu etic

(1). Cadru legislativ: Legea nr. 95/2006 (art.186) privind reforma în domeniul sănătății și Ordinul MS 1502/2016 privind aprobarea componenței și atribuțiilor Consiliului etic care funcționează în cadrul spitalelor publice și este compus din 7 membri, desemnați prin vot, pentru o perioadă de 3 ani, cu următoarea reprezentare:

- un reprezentant ales al corpului medical al spitalului, din personalul cu integrare clinică;

- 3 reprezentanți aleși ai corpului medical al spitalului, altul decât personalul cu integrare clinică;
 - 2 reprezentanți aleși ai asistenților medicali din spital;
 - un reprezentant ales al asociațiilor de pacienți.
- (2). Consilierul juridic va asigura suportul legislativ pentru activitatea Consiliului etic al spitalului.
- (3). Secretarul Consiliului etic este un angajat cu studii superioare, desemnat prin decizia managerului să sprijine activitatea Consiliului etic. Secretarul și consilierul juridic au obligația participării la toate ședințele Consiliului etic, fără a avea drept de vot.
- (4). Membrii Consiliului etic, precum secretarul și consilierul juridic beneficiază, cu prioritate, de instruire în domeniul eticii și integrității.
- (5). Rol:
- de a urmări respectarea eticii și deontologiei profesionale în desfășurarea tuturor activităților salariaților acestei instituții sanitare.
- (6). 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 speței prezentate.
- (7). Atribuțiile principale ale Consiliului etic
- a. promovează valorile etice medicale și organizaționale în rândul personalului medico-sanitar, auxiliar și administrativ al spitalului;
 - b. identifică și analizează vulnerabilitățile etice și propune managerului adoptarea și implementarea măsurilor de prevenție a acestora la nivelul spitalului;
 - c. primește din partea managerului spitalului petițiile/sesizările/reclamațiile adresate direct Consiliului etic și alte sesizări transmise spitalului care conțin spețe ce cad în atribuțiile Consiliului și le analizează;
 - d. întocmește conținutul comunicărilor adresate petenților, ca răspuns la sesizările acestora;
 - e. analizează, cu scopul de a determina existența unui incident de etică sau a unei vulnerabilități etice, spețele ce privesc:
 - cazurile de încălcare a principiilor morale sau deontologice în relația pacient - cadru medico-sanitar și auxiliar din cadrul spitalului, prevăzute în legislația specifică;
 - încălcarea drepturilor pacienților de către personalul medico-sanitar și auxiliar, prevăzute în legislația specifică;
 - abuzuri săvârșite de către pacienți sau personalul medical asupra personalului medico-sanitar și auxiliar, prevăzute în legislația specifică;
 - nerespectarea demnității umane;
 - f. emite avize etice, ca urmare a analizei situațiilor definite de lit. (d);
 - g. 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;
 - h. sesizează Colegiul Medicilor ori de câte ori consideră că aspectele unei spețe pot face obiectul unei situații de malpraxis;
 - i. 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;
 - j. emite hotărâri cu caracter general ce vizează spitalul;
 - k. aprobă conținutul rapoartelor întocmite semestrial și anual de secretarul Consiliului etic;
 - l. analizează rezultatele implementării mecanismului de feedback al pacientului;



- m. analizează și avizează regulamentul de ordine interioară al spitalului și face propuneri pentru îmbunătățirea acestuia;
- n. analizează din punctul de vedere al vulnerabilităților etice și de integritate și al respectării drepturilor pacienților și oferă un aviz consultativ comisiei de etică din cadrul spitalului, pentru fiecare studiu clinic desfășurat în cadrul spitalului;
- o. oferă, la cerere, consiliere de etică pacienților, aparținătorilor, personalului medico-sanitar și auxiliar;
- p. Colaborează cu celelalte comisii ale spitalului în vederea creșterii calității actului medical.

(8). Functionarea Consiliului etic

- a. 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.
- b. Ședințele sunt conduse de către președinte sau, în lipsa acestuia, de către persoana decisă prin votul secret al membrilor prezenți.
- c. Cvorumul ședințelor se asigură prin prezența a cel puțin 5 dintre membrii Consiliului etic, inclusiv președintele de ședință.
- d. 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.
- e. 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.
- f. Exprimarea votului se poate face "pentru" sau "împotriva" variantelor de decizii propuse în cadrul ședinței Consiliului etic.
- g. În situația în care speța supusă analizei implică o problemă ce vizează structura de care aparține unul dintre membrii Consiliului etic sau membrul are legături directe sau indirecte, de natură familială, ierarhică ori financiară, cu persoanele fizice sau juridice implicate în speța supusă analizei Consiliului, acesta se suspendă, locul său fiind preluat de către supleant. În cazul în care și supleantul se găsește în aceeași situație de incompatibilitate, acesta se suspendă, speța fiind soluționată fără participarea celor doi, cu respectarea cvorumului.
- h. La fiecare ședință a Consiliului etic se întocmește un proces-verbal care reflectă activitatea desfășurată și deciziile luate.
- i. Consiliul etic asigură confidențialitatea datelor cu caracter personal, inclusiv după soluționarea sesizărilor, în conformitate cu prevederile legale în vigoare, conform declarației completate din anexa nr. 3 la prezentul ordin. Încălcarea confidențialității de către orice membru al Consiliului etic atrage răspunderea legală a acestuia.
- j. În cazul motivat de absență a unui membru, acesta este înlocuit de membrul supleant. În caz de absență a președintelui, membrii Consiliului etic aleg un președinte de ședință, prin vot secret.
- k. Managerul spitalului are obligația de a promova Consiliul etic în cadrul fiecărei secții din spital prin afișe al căror conținut este definit de Compartimentul de integritate al Ministerului Sănătății. Compartimentul de integritate are obligația să informeze opinia publică cu privire la funcționarea consiliilor de etică în spitale, la nivel național.

Art. 37.

Nucleul de calitate și siguranța pacientului

(1). Cadru legislativ: Ordinul comun nr. 559/874/4017 din 8 noiembrie 2001 al C.N.A.S., Ministerului Sănătății și Colegiului Medicilor.

Rol - asigură monitorizarea internă a calității serviciilor medicale furnizate pacienților care se prezintă la SMU Roman.

(2). Atribuțiile principale ale Nucleului de calitate și siguranța pacientului

- a. Efectuează verificări prin sondaj de respectare a regulilor interne stabilite privitoare la asigurarea calității dervicilor medicale furnizate de spital, prin urmărirea respectării criteriilor de calitate, referitoare la:
 - evaluarea și analizarea modalității de completare a FOCG și a tuturor documentelor medicale aferente acestora conform check-list-urilor reglementate;
 - verifică informațiile și datele colectate lunar în formularele „Check-list-uri de monitorizarea a indicatorilor”, de către responsabilii din structurile medicale. Colectarea datelor se va face atât pentru spitalizarea continuă, cât și pentru spitalizarea de zi
 - verifică completarea consimțămintelor pacientului , atât pentru pacienții prezentați în CPU , cât și pentru spitalizare de zi/ spitalizare continuă
 - verifică respectarea normelor de trasabilitate a sterilității, a circuitelor, a curățeniei în conformitate cu procedurile operaționale implementate la nivelul spitalului.
- b. Verifică împreună cu SMCSS datele colectate și prelucrate lunar cu privire la chestionarele de satisfacției ale pacienților care beneficiază de servicii în cadrul spitalului (spitalizare continuă/de zi) și în ambulatoriu acestuia;
- c. Analizează raportările privind apariția de IAAM –uri la nivelul secțiilor/compartimentelor SMU Roman (în urma informărilor solicitate de la SPIAAM) și raportul EAAAM- urilor transmis către ANMCS;
- d. Analizează la nivel de secție/compartiment
 - cazuistica abordată,
 - indicatorii de management asumați și realizați de medicul șef secție/compartiment,
 - protocoalele medicale elaborate de secții.
- e. Înregistrează și procesează documentele specifice de lucru de la nivelul Nucleului de calitate, organizează evidența și arhivarea corespunzătoare a acestora;
- f. Face parte din componența echipelor de audit clinic desemnate pentru realizarea misiunilor de audit clinic;
- g. Transmite către managementul de vârf al spitalului propuneri de îmbunătățire a calității serviciilor medicale furnizate asiguraților, pentru fiecare structura medicală în parte și, global, la nivel de spital; propunerile de îmbunătățire formulate sunt aduse la cunoștința medicilor șefi de secții; managementul de vârf al spitalului analizează propunerile și decide asupra măsurilor corective și/sau preventive necesare de implementat.
- h. Colaborează cu celelalte comisii ale spitalului în vederea creșterii calității actului medical.

Art. 38.

Comitetul de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale

(1). Cadru legislativ: Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, Ordinul nr. 1101/2016 din 30 septembrie 2016 privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale în unitățile sanitare, Ordinul nr. 1761/2021 din 3 septembrie 2021 pentru

aprobarea Normelor tehnice privind curățarea, dezinfectia și sterilizarea în unitățile sanitare publice și private, evaluarea eficacității procedurilor de curățenie și dezinfectie efectuate în cadrul acestora, procedurile recomandate pentru dezinfectia mâinilor în funcție de nivelul de risc, precum și metodele de evaluare a derulării procesului de sterilizare și controlul eficienței acestuia, Ord. Ministerului Sănătății nr. 1226/2012, pentru aprobarea Normei tehnice privind gestionarea deșeurilor rezultate din activități medicale și a Metodologiei de culegere a datelor pentru baza națională de date privind deșeurile rezultate din activități medicale;

(2). Rol:

- asigurarea de aplicarea în activitatea curentă a procedurilor și protocoalelor de prevenire și limitare infecțiilor asociate asistenței medicale, a standardelor de sterilizare și sterilitate, aseptie și antisepsie, respectiv a normelor privind cazarea, alimentația și condițiile de igienă, oferite pacienților și aparținătorilor acestora (dupa caz), pe perioada îngrijirilor acordate pe perioada spitalizării;
- monitorizarea frecvenței infecțiilor asociate asistenței medicale și evaluarea factorilor de risc.

(3). Comisia se întrunește trimestrial, sau ori de câte ori este necesar.

(4). Atribuțiile principale ale Comitetului de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale

- a. Analizează Planul anual de activitate pentru supravegherea și controlul infecțiilor asociate asistenței medicale (IAAM) și îl înaintează spre aprobare Comitetului director.
- b. Monitorizează condițiile de implementare în activitate a prevederilor Planului anual de activitate pentru supravegherea și controlul infecțiilor asociate asistenței medicale.
- c. Urmărește asigurarea condițiilor de igienă privind cazarea și alimentația pacienților.
- d. Urmărește organizarea și funcționarea sistemului informațional pentru înregistrarea, stocarea, prelucrarea și transmiterea informațiilor privind infecțiile asociate asistenței medicale;
- e. Urmărește și asigură utilizarea în activitatea curentă la toate componentele activităților medicale de prevenție, diagnostic, tratament și recuperare a procedurilor și tehnicilor prevăzute în protocoale, a standardelor de sterilizare și sterilitate, aseptie și antisepsie, respectiv a normelor privind cazarea, alimentația și condițiile de igienă oferite pe perioada îngrijirilor acordate.
- f. Evaluează și monitorizează respectarea comportamentului igienic al personalului din spital, a respectării regulilor de tehnică aseptică de către aceștia.
- g. Monitorizează respectarea circuitelor funcționale din spital/structură în funcție de specificul acestora.
- h. Verifică raportarea la timp a infecțiilor asociate asistenței medicale și urmărește implementarea măsurilor de limitare a acestora, prin supravegherea pasivă a medicilor curanți și supravegherea activă care presupune identificarea IAAM de către medicul epidemiolog pe baza definițiilor de caz prevăzute de legea în vigoare prin controlul FO.
- i. Verifică supravegherea mediului de spital – autocontrolul microbiologic. Scopul supravegherii: cunoașterea circulației germenilor și evaluarea eficienței aplicării măsurilor profilactice în vederea reducerii IAAM.
- j. Verifică respectarea politicii de utilizare a antibioticelor în spital prin:
 - verificare baza de date privind rezistența la antibiotice la culturile patogene depistate de la bolnavii internați în spital;
 - verifică comunicarea rapidă pentru patogenii cu importanță epidemiologică de la laborator la SPIAAM și secții compartimente;

- verifică supravegherea consumului de antibiotice și realizarea bazei de date privind consumul de antibiotice din spital pe clase de antibiotice pe secții/compartimente, cu calcularea DDD/100 zile spitalizare și a duratei medii pe terapie cu antibiotice per pacient trimestrial și anual;
 - verifică complianța la recomandările din ghidul de profilaxie antimicrobiană;
 - verifică consumul de antibiotice și monitorizarea consumului la farmacia spitalului;
 - verifică aplicarea tratamentului cu antibiotice după antibioticogramă pe secții și compartimente;
 - verifică foile de observații și modulul de prescriere a antibioticelor de către medicii curanți și eliberarea a antibioticelor din farmacia unității sanitare ;
- k. Verifică evaluarea imunizării personalului împotriva HBV și efectuarea vaccinărilor recomandate personalului din unitatea medicală respectivă (gripal, HBV, altele).
 - l. Verifică organizarea registrelor de expunere accidentală la produse biologice pe secții/compartimente și aplicarea corectă a măsurilor.
 - m. Verifică monitorizarea respectării procedurilor de triaj, depistare și izolare a infecțiilor asociate asistenței medicale.
 - n. Verifică aplicarea soluțiilor de rezolvare, după caz, alocare de fonduri ca urmare a sesizărilor serviciului/compartimentului specializat, în situații de risc sau focar de infecție asociate asistenței medicale;
 - o. Verifică existența evidenței informațiilor transmise eșaloanelor ierarhice, conform legii sau la solicitare legală, aferente activității de supraveghere, depistare, diagnostic, investigare epidemiologică și măsurile de limitare a focarului de IAAM din spital.
 - p. Verifică respectarea prevederilor Ord. nr. 1226/2012 privind gestionarea deșeurilor rezultate din activități medicale (triare corectă la locul de producere, inscripționare corectă a recipientelor, transportul corespunzător cu respectarea modulului și orarului de transport în zona special amenajată depozitării temporare).
 - q. Verifică asigurarea de substanțe biocide, realizarea Listei cu antiseptice și dezinfectante în care este explicat modul, domeniul de utilizare și frazele de risc necesare utilizării corecte.
 - r. Verifică monitorizarea stării igienico-sanitare a unității sanitare și înaintarea de rapoarte către Managerul spitalului privitor la problemele identificate.
 - s. Verifică realizarea, până la sfârșitul anului, a unui studiu de prevalență de moment a infecțiilor asociate asistenței medicale și a consumului de antibiotice din spital.
 - t. Raspunde de respectarea confidențialității datelor prelucrate la nivelul sau de activitate.
 - u. Informează direct managerul unității despre problemele survenite care ar putea afecta desfășurarea optimă a activității sale.
 - v. Colaborează cu celelalte comisii ale spitalului în vederea creșterii calității actului medical.

Art. 39.

Comitetul de securitate și sănătate în muncă

(1). Cadru legislativ: Legea nr. 319/2006 din 14 iulie 2006 - Legea securității și sănătății în muncă, Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății și Hotărârea nr. 1425/2006 din 11 octombrie 2006 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Legii securității și sănătății în muncă nr. 319/2006.

(2). Rol:

- de a asigura implicarea lucrătorilor la elaborarea și aplicarea deciziilor în domeniul securității și sănătății în muncă

(3). Comitetul se întrunește trimestrial, sau ori de câte ori este necesar.

(4). Atributiile principale ale Comitetului de securitate și sănătate în muncă:

- a. Analizează și formulează propuneri privind politica de securitate și sănătate în muncă și Planul de prevenire și protecție, conform prevederilor documentate în Regulamentul Intern sau în Regulamentul de Organizare și Funcționare.
- b. Urmărește realizarea Planului de prevenire și protecție, inclusiv alocarea mijloacelor necesare realizării prevederilor lui și eficiența acestora din punct de vedere al îmbunătățirii condițiilor de muncă.
- c. Analizează introducerea de noi tehnologii, alegerea echipamentelor, luând în considerare consecințele asupra securității și sănătății, lucrătorilor, și face propuneri în situația constatării anumitor deficiențe.
- d. Analizează alegerea, cumpărarea, întreținerea și utilizarea echipamentelor de muncă, a echipamentelor de protecție colectivă și individual.
- e. Propune măsuri de amenajare a locurilor de muncă, ținând seama de prezența grupurilor sensibile la riscuri specifice.
- f. Analizează cererile formulate de lucrători privind condițiile de muncă și modul în care își îndeplinesc atribuțiile persoanele desemnate.
- g. Urmărește modul în care se aplică și se respectă reglementările legale privind securitatea și sănătatea în muncă, măsurile dispuse de inspectorul de muncă și inspectorii sanitari.
- h. Analizează propunerile lucrătorilor privind prevenirea accidentelor de muncă și a îmbolnăvirilor profesionale, precum și pentru îmbunătățirea condițiilor de muncă și propune introducerea acestora în planul de prevenire și protecție.
- i. Analizează cauzele producerii accidentelor de muncă, îmbolnăvirilor profesionale și evenimentelor produse și poate propune măsuri tehnice în completarea măsurilor dispuse în urma cercetării.
- j. Efectuează verificări proprii privind aplicarea instrucțiunilor proprii SSM și a celor de lucru și face un raport scris privind constatările făcute.
- k. Dezbate raportul scris, prezentat Comitetului de securitate și sănătate în muncă de către Manager cel puțin o dată pe an, cu privire la situația securității și sănătății în muncă, la acțiunile care au fost întreprinse și la eficiența acestora în anul încheiat, precum și propunerile pentru planul de prevenire și protecție ce se va realiza în anul următor.
- l. Colaborează cu celelalte comisii ale spitalului în vederea creșterii calității actului medical.

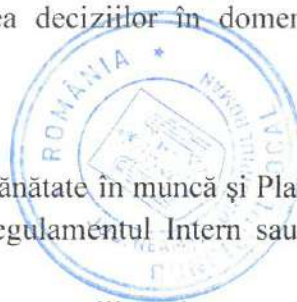
Art. 40.

Comisia de monitorizare, coordonare și îndrumare metodologică a implementării și dezvoltării sistemului de control intern managerial

(1). Cadru legislativ: Ordinul nr. 600/2018 din 20 aprilie 2018 privind aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice;

(2). Rol:

- coordonarea procesului de actualizare a obiectivelor generale și specifice, a activităților procedurale, a procesului de gestionare a riscurilor, a sistemului de monitorizare a



performanțelor, a situației procedurilor și a sistemului de monitorizare și de raportare, respectiv informare către conducătorul entității publice.

- analizarea și prioritizarea riscurilor semnificative, care pot afecta atingerea obiectivelor generale ale funcționării SMU Roman, prin stabilirea limitelor de toleranță la risc, anual, aprobate de către MS, care sunt obligatorii și se transmit tuturor compartimentelor pentru aplicare coordonarea procesului de elaborare a procedurilor documentate;
- îndrumarea responsabililor de riscuri de la nivelul structurilor din unitatea sanitară în activitatea de identificare și de management al riscurilor.

(3). Comisia se întrunește semestrial, în ședințe de analiză, și ori de câte ori este necesar sau la solicitarea expresă a Managerului.

(4). Atributiile principale ale Comisiei

- a. asigurarea îndrumării metodologice a implementării controlului intern managerial și monitorizarea progreselor înregistrate;
- b. elaborarea chestionarelor de control intern pentru fiecare standard care urmează a fi dezvoltat (implementat), în vederea evaluării conformității în raport cu cerințele standardului;
- c. elaborarea Programului de dezvoltare a Controlului Intern Managerial, cu responsabilități și termene de realizare, program ce urmează a fi implementat de către personalul spitalului;
- d. analizează obiectivele și activitățile aferente pentru domeniul de activitate de care răspunde și identifică potențialele riscuri la acestea;
- e. informează personalul din compartimentul din care face parte cu privire la demersurile ce urmează a fi realizate în cadrul procesului de gestionarea riscurilor;
- f. solicită formularea de propuneri privind identificarea de riscuri asociate obiectivelor asumate, inclusiv riscurile la corupție sau cele referitoare la respectarea drepturilor pacientului, determinarea nivelului probabilității și impactului și acțiunile de contracarare;
- g. evaluează potențialele riscuri și vulnerabilități din perspectiva impactului și probabilității, le determină nivelul și stabilește cele mai adecvate acțiuni de contracarare sau gestionare;
- h. elaborează/actualizează anual Registrul general al riscurilor la nivelul spitalului prin centralizarea registrului riscurilor elaborate la nivelul fiecărui compartiment (secție, laborator, serviciu, birou, compartiment) în urma analizei efectuate de către Comisia de gestionarea a riscurilor la nivelul SMU Roman;
- i. solicită Comisiei de gestionare a riscurilor măsurile de gestionare a problemelor identificate pe baza analizelor de risc;
- j. întocmește rapoarte scrise către Comitetul director cu privire la activitatea desfășurată și formulează propuneri pentru eficientizare;
- k. elaborează și transmite raportul anual de monitorizare privind stadiul implementării SCIM la nivelul spitalului;
- l. Colaborează cu celelalte comisii ale spitalului în vederea creșterii calității actului medical.

Art. 41.

Comisia de coordonare a implementării managementului calității serviciilor acordate de SMURoman și de pregătire a spitalului pentru evaluare în vederea reacreditării

(1). Cadru legislativ: Ordinul ministrului Sănătății nr. 446/18.04.2017 privind aprobarea Standardelor, Procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor și Ordinul nr. 298/26 august 2020 pentru aprobarea Metodologiei privind monitorizarea procesului de implementare a sistemului de management al calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului;

- (2). Rol: Coordonarea elaborării documentației aferente procesului de reacreditare
- (3). Echipa se întrunește ori de câte ori este necesar sau la sesizarea oricărui membru al echipei.
- (4). Atribuțiile principale ale Comisiei

- a. Face propuneri privind obiectivele și activitățile cuprinse în Planul anual de îmbunătățire a calității serviciilor de sănătate, pe care le supune analizei Consiliului medical/Comitetului director. În acest sens, se asigură că recomandările 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/Comitetului director programul de acreditare a tuturor serviciilor oferite în cadrul unității, pe baza procedurilor operaționale specifice fiecărei secții, laborator, serviciu, etc și a standardelor de calitate;
- c. Asigură mecanismele de relaționare a tuturor structurilor unității în vederea îmbunătățirii continue a sistemului de management al calității, fiind în acest sens obligat să facă propuneri fundamentate legal;
- d. Face propuneri fundamentate care susțin implementarea strategiilor și obiectivelor referitoare la managementul calității declarate de Managerul spitalului (prin Planul strategic și/sau Planul de management);
- e. Analizează neconformitățile și/sau situațiile necorespunzătoare constatate în derularea activităților și propune Managerului acțiunile de îmbunătățire sau corective care se impun;
- f. Identifică activitățile critice care pot determina întârzieri în realizarea obiectivelor din Planul anual de îmbunătățire a calității serviciilor de sănătate, și face propuneri în vederea sincronizării acestora;
- g. Prin membrii săi, pune la dispoziția Serviciului de management al calității serviciilor medicale (SMCSS) informațiile necesare întocmirii analizei modului de respectare a termenelor de realizare a activitatilor, în vederea identificării cauzelor de întârziere și adoptării măsurilor în consecință;
- h. Se preocupă, împreună cu SMCSS, de atingerea obiectivelor/activităților care privesc: reacreditarea spitalului, monitorizarea post-acreditare, implementarea și dezvoltarea continuă a conceptului de „Calitate”;
- i. Asigură, prin membrii săi, difuzarea către întreg personalul spitalului a informațiilor privind stadiul implementării sistemului de management al calității, precum și a măsurilor de remediere/înlăturare a deficiențelor constatate;
- j. Pune la dispoziția SMCSS informațiile necesare întocmirii de autoevaluări pentru monitorizarea implementării managementului calității și urmărește ca rezultatele acestora să fundamenteze măsurile de îmbunătățire a calității serviciilor, adoptate la nivelul spitalului;
- k. Propune anual sau ori de câte ori se constată necesar ca SMCSS să evalueze punctual nivelul de conformitate a respectării unor proceduri și protocoale aprobate, de la nivelul tuturor sectoarelor de activitate;
- l. Sprijină SMCSS în asigurarea permanentă a fluenței comunicării inter-instituționale, în scopul urmăririi de către ANMCS a conformității spitalului cu cerințele standardelor de acreditare și cu celelalte prevederi legale aplicabile, pe toată durata de valabilitate a acreditării, asigurând în acest sens desfășurarea în bune condiții a activităților impuse de „Metodologia de monitorizare a unităților sanitare acreditate” în vigoare;
- m. Face propuneri privind participarea anuală a propriilor membri la minim un curs, forum, conferința sau orice altă formă de pregătire profesională organizată sub egida ANMCS, care

are ca temă managementul calității serviciilor de sănătate și/sau privind auditul clinic/intern, pe care le înaintează managerului în vederea luării de decizii;

- n. Face propuneri privind luarea măsurilor necesare în vederea respectării principiilor și valorilor „calității”, conform misiunii asumată de către spital și se preocupă de implementarea și dezvoltarea culturii „calității” în spital;
- o. În baza „Raportului intermediar de etapa de monitorizare” și a „Planului de îndeplinire a cerințelor de monitorizare” transmise spitalului de către responsabilul zonal cu monitorizarea - nominalizat de către ANMCS, participă împreună cu SMCSS, la întocmirea „Planului de îndeplinire a cerințelor de monitorizare” și urmărește remedierea tuturor neconformităților;
- p. Monitorizează condițiile de obținere/menținere a tuturor certificatelor de calitate specifice activitatilor desfășurate în toate sectoarele de activitate ale spitalului, astfel cum acestea sunt menționate în Lista de verificare nr. 1 - Autorizări și certificări ale calității și, face propuneri concrete în acest sens către Consiliul medical/Comitetul director;
- q. Analizează anual propunerile formulate de către SMCSS privind tematica pentru instruirea responsabililor cu asigurarea și îmbunătățirea continuă a calității serviciilor de sănătate și a siguranței pacientului, diferențiată pe categorii de personal, în scopul prioritizării acestora;
- r. Asigură interfața necesară elaborării de protocoale/reglementări scrise între secții privind asistența medicală, consultul interdisciplinar, etc;
- s. Face propuneri concrete privind asigurarea cu resurse de către conducerea spitalului pentru realizarea fiecărui obiectiv din Planul anual de îmbunătățire a calității serviciilor de sănătate;
- t. Monitorizează modul de implementare a recomandărilor SMCSS pentru eficientizarea activităților și proceselor derulate în spital;
- u. Identifica procesele din spital și disfuncțiile produse în desfășurarea acestora, întocmind propuneri fezabile de remediere a neajunsurilor constatate;
- v. Analizează conținutul standardelor, criteriilor, cerințelor și indicatorilor prevăzuți în legislația ANMCS în vigoare și stabilește care este drumul de parcurs pentru a atinge cel mai înalt grad de conformitate cu acestea/aceștia, raportat la resursele aflate la dispoziția spitalului, condițiile concrete și prioritățile de etapa existente, stabilind în acest sens obiectivele, activitățile, resursele și termenele de realizare cu responsabilități de implementare a propunerilor formulate;
- w. Coodonează elaborarea documentației aferentă procesului de evaluare și acreditare împreună cu SMCSS;
- x. În situația analizei unor indicatori, îndeosebi ai celor comuni mai multor liste de verificare:
 - Stabilește un mod de acțiune comun pentru toate structurile care implementează respectivii indicatori;
 - Stabilește modul de monitorizare a derulării proceselor;
 - Stabilește documentația necesară asigurării trasabilității proceselor;
 - Identifică activitățile pentru care este necesar să se elaboreze proceduri de sistem sau operaționale, pentru a asigura omogenitatea modului de acțiune;
 - Identifică actele medicale pentru care se consideră că este necesară elaborarea de protocoale de diagnostic și tratament;
 - Stabilește proceduri de monitorizare a eficienței și eficacității procedurilor și protocoalelor;
 - Stabilește echipele care vor elabora aceste documente. Acestea vor fi formate din personalul implicat în aplicarea acestor proceduri/protocoale.

- Stabilește circuitul documentelor, având în vedere siguranța și securitatea informațiilor;
- Asigură implementarea, conștientizarea și asumarea procedurilor/protocoalelor promovate.
- y. În perioada de pre-vizita din etapa de evaluare (coordonată de către Comisia de Evaluare a spitalului (CE), nominalizată prin Ordin al președintelui ANMCS), Comisia pune la dispoziția SMCSS toate documentele/informațiile necesare a fi încărcate în aplicația CaPeSaRo, documente obligatorii solicitate (DOS), precum și a eventualelor documente suplimentare (DS) necesare desfășurării procesului de evaluare și acreditare;
- z. Pe perioada vizitei propriu-zise la spital a CE nominalizată prin Ordin al președintelui ANMCS, membrii Comisiei au următoarele obligații:
 - Să participe la ședințele de deschidere, informare zilnică și informare finală;
 - Se pun de acord în ceea ce privește programul de evaluare împreună cu membrii CE pentru a nu perturba buna funcționare a spitalului;
 - Pun la dispoziție toate documentele necesare validării conformității cu indicatorii, cerințele și criteriile standardelor de acreditare, asigurând o cooperare pro-activă cu membrii CE.
 - Transmit secretarului CE toate documentele solicitate în format scris sau electronic;
 - Gestionează și aplanează eventualele situații tensionate determinate de vizita CE.
- aa. În perioada de post-vizită din etapa de evaluare, face propuneri privind formularea de către spital, în scris, în maximum 5 zile lucrătoare de la primirea proiectului de raport de evaluare, a obiecțiilor cu privire la aspectele cuprinse în acesta, dacă este cazul;
- bb. După elaborarea de către membrii CE a raportului de evaluare și comunicarea acestuia către spital, face propuneri concrete de remediere a deficiențelor semnalate în respectivul raport.
- cc. Colaborează cu celelalte comisii ale spitalului în vederea creșterii calității actului medical.

Art. 42.

Comisia de prescriere a medicamentului și farmacovigilenței

(1). Cadru legislativ: Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății și Ord. nr. 1101/2016 privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale în unitățile sanitare.

(2). Rol:

- supravegherea controlului legalității consumului de medicamente, având în vedere necesitatea optimizării utilizării medicamentelor precum și folosirea judicioasă a fondurilor bănești destinate medicamentelor;
- stabilirea politicii de antibiopprofilaxie și antibioterapie la nivelul spitalului

(3). Comisia se întrunește lunar, sau ori de câte ori este necesar;

(4). Atribuțiile principale ale Comisiei

- a. Stabilește strategia de achiziții a medicamentelor;
- b. Urmărește consumul de medicamente la nivelul spitalului, în vederea utilizării judicioase a fondurilor, prevenirii polipragmaziei și a rezistenței la antibiotice;
- c. În acest context se va stabili o listă care să cuprindă toate grupele de medicamente și care trebuie să fie în permanență accesibile în farmacia spitalului; forma finală a listei de achiziții va trebui să fie discutată în cadrul comisiei, după care va fi înaintată spre avizare comitetului director;
- d. Monitorizează consumul de antibiotice pe secții, medici, clase și urmărește fenotipurile de

- rezistență antibacteriană;
- e. Stabilește protocoalele de antibioprolaxie și antibioterapie în funcție de antibiorezistența înregistrată;
 - f. stabilește o listă de antibiotice de bază, obligatorii în funcție de antibiorezistența înregistrată și o listă de antibiotice de rezervă a căror utilizare să fie cu aprobarea comisiei, listă ce va fi transmisă și către SPIAAM;
 - g. Analizează referatele de necesitate cu medicii șefi de secție corespunzător profilului de acțiune a medicamentului solicitat;
 - h. Analizează periodic rapoartele medicilor șefi de secție pe aplicare protocoale de antibioterapie, antibioprolaxie, respectare reguli de administrare;
 - i. Analizează antibiorezistența comunicată lunar de medicul responsabil cu politica de utilizare a antibioticelor, să întocmească listele cu antibiotice oprite de la utilizare în funcție de antibiorezistența înregistrată și să o transmită și la SPIAAM;
 - j. Poate face propuneri privind scăderea consumului nejustificat de antibiotice.
 - k. Referatele de urgență pentru medicamente se vor centraliza de către farmacistul șef și compartimentul de achiziții publice și se vor înainta Comisiei pentru analizarea oportunității introducerii lor în necesarul estimativ;
 - l. Verifică continuu stocul de medicamente pentru a preveni disfuncțiile în aprovizionare și asistență medicală cu încadrare în buget;
 - m. Comisia poate dispune întreruperea administrării de medicamente cu regim special în cazul când acel tratament se considera inutil și costisitor;
 - n. Verifică corespondența baremului aparatului de urgență cu cel aprobat de conducerea unității și conform legislației în vigoare;
 - o. Analizează toate cazurile de reacții adverse și va urmări întocmirea fișelor de reacții adverse și va propune metode mai bune de diagnostic a reacțiilor adverse;
 - p. Pentru medicamentele nou apărute pe piață procedează la implementarea acestora în terapie;
 - q. Identifică factorii de risc la prescrierea anumitor anumitor medicamente;
 - r. Evaluează avantajele administrării unor medicamente pentru pacienții internați;
 - s. Evitarea întrebuințării eronate și a abuzului de produse medicamentoase;
 - t. Verifică prin sondaj modul de stabilire a medicației pentru pacienții internați și evidențierea acesteia;
 - u. Colaborează cu celelalte comisii ale spitalului în vederea creșterii calității actului medical.

Art. 43.

Comisia de transfuzie și hemovigilență

(1). Cadru legislativ: Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății și Ordinul nr. 1228/2006 pentru aprobarea Normelor privind organizarea sistemului de hemovigilență, de asigurare a trasabilității, precum și a Regulamentului privind sistemul de înregistrare și raportare în cazul apariției de incidente și reacții adverse severe legate de colecta și administrarea de sânge și de componente sanguine umane;

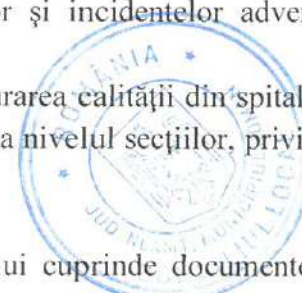
(2). Rol: monitorizarea nivelului de asigurare a securității transfuzionale la nivelul spitalului.

(3). Comisia se întrunește de două ori pe an pentru evaluarea sistemului de hemovigilență sau ori de câte ori este necesar.

(4). Atribuțiile principale ale Comisiei

- a. Monitorizarea nivelului de asigurare a securității transfuzionale la nivelul spitalului;

- b. Elaborarea și implementarea documentației necesare aplicării în practica din spital a ghidurilor de utilizare clinică a sângelui total și a componentelor sanguine;
- c. Evaluarea nivelului de pregătire profesională în domeniul transfuziei sanguine a tuturor categoriilor de personal implicate în activitatea de transfuzie sanguină din spital;
- d. Monitorizarea utilizării corecte a terapiei transfuzionale în secțiile spitalului;
- e. Organizarea și monitorizarea funcționării sistemului de hemovigilență la nivelul spitalului și colaborarea cu centrul de transfuzie teritorial în analiza reacțiilor și incidentelor adverse severe;
- f. Elaborarea și implementarea, în colaborare cu responsabilul cu asigurarea calității din spital, a sistemului de calitate în unitatea de transfuzie sanguină din spital și la nivelul secțiilor, privind activitatea de transfuzie sanguină.
- g. Asigură hemovigilența astfel:
 - verifică dacă dosarul medical/foaia de observație al/a bolnavului cuprinde documentele menționate în anexa nr. 1 și, după caz, în anexa nr. 2 - partea A și în anexa nr. 3 - partea A din ordinul Ministerului Sănătății nr. 1.228/2006 pentru aprobarea Normelor privind organizarea sistemului de hemovigilență, de asigurare a trasabilității, precum și a Regulamentului privind sistemul de înregistrare și raportare în cazul apariției de incidente și reacții adverse severe legate de colectarea și administrarea de sânge și de componente sanguine umane;
 - este sesizată în legătură cu orice problemă privitoare la circuitul de transmitere a informațiilor pentru ameliorarea eficacității hemovigilenței;
 - verifică condițiile de preluare, de stocare și distribuție a depozitelor de sânge din unitatea de transfuzie sanguină a spitalului;
 - întocmește rapoarte bianuale de evaluare a hemovigilenței, pe care le transmite coordonatorului județean de hemovigilență;
 - transmite coordonatorului județean de hemovigilență și inspecțiilor sanitare de stat județene rapoarte, conform anexei nr. 3: partea A și anexei nr. 4 - partea A, din ordinul Ministerului Sănătății nr. 1.228/2006 pentru aprobarea Normelor privind organizarea sistemului de hemovigilență de asigurare a trasabilității, precum și a Regulamentului privind sistemul de înregistrare și raportare în cazul apariției de incidente și reacții adverse severe legate de colectarea și administrarea de sânge și de componente sanguine umane;
 - participă la efectuarea anchetelor epidemiologice și a studiilor privind factorii implicați în producerea reacțiilor sau incidentelor adverse severe (donator, unitate de sânge sau produs sanguin primitor);
 - transmite coordonatorului județean de hemovigilență, autorităților de sănătate publică și inspecțiilor sanitare de stat județene rapoarte, conform anexei nr. 3 - partea C și anexei nr. 4 - partea B, din Ord. nr. 1.228/2006 pentru aprobarea Normelor privind organizarea sistemului de hemovigilență, de asigurare a trasabilității, precum și a Regulamentului privind sistemul de înregistrare și raportare în cazul apariției de incidente și reacții adverse severe legate de colectarea și administrarea de sânge și de componente sanguine umane;
- h. Colaborează cu celelalte comisii ale spitalului în vederea creșterii calității actului medical.



Art. 44.

Comisia de biocide și materiale necesare pentru prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale

(1). Cadru legislativ: Ordinul ministrului Sănătății nr. 446/18.04.2017 privind aprobarea Standardelor, Procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor

(2). Rol:

- Stabilirea cantităților de biocide și de materiale necesare pentru prevenirea și limitarea IAAM și monitorizarea consumurilor acestor cantități

(3). Echipa se întrunește semestrial sau ori de câte ori este necesar.

(4). Atribuțiile principale ale Comisiei

- a. Consultă lista produselor biocide avizate în Registrul National al produselor biocide necesare spitalului în funcție de riscul epidemiologic;
- b. Stabilește cantitatea de produse biocide și materiale sanitare necesare a fi achiziționate la nivelul spitalului la începutul anului și ori de câte ori se impune;
- c. Analizează fișele tehnice de securitate ale produselor biocide;
- d. Elaborează instrucțiunile de lucru pentru utilizarea biocidelor din spital;
- e. Instruiește personalul cu privire la folosirea biocidelor;
- f. Monitorizează și verifică utilizarea corectă a biocidelor conform instrucțiunilor de lucru;
- g. Monitorizează consumul de materiale de curățenie;
- h. Colaborează cu celelalte comisii ale spitalului în vederea creșterii calității actului medical și furnizează datele celorlalte comisii medicale



Art. 45.

Comisia de analiză a cazurilor invalidate prin sistemul DRG

(1). Cadru legislativ: Ordinul nr. 1782/28.12.2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, cu toate modificările și completările specifice ulterioare și Hotărârea nr. 521/2023 din 26 mai 2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate;

(2). Rol: de a evalua și analiza cazurile invalidate pentru care se solicita revalidarea, cât și a cazurilor pentru care s-au constatat nereguli privind corectitudinea datelor înregistrate. Prin sistemul grupelor de diagnostice DRG se analizează caracteristicile fiecărui pacient externat (vârsta, gen, durata de spitalizare, diagnostice principale și secundare, proceduri, stare la externare, greutate la naștere- în cazul nou-născuților). În funcție de acestea pacienții sunt clasificați într-o categorie distinctă care permite spitalului să realizeze o fotografie a rezultatelor spitalului.

(3). Comisia se întrunește semestrial, sau ori de câte ori este necesar.

(4). Atribuțiile principale ale Comisiei

- a. Verifică înregistrarea corectă a datelor din foile de observație ale pacienților;
- b. Analizează și evaluează cazurile nevalidate;
- c. Solicită revalidarea cazurilor nevalidate conform normelor legale, pentru fiecare caz în parte;
- d. Verifică modul de colectare și transmitere a datelor, chiar dacă acestea sunt bine înregistrate în FOCG, pentru ca ele să ajungă nealterate sub forma electronică și apoi să poată fi utilizate la gruparea pacienților;
- e. Asigură confidențialitatea informațiilor - baza de date ce cuprinde informațiile despre pacienți

- trebuie foarte bine gestionata, pentru a preveni utilizarea neautorizata a informațiilor confidențiale referitoare la pacienții externati;
- f. Propune managerului soluții pentru eficientizarea sistemului DRG;
- g. Ia măsuri la nivelul secțiilor /compartimentelor pentru completarea corectă și completă a tuturor FOCG;
- h. Solicită note explicative personalului pentru cazurile, serviciile medicale invalidate;
- i. Colaborează cu celelalte comisii ale spitalului în vederea creșterii calitatii actului medical;
- j. Prezintă Managerului spitalului un raport anual.

Art. 46.

Comisia de analiză a deceselor intraspitalicești

(1). Cadru legislativ: Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății

(2). Rol: analiza cazurilor deosebite de deces în cadrul SMU Roman

(3). Comisia se întrunește semestrial, sau ori de câte ori este necesar;

(4). Atribuțiile principale ale Comisiei

- a. Analizează periodic sau de câte ori este nevoie, numărul deceselor înregistrate în activitatea spitalului, astfel:
 - Numărul deceselor în totalitate
 - Numărul deceselor la 24 de ore de la internarea pacientului
 - Numărul deceselor intraoperatorii
 - Numărul deceselor la 24 de ore de la intervenția operatorie
 - Numărul deceselor din cauza complicațiilor survenite în timpul spitalizării
 - Numărul și principalele cauze de deces ale pacienților internați în ATI
 - Analizează motivele medicale care au dus la decesul pacienților, cuprinse în FOCG și Certificatul de deces;
- b. În situația în care se constată un deces survenit ca urmare a acțiunii personalului medical (malpraxis), comisia va prezenta cazul conducerii spitalului în vederea luării de măsuri necesare;
- c. Întocmește rapoarte periodice privind activitatea desfășurată, pe care le prezintă managerului spitalului;
- d. Realizează statistici ale deceselor din spital pe secții și al numărului de necropsii în raport cu numărul de internări din spital, evidențiind totodată patologia cea mai frecventă a deceselor;
- e. Pentru fiecare deces analizat încadrat ca „deces datorită complicațiilor survenite în timpul spitalizării” se întocmește proces-verbal ce cuprinde concluziile privind cauza decesului, modul de acordare a serviciilor și îngrijirilor medicale și propuneri de măsuri;
- f. Concluziile formulate privind modul de acordare a serviciilor și îngrijirilor medicale constituie secret de serviciu;
- g. Procesul-verbal este semnat de președinte, secretar și de membrii specialiști care au participat la analiza decesului;
- h. Procesele verbale ale ședințelor Comisiei de analiza a deceselor intraspitalicești vor fi înaintate, spre analiză, Managerului, Directorului medical și Consiliului medical.



Art. 47.

Comisia multidisciplinară a cazurilor complexe internate în secțiile/compartimentele spitalului

(1). Cadru legislativ: Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, Ordinul ministrului Sănătății nr. 446/18.04.2017 privind aprobarea Standardelor, Procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor, Ordinul nr. 298/26 august 2020 pentru aprobarea Metodologiei privind monitorizarea procesului de implementare a sistemului de management al calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului și Ordinul nr. 600/2018 din 20 aprilie 2018 privind aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice

(2). Rol: evaluarea, în echipă medicală lărgită, a pacienților pentru care se solicită întâlnirea comisiei în vederea externării

(3). Echipa se întrunește ori de câte ori este necesar.

(4). Atribuțiile principale ale Comisiei

- a. Efectuarea evaluărilor pacienților, în echipa medicală lărgită, în vederea găsirii celor mai bune soluții pentru tratarea/externarea pacienților care se adresează spitalului și pentru care este necesară o evaluare în comisia multidisciplinară;
- b. Colaborează cu celelalte comisii ale spitalului în vederea creșterii calității actului medical și furnizează datele celorlalte comisii medicale.

Art. 48.

Comisia multidisciplinară oncologică

(1). Cadru legislativ: Ordinul nr. 871 din 7 noiembrie 2002 privind declararea nominală obligatorie și evidența bolnavilor de cancer

(2). Rol: Coordonează procedurile de monitorizare clinică și paraclinică a bolnavilor care intră sub incidența ordinului OMS 871/2002

(3). Echipa se întrunește ori de câte ori este necesar.

(4). Atribuțiile principale ale Comisiei

Comisia de diagnostic și indicație terapeutică se întrunește conform planului de lucru programat, verifică documentele medicale cu ultimele rezultate ale examinărilor clinice și paraclinice/imagistic, biologic și buletin anatomopatologic complet ale acestora și la nevoie examinarea clinică a bolnavilor pe baza cărora să se poată confirma diagnosticul de cancer și să se stabilească tratamentul complex ce urmează a se aplica în conformitate cu OMS 871/2002.

Art. 49.

Comisia Multidisciplinară pentru aprobarea internărilor în Compartimentul de Îngrijiri Paliative

(1). Cadru legislativ: Ordinul nr. 243/2018 pentru aprobarea Regulamentului de organizare, funcționare și autorizare a serviciilor de Îngrijiri Paliative

(2). Rol: Coordonează activitățile de programare și avizare a internărilor în cadrul Compartimentului de Îngrijiri Paliative

(3). Echipa se întrunește periodic, respectiv lunar, în prima săptămână și ori de câte ori va fi necesar.

(4). Atribuțiile principale ale Comisiei

- a. Analizează cazurile programate pentru internare în Compartimentului de Îngrijiri Paliative, inclusiv a cazurilor „complexe”, propunând adaptarea lor la necesitățile reale;
- b. Verifică:
 - modul de programare a pacienților eligibili în Registrul de programări
 - modul în care se respectă criteriile de internare
- c. Asigură respectarea accesului la îngrijiri paliative a tuturor pacienților eligibili

- d. Colaborează cu celelalte comisii ale spitalului în vederea creșterii calității actului medical și furnizează datele celorlalte comisii medicale.

Art. 50.

Comisia de cercetare disciplinară

(1). Cadru legislativ: Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, Hotărârea nr. 1344/2007 din 31 octombrie 2007 privind normele de organizare și funcționare a comisiilor de disciplină și Legea nr. 53/2003 – Codul muncii.

(2). La nivelul SMU Roman sunt constituite, prin decizii interne ale Managerului, trei comisii de cercetare disciplinară:

- Comisia de cercetare disciplinară personal nemedical;
- Comisia de cercetare disciplinară asistenti medicali și personal auxiliar;
- Comisia de cercetare disciplinară personal medical superior (medici, biologi, chimiști, psihologi, kinetoterapeuți etc)

(3). Rol: de a analiza faptele săvârșite de personalul angajat la SMU Roman referitoare la încălcarea prevederilor documentate în normele legale generale și specifice în vigoare, Regulamentul Intern, Regulament de Organizare și funcționare, Contractul individual de muncă, fișa postului, cele ale Contractului Colectiv de Muncă în vigoare, ale ordinelor și dispozițiilor legale ale managementului spitalului sau cele ale conducătorilor ierarhici.

(4). Comisiile se întrunesc ori de câte ori situația o impune.

(5). Atribuțiile principale ale Comisiei

- a. Verifică elementele de formă și de fond ale sesizării;
- b. Identifică obiectul sesizării;
- c. Stabilește, dacă este cazul, ca în afară de salariat să mai participe și alte persoane a căror prezență este necesară pentru stabilirea adevărului și soluționarea cauzei;
- d. Efectuează cercetarea disciplinară prealabilă, propriu-zisă, în cadrul căreia poate solicita documentele considerate necesare și concludente pentru aflarea adevărului și soluționarea cauzei;
- e. Întocmește, în baza procesului verbal de ședință, raportul de finalizare a cercetării disciplinare a faptei;
- f. Transmite raportul privind concluziile și propunerile de sancționare managerului unitatii;
- g. Colaborează cu celelalte comisii ale spitalului în vederea creșterii calității actului medical.



Art. 51.

Comisia de nutriție și dietetică

(1). Cadru legislativ: Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății

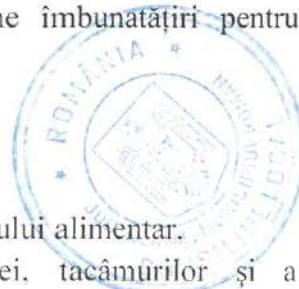
(2). Rol: respectarea principiilor alimentare pentru siguranța pacienților

(3). Comisia se întrunește trimestrial, sau ori de câte ori este necesar.

(4). Atribuțiile principale ale Comisiei

- a. Coordonează activitățile de organizare și control al asigurării și furnizării preparatelor și produselor alimentare pacienților internați în spital;
- b. Analizează planul de diete și meniuri alimentare pentru pacienții internați și le supune spre aprobare MS ;
- c. Analizează sistemul de prescriere, preparare și distribuire a diferitelor regimuri dietetice, propunând adaptarea lor la necesitățile reale;

- d. Verificarea modului de întocmire a meniului zilnic și a modului în care se respectă regulile privitoare la igiena alimentației;
- e. Verificarea modului de gestionare și de distribuire a mesei și transportul hranei de la bucătăria Blocului alimentar la oficiile alimentare din secțiile cu paturi ale spitalului și, după caz, de la acestea, la pacienți;
- f. Asigurarea respectării calității alimentelor, de la preluarea materiilor prime și a ingredientelor în vederea procesării acestora, pe durata procesării lor și până la consumul preparatelor alimentare de către pacienți.
- g. Analizează consumurile de alimente, cheltuielile efectuate, propune îmbunătățiri pentru meniurile alimentare;
- h. Stabilește circuitele interne de respectat în cadrul Blocului alimentar;
- i. Avizează calculul caloric aferent fiecărui regim alimentar ;
- j. Controlează periodic respectarea:
 - normelor de igienă și siguranță alimentară în toate incintele Blocului alimentar.
 - regulilor de efectuare a curățeniei și dezinfecției veselei, tacâmurilor și a instrumentarului utilizat pentru prepararea, depozitarea și transportul intern al alimentelor;
- k. Verifică, săptămânal și ori de câte ori este necesar, respectarea condițiilor de depozitare a produselor și preparatelor alimentare precum și a termenelor de valabilitate ale acestora;
- l. Verifică, prin sondaj, prelevarea probelor de :
 - materii prime și ingrediente utilizate la realizarea preparatelor alimentare;
 - preparatele alimentare componente ale meniurilor alimentare stabilite și analizează rezultatele consemnate în buletinele de analize emise; în funcție de situația încadrării parametrilor fizico-chimici și microbiologici în limitele legale admise;
- m. Avizează caietul de sarcini- specificațiile tehnice ale alimentelor necesare a fi achiziționate pentru prepararea hranei în blocul alimentar,;
- n. Verifică, prin sondaj, calitatea hranei preparate pentru pacienți,
- o. Verifică, prin sondaj, prelucrarea culinară a materiilor prime și a ingredientelor, în baza rețetelor de fabricație și a indicațiilor dietetice stabilite și transmite coordonatorului Blocului alimentar;
- p. Verifică respectarea meniurilor și dietelor alimentare aprobate;
- q. Verifică respectarea regulilor stabilite privitoare la monitorizarea stării de sănătate a personalului care își desfășoară activitatea în bucătărie și în blocul alimentar.
- r. Răspunde de conformitatea efectuării verificărilor periodice și ale celor prin sondaj privitoare la:
 - respectarea meniurilor alimentare stabilite;
 - respectarea regulilor de igienă și siguranță alimentară aferente :
 - depozitării și manipulării alimentelor;
 - realizării preparatelor alimentare;
 - efectuării transportului intern către oficiile alimentare ale secțiilor cu paturi a preparatelor alimentare ce urmează a fi servite pacienților;
 - respectarea regulilor de igienă și siguranță alimentară a personalului care își desfășoară activitatea în cadrul Blocului alimentar precum și al celui din cadrul oficiilor alimentare ale secțiilor cu paturi din spital.



- s. Transmite Managerului raportări anuale, privitoare la gestionarea problemelor legate de nutriție și dietetică.
- t. Verifică respectarea circuitelor interne de respectat în cadrul Blocului alimentar, pentru a se evita următoarele intersecții :
 - circuitul personalului operator care este direct implicat în procesul de fabricare a preparatelor alimentare;
 - circuitul materiilor prime și cel al ingredientelor spre sala de producție a Blocului alimentar;
 - circuitul pe fluxul tehnologic de realizare a preparatelor alimentare (nu sunt permise întoarceri în flux) ;
 - circuitul de transport intern al instrumentarului de igienizat (instrumentar utilizat în procesul tehnologic de fabricare a preparatelor alimentare);
 - circuitul intern de preluare a instrumentarului igienizat;
 - circuitul intern de evacuare a deșeurilor.
- u. Asigură verificarea și avizarea :
 - rețetelor de fabricație întocmite pentru toate tipurile de preparate alimentare care se fabrică în cadrul Blocului alimentar pentru meniurile alimentare ale pacienților spitalizați ;
 - specificațiilor tehnice întocmite pentru toate tipurile de alimente folosite în cadrul Blocului alimentar ;
 - fluxurilor tehnologice de fabricare a tuturor tipurilor de preparate alimentare ;
- v. Analizează pericolele identificate :
 - la preluarea în Blocul alimentar a tuturor materiilor prime și ingredientelor aprovizionate ;
 - la efectuarea recepției calitative și cantitative a acestora ;
 - la depozitarea materiilor prime și a ingredientelor rezultate conforme în urma recepției efectuate ;
 - pe fluxurile tehnologice de fabricare a preparatelor alimentare ;
 - la depozitarea temporară în cadrul Blocului alimentar a preparatelor alimentare fabricate (până la predarea internă a acestora pentru a se livra către oficiile alimentare din secțiile cu paturi) ;
 - pe timpul transportării interne a preparatelor alimentare către oficiile alimentare din spital;
 - la predarea preparatelor alimentare la oficiile alimentare din spital;
 - la servirea pacienților a preparatelor alimentare;
- w. Asigură verificarea efectuată, pe baza analizelor de laborator (microbiologice și fizico-chimice) a calității și siguranței alimentare a preparatelor alimentare fabricate în Blocul alimentar (prin analizarea rezultatelor consemnate în buletinele de analize emise de laboratoare autorizate).
- x. Asigură verificarea respectării regulilor de igienă și siguranță alimentară la:
 - fabricarea a preparatelor alimentare și transportul acestora către oficiile alimentare ;
 - transportul produselor alimentare către oficiile alimentare (produse care se servesc pacienților fără alte procesări în cadrul Blocului alimentar);
 - servirea pacienților a produselor alimentare și respectiv a preparatelor alimentare ;
 - și decide, atunci când este necesar, corecțiile și acțiunile corective specifice de implementat.



- y. Colaborează cu celelalte comisii ale spitalului în vederea creșterii calității actului medical.

Art. 52.

I. Comisia de analiză a rezultatelor utilizării protocoalelor și ghidurilor de practică aplicate la nivelul spitalului

- (1). Cadru legislativ: Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, Legea nr. 46/21.01.2003 privind drepturile pacientului, cu toate modificările și completările specifice ulterioare, Ordinul nr. 1410/2016 privind aprobarea Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003, Ordinul ministrului Sănătății nr. 446/18.04.2017 privind aprobarea Standardelor, Procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor și Ordinul nr. 298/26 august 2020 pentru aprobarea Metodologiei privind monitorizarea procesului de implementare a sistemului de management al calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului
- (2). Rol: susținerea unui act medical și de îngrijiri medicale de calitate
- (3). Echipa se întrunește semestrial sau ori de câte ori este necesar.
- (4). Atribuțiile principale ale Comisiei
 - a. Verificarea actualizării listei patologiilor/simptomelor tratate pe secții/compartimente;
 - b. Patologii rare tratate în SMU Roman, care necesită simulări (Simularea unei urgențe);
 - c. Autoevaluarea protocoalelor medicale de diagnostic și tratament (PM) - analiza indicatorilor de eficiență și eficacitate;
 - d. Evidența PM elaborate, revizuite și anulate;
 - e. Abateri de la protocoalele de diagnostic și tratament;
 - f. Instruirile personalului cu privire la aplicarea protocoalelor de diagnostic și tratament;
 - g. Discutarea auditurilor clinice care au avut scop auditarea protocoalelor medicale de diagnostic și tratament;
 - h. Reactualizarea protocoalelor atunci când apar modificări pe Ghidurile naționale ale societăților de profil sau prin reglementări legislative



II. În vederea realizării atribuțiilor comisiei de analiză a utilizării protocoalelor și ghidurilor de practică adoptate la nivel de spital, atribuțiile conducerii unității vor fi după cum urmează:

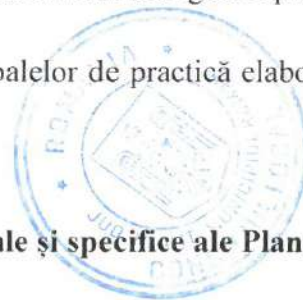
- a. Managerul
 - urmărește implementarea protocoalelor de practică medicală la nivelul spitalului, pe baza recomandărilor consiliului medical;
 - urmărește realizarea activităților de control al calității serviciilor medicale oferite de spital, coordonată de directorul medical, cu sprijinul Consiliului medical;
- b. Comitetul director
 - analizează, la propunerea Consiliului medical, măsurile pentru dezvoltarea și îmbunătățirea activității spitalului, în concordanță cu nevoile de servicii medicale ale populației, dezvoltarea tehnologiilor medicale, ghidurilor și protocoalelor de practică medicală;
- c. Consiliul medical
 - stabilește reguli privind activitatea profesională, protocoalele de practică medicală la nivelul spitalului și răspunde de aplicarea și respectarea acestora;
 - realizează îmbunătățirea standardelor clinice și a modelelor de practică în scopul acordării de servicii medicale de calitate, în echipe multidisciplinare, în scopul creșterii gradului de satisfacție a pacienților;

d. Directorul medical

- stabilește reguli privind activitatea profesională, protocoalele de practică medicală la nivelul spitalului și răspunde de aplicarea și respectarea acestora;
- avizează protocoale de practică medicală la nivelul spitalului și monitorizează procesul de implementare a protocoalelor și ghidurilor de practică medicală la nivelul întregului spital;

e. Directorul de îngrijiri medicale

- monitorizează procesul de implementare a ghidurilor și protocoalelor de practică elaborate de O.A.M.G.M.A.M.R. și aprobate de Ministerul Sănătății.



Art. 53.

Comisia responsabilă cu monitorizarea îndeplinirii obiectivelor generale și specifice ale Planului Strategic de Dezvoltare a SMU Roman

(1). Cadru legislativ: Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, Ordinul ministrului Sănătății nr. 446/18.04.2017 privind aprobarea Standardelor, Procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor și Ordinul nr. 600/2018 din 20 aprilie 2018 privind aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice

(2). Rol: monitorizează respectarea etapelor care trebuie parcurse în cadrul unei planificări strategice

(3). Echipa se întrunește anual, în primul trimestru sau ori de câte ori este necesar.

(4). Atribuțiile principale ale Comisiei

- a. Elaborează analiza pieței serviciilor de sănătate din zona de acoperire utilizând morbiditatea migrantă;
- b. Elaborează analiza privind nevoile de îngrijire a populației deservite din zona de acoperire;
- c. Elaborează analiza resurselor disponibile pentru a oferi servicii medicale posibilelor cerințe speciale de îngrijire generate de particularități clinico-biologice ale populației deservite;
- d. Elaborează Planul strategic și îl supune aprobării autorității tutelare;
- e. Efectuează evaluări periodice ale nivelului de implementare a obiectivelor strategice, elaborând în acest sens analize periodice ale îndeplinirii obiectivelor strategice provenite de la șefii tuturor structurilor, privind îmbunătățirea calității serviciilor, a performanței actului medical și a siguranței pacienților;
- f. Evaluează periodic planificările activităților din Planul Strategic;
- g. Elaborează planificarea anuală a activităților pentru realizarea obiectivelor planului strategic;
- h. Elaborează analize periodice ale indicatorilor de monitorizare a utilizării serviciilor în raport cu cererea de servicii de sănătate;
- i. Definește indicatori ai eficacității și eficienței proceselor din spital;
- j. Elaborează analize anuale a eficacității și eficienței proceselor din spital;
- k. Elaborează analize periodice a cheltuielilor efectuate la nivel de spital și de secții;
- l. Elaborează analize periodice ale îndeplinirii indicatorilor financiari de performanță pentru fiecare nivel de management.

Art. 54.

Comisia de soluționare a petițiilor

(1) Cadru legislativ: Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății (art.181) și Legea nr. 233 din 23 aprilie 2002 pentru aprobarea Ordonanței Guvernului nr. 27/2002 privind reglementarea activității de soluționare a petițiilor care stabilește faptul că „autoritățile și instituțiile publice sunt obligate să organizeze un compartiment distinct pentru relații cu publicul, care să primească, să înregistreze, să se îngrijească de rezolvarea petițiilor și să expedieze răspunsurile către petiționari”.

(2). Rol: analizarea, rezolvarea și monitorizarea tuturor petițiilor primite la secretariatul SMU Roman și transmise de către Managerul spitalului, spre analiză;

*„prin **petiție** se înțelege cererea, reclamația, sesizarea sau propunerea formulată în scris ori prin poștă electronică, pe care un cetățean sau o organizație legal constituită o poate adresa autorităților și instituțiilor publice centrale și locale, serviciilor publice descentralizate ale ministerelor și ale celorlalte organe centrale, companiilor și societăților naționale, societăților comerciale de interes județean sau local, precum și regiilor autonome, denumite în continuare autorități și instituții publice.”*

(3). Comisia se întrunește ori de câte ori este necesar.

(4). Atribuțiile principale ale Comisiei

- a. Înaintează petițiile înregistrate, având rezoluția managerului, către compartimentele de specialitate, în funcție de obiectul acestora, cu precizarea termenului de trimitere a răspunsului;
- b. Urmărește soluționarea și redactarea în termen a răspunsului;
- c. Expedierea răspunsului către petiționar se face numai de către compartimentul pentru relații cu publicul/ secretarul comisiei, care se îngrijește și de clasarea și arhivarea petițiilor;
- d. Petițiile anonime sau cele în care nu sunt trecute datele de identificare a petiționarului nu se iau în considerare și se clasează, potrivit Ordonanței nr. 27/2002
- e. În cazul în care un petiționar adresează spitalului mai multe petiții, sesizând aceeași problemă, acestea se vor conexa, petentul urmând să primească un singur răspuns care trebuie să facă referire la toate petițiile primite;
- f. Dacă după trimiterea răspunsului se primește o nouă petiție de la același petiționar ori de la o autoritate sau instituție publică greșit sesizată, cu același conținut, aceasta se clasează, la numărul inițial făcându-se mențiune despre faptul că s-a răspuns.

Art. 55

Comisia de stabilire și implementare a măsurilor anticorupție și evaluare anuală a modelului de implementare a Planului de integritate la nivelul spitalului

(1). Cadru legislativ: Hotărârea nr. 1269/2021 din 17 decembrie 2021 privind aprobarea Strategiei naționale anticorupție 2021 - 2025 și a documentelor aferente acesteia, Hotărârea nr. 599/2018 din 2 august 2018 pentru aprobarea Metodologiei standard de evaluare a riscurilor de corupție în cadrul autorităților și instituțiilor publice centrale, împreună cu indicatorii de estimare a probabilității de materializare a riscurilor de corupție, cu indicatorii de estimare a impactului în situația materializării riscurilor de corupție și formatul registrului riscurilor de corupție, precum și pentru aprobarea Metodologiei de evaluare a incidentelor de integritate în cadrul autorităților și instituțiilor publice centrale, împreună cu formatul raportului anual de evaluare a incidentelor de integritate

(2). Rol:

- monitorizarea implementării Planului de integritate 2021 – 2025 la nivelul spitalului
- monitorizarea măsurilor de intervenție pentru prevenirea și controlul riscurilor de corupție pentru diminuarea probabilității de apariție a acestora, precum și a impactului în cazul materializării acestora.

(3). Comisia se întrunește semestrial sau ori de câte ori este necesar.

(4). Atribuțiile principale ale Comisiei

- a. Cunoașterea agendei de integritate organizațională - reprezintă ansamblul priorităților și obiectivelor instituționale asumate de conducerea entității în vederea respectării și aplicării standardelor legale de integritate, în vederea promovării unui climat de integritate

organizațională. Agenda de integritate organizațională jalonează liniile directoare ce vor fi avute în vedere pentru elaborarea planului de integritate (ansamblul de măsuri identificate de conducerea instituției ca remedii pentru riscurile și vulnerabilitățile instituționale la corupție identificate);

- b. Elaborarea și actualizarea Planului de integritate;
- c. Evaluarea anuală a modului de implementare a planului și adaptarea acestuia la riscurile și vulnerabilitățile nou apărute;
- d. Elaborarea Ghidului privind incompatibilitățile și conflictele de interese la nivelul SMU Roman;
- e. Monitorizarea aplicării prevederilor Ghidului privind incompatibilitățile și conflictele de interese la nivelul SMU Roman;
- f. Identificarea, analizarea, evaluarea și monitorizarea riscurilor de corupție, precum și stabilirea și implementarea măsurilor de prevenire și control al acestora, conform HG nr. 599/2018, comisia având și rol de Grup de lucru pentru implementarea metodologiei;
 - Din componența Grupului de lucru fac parte:
 - ✓ o persoană din conducerea instituției - în calitate de șef al Grupului de lucru;
 - ✓ conducătorii sau reprezentanții structurilor care se ocupă de următoarele activități: integritate, control intern, răspundere disciplinară, audit intern, resurse umane, control intern managerial, achiziții publice, gestionarea mijloacelor financiare - în calitate de membri ai Grupului de lucru;
 - ✓ consilierul de etică și, după caz, consilierul de integritate - în calitate de membru al Grupului de lucru.
 - prin actul de constituire a Grupului de lucru se desemnează și secretarul acestuia.
- g. Elaborarea și/sau actualizarea Registrului riscurilor de corupție;
- h. Identificarea, evaluarea și raportarea unitară a incidentelor de integritate, conform HG nr. 599/2018, precum și stabilirea unor măsuri de prevenire și/sau control urmare producerii acestora;
- i. Transmiterea raportului anual de monitorizare privind stadiul implementării strategiei, deficiențele constatate și recomandările pentru remediere.

Art. 56.

Comisia care va analiza toate cazurile medicale reclamate de către pacienți/aparținători în instanță, poliție, parchet

- (1). Cadru legislativ: Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății
- (2). Rol: analiza punctuală a cazurilor medicale care au fost reclamate în instanță și emiterea concluziilor necesare pentru formularea apărărilor fundamentate științific/medical
- (3). Echipa se întrunește ori de câte ori este necesar.
- (4). Atribuțiile principale ale Comisiei
 - a. Solicitarea și verificarea a tuturor documentelor care au legătură cu un caz reclamat;
 - b. Analiza cazului și emiterea concluziilor necesare pentru formularea apărărilor fundamentate științific/medical și transmiterea acestora către manager și avocatul spitalului.

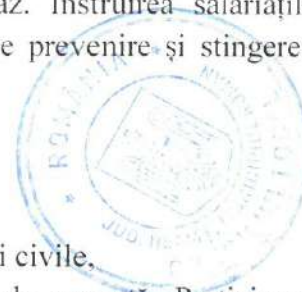
Art. 57.**Comandamentul de criză**

În vederea prevenirii și gestionării situațiilor, la nivelul unității este constituit **Comandamentul de criză**, care conlucrează cu structurile Sistemului Național de Management al Situațiilor de urgență (activarea Planului Alb).

(1). Cadru legislativ: Ordinul nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV „Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat” din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății și legea nr. 481/2004 din 8 noiembrie 2004 *** Republicată privind protecția civilă

(2). Comandamentul de criză răspunde în fața managerului spitalului de activitatea desfășurată pe linia protecției civile privind situațiile de urgență și are următoarele atribuții principale:

- a. Identifică și gestionează tipurile de riscuri generatoare de dezastre din cadrul unității.
- b. Organizează serviciul de urgență permanent, asigurând funcționarea spitalului în condiții de dezastre și dotarea acestuia cu aparatura și materiale specifice tipului de dezastru produs.
- c. Execută pregătirea de protecție civilă pentru situații de urgență (generală și de specialitate/ teoretică și practică și prin participare la exercițiile de alarmare publică) a salariaților conform planului anual de pregătire aprobat de conducătorul unității și întocmit în baza dispoziției de pregătire emisă în baza ordinului prefectului/primarului, după caz. Instruirea salariaților privind situațiile de urgență se asigură împreună cu instructajele de prevenire și stingere a incendiilor. Pregătirea preventivă a salariaților va avea ca obiective:
 - ✓ informarea cu privire la pericolele la care sunt expuși,
 - ✓ măsurile de autoprotecție ce trebuie îndeplinite,
 - ✓ mijloacele de protecție puse la dispoziție,
 - ✓ drepturile și obligațiile ce le revin conform prevederilor legii protecției civile,
 - ✓ obligațiile ce le revin și modul de acțiune pe timpul situațiilor de urgență. Participarea salariaților la instruire constituie sarcină de serviciu.
- d. Asigură inițierea, calificarea, perfecționarea sau specializarea inspectorului de protecție civilă, a membrilor celei de urgență, și a altor persoane cu atribuții în domeniul protecției civile, prin cursuri, convocări, instructaje etc., inițiate de Centrul Național de Pregătire pentru Managementul Situațiilor de urgență, prin centrele zonale ale acestuia.
- e. Stabilește metode și procedee specifice de protecție a salariaților și a bolnavilor intenți, precum și a bunurilor materiale proprii.
- f. Asigură mijloacele financiare și materiale necesare construirii, amenajării, întreținerii, modernizării: punctelor de comandă (de conducere), a adăposturilor de protecție civilă, a sistemului de instiintare- alarmare, mijloacelor de protecție, intervenție, a mijloacelor necesare procesului de pregătire, organizând evidența, depozitarea, conservarea și întreținerea acestora.
- g. Constituie rezervele financiare și tehnico-materiale specifice în situații de urgență sau de conflict armat.
- h. Asigură aplicarea măsurilor de mascare și de camuflare a surselor luminoase și calorice.
- i. Organizează și asigură starea de operativitate și capacitatea de intervenție optimă a formațiunilor de protecție civilă (constituite din personalul unității) pentru limitarea și înlăturarea oportună a efectelor dezastrelor și a efectelor atacurilor din aer pe timpul conflictelor armate, reducerea pierderilor de vieți omenești.
- j. Informează oportun Inspectoratul pentru situații de urgență și celelalte organisme cu responsabilități în domeniul managementului situațiilor de urgență despre stările potențiale



- generatoare de situații de urgență sau despre producerea unei situații de urgență în cadrul spitalului.
- k. Evaluează situațiile de urgență produse, stabilind măsuri și acțiuni specifice pentru gestionarea acestora și urmărește îndeplinirea lor.
 - l. Organizează și asigură evacuarea bolnavilor, salariaților și a bunurilor materiale proprii în situații speciale, în conformitate cu prevederile planurilor întocmite în acest scop.
 - m. Elaborează planuri de acțiuni și măsuri de prevenire, avertizare a salariaților și de gestionare a situațiilor de urgență specifice tipurilor de risc la care poate fi expus spitalul.
 - n. Stabilește împreună cu șefii de secții/compartimente măsurile de situații de urgență ce trebuie puse în aplicare pe timpul lucrărilor de întreținere, revizie, reparație tehnică la instalații, dispozitive, mașini și utilaje, pe timpul probelor mecanice și de rodaj, la punerea în funcțiune a utilajelor tehnologice etc., verificând realizarea practică a lor.
 - o. Îndeplinește și alte atribuții în domeniul situațiilor de urgență, potrivit legislației în vigoare.

Art. 58.

Serviciul privat propriu pentru situații de urgență

(1). Cadru legislativ: prevederile Legii nr. 481/2004***Republicată, privind protecția civilă, prevederile Legii nr. 307/2006 privind apărarea împotriva incendiilor, Ordinul M.A.I. nr. 163/2007 pentru aprobarea Normelor generale de apărare împotriva incendiilor, Ordinul M.A.I. nr. 75/2019 pentru aprobarea Criteriilor de performanță privind constituirea, încadrarea și dotarea serviciilor private și a serviciilor private pentru situații de urgență

(2). Rol: Coordonarea acțiunilor în scopul apărării vieții, avutului public și/sau a celui privat împotriva incendiilor și a altor calamități, în sectorul de competență al Spitalului Municipal de Urgență Roman, stabilit cu avizul Inspectoratului pentru Situații de Urgență Neamț

(3). Activitățile principale desfășurate de Serviciul Privat sunt următoarele:

- a. Desfășoară activități de informare și instruire preventivă privind cunoașterea și respectarea regulilor și a măsurilor de apărare împotriva incendiilor și protecție civilă de către salariați;
- b. Verifică modul de aplicare a normelor, reglementărilor tehnice și dispozițiilor care privesc apărarea împotriva incendiilor și protecția civilă, în sectorul de competență;
- c. Asigură intervenția pentru stingerea incendiilor, salvarea, acordarea primului ajutor și protecția persoanelor și a bunurilor periclitate de incendii sau în alte situații de urgență/protecție civilă.

Art. 59

Comisia pentru probleme de apărare

(1). Cadru legislativ: Legea nr. 477/2003 din 12 noiembrie 2003 *** Republicată - privind pregătirea economiei naționale și a teritoriului pentru apărare – secțiunea 3 și Hotărârea nr. 370/2004 din 18 martie 2004 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Legii nr. 477/2003 privind pregătirea economiei naționale și a teritoriului pentru apărare;

(2). Rol: Coordonarea acțiunilor privind problemele de apărare la nivelul unității

(3). Echipa se întrunește anual, în primul trimestru sau ori de câte ori este necesar.

(4). Atribuțiile principale ale Comisiei

- a. Întocmește anual planul de activitate;
- b. Organizează, coordonează și îndrumă activitățile referitoare la pregătirea economiei naționale și a teritoriului pentru apărare ce se desfășoară în cadrul instituției, în conformitate cu legea;

- c. Stabilește măsurile tehnico-organizatorice pentru instituție în caz de mobilizare și responsabilitățile ce revin compartimentelor funcționale ale acesteia;
- d. Elaborează și actualizează documentele de mobilizare;
- e. Controlează întreaga pregătire de mobilizare, întocmire documente, modul de desfășurare a lucrărilor, măsurile și acțiunile cuprinse în documentele de mobilizare după caz, derularea contractelor referitoare la pregătirea pentru apărare, după caz, modul de cheltuire a fondurilor alocate de la buget în acest scop;
- f. Elaborează propunerile pentru proiectul Planului de mobilizare și după caz al Planului Anual de pregătire a economiei naționale pentru apărare;
- g. Analizează anual, în primul trimestru, stadiul pregătirii de mobilizare și stabilește măsurile și acțiunile necesare pentru îmbunătățirea acestuia.

Art. 60.

Structura de securitate

(1). Cadru legislativ: Legea nr. 182/2002 privind protecția informațiilor clasificate, HG nr. 781/2002 privind protecția informațiilor secrete de serviciu și HG nr. 585/2002 privind aprobarea standardelor naționale de protecție a informațiilor clasificate în România

(2). Atribuțiile generale ale Structurii de securitate sunt:

- a. Elaborează și supune aprobării conducerii unității normele interne privind protecția informațiilor clasificate, potrivit legii;
- b. Întocmește programul de prevenire a scurgerii de informații clasificate și îl supune avizării instituțiilor abilitate, iar după aprobare, acționează pentru aplicarea acestuia;
- c. Coordonează activitatea de protecție a informațiilor clasificate, în toate componentele acesteia;
- d. Asigură relaționarea cu instituția abilitată să coordoneze activitatea și să controleze măsurile privitoare la protecția informațiilor clasificate, potrivit legii;
- e. Monitorizează activitatea de aplicare a normelor de protecție a informațiilor clasificate și modul de respectare a acestora;
- f. Consiliază conducerea unității în legătură cu toate aspectele privind securitatea informațiilor clasificate;
- g. Informează conducerea unității despre vulnerabilitățile și riscurile existente în sistemul de protecție a informațiilor clasificate și propune măsuri pentru înlăturarea acestora;
- h. Acordă sprijin reprezentanților autorizați ai instituțiilor abilitate, potrivit competențelor legale, pe linia verificării persoanelor pentru care se solicită accesul la informații clasificate;
- i. Organizează activități de pregătire specifice a persoanelor care au acces la informații clasificate;
- j. Asigură păstrarea și organizează evidența certificatelor de securitate și autorizațiilor de acces la informații clasificate;
- k. Actualizează permanent evidența certificatelor de securitate și a autorizațiilor de acces;
- l. Întocmește și actualizează listele informațiilor clasificate elaborate sau păstrate de unitate, pe clase și niveluri de secretizare;
- m. Prezintă conducătorului unitatii propuneri privind stabilirea obiectivelor, sectoarelor și locurilor de importanță deosebită pentru protecția informațiilor clasificate din sfera de responsabilitate și, după caz, solicită sprijinul instituțiilor abilitate;
- n. Efectuează, cu aprobarea conducerii unității, controale privind modul de aplicare a măsurilor legale de protecție a informațiilor clasificate;



- o. Exerciță alte atribuții în domeniul protecției informațiilor clasificate, potrivit legii.

Art. 61.

Comisiile de concurs/soluționare contestații

(1). Cadru legislativ: Legea nr.53 - Codul muncii, cu toate actualizările specifice, Hotărârea nr.1336 din 28 octombrie 2022 pentru aprobarea Regulamentului-cadru privind organizarea și dezvoltarea carierei personalului contractual din sectorul bugetar plătit din fonduri publice, Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006 (**republicată**) privind reforma în domeniul sănătății, Ordinul Ministrului Sănătății nr. 166 din 26 ianuarie 2023 publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 68 din 26 ianuarie 2023 - privind aprobarea metodologiilor privind organizarea și desfășurarea concursurilor de ocupare a posturilor vacante și temporar vacante de medic, medic stomatolog, farmacist, biolog, biochimist și chimist din unitățile sanitare publice sau din direcțiile de sănătate publică, precum și a funcțiilor de șef de secție, șef de laborator și șef de compartiment din unitățile sanitare fără paturi sau din direcțiile de sănătate publică, respectiv a funcției de farmacist-șef în unitățile sanitare publice cu paturi cu modificările și completările ulterioare până la data întocmirii lui și procedurile operaționale aprobate la nivelul SMU Roman.

Comisia de concurs și comisia de soluționare a contestațiilor se constituie prin decizie emisă de MS, până cel mai târziu la data publicării anunțului de concurs.

(2). Comisiile de concurs, respectiv comisiile de soluționare a contestațiilor sunt formate după cum urmează:- pentru secțiile/compartimentele clinice

- președinte - cadru didactic cu funcție de predare, având gradul de medic primar în specialitatea postului;
- membri:- un cadru didactic cu funcție de predare, cu grad didactic egal sau mai mic decât al președintelui, având gradul de medic primar în specialitatea postului;
 - un medic primar în specialitatea postului, desemnat de către organizația profesională județeană din care face parte;
- un medic primar în specialitatea postului respectiv desemnat de către organizația profesională județeană din care face parte, de regulă, conducătorul structurii unde a fost publicat postul sau înlocuitorul legal al acestuia;
- reprezentantul organizației sindicale reprezentative la nivel de unitate, cu rol de observator. În situația în care nu există sindicat reprezentativ la nivel de unitate, participă ca observator reprezentantul desemnat de organizațiile sindicale semnatare ale contractului colectiv de muncă la nivel de unitate, după caz;
- secretar desemnat din cadrul serviciului RUNOS

(3). Pentru celelalte structuri (compartimente, laboratoare, servicii, farmacii, cabinete)

- președinte - medic primar în specialitatea postului, un medic stomatolog primar în specialitatea postului sau un farmacist primar în specialitatea postului ori, după caz, un biochimist principal, biolog medical principal, chimist medical principal, în specialitatea postului;
- membri:
 - un medic primar în specialitatea postului, un medic stomatolog primar în specialitatea postului sau un farmacist primar în specialitatea postului ori, după caz, un biolog, biochimist, chimist, cu grad principal în specialitatea postului;
 - un medic primar în specialitatea postului, un medic stomatolog primar în specialitatea postului sau un farmacist primar în specialitatea postului ori, după caz, un biochimist

- principal, biolog principal, chimist principal, în specialitatea postului, desemnat de către organizația profesională județeană din care face parte;
- medic primar în specialitatea postului, un medic stomatolog primar în specialitatea postului sau un farmacist primar în specialitatea postului ori, după caz, un biochimist principal, biolog principal, chimist principal, în specialitatea postului, desemnat de către organizația profesională județeană din care face parte, de regulă, conducătorul structurii unde a fost publicat postul sau înlocuitorul legal al acestuia;
- reprezentantul organizației sindicale reprezentative la nivel de unitate, cu rol de observator. În situația în care nu există sindicat reprezentativ la nivel de unitate, participă ca observator reprezentantul desemnat de organizațiile sindicale semnatare ale contractului colectiv de muncă la nivel de unitate, după caz;
- secretar desemnat din cadrul serviciului RUNOS

Membrii Consiliului de Administrație, pot participa, în calitate de observatori, la concursurile organizate de SMU Roman;

(4). Constituirea și atribuțiile comisiei de concurs pentru ocuparea unui post vacant sau temporar vacant

- ✓ Comisia de concurs cât și de soluționare a contestațiilor au fiecare în componența lor un secretar și 3-5 membri, din care un membru are calitatea de președinte.
- ✓ Este obligatorie și numirea unui membru supleant atât în comisia de concurs cât și de soluționare a contestațiilor.
- ✓ În situația în care numărul candidaților este mare și aceștia vor fi repartizați în mai multe săli pentru supraveghere, managerul va numi supraveghetori;

(5). În cadrul SMU Roman din comisia de concurs vor face parte:

- a. șeful structurii organizatorice;
- b. directorul financiar contabil, directorul medical și/ sau directorul de îngrijiri, după caz;
- c. un reprezentant al ordonatorului principal de credite, respectiv Primăria Roman
- d. un membru supleant din cadrul structurii medicale care are scos postul la concurs;
- e. secretariatul comisiei de concurs și de soluționare a contestațiilor se asigură, de regulă de către o persoana nominalizată din cadrul serviciului RUNOS a spitalului.

(6). Atribuțiile generale ale comisiei de concurs sunt următoarele:

- a. selectează dosarele de concurs ale candidaților;
- b. stabilesc subiectele pentru proba scrisă;
- c. stabilesc planul probei practice/clinice și realizează proba practică/clinică, după caz;
- d. elaborează baremul de corectare/notare pentru proba scrisă și/sau proba practică, după caz;
- e. stabilesc planul interviului și realizează interviul;
- f. notează pentru fiecare candidat, în borderoul individual, proba scrisă și/sau proba practică și interviul, după caz;
- g. g)semnează procesele-verbale întocmite de secretarul comisiei, respectiv procesul-verbal al selecției dosarelor, precum și procesele-verbale ale fiecărei probe de concurs
- h. președintele comisiei transmite secretarului comisiei rezultatele concursului pentru a fi comunicate candidaților, iar la terminarea concursului, în maximum 12 ore, are obligativitatea de a comunica responsabilului desemnat de manager, de a copia înregistrarea concursului și de a fi arhivată la dosarul de concurs atunci când se înregistrează concursul
- i. semnează raportul final al concursului.

- j. președintele comisiei de concurs efectuează instructajul candidaților pe baza unui proces verbal de instruire.
- k. membrii comisiei de concurs vor completa o declarație cu privire la faptul ca au luat la cunostință că toate probele de concurs vor fi înregistrate audio - video atunci când concursul are loc la SMU Roman

(7). Atribuțiile generale ale comisiei de soluționare a contestațiilor sunt următoarele:

- a. verifică cu celeritate sesizările primite de la candidați privind nerespectarea modului de organizare și desfășurare a concursului, conform prevederilor legale;
- b. soluționează contestațiile depuse de candidați cu privire la:
 - selecția dosarelor;
 - notarea probei scrise, probei practice și a interviului, respectiv: reselectează dosarele de concurs, renotează proba scrisă și / sau proba practică și interviul cu respectarea prevederilor art.44, alin.(1) din Hotărârea nr.1336/2022.
- c. semnează procesele-verbale întocmite după fiecare etapă de contestații de către secretarul comisiei și transmite acestuia rezultatele contestațiilor pentru a fi comunicate candidaților.
- d. membrii comisiei de soluționarea a contestațiilor, vor completa o declarație cu privire la faptul că au luat la cunostință că toate etapele de soluționarea a contestațiilor vor fi înregistrate audio-video atunci când soluționarea contestației se face la SMU Roman

(7). Toți salariații nominalizați în comisiile de concurs, respectiv comisiile de contestații vor participa și își vor îndeplini atribuțiile conform procedurilor în vigoare.

Art. 62.

Comisia pentru soluționarea fondului arhivistic de la nivelul spitalului

- (1). Cadru legislativ: Legea Arhivelor Naționale nr. 16/1996, aprobată cu modificări prin Legea nr. 138/2013 și OUG nr. 39/2006 și Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății
- (2). Rol: evaluarea și analizarea fiecărei unități arhivistice în parte, stabilind valoarea practică sau istorică a acesteia
- (3). Echipa se întrunește anual sau ori de câte ori este necesar.
- (4). Atribuțiile principale ale Comisiei
 - a. Respectarea termenelor de păstrare a documentelor, prevăzute în nomenclatorul arhivistic, acordând o atenție deosebită celor care au, pe lângă termenul de păstrare, mențiunea „C.S.”;
 - b. Efectuarea selecționării atât a documentelor create de spital, cât și a celor create de alte unități și păstrate în depozitul spitalului;
 - c. Președintele comisiei poate verifica că instrumentele de bază ale arhivei (registru de evidență curentă a intrărilor –ieșirilor u.a.; registru de depozit) să fie completate la zi;

Art. 63

Comisia centrală de inventariere

- (1). Cadru legislativ: Legea contabilității nr. 82/1991, republicată, Ordinul nr. 2861 din 9 octombrie 2009 pentru aprobarea Normelor privind organizarea și efectuarea inventarierii elementelor de natura activelor, datoriilor și capitalurilor proprii deținute și Procedura operațională Inventarierea elementelor de activ și pasiv, cod PO INV-SFC, ed.1, rev.3/2020.

(2). Rol:

- organizează, instruește, supraveghează și controlează modul de efectuare a operațiunilor de inventariere ale tuturor comisiilor de inventariere;



- răspunde de efectuarea tuturor lucrărilor de inventariere, potrivit prevederilor legale;
- (3). În temeiul prevederilor Legii contabilității nr. 82/1991, republicată, entitățile au obligația să efectueze inventarierea elementelor de natura activelor, datoriilor și capitalurilor proprii deținute, la începutul activității, cel puțin o dată în cursul exercițiului financiar pe parcursul funcționării lor, în cazul fuziunii sau încetării activității, precum și în următoarele situații:
 - a. la cererea organelor de control, cu prilejul efectuării controlului, sau a altor organe prevăzute de lege;
 - b. ori de câte ori sunt indicii că există lipsuri sau plusuri în gestiune, care nu pot fi stabilite cert decât prin inventariere;
 - c. ori de câte ori intervine o predare - primire de gestiune;
 - d. cu prilejul reorganizării gestiunilor;
 - e. ca urmare a calamităților naturale sau a unor cazuri de forță majoră;
 - f. în alte cazuri prevăzute de lege.
- (4). Răspunderea pentru buna organizare a lucrărilor de inventariere, potrivit prevederilor Legii nr. 82/1991, republicată, și în conformitate cu reglementările contabile aplicabile, revine administratorului, ordonatorului de credite sau altei persoane care are obligația gestionării entității. În vederea efectuării inventarierii, aceste persoane aprobă proceduri scrise, adaptate specificului activității, pe care le transmit comisiilor de inventariere.
- (5). Inventarierea elementelor de natura activelor, datoriilor și capitalurilor proprii se efectuează de către comisii de inventariere, numite prin decizie scrisă. În decizia de numire se menționează în mod obligatoriu componența comisiei (numele președintelui și membrilor comisiei), modul de efectuare a inventarierii, metoda de inventariere utilizată, gestiunea supusă inventarierii, data de începere și de terminare a operațiunilor.
- (6). Pentru desfășurarea în bune condiții a operațiunilor de inventariere, în comisiile de inventariere vor fi numite persoane cu pregătire corespunzătoare economică și tehnică, care să asigure efectuarea corectă și la timp a inventarierii elementelor de natura activelor, datoriilor și capitalurilor proprii, inclusiv evaluarea lor conform reglementărilor contabile aplicabile.
- (7). În vederea bunei desfășurări a operațiunilor de inventariere, administratorii, ordonatorii de credite sau alte persoane care au obligația gestionării entității trebuie să ia măsuri pentru crearea condițiilor corespunzătoare de lucru comisiei de inventariere, prin:
 - a. organizarea depozitării bunurilor grupate pe sorto-tipodimensiuni, codificarea acestora și întocmirea etichetelor de raft;
 - b. ținerea la zi a evidenței tehnico-operative la gestiuni și a celei contabile și efectuarea confruntării datelor din aceste evidențe;
 - c. participarea întregii comisii de inventariere la lucrările de inventariere;
 - d. asigurarea personalului necesar pentru manipularea bunurilor care se inventariază, respectiv pentru sortare, așezare, cântărire, măsurare, numărare etc.;
 - e. asigurarea participării la identificarea bunurilor inventariate (calitate, sort, preț etc.) și la evaluarea lor, conform reglementărilor contabile aplicabile, a unor specialiști din entitate sau din afara acesteia, la solicitarea președintelui comisiei de inventariere. Aceste persoane au obligația de a semna listele de inventariere pentru atestarea datelor înscrise;
 - f. dotarea gestiunii cu aparate și instrumente adecvate și în număr suficient pentru măsurare, cântărire, cu cititoare de coduri de bare etc., cu mijloace de identificare (cataloge, mostre, sonde etc.), precum și cu birotica necesară;



- g. dotarea comisiei de inventariere cu mijloace tehnice de calcul și de sigilare a spațiilor inventariate;
- h. asigurarea protecției membrilor comisiei de inventariere în conformitate cu normele de securitate și sănătate în muncă
- i. asigurarea securității ușilor, ferestrelor, porților etc. de la depozite, gestiuni etc.

(8). Principalele măsuri organizatorice care trebuie luate de către comisia de inventariere sunt următoarele:

a. înainte de începerea operațiunii de inventariere să ia de la gestionarul răspunzător de gestiunea bunurilor o declarație scrisă din care să rezulte dacă:

- ✓ gestionează bunuri și în alte locuri de depozitare;
- ✓ în afara bunurilor entității respective are în gestiune și alte bunuri aparținând terților, primite cu sau fără documente;
- ✓ are plusuri sau lipsuri în gestiune, despre a căror cantitate ori valoare are cunoștință;
- ✓ are bunuri nerecepționate sau care trebuie expediate (livrate), pentru care s-au întocmit documentele aferente;
- ✓ a primit sau a eliberat bunuri fără documente legale;
- ✓ deține numerar sau alte hârtii de valoare rezultate din vânzarea bunurilor aflate în gestiunea sa;
- ✓ are documente de primire-eliberare care nu au fost operate în evidența gestiunii sau care nu au fost predate la contabilitate.

De asemenea, gestionarul va menționa în declarația scrisă felul, numărul și data ultimului document de intrare/ieșire a bunurilor în/din gestiune.

Declarația se datează și se semnează de către gestionarul răspunzător de gestiunea bunurilor și de către comisia de inventariere. Semnarea declarației de către gestionar se face în fața comisiei de inventariere;

- b. să identifice toate locurile (încăperile) în care există bunuri ce urmează a fi inventariate;
- c. să asigure închiderea și sigilarea spațiilor de depozitare, în prezența gestionarului, ori de câte ori se întrerup operațiunile de inventariere și se părăsește gestiunea.

Atunci când bunurile supuse inventarierii, gestionate de către o singură persoană, sunt depozitate în locuri diferite sau gestiunea are mai multe căi de acces, membrii comisiei care efectuează inventarierea trebuie să sigileze toate aceste locuri și căile lor de acces, cu excepția locului în care a început inventarierea, care se sigilează numai în cazul când inventarierea nu se termină într-o singură zi. La reluarea lucrărilor se verifică dacă sigiliul este intact; în caz contrar, acest fapt se va consemna într-un proces-verbal de constatare, care se semnează de către comisia de inventariere și de către gestionar, luându-se măsurile corespunzătoare.

Documentele întocmite de comisia de inventariere rămân în cadrul gestiunii inventariate în locuri special amenajate (fișete, casete, dulapuri etc.), încuiate și sigilate. Președintele comisiei de inventariere răspunde de operațiunea de sigilare;

- d. să bareze și să semneze, la ultima operațiune, fișele de magazie, menționând data la care s-au inventariat bunurile, să vizeze documentele care privesc intrări sau ieșiri de bunuri, existente în gestiune, dar neînregistrate, să dispună înregistrarea acestora în fișele de magazie și predarea lor la contabilitate, astfel încât situația scriptică a gestiunii să reflecte realitatea;
- e. să verifice numerarul din casă și să stabilească suma încasărilor din ziua curentă, solicitând depunerea numerarului la casieria entității (la gestiunile cu vânzare cu amănuntul);
- f. să controleze dacă toate instrumentele și aparatele de măsură sau de cântărire au fost verificate și dacă sunt în bună stare de funcționare;

g. în cazul în care gestionarul nu s-a prezentat la data și ora fixate pentru începerea operațiunilor de inventariere, comisia de inventariere sigilează gestiunea și comunică aceasta comisiei centrale sau administratorului, ordonatorului de credite sau altei persoane care are obligația gestionării entității, conform procedurilor proprii privind inventarierea. Aceste persoane au obligația să îl încunoștințeze imediat, în scris, pe gestionar despre reprogramarea inventarierii ce trebuie să se efectueze, indicând locul, ziua și ora fixate pentru începerea operațiunilor de inventariere.

(9) Comisia de inventariere are obligația să controleze toate locurile în care pot exista bunuri care trebuie supuse inventarierii.

(10) Pentru toate celelalte elemente de natura activelor, datoriilor și capitalurilor proprii, cu ocazia inventarierii, se verifică realitatea soldurilor conturilor respective, iar pentru cele aflate la terți se fac cereri de confirmare, care se vor atașa la listele respective după primirea confirmării.

(11). Pe ultima filă a listei de inventariere, gestionarul trebuie să menționeze dacă toate bunurile și valorile bănești din gestiune au fost inventariate și consemnate în listele de inventariere în prezența sa. De asemenea, acesta menționează dacă are obiecții cu privire la modul de efectuare a inventarierii. În acest caz, comisia de inventariere este obligată să analizeze obiecțiile, iar concluziile la care a ajuns se vor menționa la sfârșitul listelor de inventariere.

(12). Listele de inventariere se semnează pe fiecare filă de către președintele și membrii comisiei de inventariere, de către gestionar, precum și de către specialiști solicitați de către președintele comisiei de inventariere pentru participarea la identificarea bunurilor inventariate.

(13). În cazul gestiunilor colective (cu mai mulți gestionari), listele de inventariere se semnează de către toți gestionarii, iar în cazul predării-primirii gestiunii, acestea se semnează atât de către gestionarul care predă cât și de către cel care primește.

(14). Inventarierea parțială, precum și inventarierea efectuată în cursul anului, atunci când entitatea efectuează mai multe inventarii, se efectuează cu respectarea prezentelor norme, mai puțin completarea "Registrului-inventar" (cod 14-1-2), care se efectuează cu ocazia inventarierii anuale.

(15). Pentru inventarierea elementelor de natura activelor care nu au substanță materială, a datoriilor și capitalurilor proprii se întocmesc situații analitice distincte. Totalul situațiilor analitice astfel întocmite se verifică cu soldurile conturilor sintetice corespunzătoare, care se preiau în "Registrul-inventar" (cod 14-1-2).

(16). Rezultatele inventarierii se stabilesc prin compararea datelor constatate faptic și înscrise în listele de inventariere cu cele din evidența tehnico-operativă (fișele de magazie) și din contabilitate.

(17). Rezultatele inventarierii se înscriu de către comisia de inventariere într-un proces-verbal, care trebuie să conțină, în principal, următoarele elemente: data întocmirii, numele și prenumele membrilor comisiei de inventariere, numărul și data deciziei de numire a comisiei de inventariere, gestiunea/gestiunile inventariate/inventariate, data începerii și terminării operațiunii de inventariere, rezultatele inventarierii, concluziile și propunerile comisiei cu privire la cauzele plusurilor și ale lipsurilor constatate și persoanele vinovate, precum și propuneri de măsuri în legătură cu acestea, volumul stocurilor depreciate, fără mișcare, cu mișcare lentă, greu vandabile, fără desfacere asigurată și propuneri de măsuri în vederea reintegrării lor în circuitul economic, propuneri de scoatere din funcțiune a imobilizărilor corporale, respectiv din evidență a imobilizărilor necorporale, propuneri de scoatere din uz a materialelor de natura obiectelor de inventar și declasare sau casare a unor stocuri, constatări privind păstrarea, depozitarea, conservarea, asigurarea integrității bunurilor din gestiune, precum și alte aspecte legate de activitatea gestiunii inventariate.

(18). Propunerile cuprinse în procesul-verbal al comisiei de inventariere se prezintă, în termen de 7 zile lucrătoare de la data încheierii operațiunilor de inventariere, administratorului, ordonatorului de credite sau persoanei responsabile cu gestiunea entității. Acesta, cu avizul conducătorului compartimentului financiar-contabil și al conducătorului compartimentului juridic, decide asupra soluționării propunerilor făcute, cu respectarea dispozițiilor legale.

(19). Rezultatele inventarierii trebuie înregistrate în evidența tehnico-operativă în termen de cel mult 7 zile lucrătoare de la data aprobării procesului-verbal de inventariere de către administrator, ordonatorul de credite sau persoana responsabilă cu gestiunea entității.

(20). Rezultatul inventarierii se înregistrează în contabilitate potrivit prevederilor Legii nr. 82/1991, republicată, și în conformitate cu reglementările contabile aplicabile.

Art. 64

Comisia de recepție

(1). Cadru legislativ: Legea contabilității nr. 82/1991, republicată, cu modificările și completările ulterioare, Legea nr. 22/1969, actualizată privind angajarea gestionarilor, constituirea de garanții și răspunderea în legătură cu gestionarea bunurilor agenților economici, autorităților sau instituțiilor publice, Hotărârea nr. 273/1994 din 14 iunie 1994 pentru aprobarea Regulamentului privind recepția construcțiilor și instalațiilor aferente acestora.

(2). Rol: asigură și răspunde de efectuarea corectă a activității de recepție (identificarea și verificarea cantitativă și calitativă a bunurilor, valorilor, lucrărilor și serviciilor) potrivit prevederilor legale;

(3). Activitatea Comisiei de recepție se desfășoară pe următoarele secțiuni:

- a. consultarea contractului, comenzii, a celorlalte documente în scopul verificării corecte a cerințelor de calitate;
- b. verificarea documentelor însoțitoare a bunurilor/serviciilor/lucrărilor; Comisia de recepție verifică dacă bunurile/serviciile/lucrările sunt însoțite de următoarele documente:
 - factură fiscală;
 - aviz de expediție, după caz;
 - certificat de calitate/declarația de conformitate, după caz;
 - alte documente de însoțire a bunurilor/serviciilor/lucrărilor, după caz.
- c. comisia de recepție verifică dacă performanțele prevăzute în certificate sunt la nivelul parametrilor înscrși în contractul/comanda încheiată/transmisă.
- d. identificarea și verificarea vizuală a bunurilor;
- e. comisia de recepție participă la operațiunea de cântărire, măsurare, numărare, verifică vizual starea de ambalare, păstrare și protecție a acestora.
- f. verificarea calitativă a bunurilor/serviciilor/lucrărilor aprovizionate/prestate;
- g. comisia de recepție semnează NIRCD-ul întocmit de gestionar, în cazul bunurilor de natura obiectelor de inventar/consumurile, diverse materiale;
- h. comisia de recepție semnează Procesul verbal de recepție calitativă și cantitativă;
- i. comisia de recepție semnează Procesul verbal de punere în funcțiune (în cazul mijloacelor fixe puse în funcțiune).
- j. comisia de recepție semnează Procesul verbal de recepție la terminarea lucrărilor, precum și Procesul verbal de recepție la finalizarea lucrărilor, pentru construcțiile aflate în aceste faze.

Comisiile de recepție nu au dreptul de a întârzia nejustificat realizarea activității de recepție.



Art. 65

Comisia de evaluare pentru atribuirea contractelor de achiziție publică/acordurilor-cadru

(1). Cadru legislativ: Legea nr. 98/2016 din 19 mai 2016 privind achizițiile publice, Hotărârea nr. 395/2016 din 2 iunie 2016 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor referitoare la atribuirea contractului de achiziție publică/acordului-cadru din Legea nr. 98/2016 privind achizițiile publice

(2). Rol: asigură și răspunde de efectuarea corectă a activității de evaluare, potrivit prevederilor legale;

(3). În raport cu sarcinile și responsabilitățile, comisia de evaluare are, în ansamblu, următoarele atribuții:

- a. Deschiderea ofertelor și, după caz, a altor documente care însoțesc oferta;
- b. Verificarea îndeplinirii criteriilor de calificare de către ofertanți/candidați;
- c. Realizarea selecției candidaților, dacă este cazul;
- d. Desfășurarea dialogului cu operatorii economici, în cazul aplicării procedurii de dialog competitiv;
- e. Desfășurarea negocierilor cu operatorii economici, în cazul aplicării procedurilor de negociere;
- f. Verificarea conformității propunerilor tehnice ale ofertanților cu prevederile caietului de sarcini;
- g. Evaluarea propunerilor tehnice ale ofertanților în conformitate cu criteriile de atribuire, dacă este cazul;
- h. Verificarea propunerilor financiare prezentate de ofertanți, inclusiv verificarea conformității cu propunerile tehnice, verificarea aritmetică, verificarea încadrării în fondurile care pot fi disponibilizate pentru îndeplinirea contractului de achiziție publică respectiv, precum și, dacă este cazul, verificarea încadrării acestora în situația prevăzută la art. 210 din Lege;
- i. Elaborarea solicitărilor de clarificări și/sau completări necesare în vederea evaluării solicitărilor de participare și/sau ofertelor;
- j. Stabilirea solicitărilor de participare neadecvate, a ofertelor inacceptabile și/sau neconforme, precum și a motivelor care stau la baza încadrării acestora în fiecare din aceste categorii;
- k. Stabilirea ofertelor admisibile;
- l. Aplicarea criteriului de atribuire și a factorilor de evaluare, astfel cum a fost prevăzut în anunțul de participare/simplificat/de concurs;
- m. Stabilirea ofertei/ofertelor câștigătoare sau, după caz, formularea propunerii de anulare a procedurii;
- n. Elaborarea proceselor-verbale aferente fiecărei ședințe, a rapoartelor intermediare aferente fiecărei etape în cazul procedurilor cu mai multe etape și a raportului procedurii de atribuire.

(4) Rapoartele intermediare și raportul procedurii de atribuire se înaintează de către președintele comisiei de evaluare conducătorului autorității contractante spre aprobare.

(5) În cazul în care nu aprobă raportul procedurii, conducătorul autorității contractante va motiva în scris decizia sa și poate, după caz:

- a. returna raportul, o singură dată, comisiei de evaluare spre corectare sau reevaluare parțială;
- b. solicita o reevaluare completă, caz în care o nouă comisie de evaluare va fi numită.

Art. 66

Comisia de casare obiecte de inventar, mijloace fixe, consumabile și alte materiale

(1). Cadru legislativ: Legea nr. 15 din 24 martie 1994*** Republicată - privind amortizarea capitalului imobilizat în active corporale și necorporale; Hotărârea nr. 909 din 29 decembrie 1997



pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Legii nr. 15/1994 privind amortizarea capitalului imobilizat în active corporale și necorporale, modificată și completată prin Ordonanța Guvernului nr. 54/1997; Ordonanța nr. 112/2000 din 31 august 2000 pentru reglementarea procesului de scoatere din funcțiune, casare și valorificare a activelor corporale care alcătuiesc domeniul public al statului și al unităților administrativ-teritoriale.

(2). Rol: Comisia de casare organizează, instruește, supraveghează și controlează modul de efectuare a activității de casare.

(3). În procesul de casare, Comisia va parcurge obligatoriu următoarele etape:

- a. identificarea mijloacelor fixe /obiectelor de inventar care fac obiectul scoaterii din funcțiune;
- b. devizul estimativ al reparației capitale (60%);
- c. actul constatator al avariei;
- d. avize;
- e. nota justificativă privind descrierea degradării bunurilor material;
- f. specificația bunurilor materiale propuse pentru declasare, etc.
- g. propunerea de casare va fi semnată de cel care are bunul în gestiune, președintele Comisiei de casare și aprobată de Manager.

(4). Prezentarea propunerii la serviciul contabilitate pentru identificarea scriptică, propunerea de accord cu evidența contabilă și vizarea acesteia. Propunerea va fi returnată gestionarului în cazul absenței uneia din semnăturile necesare; mijloacele fixe care nu au durată de funcționare expirată vor fi exceptate prin marcarea cu o linie orizontală.

(5). Prezentarea propunerilor responsabilului cu centralizarea proceselor verbale de casare, clasare și disponibilizare a mijloacelor fixe și obiectelor de inventar.

(6). Inspectarea locațiilor unde se află mijloacele fixe/obiectele de inventar ce urmează a fi casate, clasate și disponibilizate.

Art. 67

Comisia de primire și soluționare a cazurilor de hărțuire

(1). Cadru legislativ:

1.1. CADRU LEGAL EUROPEAN:

Directiva 2000/78/CE a Consiliului din 27 noiembrie 2000 de creare a unui cadru general în favoarea egalității de tratament în ceea ce privește încadrarea în muncă și ocuparea forței de muncă prevede că hărțuirea va fi considerată o formă de discriminare, atunci când se manifestă un comportament nedorit, care are scopul sau efectul de a încălca demnitatea unei persoane și de a crea un mediu intimidant, ostil, degradant, umilitor sau ofensator; Directiva 2006/54/CE a Parlamentului European și a Consiliului din 5 iulie 2006 privind punerea în aplicare a principiului egalității de șanse și al egalității de tratament între bărbați și femei în materie de încadrare în muncă și de muncă (reformă). Hărțuirea și hărțuirea sexuală sunt contrare principiului egalității de tratament între bărbați și femei și constituie discriminare pe criteriul de sex. Aceste forme de discriminare se manifestă nu numai la locul de muncă, dar și în ceea ce privește accesul la muncă, la formare și promovare profesională. În acest context, angajatorii și persoanele responsabile cu formarea profesională trebuie încurajate să ia măsuri pentru a lupta împotriva tuturor formelor de discriminare pe criteriul sexului și, în special, să ia măsuri preventive împotriva hărțuirii și hărțuirii sexuale la locul de muncă și în ceea ce privește accesul la muncă, la formare și promovare profesională, în conformitate cu dreptul național și practicile naționale.



1.2. LEGISLAȚIE NAȚIONALĂ:

- Hotărârea Guvernului nr. 970/2023 pentru aprobarea Metodologiei privind prevenirea și combaterea hărțuirii pe criteriul de sex, precum și a hărțuirii morale la locul de muncă;
- Legea nr. 202/2002 privind egalitatea de șanse și de tratament între femei și bărbați, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
- Legea nr. 53/2003 - Codul muncii, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
- Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare;
- Ordonanța Guvernului nr. 137/2000 privind prevenirea și sancționarea tuturor formelor de discriminare, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
- Hotărârea Guvernului nr. 262/2019 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Legii nr. 202/2002 privind egalitatea de șanse și de tratament între femei și bărbați;

(2). Rol: Asigurarea un mediu optim de muncă, bazat pe respect egal pentru demnitatea ființei umane și asigurarea tuturor salariaților, indiferent de sex, a condițiilor necesare pentru un climat în care primează încrederea, empatia, înțelegerea, profesionalismul, dedicația pentru satisfacerea interesului general.

(3). Activitatea și atribuțiile Comisiei:

- a. Respectă Regulamentul specific aprobat la nivelul SMU Roman;
- b. Asigură informarea oricărui salariat, referitor la politicile și legislația în vigoare;
- c. Asigură suport și consiliere pentru salariații afectați de un incident de tip hărțuire, situațiile expuse fiind confidențiale și analizate cu atenția cuvenită;
- d. Participă nemijlocit la soluționarea plângerilor formulate de salariați, în legătura cu situațiile de comportament necorespunzător, indiferent dacă aceste plângeri sunt formale sau informale;
- e. Raportează conducătorului instituției toate situațiile de tip hărțuire care îi sunt aduse la cunoștință;
- f. Cooperează cu salariații în toate situațiile în care aceștia sunt solicitați să furnizeze informații relevante pentru soluționarea unui caz de hărțuire;
- g. Gestionează procesele de soluționare a plângerilor și/sau a măsurilor disciplinare, împreună cu conducerea SMU Roman.
- h. SMU Roman aplică o politică de toleranță zero pentru hărțuirea pe criteriul de sex și hărțuirea morală la locul de muncă, va trata cu seriozitate și promptitudine toate incidentele și va investiga toate acuzațiile de hărțuire.

Art. 68

- (1). În funcție de alte necesități obiective (de ex. noutăți legislative) Managerul spitalului poate dispune constituirea și a altor comisii/consilii, cu activități pe durate de timp determinate, nominalizarea acestora fiind efectuată pe bază de decizie internă specifică.
- (2). Toți președinții comisiilor/consiliilor/comitetelor care funcționează la nivelul SMU Roman vor întocmi un Raport anual de activitate care se transmite, prin secretariatul spitalului, către Manager.
- (3). Un exemplar al Raportului anual de activitate va fi transmis și către SMCSS.
- (4). Ori de câte ori se impune modificarea deciziei interne, prin care este nominalizată componența unei comisii, președintele respectivei comisii va întocmi o *notă de solicitare emitere decizie internă*, conform procedurii de sistem Managementul deciziilor, cod: PS MDC, pe care o transmite, prin secretariatul spitalului, către Manager.