

|                                                                                                                                        |                                                |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------|
| <b>SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENTA GIURGIU</b><br><br>Șos. București nr. 82 – Giurgiu, Jud. Giurgiu<br>tel/fax: 0246/211.550 0246/216.293 | <b>REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE</b> | Ediția: 1 |
|                                                                                                                                        | <b>ROF.SJUG-01</b>                             |           |

## ANEXA 2

### COMISII ALE SPITALULUI

#### 1. CONSILIUL MEDICAL

Atribuțiile Consiliului Medical sunt următoarele:

- elaborează raportul anual de activitate medicală a spitalului, în conformitate cu legislația în vigoare și are responsabilități privind îmbunătățirea calității serviciilor hoteliere și medicale;
- constituie echipe multidisciplinare privind îngrijirea pacienților cu patologii complexe care necesită îngrijiri medicale complexe;

**Atribuțiile Consiliului Medical** privind îngrijirea pacienților în echipe multidisciplinare:

- Medicii șef de secție/șef de laborator sau, după caz, directorul medical au obligația de a coordona și de a controla acordarea cu prioritate a consultațiilor interdisciplinare;
- Consultațiile interdisciplinare se acordă la recomandarea medicului curant, aprobată de medicul șef de secție, medicul coordonator al compartimentului medical sau, după caz, a directorului medical;
- Medicii din spital au obligația de a acorda cu prioritate, în cadrul programului de 7 ore în medie pe zi, consultațiile interdisciplinare pentru pacienții internați în unitate sau pentru cei internați în alte spitale, în baza relațiilor contractuale stabilite între unitățile sanitare respective.

Protocol privind modul de solicitare și desfășurare a consultului interdisciplinar în interiorul spitalului este următorul:

1. Consultul interdisciplinar poate fi solicitat atât la internare cât și pe perioada tratamentului;
  2. Medicul care solicită un astfel de consult se adresează Directorului Medical sau înlocuitorul acestuia în vederea stabilirii echipei de consult multidisciplinar;
  3. Pentru consultul în urgență, medicul solicitant va cere medicilor de gardă să participe la consultul multidisciplinar. În această situație medicul solicitant prezintă în raportul de gardă consultul multidisciplinar realizat;
  4. Consultul multidisciplinar va fi coordonat de medicul care a solicitat consultul interdisciplinar;
  5. Toți membrii echipei interdisciplinare consemnează în FOCG consultul medical efectuat, rezultatele și recomandările necesare.
- 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;
    - face propuneri Comitetului Director privind utilizarea fondului de dezvoltare al spitalului;
    - participă la elaborarea Regulamentului de Organizare și Funcționare și a Regulamentului Internale spitalului;
    - desfășoară activitatea 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 nozocomiale;

Aceste activități sunt desfășurate în colaborare cu nucleul de calitate, comisia DRG și cu CPCIN de la nivelul spitalului

|                                                                                                                                        |                                                |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------|
| <b>SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENTĂ GIURGIU</b><br><br>Șos. București nr. 82 – Giurgiu, Jud. Giurgiu<br>tel/fax: 0246/211.550 0246/216.293 | <b>REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE</b> | Ediția: 1 |
|                                                                                                                                        | <b>ROF.SJUG-01</b>                             |           |

- stabilește reguli privind activitatea profesională, protocoalele de practică medicală la nivelul spitalului și răspunde de aplicarea și respectarea acestora;
- elaborează planul anual de îmbunătățire a calității serviciilor medicale furnizate de spital, pe care îl supune spre aprobare Managerului;
- înaintează Managerului propuneri cu caracter organizatoric pentru îmbunătățirea activităților medicale desfășurate la nivelul spitalului;
- evaluează necesarul de personal medical al fiecărei secții/laborator/compartiment și face propuneri Comitetului Director pentru elaborarea strategiei de personal a spitalului;
- evaluează necesarul liniilor de gardă și face propuneri Managerului cu privire la structura și numărul acestora la nivelul spitalului, după caz;
- participă la stabilirea fișelor posturilor personalului medical angajat;
- înaintează Managerului propuneri pentru elaborarea planului de formare și perfecționare continuă a personalului medico-sanitar;
- face propuneri și monitorizează desfășurarea activităților de educație și cercetare medicală desfășurate la nivelul spitalului, în colaborare cu instituțiile acreditate;
- reprezintă spitalul în relațiile cu organizații profesionale din țară și din străinătate și facilitează accesul personalului medical la informații medicale de ultimă oră;
- asigură respectarea normelor de etică profesională și deontologie medicală la nivelul spitalului, colaborând cu Colegiul Medicilor din România;
- răspunde de acreditarea personalului medical al spitalului și de acreditarea activităților medicale desfășurate în spital, în conformitate cu legislația în vigoare;
- participă, alături de Manager, la organizarea asistenței medicale în caz de dezastre, epidemii și în alte situații speciale;
- stabilește coordonatele principale privind consumul medicamentelor la nivelul spitalului, în vederea unei utilizări judicioase a fondurilor spitalului, prevenirii polipragmaziei și a rezistenței la medicamente;
- supervizează respectarea prevederilor în vigoare, referitoare la documentația medicală a pacienților tratați, asigurarea confidențialității datelor medicale, constituirea arhivei spitalului;
- avizează utilizarea bazei de date medicale a spitalului pentru activități de cercetare medicală, în condițiile legii;
- analizează și soluționează sugestiile, sesizările și reclamațiile pacienților tratați în spital referitoare la activitatea medicală a spitalului;
- elaborează raportul anual de activitate medicală a spitalului în conformitate cu legislația în vigoare și are responsabilități în privința îmbunătățirii calității serviciilor hoteliere și medicale.

Procedura de lucru a Consiliului medical Modul de desfășurare a activității Consiliului Medical este reglementată de legislația în vigoare în domeniul sanitar.

Consiliul Medical se întrunește cel puțin o dată pe lună sau ori de câte ori este nevoie, la solicitarea președintelui sau cel puțin a 2/3 din membrii acestuia și ia hotărâri cu majoritate simplă a celor prezenți.

Activitatea desfășurată de Consiliul medical se arhivează sub formă de procese verbale desedinte, iar un exemplar din acest proces verbal se depune spre știința managerului unității.

## 2. COMISIA DE FARMACOVIGILENȚĂ

Funcționează în conformitate cu:

- prevederile Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare referitoare la Asigurările Sociale de Sănătate;
- reglementările în vigoare privind strategia terapeutică și activitatea de farmacovigilantă;

La nivelul spitalului comisia de farmaco-vigilantă este stabilită prin decizie internă a managerului.

**Atribuțiile Comisiei de Farmacovigilantă** sunt următoarele:

1. analizează necesarul și consumul de medicamente și propune măsuri care să asigure tratamentul corespunzător al pacienților cu încadrarea în cheltuielile bugetare aprobate cu această destinație;

|                                                                                                                                        |                                                |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------|
| <b>SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENTA GIURGIU</b><br><br>Șos. București nr. 82 – Giurgiu, Jud. Giurgiu<br>tel/fax: 0246/211.550 0246/216.293 | <b>REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE</b> | Ediția: 1 |
|                                                                                                                                        | <b>ROF.SJUG-01</b>                             |           |

2. monitorizarea cazurilor si a frecvenței reacțiilor adverse in tratamentul pacientilor cu produse medicamentoase;
3. identificarea factorilor de risc la prescrierea anumitor medicamente;
4. evaluarea avantajelor administrării unor medicamente pentru pacienții internati;
5. evitarea intrebuintării eronate si abuzului de produse medicamentoase;
6. verifica prin sondaj modul de stabilire a medicației pentru pacienții internati si evidentierea acestora
7. verifica investigațiile stabilite la internare si pentru pacienții internati, ca numar si din punct de vedere al oportunității;
8. dispune elaborarea si aproba protocoalele terapeutice;
9. efectueaza si alte investigații privind asigurarea asistentei medicale de urgenta;
10. intocmeste rapoarturi scrise in atenția Comitetului Director privind realizarea sarcinilor de catre Comisie si formularea unor propuneri de eficientizare.

In functie de cazurile analizate vor fi convocate la sedinta si alte persoane cu sarcini specifice si responsabilitati la propunerea Presedintelui comisiei.

### 3. COMISIA DE ANALIZA DRG

Functioneaza in conformitate cu:

- Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sănătății , cu modificările și completările ulterioare;
- O.M.S.P. nr. 921/2006 privind stabilirea atribuțiilor Comitetului Director din cadrul spitalului public;
- Ordinul Casei Naționale a Asigurărilor de Sănătate nr. 649/2009 a Regulilor de validare a cazurilor spitalizate în regim de spitalizare continuă și a Metodologiei de evaluare a cazurilor invalidate pentru care se solicită revalidarea;
- Contractului cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Componenta comisiei se stabilește prin decizie internă a managerului.

**Atribuțiile Comisiei de analiza D.R.G.** sunt urmatoarele:

- Analizează toate cazurile nevalidate, iar cele care pot fi revalidate sunt transmise secției în vederea remedierii deficiențelor și transmiterii lor compartimentului de Statistică și D.R.G. pentru raportarea acestora spre revalidare; .
- Analizează modul de codificare în vederea îmbunătățirii indicelui de complexitate.
- Analizeaza corectitudinea codificării în sistem D.R.G.
- Instruieste permanent personalul medical implicat in codificarea in sistem D.R.G.
- Corecteaza si completeaza datele necompletate din foile de observatie pentru obtinerea unui procentaj maxim pentru cazul respectiv in sistem D.R.G.
- Implementeaza, sistematizeaza, prelucreaza si evalueaza masurile pentru cresterea numarului cazurilor care beneficiaza de spitalizare de zi in conformitate cu Ordinul Casei Naționale a Asigurărilor de Sănătate.
- Urmareste concordanta intre indicele de concordanță a diagnosticului la internare cu diagnosticul la externare.

Comisia D.R.G. se va intruni ori de cate ori este nevoie, in functie de specificul cazurilor, dar nu mai putin o data pe trimestru.

Propunerile consemnate in procesele verbale ale sedintelor Comisiei D.R.G. vor fi inaintate spre analiza Consiliului Medical

|                                                                                                                                        |                                                |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------|
| <b>SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENTA GIURGIU</b><br><br>Șos. București nr. 82 – Giurgiu, Jud. Giurgiu<br>tel/fax: 0246/211.550 0246/216.293 | <b>REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE</b> | Ediția: 1 |
|                                                                                                                                        | <b>ROF.SJUG-01</b>                             |           |

#### 4.COMISIA DE TRANSFUZIE SI HEMOVIGILENTA

Functioneaza in conformitate cu:

- O.M.S. nr. 921/2006 privind stabilirea atribuțiilor Comitetului Director din cadrul spitalului public;
- O.MS. 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 cu modificările si completările ulterioare
- Ordin MS Nr. 1224 din 9 octombrie 2006 pentru aprobarea Normelor privind activitatea unităților de transfuzie sanguină din spitale

Componenta comisiei de transfuzie și hemovigilență a fost stabilita prin decizie internă a managerului.

**Responsabilitățile comisiei de transfuzie și hemovigilență din spital sunt următoarele:**

- monitorizarea nivelului de asigurare a securității transfuzionale la nivelul spitalului;
- elaborarea și implementarea documentației necesare aplicării în practica din spital a ghidurilor de utilizare clinică a sângelui total și a componentelor sanguine;
- evaluarea nivelului de pregătire profesională în domeniul transfuziei sanguine a tuturor categoriilor de personal implicate în activitatea de transfuzie sanguină din spital;
- monitorizarea utilizării corecte a terapiei transfuzionale în secțiile spitalului;
- organizarea și monitorizarea funcționării sistemului de hemovigilență la nivelul spitalului și colaborarea cu centrul de transfuzie teritorial în analiza reacțiilor și incidentelor adverse severe;
- elaborarea și implementarea, în colaborare cu compartimentul de managementul calitatii din spital, a sistemului de calitate în unitatea de transfuzie sanguină din spital și la nivelul secțiilor, privind activitatea de transfuzie sanguină
- verificarea conținutului FOCG privind documentele menționate în anexa nr. 1 și, după caz, în anexa nr. 2 - partea A și în anexa nr. 3 - partea A din Ordinul MS nr. 1228/2006;
- răspunde la sesizările în legătură cu orice probleme privitoare la circuitul de transmitere a informațiilor pentru ameliorarea eficacității hemovigilenței;
- verificarea condițiilor de preluare, de stocare și distribuție a depozitelor de sânge din unitatea de transfuzie sanguină a spitalului;
- întocmirea rapoartelor bianuale de evaluare a hemovigilenței, pe care le transmite coordonatorului județean de hemovigilență;
- transmiterea coordonatorului județean de hemovigilență rapoartele, conform anexei nr. 2 - partea A + C și anexei nr. 3 - partea A + B din Ordinul MS nr. 1228/2006;
- participarea 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).

#### 5. COMISIA DE ANALIZA A DECESELOR

Functioneaza in conformitate cu:

- Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
- O.M.S.P. nr. 921/2006 privind stabilirea atribuțiilor Comitetului Director din cadrul spitalului public; Legea nr.104/2003 privind manipularea cadavrelor umane si prelevarea organelor si tesuturilor de la cadavre în vederea transplantului;
- H.G.R. nr. 451.2004 pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare a Legii nr. 104/2003.

Componenta comisiei de analiza a deceselor intraspitalicesti a fost stabilita prin decizie internă a managerului astfel:

|                                                                                                                                        |                                                |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------|
| <b>SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENTĂ GIURGIU</b><br><br>Șos. București nr. 82 – Giurgiu, Jud. Giurgiu<br>tel/fax: 0246/211.550 0246/216.293 | <b>REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE</b> | Ediția: 1 |
|                                                                                                                                        | <b>ROF.SJUG-01</b>                             |           |

**Atributiile Comisiei de analiza a deceselor intraspitalicești** sunt următoarele:

- Analizează periodic, o dată pe lună, sau de câte ori este nevoie, numărul deceselor înregistrate în activitatea spitalului, astfel:
  - o Numărul deceselor în totalitate
  - o Numărul deceselor la 24 de ore de la internarea pacientului
  - o Numărul deceselor intraoperatorii
  - o Numărul deceselor la 48 de ore de la intervenția operatorie
- Analizează motivele medicale care au dus la decesul pacienților, cuprinse în FOCG și Certificatul de deces;
- În situația în care se constată un deces survenit ca urmare a acțiunii personalului medical (malpraxis) prezintă cazul conducerii spitalului în vederea luării de măsuri necesare;
- Solicită audierea medicului curant în cazul în care se constată anumite nelămuriri;
- Evidențiază gradul de concordanță diagnostică între diagnosticul de internare, diagnosticul de externare și final (anatomic-patologic) având ca scop creșterea gradului de concordanță diagnostică;
- Dezbate cazurile, aduce în atenție cele mai noi și corespunzătoare tratamente medicale care se aplică pacienților din spital;
- Redactează un proces verbal de ședință în care consemnează rezultatele activității, prezentând concluziile analizei.

Comisia de analiză a deceselor intraspitalicești se va întruni ori de câte ori este nevoie dar nu mai puțin o dată pe trimestru. Procesele verbale ale ședințelor Comisiei de analiză a deceselor intraspitalicești vor fi înaintate spre analiză Managerului/Directorului medical/.

## 6. COMISIA MEDICAMENTULUI

Componenta comisiei medicamentului este stabilită prin decizia managerului.

Principalele atribuții ale comisiei medicamentului sunt următoarele:

- analizează consumul de medicamente pe secții, pe spital și propun măsuri pentru reducerea sau suplimentarea consumului de anumite produse medicamentoase;
- întocmesc fișele pentru raportarea spontană a reacțiilor adverse la medicamente;
- controlează și asigură la nivelul spitalului prescrierea și justa utilizare a medicamentelor și evitarea polipragmăziei;
- urmăresc folosirea la prescripții a DCI a medicamentelor;
- urmăresc eliberarea de medicamente din farmacia spitalului doar pe bază de condiții de prescripții medicamente.

## 7. NUCLEUL CALITĂȚII

Funcționează în conformitate cu:

- Prevederile legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
- Ordinul 559/874/4017/08.11.2001 al C.N.A.S. privind înființarea nucleelor de calitate în unitățile spitalicești;
- Necesitatea îmbunătățirii calității serviciilor medicale și implicit a nivelului de performanță al spitalului;

Componenta nucleului de calitate a fost stabilită prin decizie internă a managerului.

**Atributiile Nucleului Calității** stabilite sunt următoarele:

|                                                                                                                                        |                                                |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------|
| <b>SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENTĂ GIURGIU</b><br><br>Șos. București nr. 82 – Giurgiu, Jud. Giurgiu<br>tel/fax: 0246/211.550 0246/216.293 | <b>REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE</b> | Ediția: 1 |
|                                                                                                                                        | <b>ROF.SJUG-01</b>                             |           |

- Implementarea de măsuri organizatorice privind îmbunătățirea calității actului medical, a condițiilor de cazare, igienă și alimentație;
- Desfășoară activitate de evaluare și monitorizare a calității și eficienței activităților medicale desfășurate în spital;
- Analizează sugestiile pacienților tratați în spital, referitoare la activitatea medicală a spitalului;
- Analiza cazuisticii abordate;
- Analiza ratei de utilizare a paturilor la nivel de secții și pe întreg spitalul;
- Analiza ratei de morbiditate;
- Analiza duratei medii de spitalizare;
- Analiza numărului de urgente din totalul pacienților prezentați;
- Analiza existenței și corectitudinii completării documentelor medicale justificative cerute de lege;
- Evaluarea gradului de satisfacție al pacienților;
- Analiza numărului de infecții nosocomiale și frecvența infecțiilor nosocomiale și evaluează factorii de risc;
- Nucleul de calitate se ocupă cu implementarea și dezvoltarea mecanismului de monitorizare a calității îngrijirilor medicale în raport cu indicatorii activității clinice și financiare;
- Identifica, clasifică și determină indicatorii de calitate;
- Dezvolta sistemele care asigură furnizarea serviciilor în sensul satisfacerii cerințelor pacienților;
- Desfășurarea de activități prevăzute în planul calității aprobat de către Comitetul Director și se încadrează în cheltuielile aprobate pentru implementarea sistemului de management al calității;
- Coordonarea de activități de analiză a neconformităților constatate și propune Managerului/Comitetului Director, acțiunile corective;
- Elaborarea unui plan de măsuri pentru îmbunătățirea calității serviciilor medicale, cu includerea de obiective și măsuri specifice fiecărei secții;
- Analizarea eficienței procedurilor și protocoalelor implementate și necesitatea introducerii altora noi.
- Elaborarea raportului asupra calității serviciilor medicale furnizate ce va fi prezentat Comitetului director spre informare și propune măsurile corective ce trebuie luate în cazul neconformităților

Nucleul de calitate se va întruni ori de câte ori este nevoie dar nu mai puțin o dată pe trimestru. Propunerile privind măsurile consemnate în procesele verbale ale ședințelor Nucleului de calitate vor fi înaintate spre analiză/aprobare Comitetului Director.

## 8. COMPARTIMENTUL DE MANAGEMENT AL CALITĂȚII SERVICIILOR DE SĂNĂTATE

Funcționează în conformitate cu:

- Legea nr. 95 / 2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, art. 25, alin. (2), art. 175 alin. (1) și (2), art. 178 alin. (1), art. 179 alin. (2), art. 185 alin. (1) și (4), art. 217 alin. (3), art. 238, 239 și 240;
- Ordinul Ministerului Sănătății nr. 972 / 2010 pentru aprobarea procedurii, standardelor și metodologiei de acreditare a spitalelor, cu modificările și completările ulterioare



|                                                                                                                                        |                                                |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------|
| <b>SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENTĂ GIURGIU</b><br><br>Șos. București nr. 82 – Giurgiu, Jud. Giurgiu<br>tel/fax: 0246/211.550 0246/216.293 | <b>REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE</b> | Ediția: 1 |
|                                                                                                                                        | <b>ROF.SJUG-01</b>                             |           |

- Ordinul Ministerului Sănătății nr. 975 / 2012 privind organizarea structurii de management al calității serviciilor medicale în cadrul unităților sanitare cu paturi din rețeaua Ministerului Sănătății și a autorităților administrației publice locale.

Compartimentul de management al calității serviciilor de sănătate are ca atribuții asigurarea și garantarea calității serviciilor oferite de către spital clienților săi pacienți precum și comunității pe care o deservește, în ansamblul ei, în acest sens fiind necesară atingerea următoarelor **OBIECTIVE**:

- Dezvoltarea unui sistem de management al calității serviciilor de sănătate atât la nivelul fiecărui sector de activitate cât, și pe ansamblul întregii organizații;
- Elaborarea unui manual al calității specific organizației, popularizarea acestuia la nivelul fiecărui angajat, verificarea cunoașterii și înțelegerii conceptului de calitate și a importanței acestuia;
- Pregătirea continuă a personalului în vederea aplicării componentelor sistemului de management specifice fiecărui sector de activitate și cunoașterii atribuțiilor individuale în acest sens;
- Implementarea sistemului de management al calității la nivelul tuturor sectoarelor de activitate din organizație;
- Respectarea permanentă de către angajați a criteriilor stabilite pentru îndeplinirea standardelor de calitate asumate de organizație;
- Actualizarea periodică (ori de câte ori este nevoie) a parametrilor / procedurilor care concură la îndeplinirea criteriilor specifice fiecărui standard.

În vederea atingerii obiectivelor, membrii compartimentului de management al calității serviciilor de sănătate desfășoară următoarele **ACTIVITĂȚI**:

- Organizarea periodică (săptămânal) a întâlnirilor de lucru ale Compartimentului de management al calității serviciilor de sănătate, pentru asigurarea eficacității procesului de analiză a calității;
- Elaborarea și implementarea Regulamentului de organizare și funcționare al Compartimentului de management al calității serviciilor de sănătate;
- Constituirea și administrarea bazei de date specifice de la nivelul spitalului, necesară populării aplicației informatice de dezvoltare a sistemului de management al calității serviciilor de sănătate;
- Analiza permanentă a gradului de conformitate cu standardele de calitate prestabilite, realizată pe baza modalităților de verificare a îndeplinirii criteriilor furnizate de aplicație;
- Identificarea și monitorizarea parametrilor constitutivi ai sistemului de management al calității, funcție de necesitățile de satisfacere / îndeplinire a standardelor;
- Monitorizarea procesului de elaborare a procedurilor specifice de la nivelul spitalului prin utilizarea modelelor standard în vederea asigurării conformității;
- Monitorizarea activităților de la nivelul spitalului, în baza procedurilor elaborate, în vederea asigurării uniformității, omogenității și conformității la nivelul întregii organizații;
- Îndrumarea și asistarea personalului angajat al organizației în vederea cunoașterii parametrilor de lucru specifice fiecărui sector de activitate, precum și verificarea modului de implementare și aplicare al sistemului de management al calității serviciilor de sănătate la nivelul fiecărui compartiment;
- Monitorizarea modului de funcționare, respectare / actualizare a parametrilor specifici de calitate în activitățile curente ale fiecărui compartiment;
- Identificarea și analiza neconformităților, elaborarea și difuzarea periodică a rapoartelor specifice către responsabilii de proces / activitate apreciată ca neconformă, precum și către responsabilul de compartiment, pentru luarea măsurilor necesare corecțiilor care se impun;
- Planificarea procesului privind desfășurarea activității spitalului, conform planului anual de activitate, precum și elaborarea planului lunar al Compartimentului de management al calității

|                                                                                                                                        |                                                |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------|
| <b>SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENTA GIURGIU</b><br><br>Șos. București nr. 82 – Giurgiu, Jud. Giurgiu<br>tel/fax: 0246/211.550 0246/216.293 | <b>REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE</b> | Ediția: 1 |
|                                                                                                                                        | <b>ROF.SJUG-01</b>                             |           |

serviciilor de sănătate, pentru stabilirea calendarului privind direcțiile de acțiune și etapele subsecvente de lucru;

- Înregistrarea și procesarea documentelor specifice de lucru, la nivelul Compartimentului de management al calității serviciilor de sănătate, organizarea evidenței și arhivarea corespunzătoare a acestora, cu respectarea unui sistem reglementat de stocare electronică și fizică;
- Asigurarea utilizării unui sistem certificat de siguranță și securitate a documentelor și a bazelor de date, de la nivelul spitalului;
- Realizarea, implementarea și monitorizarea unui sistem propriu al spitalului, privind organizarea și respectarea unui circuit al documentelor la nivelul fiecărui sector de activitate, respectiv verificarea periodică a aplicării acestuia, integritatea și disponibilitatea documentelor, conform legii;
- Asigurarea unui sistem coerent de comunicare și informare a managerului asupra neconformităților considerate critice pentru organizație, prin realizarea unui feed-back operativ al informației;
- Asigurarea calității serviciilor de sănătate, în baza colaborării permanente cu organisme de audit extern selectate de management în vederea realizării de radiografii precise și complete ale fiabilității și ale gradului de respondență a sistemului de management al calității serviciilor de sănătate la nevoile organizației / așteptările beneficiarilor;
- Elaborarea periodică a documentației privind evoluția procesului de implementare a calității serviciilor de sănătate la nivelul întregului spital, prin redactarea rapoartelor lunare de activitate către Responsabilul pentru managementul calității serviciilor de sănătate (RMCS);
- Actualizarea permanentă a informațiilor asupra modificării sau completării standardelor aplicabile domeniului de îngrijire a sănătății și elaborarea propunerilor privind dezvoltarea / modificarea în consecință a propriului sistem de management al calității serviciilor de sănătate;
- Menținerea unui grad ridicat de pregătire și perfecționare în domeniul calității a personalului de specialitate și îndrumarea periodică a personalului de la nivelul întregii organizații, asupra calendarului evenimentelor privind standardele de calitate și modalitățile de implementare ale acestora;
- Elaborarea și monitorizarea implementării Planului strategic al organizației, analiza fezabilității și a gradului de realizare a obiectivelor propuse, în concordanță cu studiile de marketing privind tipul și cantitatea serviciilor necesare, corelate cu proiecțiile de infrastructură și resurse umane preconizate ca necesare.
- Identificarea, catalogarea și monitorizarea riscurilor specifice, precum și a măsurilor dispuse și aplicate în vederea diminuării acestora.

## 9. CONSILIUL DE ETICA

Consiliul de Etică reprezintă forul de autoritate morală constituit în cadrul spitalelor publice, în vederea garantării punerii în valoare a principiilor morale sau deontologice în cadrul sistemului de sănătate.

Consiliul de etică din Spitalul Județean de Urgență Giurgiu funcționează în conformitate cu prevederile Art.185 alin 1 și 2 din Legea nr.95/2006 cu modificările și completările ulterioare și Ord. M.S nr. 145/2015

prin care se stabilește componența și atribuțiile acestuia.

Consiliul de etică este constituit din 7 membri, cu următoarea reprezentare:

- 3 reprezentanți aleși ai corpului medical al spitalului;
- 2 reprezentanți aleși ai asistenților medicali din spital;



|                                                                                                                                        |                                                |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------|
| <b>SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENTĂ GIURGIU</b><br><br>Șos. București nr. 82 – Giurgiu, Jud. Giurgiu<br>tel/fax: 0246/211.550 0246/216.293 | <b>REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE</b> | Ediția: 1 |
|                                                                                                                                        | <b>ROF.SJUG-01</b>                             |           |

- un consilier juridic sau un reprezentant al aparatului funcțional al spitalului cu studii superioare, desemnat de managerul unității;
- un reprezentant ales al asociațiilor de pacienți.

Secretarul consiliului de etică este un angajat cu studii superioare al spitalului, desemnat prin decizia managerului. Secretarul nu are drept de vot în cadrul ședințelor consiliului de etică.

**Atribuțiile Consiliului de Etică** sunt următoarele:

- Promovează valorile etice în rândul personalului medico-sanitar, auxiliar și administrativ al unității sanitare;
- Identifică și analizează vulnerabilitățile etice și riscurile apărute, propune managerului adoptarea și implementarea măsurilor de prevenție a actelor de corupție la nivelul unității;
- Formulează și înaintează managerului propuneri pentru diminuarea riscurilor de incidente de etică;
- Analizează și avizează regulamentul de ordine interioară al unității sanitare și poate face propuneri pentru îmbunătățirea acestuia;
- Formulează punct de vedere etic consultativ, la solicitarea comitetului director al unității sanitare;
- Analizează din punct de vedere etic situațiile de dubiu care pot apărea în exercitarea profesiei medicale. În situația în care un cadru medico-sanitar reclamă o situație de dubiu etic ce vizează propria sa activitate, avizul etic nu poate fi utilizat pentru incriminarea cadrului medico-sanitar respectiv, dacă solicitarea s-a realizat anterior actului medical la care se face referire;
- Primește din partea managerului unității sanitare, sesizările făcute în vederea soluționării.
- Analizează cazurile de încălcare a principiilor morale sau deontologice în relația pacient – cadru medical sanitar și personal auxiliar din cadrul spitalului.
- Verifică dacă personalul medico-sanitar și auxiliar, prin conduita sa, încalcă drepturile pacienților prevăzute în legislația specifică ( Legea nr. 46/2003 ), pe baza sesizărilor primite;
- Analizează sesizările personalului unității în legătură cu diferitele tipuri de abuzuri săvârșite către pacienți sau superiori ierarhici. În măsura în care constată încălcări ale drepturilor personalului, propune măsuri concrete pentru apărarea bunei reputații a personalului;
- Analizează sesizările ce privesc nerespectarea demnității umane și propune măsuri concrete de soluționare;
- Emite avize referitoare la incidentele semnalate ;
- Emite hotărâri cu caracter general ce vizează unitatea sanitară;
- Asigură informarea managerului, a compartimentului de integritate din cadrul Ministerului Sănătății și a petentului privind conținutul avizului etic. Managerul poartă răspunderea asoluțiilor propuse;
- Aprobă conținutul comunicărilor adresate petenților, ca răspuns la sesizările acestora;
- Înaintează către organele abilitate sesizările ce privesc plăt看ile informale ale pacienților către personalul medico – sanitar ori auxiliar sau acte de condiționare a acordării serviciilor medicale de obținere a unor foloase, în cazul în care persoanele competente nu au sesizat organele conform atribuțiilor de serviciu;
- Sesizează organele abilitate ale statului ori de câte ori consideră că aspectele dintr-o speță pot face obiectul unor infracțiuni, dacă acestea nu au fost sesizate de reprezentanții unității sanitare sau de către petent;
- Aprobă conținutul rapoartelor bianuale și anuale întocmite de secretarul consiliului de etică;
- Redactează Anuarul etic, care cuprinde modul de soluționare a spețelor reprezentative din cursul anului precedent. Anuarul etic este pus la dispoziția angajaților, constituind în timp un manual de bune practici la nivelul unității sanitare;
- Analizează rezultatele aplicării chestionarului de evaluare a părții mecanismului de feedback al pacientului. Chestionarul de evaluare este prevăzut în anexa 4 din Ordin și în conformitate cu Ord. Nr. 146/2015 al MS.

|                                                                                                                                        |                                                |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------|
| <b>SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENTĂ GIURGIU</b><br><br>Șos. București nr. 82 – Giurgiu, Jud. Giurgiu<br>tel/fax: 0246/211.550 0246/216.293 | <b>REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE</b> | Ediția: 1 |
|                                                                                                                                        | <b>ROF.SJUG-01</b>                             |           |

#### **Funcționarea consiliului de etică:**

1. Consiliul de etică 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.

2. Deciziile se adoptă prin vot secret cu majoritate simplă. În cazul în care în urma votului membrilor consiliului de etică se înregistrează o situație de paritate, votul președintelui este decisiv.

3. La fiecare ședință a consiliului de etică se întocmește un proces verbal care reflectă activitatea desfășurată și deciziile luate.

#### **10. COMISIA DE DISCIPLINA**

Funcționează în conformitate cu:

- Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare; O.M.S.P. nr. 921/2006 privind stabilirea atribuțiilor Comitetului Director din cadrul spitalului public;
- -Legea nr.53/2003 cu modificările și completările ulterioare.

Desemnarea nominală a membrilor Comisiei de disciplina s-a stabilit de către Comitetul Director al spitalului, iar numirea membrilor Comisiei de disciplina s-a stabilit prin decizie internă a Managerului.

**Atribuțiile Comisiei de Disciplina** sunt următoarele:

- asigură prin activitatea desfășurată respectarea legislației în vigoare;
- participă la ședințele de lucru, putând absenta doar în cazuri excepționale, temeinic justificate;
- respectă confidențialitatea deliberărilor și a datelor cu caracter personal, în condițiile legii;
- nu își exprimă public opinia cu privire la procedurile aflate în derulare;
- analizează referatele cu propunere de sancționare a oricărui membru al personalului angajat;
- soluționează cazurile de nerespectare a obligațiilor de serviciu, a normelor de comportare și a regulilor de disciplină, la solicitarea conducerii sau la reclamația unei persoane neutre;
- stabilește împrejurările în care fapta a fost săvârșită;
- analizează gradul de vinovăție al salariatului, precum și consecințele abaterii disciplinare;
- verifică eventualele sancțiuni disciplinare suferite anterior de salariat;
- efectuează cercetarea disciplinară prealabilă.

#### **Desfășurarea activității de cercetare disciplinară prealabilă**

- În vederea desfășurării cercetării disciplinare prealabile, comisia de cercetare disciplinară prealabilă convoacă în scris salariatul, precizându-se obiectul, data, ora și locul întrevederii.
- Neprezentarea salariatului la convocarea făcută în condițiile prevăzute la alin. (1) fără un motiv obiectiv dă dreptul angajatorului să dispună sancționarea, fără efectuarea cercetării disciplinare prealabile.
- În cursul cercetării disciplinare prealabile salariatul are dreptul să formuleze și să susțină toate apărările în favoarea sa și să ofere persoanei împuternicite să realizeze cercetarea toate probele și motivațiile pe care le consideră necesare, precum și dreptul să fie asistat, la cererea sa, de către un reprezentant al sindicatului al cărui membru este.
- Comisia de cercetare disciplinară prealabilă, după convocare face un raport de cercetare disciplinară prin care arată ce anume s-a încălcat din fișa postului, regulamentul intern, contract colectiv de muncă, etc. și face propunerea de sancționare.
- De asemenea, decizia comisiei de cercetare disciplinară prealabilă va fi avizată pentru legalitate de către consilierul juridic, dacă acesta nu face parte din comisia de disciplină.
- Lucrările comisiei de cercetare disciplinară prealabilă se consemnează într-un registru de procese verbale.
- Decizia se comunică atât salariatului, în scris în termen de 5 zile de la emiterea și avizarea acesteia de către manager cât și compartimentului RUNOS, spre înștiințare pentru

|                                                                                                                                        |                                                |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------|
| <b>SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENTĂ GIURGIU</b><br><br>Șos. București nr. 82 – Giurgiu, Jud. Giurgiu<br>tel/fax: 0246/211.550 0246/216.293 | <b>REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE</b> | Ediția: 1 |
|                                                                                                                                        | <b>ROF.SJUG-01</b>                             |           |

actualizarea dosarului personal al salariatului și pentru păstrare în registrul ținut de către compartimentul RUNOS.

- Comunicarea se predă personal salariatului, cu semnătură de primire, ori, în caz de refuz al primirii, prin scrisoare recomandată, la domiciliul sau reședința comunicată de acesta.
- Salariatul are dreptul ca în 2 zile lucrătoare de la primirea deciziei să formuleze într-o notă explicativă apărarea în scris și de a prezenta noi probe în apărarea sa, inclusiv martori pe care le prezintă comisiei de cercetare disciplinară prealabilă.
- După primirea Notei explicative, comisia de cercetare disciplinară prealabilă dă curs apărărilor salariatului, formulate în scris sau exprimate oral în fața comisiei.
- După cercetarea apărărilor salariatului, comisia de cercetare disciplinară prealabilă propune sau nu o sancțiune disciplinară.

### **Aplicarea sancțiunii disciplinare**

Managerul stabilește sancțiunea disciplinară aplicabilă în raport cu gravitatea abaterii disciplinare săvârșite de salariat, avându-se în vedere următoarele:

- a) împrejurările în care fapta a fost săvârșită;
- b) gradul de vinovăție a salariatului;
- c) consecințele abaterii disciplinare;
- d) comportarea generală în serviciu a salariatului;
- e) eventualele sancțiuni disciplinare suferite anterior de către acesta.

Conform art. 252 din Legea nr. 53/2003 – Codul Muncii aplicarea sancțiunii disciplinare se realizează astfel:

- Managerul dispune aplicarea sancțiunii disciplinare printr-o decizie emisă în formă scrisă, în termen de 30 de zile calendaristice de la data luării la cunoștință despre săvârșirea abaterii disciplinare, dar nu mai târziu de 6 luni de la data săvârșirii faptei.
- Sub sancțiunea nulității absolute, în decizie se cuprind în mod obligatoriu:
  - descrierea faptei care constituie abatere disciplinară;
  - precizarea prevederilor din statutul de personal, regulamentul intern, contractul individual de muncă sau contractul colectiv de muncă aplicabil care au fost încălcate de salariat;
  - motivele pentru care au fost înlăturate apărărilor formulate de salariat în timpul cercetării disciplinare prealabile sau motivele pentru care, în condițiile prevăzute la art. 251 alin. (3) din legea nr. 53/2003 – Codul Muncii, nu a fost efectuată cercetarea;
  - temeiul de drept în baza căruia sancțiunea disciplinară se aplică;
  - termenul în care sancțiunea poate fi contestată;
  - instanța competentă la care sancțiunea poate fi contestată.
- Decizia de sancționare se comunică salariatului în cel mult 5 zile calendaristice de la data emiterii și produce efecte de la data comunicării.
- Comunicarea se predă personal salariatului, cu semnătură de primire, ori, în caz de refuz al primirii, prin scrisoare recomandată, la domiciliul sau reședința comunicată de acesta.
- Decizia de sancționare poate fi contestată de salariat la instanțele judecătorești competente în termen de 30 de zile calendaristice de la data comunicării.

### **Sanțiuni disciplinare care se pot aplica salariatului:**

Conform art. 248 din Legea nr. 53/2003 - Codul muncii, Sancțiunile disciplinare pe care le poate aplica angajatorul în cazul în care salariatul săvârșește o abatere disciplinară sunt:

- avertismentul scris;
- retrogradarea din funcție, cu acordarea salariului corespunzător funcției în care s-a dispus retrogradarea, pentru o durată ce nu poate depăși 60 de zile;
- reducerea salariului de bază pe o durată de 1-3 luni cu 5-10%;
- reducerea salariului de bază și/sau, după caz, și a indemnizației de conducere pe o perioadă de 1-3 luni cu 5-10%;
- desfacerea disciplinară a contractului individual de muncă.

|                                                                                                                                        |                                                |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------|
| <b>SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENTA GIURGIU</b><br><br>Șos. București nr. 82 – Giurgiu, Jud. Giurgiu<br>tel/fax: 0246/211.550 0246/216.293 | <b>REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE</b> | Ediția: 1 |
|                                                                                                                                        | <b>ROF.SJUG-01</b>                             |           |

În cazul în care, prin statute profesionale aprobate prin lege specială, se stabilește un alt regim sancționator, va fi aplicat acesta.

Sanctiunea disciplinară se radiază de drept în termen de 12 luni de la aplicare, dacă salariatului nu i se aplică o nouă sancțiune disciplinară în acest termen. Radierea sancțiunilor disciplinare se constată prin decizie a angajatorului emisă în formă scrisă.

În art. 249 din Legea nr. 53/2003 - Codul muncii sunt precizate următoarele aspecte:

- Amenzile disciplinare sunt interzise.
- Pentru aceeași abatere disciplinară se poate aplica numai o singură sancțiune

## 11. COMISIA DE PREVENIRE SI COMBATERE A INFECTIILOR NOSOCOMIALE

Functioneaza in conformitate cu :

- Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
- O.M.S. nr. 921/2006 privind stabilirea atribuțiilor Comitetului Director din cadrul spitalului public;
- O.M.S. 916/2006 privind aprobarea normelor de supraveghere si prevenire si control al infectiilor nosocomiale in unitatile sanitar ;
- O.M.S. nr.261/2007 pentru aprobarea Normelor tehnice privind curățarea, dezinfectia și sterilizarea în unitățile sanitare, completat cu O.M.S.P.nr. 840/2007.

Componenta comisiei de prevenire si combatere a infectiilor nosocomiale se stabilește prin decizie internă a managerului.

**Atributiile Comisiei de combatere si prevenire a infectiilor nosocomiale** sunt urmatoarele:

- monitorizeaza condițiile de implementare în activitate a prevederilor planului anual de activitate pentru supravegherea și controlul infecțiilor nosocomiale
- urmareste îndeplinirea obiectivelor planului de activitate, urmareste rezultatele obținute, eficiența economică a măsurilor
- face propuneri privind necesarul de dezinfectante si materiale de curatenie/sanitare, necesar in sectie derulării activităților fundamentate prin planul anual de activitate pentru supravegherea și controlul infecțiilor nosocomiale și îmbunătățirea continuă a condițiilor de desfășurare a activităților și a dotării tehnico-materiale necesare evitării sau diminuării riscului pentru infecție nosocomiale
- urmareste asigurarea condițiilor de igienă, privind cazarea și alimentația pacienților
- urmareste organizarea și funcționarea sistemului informațional pentru înregistrarea, stocarea, prelucrarea și transmiterea informațiilor privind infecțiile nosocomiale.
- urmareste respectarea normativelor cuprinse în planul anual de activitate pentru supravegherea și controlul infecțiilor nosocomiale de la nivelul secțiilor și serviciilor din unitate, în colaborare cu responsabilul coordonator al activității specifice și cu medicii șefi de secție
- verifica si urmareste evidența internă din secție și informațiile transmise eșaloanelor ierarhice, conform legii sau la solicitare legală, aferente activității de supraveghere, depistare, diagnostic, investigare epidemiologică, și măsurile de control al focarului de infecție nosocomială din unitate
- urmareste si asigura utilizarea în activitatea curentă, la toate componentele activităților medicale de prevenție, diagnostic, tratament și recuperare, a procedurilor și tehnicilor prevăzute în protocoalele unității, a standardelor de sterilizare și sterilitate, asepsie și antisepsie, respectiv a normelor privind cazarea, alimentația și condițiile de igienă oferite pe perioada îngrijirilor acordate;
- urmareste asigurarea aplicarii Precauțiunilor universale și izolare specială a bolnavilor la nivel de secție.
- evalueaza si monitorizeaza respectarea comportamentului igienic al personalului din spital, a respectării regulilor de tehnică aseptică de către acestea
- -monitorizeaza respectarea circuitelor funcționale din secție în funcție de specific;

|                                                                                                                                        |                                                |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------|
| <b>SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENTA GIURGIU</b><br><br>Șos. București nr. 82 – Giurgiu, Jud. Giurgiu<br>tel/fax: 0246/211.550 0246/216.293 | <b>REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE</b> | Ediția: 1 |
|                                                                                                                                        | <b>ROF.SJUG-01</b>                             |           |

- monitorizeaza respectarea starii de curățenie din secție, de respectarea normelor de igienă și antiepidemice;
- inaintea propuneri catre C.P.C.I.N. cu privire la planificarea aprovizionării cu materiale necesare prevenirii infecțiilor nosocomiale și menținerii stării de igienă;
- monitorizeaza respectarea măsurilor de aseptie și antisepsie;
- monitorizeaza igiena bolnavilor și a însoțitorilor și face educația sanitară a acestora;
- instruește personalul din spitalului asupra ținutei și comportamentului igienic, precum și asupra respectării normelor de tehnică aseptică
- urmareste frecvența infecțiilor nosocomiale din sectie si evalueaza factorii de risc

Comisia de combatere si prevenire a infectiilor nosocomiale se va intruni trimestrial si ori de cate ori este nevoie. Propunerile consemnate in procesele verbale ale sedintelor Comisiei de combatere si prevenire a infectiilor nosocomiale vor fi inaintate spre analiza Managerului/Directorului medical/Comitetului director.

## 12. COMITETUL DE SECURITATE ȘI SĂNĂTATE ÎN MUNCĂ

Funcționează în conformitate cu:

- Legea nr. 319/2006 a securității și sănătății în muncă;
- H.G.R. nr. 1425/2006 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Legii securității și sănătății în muncă nr. 319/2006 ;
- HGR nr 955 / 2010 pentru modificarea si completarea HGR 1425 / 2006;
- Hotararea 1091/2006 privind cerintele minime de securitate si sanatate pentru locul de munca;
- Legea nr 418 / 2004 Statutul Medicului de Medicina muncii.

Comitetului de securitate si sanatate in munca a fost stabilit prin decizie interna a managerului.

**Atribuțiile Comisiei de sănătate și securitate în muncă** sunt urmatoarele:

În conformitate cu art. nr. 67 din HG 1425/2006 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Legii securității și sănătății în muncă nr. 319/2006, pentru realizarea informării, consultării și participării lucrătorilor, în conformitate cu art. 16, 17 și 18 din lege, comitetul de securitate și sănătate în muncă are cel puțin următoarele atribuții:

- analizează și face propuneri privind politica de securitate și sănătate în muncă și planul de prevenire și protecție, conform regulamentului intern sau regulamentului de organizare și funcționare;
- 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;
- analizează introducerea de noi tehnologii, alegerea echipamentelor, luând în considerare consecințele asupra securității și sănătății, lucrătorilor, și face propuneri în situația constatării anumitor deficiențe;
- analizează alegerea, cumpărarea, întreținerea și utilizarea echipamentelor de muncă, a echipamentelor de protecție colectivă și individuală;
- analizează modul de îndeplinire a atribuțiilor ce revin serviciului extern de prevenire și protecție, precum și menținerea sau, dacă este cazul, înlocuirea acestuia;
- propune măsuri de amenajare a locurilor de muncă, ținând seama de prezența grupurilor sensibile la riscuri specifice;
- analizează cererile formulate de lucrători privind condițiile de muncă și modul în care își îndeplinesc atribuțiile persoanele desemnate și/sau serviciul extern;
- 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;
- 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;

|                                                                                                                                        |                                                |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------|
| <b>SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENTĂ GIURGIU</b><br><br>Șos. București nr. 82 – Giurgiu, Jud. Giurgiu<br>tel/fax: 0246/211.550 0246/216.293 | <b>REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE</b> | Ediția: 1 |
|                                                                                                                                        | <b>ROF.SJUG-01</b>                             |           |

- analizează cauzele producerii accidentelor de muncă, îmbolnăvirilor profesionale și evenimentelor produse și poate propune măsuri tehnice în completarea măsurilor dispuse în urma cercetării;
- efectuează verificări proprii privind aplicarea instrucțiunilor proprii și a celor de lucru și face un raport scris privind constatările făcute;
- dezbate raportul scris, prezentat comitetului de securitate și sănătate în muncă de către conducătorul unității cel puțin o dată pe an, cu privire la situația securității și sănătății în muncă, la acțiunile care au fost întreprinse și la eficiența acestora în anul încheiat, precum și propunerile pentru planul de prevenire și protecție ce se va realiza în anul următor.

În conformitate cu art. 68-73 din HG 1425/2006 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Legii securității și sănătății în muncă nr. 319/2006, spitalul având calitatea de angajator conform HG 1425/2006, are următoarele obligații referitoare la comitetul de securitate și sănătate în muncă:

- Angajatorul trebuie să furnizeze comitetului de securitate și sănătate în muncă toate informațiile necesare, pentru ca membrii acestuia să își poată da avizul în cunoștință de cauză.
- Angajatorul trebuie să prezinte, cel puțin o dată pe an, comitetului de securitate și sănătate în muncă un raport scris care va cuprinde situația securității și sănătății în muncă, acțiunile care au fost întreprinse și eficiența acestora în anul încheiat, precum și propunerile pentru planul de prevenire și protecție ce se vor realiza în anul următor.
- Angajatorul trebuie să transmită raportul prevăzut la alin. (1), avizat de membrii comitetului de securitate și sănătate în muncă, în termen de 10 zile, inspectoratului teritorial de muncă.
- Angajatorul trebuie să supună analizei comitetului de securitate și sănătate în muncă documentația referitoare la caracteristicile echipamentelor de muncă, ale echipamentelor de protecție colectivă și individuală, în vederea selecționării echipamentelor optime.
- Angajatorul trebuie să informeze comitetul de securitate și sănătate în muncă cu privire la evaluarea riscurilor pentru securitate și sănătate, măsurile de prevenire și protecție atât la nivel de unitate, cât și la nivel de loc de muncă și tipuri de posturi de lucru, măsurile de prim ajutor, de prevenire și stingere a incendiilor și evacuare a lucrătorilor.
- Angajatorul comunică comitetului de securitate și sănătate în muncă punctul său de vedere sau, dacă este cazul, al medicului de medicina muncii, serviciului intern sau extern de prevenire și protecție, asupra plângerilor lucrătorilor privind condițiile de muncă și modul în care serviciul intern sau extern de prevenire și protecție își îndeplinește atribuțiile.
- În cazul în care angajatorul nu ia în considerare propunerile comitetului de securitate și sănătate în muncă, conform atribuțiilor prevăzute la art. 67, trebuie să motiveze decizia sa în fața comitetului; motivația va fi consemnată în procesul-verbal.

### **13.COMISIA DE MONITORIZARE, COORDONARE ȘI ÎNDRUMARE METODOLOGICĂ A IMPLEMENTĂRII ȘI DEZVOLTĂRII SISTEMULUI DE CONTROL INTERN**

Funcționează în conformitate cu:

- Ord. M.F.P. nr. 946/2005 pentru aprobarea Codului controlului intern, cuprinzând standardele de management/control intern la entitățile publice și pentru dezvoltarea sistemelor de control managerial, cu completările și modificările ulterioare;
- Ordonanța Guvernului nr.119/1999 privind controlul intern și controlul financiar preventiv, republicată;

Comisia este numită prin Dispoziție a managerului unității.

#### **Organizarea ședințelor și mecanismul de luare a deciziilor**

Comisia se întrunește, la convocarea președintelui, transmisă cu cel puțin 5 zile înainte de data ședinței, o dată pe lună sau ori de câte ori se consideră necesar pentru atingerea scopului pentru care a luat ființă, în urma transmiterii invitației scrise de către secretariatul Comisiei.

Lucrările Comisiei sunt conduse de către manager iar în caz de imposibilitate a managerului de către președintele Comisiei.



|                                                                                                                                        |                                                |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------|
| <b>SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENTĂ GIURGIU</b><br><br>Șos. București nr. 82 – Giurgiu, Jud. Giurgiu<br>tel/fax: 0246/211.550 0246/216.293 | <b>REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE</b> | Ediția: 1 |
|                                                                                                                                        | <b>ROF.SJUG-01</b>                             |           |

Absența de la ședința Comisei se motivează în scris către președintele Comisei.

În situațiile prevăzute la alin. (3), membrul Comisei are obligația de a delega, în scris, un înlocuitor din compartimentul său.

Comisia își desfășoară activitatea în prezența tuturor membrilor săi.

Hotărârile Comisei se iau prin consens. În situația în care consensul nu poate fi obținut, hotărârea se ia prin votul a jumătate plus unu din numărul membrilor comisiei. În cazul în care se constată egalitate de voturi, votul președintelui este hotărâtor.

Desfășurarea ședinței se consemnează în minuta care este redactată de către secretariatul Comisei și transmisă în scris membrilor acesteia în termen de 5 zile lucrătoare de la data ședinței.

#### **Atribuțiile Comisei**

- Elaborează programul de dezvoltare a sistemului de control intern/managerial al instituției, program care cuprinde obiective, acțiuni, responsabilități, termene, precum și alte măsuri necesare dezvoltării acestuia, cum ar fi elaborarea și aplicarea procedurilor formalizate pe activități, perfecționarea profesională. La elaborarea programului se vor avea în vedere regulile minime de management, conținute în standardele de control intern, aprobate prin Ordinul ministrului finanțelor publice nr.946/2005, cu modificările și completările ulterioare, particularitățile organizatorice și funcționale ale instituției, personalul și structura acestuia, alte reglementări și condiții specifice.
- Supune aprobării managerului programul de dezvoltare a sistemului de control intern/managerial al instituției.
- Urmărește realizarea și asigură actualizarea programului de dezvoltare a sistemului de control intern/managerial ori de câte ori este nevoie.
- Monitorizează și evaluează anual realizarea obiectivelor generale ale instituției.
- Urmărește și îndrumă compartimentele din cadrul instituției în vederea elaborării programelor de dezvoltare, în realizarea și actualizarea acestora și/sau în alte activități legate de controlul intern/managerial.
- Primește, trimestrial, de la compartimentele instituției informări referitoare la progresele înregistrate cu privire la dezvoltarea sistemelor/subsistemelor proprii de control managerial intern, în raport cu programele adoptate, precum și referiri la situațiile deosebite observate și la acțiunile de monitorizare, coordonare și îndrumare, întreprinse în cadrul acestora.
- Evaluează și avizează procedurile operaționale care implementează standardele din OMFP nr.946/2005 elaborate în cadrul instituției.
- Prezintă managerului ori de câte ori este necesar, dar cel puțin trimestrial, informări referitoare la progresele înregistrate cu privire la dezvoltarea sistemului de control intern/managerial, în raport cu programul adoptat, la acțiunile de monitorizare, coordonare și îndrumare metodologică întreprinse, precum și la alte probleme apărute în legătură cu acest domeniu.

#### **Atribuțiile conducătorilor de compartimente**

Cu privire la sistemele de control intern/managerial, în exercitarea atribuțiilor ce le revin, conducătorii de compartimente din cadrul instituției au, fără a se limita la acestea, următoarele atribuții:

- identifică obiectivele specifice ale compartimentelor instituției și obiectivele derivate din obiectivele generale ale instituției;
- identifică acțiunile și activitățile pentru realizarea obiectivelor specifice;
- stabilesc procedurile care trebuie aplicate în vederea realizării sarcinilor de serviciu de către executanți, în limita competențelor și responsabilităților specifice, așa cum decurg din atribuțiile compartimentului respectiv;

|                                                                                                                                            |                                                    |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------|
| <b>SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENTA<br/>GIURGIU</b><br><br>Șos. București nr. 82 – Giurgiu, Jud. Giurgiu<br>tel/fax: 0246/211.550 0246/216.293 | <b>REGULAMENT DE ORGANIZARE<br/>SI FUNCTIONARE</b> | Ediția: 1 |
|                                                                                                                                            | <b>ROF.SJUG-01</b>                                 |           |

- identifică, evaluează și prioritizează riscurile care pot afecta atingerea obiectivelor specifice și stabilirea acțiunilor care să mențină riscurile în limite acceptabile;
- inventariază documentele și fluxurile de informații care intră/ies din compartimente, respectiv instituție, a procesărilor care au loc, a destinațiilor documentelor, a fluxurilor de comunicare între compartimentele din instituție, cu nivelele ierarhic superioare de management și cu alte entități publice;
- monitorizează realizarea obiectivelor specifice, analizând activitățile ce se desfășoară în cadrul compartimentului (măsurarea și înregistrarea rezultatelor, compararea lor cu obiectivele, identificarea abaterilor, aplicarea măsurilor corective);
- informează prompt Comisia cu privire la rezultatele verificărilor și altor acțiuni derulate în cadrul compartimentului;
- iau măsurile pentru îmbunătățirea sistemului de control intern/managerial din cadrul compartimentelor pe care le coordonează;
- asigură aprobarea și transmiterea la termenele de timp stabilite a informărilor/rapoartelor referitoare la progresele înregistrate cu privire la dezvoltarea sistemului de control managerial, în raport cu programul adoptat, la nivelul compartimentului pe care îl conduce.