PROCEDURA OPERAŢIONALĂ :

ACCESUL MASS-MEDIA ÎN SPITAL ŞI CONDITIILE PĂSTRĂRII ANONIMATULUI PACIENTULUI ŞI A CONFIDENŢIALITĂŢII PRIVIND INTERNAREA ŞI TRATAMENTUL SĂU ÎN RELAŢIA CU MASS-MEDIA

COD: PO JR 13

ED. 3. REV. 0

Exemplar nr		**Data aprobarii:**	19. 01. 2022

Aprobat **Manager** **Dr. Efrim Alin Cristian**	MINISTERUL SANATATII PUBLICE SPITALUL MUNICIPAL MOTRU Nr. 1 C.F. 5632555 AUTORITATEA DE SANATATE PUBLICA GORJ

AVIZAT	ANALIZAT/ ÎNREGISTRAT	AVIZAT	ELABORAT
Preşedinte Comisie de Monitorizare	Secretariat Tehnic	Conducătorul compartimentului în a cărei subordine se află iniţiatorul procedurii:	Iniţiatorul procedurii/ responsabil procedura/protocol
Ec. Lapadat Sabina	Dr. Gavanescu Iulia	Dr. Efrim Alin	Jr. Efrim Sidonia
Data: 17.01.2022	Data: 14.01.2022	Data: 17.01.2022	Data: 12.01.2022
SEMNATURA	SEMNATURA	SEMNATURA	SEMNATURA

Jr. : Efrim Sidonia	Viza juridica pentru conformitatea actelor juridice invocate	Semnătura
		Data 17.01.2022.

Prezenta procedura intră în vigoare începând cu data aprobării, și anulează procedurile anterioare cu același specific.

Versiunea electronică aflată pe serverul spitalului este cea oficială. Orice copie electronică aflată pe alt suport sau orice versiune tipărită, alta decât exemplarul martor, sunt copii necontrolate.

Cuprins:

PAGINA DE GARDA
SEMNATURI SI CUPRINS
1. SCOP
2. DOMENIUL DE APLICARE
3. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ
4. DEFINIŢII ŞI ABREVIERI
5. DESCRIEREA ACTIVITATII SI/SAU PROCESULUI
6. CONTROLUL
7. RISCURILE MANAGEMENTULUI
8. RESPONSABILITATI SI RASPUNDERI
9. FORMULAR DE EVIDENTA A MODIFICARILOR
10. FORMULAR DE ANALIZĂ A PROCEDURII
11. FORMULAR DE DISTRIBUIRE/DIFUZARE
12. ANEXE, ÎNREGISTRĂRI ŞI ARHIVĂRI:
- INDICATORII DE CALITATE SI PLANIFICAREA MONITORIZARII/ANALIZEI
- PROCESUL VERBAL DE INSTRUIRE A PERSOANELOR DIN SUBORDINEA PERSOANELOR DIN LISTA DE DIFUZARE

1. SCOPUL PROCEDURII:

Procedura:

1.1. Modalitatea de acces a reprezentantilor mass media in incinta spitalului, cu scopul:

a. de a crea cadrul unei bune colaborari cu reprezentantii mass-media si pentru a respecta dreptul cetatenilor de a fii informati
b. de a realiza o comunicare corecta si prompta a tuturor noutatilor si evenimentelor petrecute in cadrul spitalului.

De asemenea, procedura prezentă are în vedere asigurarea unei relatii optime de comunicare externa in vederea pastrarii unei imagini pozitive a Spitalului atat d.p.d.v. al activitatii medicale, d.p.d.v. al activitatii manageriale cat si d.p.d.v. al calitatii resursei umane precum si informarea tuturor angajatilor privind atitudinea corecta in relatia de comunicare cu mass media.

1.2. Dă asigurări cu privire la existența documentației adecvate derulării activității.
1.3. Asigură continuitatea activității, inclusiv în condiții de fluctuație a personalului.
1.4. Sprijină auditul și/sau alte organisme abilitate în acțiuni de auditare și/sau control, iar pe manager, în luarea deciziei cu priviere la oportunitatea, eficiența și eficacitatea aplicării procedurii.

2. DOMENIUL DE APLICARE:

Procedura se aplica sectoarelor/ secțiilor /compartimentelor, microstructurii și persoanelor implicate, conform listei de difuzare și circularei anexate prezentei proceduri.

3. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ (REGLEMENTĂRI) APLICABILE ACTIVITĂŢILOR PROCEDURATE:

a. Reglementări international

- Angajamentele asumate de Romania in cadrul capitolul 28 „Control financiar" de negociere cu Uniunea Europeana.

b. Legislaţie primară

- Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, cu modificarile si completarile ulterioare;
- Ordinul nr. 600/2018 privind aprobarea Codului controlului intern managerial al entităţilor publice.
- Ordinul preşedintelui A.N.M.C.S. nr. 639/2016, *privind metodologia de monitorizare a unităţilor sanitare acreditate*
- Prevederile Ordinului nr.200/2016 - *managementul riscurilor*

c. Legislaţie secundară

- Aprobare OMS nr. 446/2017
- Legea privind drepturile pacientului nr.46/2003
- Ordinul nr. 871/2016, pentru aprobarea Procedurilor, standardelor şi metodologiei de evaluare si acreditare a spitalelor
- Legea nr. 544/2001 privind liberul acces la informatiile de interes public
- Legii nr. 677/2001pentru protecţia persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal şi libera circulaţie a acestor date.
- Ordonanţa Guvernului nr.27/2002 privind reglementarea activităţii de soluţionare a petiţiilor.
- Legea 504 din 17 07 2002 - legea audiovizualului cu modificarile si completarile ulterioare
- Ordinul MS nr. 1410/2016 – Norme de aplicare a Legii drepturilor pacientilor nr. 46/2003

d. Alte documente, inclusiv reglementări interne ale entităţii publice

- Regulamentul de Organizare si Functionare;
- Regulamentul de Ordine Interioara;
- Decizii şi Hotărâri interne;
- Proceduri si norme interne.
- Fise de post
- Standardele I.S.O.

4. DEFINIŢII ŞI ABREVIERI ALE TERMENILOR UTILIZAŢI ÎN PROCEDURA:

4.1. Definiţii ale termenilor

Nr. crt.	Termenul	Definiția și/sau, dacă este cazul, actul care definește termenul
1.	**pacient**	se înţelege persoana sanatoasa sau bolnava care utilizează serviciile de sănătate;
2.	**mass-media** s. n. pl.	Totalitatea mijloacelor de informare a maselor (radio, televiziune, presă etc.). [Pr.: -di-a]. – Cuv. engl. Sursa: DEX '98 (1998)
3.	**Eveniment de importanță majora**	orice eveniment care poate prezenta interes pentru o parte importantă a publicului si care este cuprins în lista aprobată prin hotarare a Guvernului, la propunerea Consiliului National al Audiovizualului (cf. Lg. 504/2002);
4.	**prin discriminare**	se înţelege distincţia care se face între persoane aflate în situaţii similare pe baza rasei, sexului, vârstei, apartenentei etnice, originii naţionale sau sociale, religiei, optiunilor politice sau antipatiei personale;
5.	**prin îngrijiri de sănătate**	se înţelege serviciile medicale, serviciile comunitare şi serviciile conexe actului medical;
6.	**prin intervenţie medicală**	se înţelege orice examinare, tratament sau alt act medical în scop de diagnostic preventiv, terapeutic ori de reabilitare;
7.	**prin petitie**	se intelege cererea, reclamatia, sesizarea sau propunerea formulata in scris sau prin e-mail, pe care un cetatean ori o organizatie legal constituita o poate adresa autoritatilor publice centrale si locale, serviciilor publice descentralizate ale ministerelor si ale celorlalte organe centrale din unitatile administrativ-teritoriale, societatilor nationale, societatilor comerciale de interes judetean sau local, precum si regiilor autonome, denumite in continuare autoritati si institutii publice.
8.	**informatie de interes public**	informatie de interes public se intelege orice informație care priveste activitatile sau rezulta din activitatile unei autoritati publice sau institutii publice, indiferent de suportul ori de forma sau de modul de exprimare a informatiei;
9.	**informatie cu privire la datele personale**	prin informatie cu privire la datele personale se intelege orice informatie privind o persoana fizica identificata sau identificabila.

4.2. Abrevieri ale termenilor

Nr. crt.	Abrevierea	Termenul abreviat
1.	P.S./P.O.	Procedura de system / procedura operationala
2.	E	Elaborare
3.	Av.	Avizare
4.	V	Verificare
5.	A	Aprobare
6.	Ap.	Aplicare
7.	Ah.	Arhivare
8.	BMCSM	Biroul de Management al Calităţii Serviciilor Medicale
9.	IL	Instructiune de lucru in cadrul procesului

5. DESCRIEREA PROCEDURII:

5.1. Activitatile propriuzise:

5.1.1. Dispozitii generale

a) Relatiile spitalului cu presa, cu reprezentantii mass-media se desfasoara prin intermediul purtatorului de cuvant al spitalului care este numit de conducerea unitatii.

b) Purtatorul de cuvant al spitalului va informa reprezentantii mass-media asupra activitatii spitalului prin organizarea de conferinte de presa, emiterea de comunicate de presa, acordarea de interviuri si publicarea de articole de presa.

c) Conferintele de presa se organizeaza in functie de evenimente, de cererea presei si interesele spitalului.

d) Interviurile se dau numai de persoanele desemnate de conducerea spitalului, intr-un cadru organizat, la sediul Spitalului sau in birouri speciale ale presei; asumarea acestor responsabilitati de catre personal care nu este desemnat in acest scop este considerat ca depasirea competentei. In cazul in care o persoana desemnata pentru comunicarea cu mass-media nu detine informatia solicitata, aceasta neincadrandu-se in domeniul sau de activitate, responsabilul nu este autorizat sa ofere informatii neavizate. In acest caz, se amana raspunsul, se contacteaza administratorul/reprezentantul legal si se furnizeaza un rapuns ulterior avizat de conducerea unitatii.

e) Salariatii care dau declaratii presei in numele unitatii fara a fi mandatati de conducere in acest sens isi asuma intreaga responsabilitate cu privire la aceste declaratii si vor suporta in consecinta.

f) Accesul in incinta spitalului este permis numai reprezentantilor mass-media acreditati si numai cu acordul administratorului, care va nominaliza in mod explicit locurile in care se poate filma sau persoanele carora li se pot lua interviuri, cu respectarea drepturilor pacientilor (cu acordul acestora). In acest scop, anterior, reprezentantii mass-media vor face demersuri scrise in vederea obtinerii acordului de principiu.

g) Deplasarea reprezentantilor mass-media in incinta spitalului se va face numai cu ecuson si echipament corspunzator si, obligatoriul, cu un insotitor stabilit de conducerea spitalului.

h) Este interzis cu desavarsire accesul reprezentantilor mass-media in în zonele: zonele in care este marcat accesul controlat sau interzis accesul publicului. Aceste zone se vor marca cu indicatoare care interzic accesul publicului.

i) In cazul în care acestia, reprezentantii mass media doresc intervievarea unui pacient, se va permite acest lucru numai după ce pacientul va da acordul în scris cu privire la intervievarea sa (Anexa 2).

j) Acordurile în scris vizavi de oferirea informatiilor cu privire la starea de sănătate, medicamentatie, tratament, conditie fizică, etc, ale pacientilor sau cu privire la luarea unor interviuri sub formă de înregistrare audio/video sau fotografierea acestora, se vor da pe formular "Acordul pacientului privind filmarea / fotografierea in incinta unitatii sanitare", Anexa 1 la OMS nr. 1410/2016 (Anexa 3).

5.1.2. Persoane desemnate în relatia cu mass-media

Administratorul va numi prin hotarare o persoană cu responsabilitati în relatia cu mass-media -purtător de cuvant.

Acesta isi va însusi prevederile prezentei proceduri, va pune în aplicare cerintele acesteia si va răspunde de îndeplinirea tuturor prevederilor procedurii.

În cadrul spitalului medical/structurii de spitalizare, relatia cu mass-media este asigurată NUMAI prin intermediul purtătorului de cuvânt.

5.1.3. Liber acces la informatiile de interes public

5.1.3.1. Spitalul medical are obligatia să comunice urmatoarele informatii de interes public:

a) actele normative care reglementează organizarea si functionare a unitatii;

b) structura organizatorică, atributiile departamentelor, programul de functionare, programul de audiente;

c) numele si prenumele persoanelor din conducere si ale responsabilului cu difuzarea informatiilor publice;

d) coordonatele de contact ale spitalului, respectiv: denumirea, sediul, numerele de telefon, fax, adresa de e-mail si adresa paginii web;

e) programele si strategiile proprii;

f) lista cuprinzand documentele de interes public;

g) lista cuprinzand categoriile de documente produse si/sau gestionate, potrivit legii;

5.1.3.2 Accesul la informatiile prevazute la alin. 5.1.3.1se realizează, după caz, prin:

- afisare la sediul unitatii
- în publicatii proprii,
- pe pagina web proprie;

5.1.4. Acordarea interviurilor în cadrul Spitalului

5.1.4.1. Interviurile vor fi acordate numai de către purtător de cuvânt, cu respectarea următoarelor reguli:

a) Privind drepturile copilului

- informatiile puse la dispozitia mass-media în cadrul interviului vor tine cont de dreptul la protejarea imaginii publice si a vietii intime, private si familiale ale copilului în cauză;
- nu vor fi făcute publice informatii cu privire la indicii care ar putea duce la identificarea copilului în vârstă de până la 18 ani în situatia în care acesta a fost victima unei abuz sexual, abuz fizic sau psihic, sau a fost acuzat de comiterea unor infractiuni sau martor la savarsirea acestora. Informatii cu privire la identitatea copilului sau starea lui de sănătate vor fi făcute publice numai cu acordul scris al părintilor, al persoanei în grija căreia se află copilul sau a unui reprezentant legal.
- nu se vor face referiri discriminatorii la originea etnică, nationalitatea, rasa sau religia copilului precum si un eventual handicap al acestuia.

b) Privind demnitatea umană și drepturile pacienților

- declaratiile referitoare la o persoană se vor face respectând drepturile si libertătile fundamentale ale omului, dreptul la viată privată si dreptul de a se respecta imaginea proprie.
- informatiile cu privire la o persoană retinută pentru cercetări, arestate sau aflate în detentie se vor pune la dispozitia mass-media numai cu acordul scris al persoanei.
- nu va fi dezvăluită în nici un fel identitatea unei persoane victimă a unei infractiuni privitoare la viata sexuală cu exceptia cazului în care persoana a dat Acord scris.
- nu se vor face referiri discriminatorii la originea etnică, nationalitatea, rasa sau religia unei persoane precum si un eventual handicap al acestuia.
- informatii cu privire la persoane aflate sub tratament, date cu caracter personal privind starea de sănătate, probleme de diagnostic, prognostic, tratament, circumstante în legătură cu boala si cu alte diverse fapte, inclusiv rezultatul unei autopsii se vor pune la dispozitia reprezentantiloe mass-media numai cu acordul persoanei, sau în cazul unui persoane fără discernământ ori decedată, cu acordul familiei sau apartinătorilor.

5.1.5. Reclamatii în sensul prezentei proceduri

5.1.5.1. ***Reclamații privind divulgarea unor informații referitoare la un pacient fără acordul în scris al acestuia.***

5.1.5.1.1 În cazul divulgării de către purtătorul de cuvânt al spitalului a unor informatii cu privire la împrjurările mentionate în procedură fără acordul în scris al persoanei/pacient atrage după sine sanctionarea disciplinară.

5.1.5.1.2 În cazul solicitării unor daune morale sau materiale de către un pacient în privinta căruia s-au divulgat informatii de oricare natură fără acordul scris al acestuia vor fi suportate de către Purtatorul de cuvânt.

5.1.5.2 ***Reclamații cu privire la divulgarea unor informații sau imagini în legătură cu un pacient fără acordul scris al acestuia, obținute de Reprezentanți mass-media cu echipamente audio -video ascunse.***

5.1.5.2.1 În cazul unor astfel de sesisări pe baza imaginilor / înregistrărilor audio puse la dispozitie de pacientul reclamant si cu ajutorul acestuia se va identifica ziua si ora la care înregistrarea a fost făcute, precum si reprezentantii mass-media care se fac răspunzători de situatia creată.

Măsuri luate :

- se va aduce la cunostiintă în scris Angajatorului reprezentantilor mass-media ce se fac vinovati, fapta respectivă si se vor solicita în scris măsurile care au fost luate împotriva Reprezentantilor mass-media reclamati;
- se va interzice pe viitor accesul Reprezentantilor mass-media vinovati de situatia creată pe teritoriul Spitalului.

5.1.5.2.2. - se vor aduce la cunostiinta pacientului reclamant măsurile luate cu mentiunea că unitatea este absolvita de orice vină pentru înregistrări audio/video efectuate cu camera ascunsă.

5.1.5.2.3 Cererile si reclamatiile vor fi solutionate in termenele legale de compartimentele carora le-au fost repatizate de conducerea spitalului si vor fi comunicate petentului prin mijloacele prin care au fost transmise unitătii, respectiv electronic sau cu posta.

5.1.5.2.4 Evidenta reclamaţiilor sau plângerilor de acest gen se face de purtatorul de cuvant.

Limita competentelor sau depasirea limiteti acestora de catre personalul medical din spital este in limita procedurior si protocoalelor aprobate.

6. CONTROLUL:

Procedura se evaluează semestrial/anual și se revizuiește anual sau ori de câte ori este nevoie, conform procedurii de evaluare și îmbunătățirea procedurilor și protocoalelor, la nivelul spitalului, a consiliului medical și a comitetului director.

6.1. Audituri:

audit intern

- Analiza activităților procedurate, din punct de vedere al eficienței și eficacității, se face conform procedurii interne

audit riscuri

- Analiza riscurilor generate de aplicarea procedurii se efectueaza conform procedurilor interne: - Procedura privind procesul de evaluare a riscurilor legate de aplicarea procedurilor.

6.2. Comisia de Etică poate solicita controlul desfășurării acctivități descrisă în procedură.

6.3. Alte autorități competente, pot solicita controlul modului de desfășurare a activităților procedurate.

7. RISCURILE MANAGEMENTULUI:

7.1. Identificarea riscurilor îndeplinirii sarcinilor:

Responsabilul de riscuri identifică riscurile legate de procedură.

Riscurile se înregistrează în registrul de riscuri.

Activitățile mai sus menționate se efectuează conform procedurilor interne legate de gestionarea riscurilor.

7.2. Modul de reacţie la riscuri:

Pentru intervenția în cazul apariției riscurilor se respectă:

- măsurile recomandate și stabilite în registrul de riscuri
- procedurile interne privind managementul riscurilor

7.3. Autoritatea de decizie la risc:

- în funcție de riscul apărut se respectă recomandarile din registrul riscurilor

7.4. Evaluarea riscurilor:

Se aplică procedura interna cu privire la evaluarea riscurilor:

- Procedura privind procesul de evaluare a riscurilor legate de aplicarea procedurilor.
- Procedura privind întocmirea registrului de riscuri.

8. RESPONSABILITĂŢI ŞI RĂSPUNDERI ÎN DERULAREA ACTIVITĂŢILOR:

Nr. crt.	Compartimentul (postul)/acţiunea (operaţiunea)	E.	Av.	Co.	A.	I.	In.	V.	Ap.	Ah.
1	Responsabil (elaborator procedură) BMC	X								
2	Director medical		X							
4	Secretariat tehnic BMC		X	X		X				X
5	Manager				X					
6	Şefi secţii, servicii, birouri, compartimente, laboratoare			X			X	X	X	
7	Personal instruit şi aplicant a prevederilor procedurii								X	

ALTE RESPONSABILITATI SPECIFICE

FUNCTIA	RESPONSABILITATEA
Managerul:	dispune măsuri de gestionare eficace a reclamatiilor, după analizarea celor sesizate în termen legal.
Purtatorul de cuvant:	- verifică identitatea reprezentantului mass-media - prezintă regulile de acces -ii solicită semnătura de luare la cunostintă a reprezentantului mass-media
Personalul medical sau nemedical	- se abtine de a furniza date si informatii în incinta spitalului sau înafara acesteia cu privire la starea pacientilor internati externati sau a personalului angajat.

9. FORMULAR DE EVIDENŢĂ A MODIFICĂRILOR EDIŢIILOR SI A REVIZIILOR ÎN CADRUL EDIŢIILOR PROCEDURII:

Nr. Crt.	Numărul ediției	Numărul reviziei în cadrul ediției	Numărul paginii unde a fost efectuată modificarea	Descrierea modificării	Avizul conducătorului compartimentului în cadrul căruia s-a elaborat procedura
0	1	2	3	4	5
1.	Ediția a III-a	Revizia 0	integral	Introducere cerinte legislative noi	
2.					
3.					

10. FORMULAR DE ANALIZĂ A PROCEDURII:

Nr.	Denumirea secției/ Compartimentului	Nume/prenume șef secție/compartiment	Aviz favorabil		Data	Semnatura	Explicații pt aviz nefavorabil la procedură/ observații.
			Da	Nu			
1.	Conducere	dr. Efrim Alin Cristian	+		14.01.2022		
2.	Serviciul Financiar Contabilitate	ec. Lăpădat Sabina	+		14.01.2022		
3.	Comisia de Monitorizare	ec. Lăpădat Sabina	+		14.01.2022		
4.	Consiliul Medical						
5.	SMC	Dr. Chitu Robert	+		14.01.2022		
6.	Compartiment Juridic	Jur. Cruceru Sidonia	+		14.01.2022		
7.	CPIAAM	Dr. Chitu Robert	+		14.01.2022		
8.	Birou financiar contabil	Popa Daniela	+		14.01.2022		
9.	Birou administrativ	Cruceru Aurica	+		14.01.2022		
10.	Secția pediatrie	Dr. Costescu Madalina	+		14.01.2022		
11.	Secția Interne + neurologie	Dr. Catana Ion	+		14.01.2022		
12.	Secția R.M.F.B.	Dr. Totan Maria	+		14.01.2022		
13.	Secția O.G. + N.N.	Dr. Khraibani Camelia	+		14.01.2022		
14.	Compartiment Cronici	Dr. Udroiu Irina	+		14.01.2022		
15.	Secția Chirurgie generală + ORL + oftalmologie	Dr. Carju Bogdan	+		14.01.2022		
16.	Compartiment ATI	Dr. Lesinatu Ciprian	+		14.01.2022		
17.	Compartiment ortopedie-traumatologie	Dr. Mogos Adrian	+		14.01.2022		
18.	C.P.U.	Dr. Basarab Alexandra	+		14.01.2022		
19.	Laborator radiologie imagistică medicală	Dr. Sarcina Madalina	+		14.01.2022		
20.	Bloc Operator	Dr. Dumitru Bogdan	+		14.01.2022		

11. FORMULAR DE DISTRIBUIRE/DIFUZARE A PROCEDURII:

Copie nr.	Scopul difuzarii	Compartiment	Functia	Nume si prenume	Data primirii procedurii	Data retragerii versiunii procedurii înlocuite	Semnatura
1.	Informare/aplicare	Conducere	Manager	dr. Efrim Alin Cristian	20.01.2022		
2.	Instruire/aplicare	Serviciul Financiar Contabilitate	Director financiar contabil	ec. Lăpădat Sabina	20.01.2022		
3.	Instruire/aplicare	Comisia de Monitorizare	Preşedinte	ec. Lăpădat Sabina	20.01.2022		
4.	Instruire/aplicare	Consiliul Medical	Director medical				
5.	Diseminare /instruire/ aplicare/ gestionare	BMCSM	RMC	Dr. Chitu Robert	21.01.2022		
6.	Informare/aplicare	Compartiment Juridic	Consilier juridic	jr. Cruceru Sidonia	21.01.2022		
7.	Instruire/aplicare	CPIAAM	Coord. Compartiment	Dr. Chitu Robert	21.01.2022		
8.	Instruire/aplicare	Serviciul RUNOS	Sef birou	Ec. Epure Marius	21.01.2022		
9.	Instruire/aplicare	Compartiment Evaluare şi Statistică Medicală	Şef Compartiment	inf. Epure Marius	20.01.2022		
10.	Instruire/aplicare	Birou Achiziţii publice	Sef Birou	ec. Uretyan Janina	21.01.2022		
11.	Instruire/aplicare	Birou financiar contabil	Şef Birou	ec. Popa Daniela	21.01.2022		
12.	Instruire/aplicare	Birou administrativ	Sef Birou	Cruceru Aurica	21.01.2022		
13.	Instruire/ aplicare	Compartiment ATI	Medic Coordonator	dr. Lesinatu Ciprian	20.01.2022		
14.	Instruire/ aplicare	Compartiment ortopedie-traumatologie	Medic Coordonator	dr. Mogos Adrian	21.01.2022		

15.	Instruire/ aplicare	C.P.U.	Medic Coordonator	dr. Basarab Alexandra	20.01.2022		
16.	Instruire/ aplicare	Bloc operator	Medic	dr. Dumitru Bogdan	21.01.2022		
17.	Instruire/ aplicare	Birou de internari	Coordonator	Epure Marius	20.01.2022		
18.	Instruire/aplicare	Secţia pediatrie	Medic Sef	dr. Costescu Madalina	21 01 2022		
19.	Instruire/ aplicare	Secţia Interne + neurologie	Medic Sef	dr. Catana Ion	21.01.2022		
20.	Instruire/aplicare	Secţia R.M.F.B.	Medic Sef	dr. Totan Maria	20 01 2022		
21.	Instruire/aplicare	Secţia O.G. + N.N.	Medic Sef	dr. Khraibani Camelia	21 01 2022		
22.	Instruire/aplicare	Compartiment Cronici	Medic Coordonator	dr. Udroiu Irina	21.01.2022		
23.	Instruire/aplicare	Secţia Chirurgie generală + ORL + oftalmologie	Medic Sef	dr. Cirju Bogdan	20.01.2022		
24.	Instruire/aplicare	UTS	Medic Coordonator	dr. Lesinatu Ciprian	21.01.2022		
25.	Instruire/aplicare	Ambulatoriu integrat	Medic Coordonator	dr. Catana Elena	21.01.2022		
26.	Instruire/aplicare	Laborator radiologie imagistică medicală	Medic Coordonator	dr. Sarcina Madalina	21.01.2022		
27.	Instruire/aplicare	Laborator analize medicale	Medic Coordonator	dr. Popa Codruta	21.01.2022		
28.	Instruire/aplicare	Dispensar TBC	Medic	Dr. Avram Alina	21 01 2022		
29.	Instruire/aplicare	Cabinet Diabet Zaharat	Medic	Dr. Flutur Veronica	21.01.2022		

După aprobare procedura, se distribuie compartimentelor implicate, inclusiv secretariatului tehnic al Comisiei de monitorizare.

Datele de identificare ale compartimentului care primeşte noua ediţie sau revizie a procedurii sunt centralizate într-un formular de distribuire/difuzare a procedurii, gestionat de responsabilul IT si RMC. Odată cu distribuirea/difuzarea noii ediţii sau revizii a procedurii versiunea anterioara se inlocuieste si este in vigoare doar documentul in format electronic din sectiunea electronica Descktop/PO.

Aceasta procedura se poate accesa in formatul electronic intrand pe: C:\Users\Desktop\PO
Nota! Se interzice stergerea

12. ANEXE, ÎNREGISTRĂRI, ARHIVĂRI:

ANEXA 1. Procesul verbal de instruire a persoanelor din subordinea persoanelor din lista de difuzare.

Secția/ compartimentul/departamentul .....

NUME PRENUME	Diseminare și instruire – data-	Semnatura persoană instruită

Persoana care a efectuat instruirea

Nume și prenume ..... Semnatura

Data .....

**Exemplarul original al procesului verbal de instruire a persoanelor din subordinea persoanelor din lista de difuzare, va fi păstrat de către șeful compartimentului funcțional din lista de difuzare care a efectuat instruirea, pe care îl va atașa la procedura respectivă, iar o copie a acestuia o va transmite Serviciului de Management al Calității Serviciilor Medicale din spital, pentru evidență.*

ANEXA 2. Formular de evaluare și monitorizare a nivelului de implementare a procedurii*:

DENUMIRE INDICATOR – STANDARDUL PROPUS		Analiza periodica	Efectuat
Indicatori de eficacitate (structura si proces):	**Standard propus:**	Anual decembrie	
Indicatori de eficacitate:	**Standard propus:**		
Existenta decizie purtator de cuvant mass-media	da		
Numar solicitari mass media/numar acorduri pacient	100%		
Indicatori de eficienta:	**Standard propus:**		
Numar reclamații cu privire la divulgarea unor informații sau imagini în legătură cu un pacient fără acordul scris al acestuia, obținute de Reprezentanți mass-media	0		
Numar reclamatii reprezentanti mass-media in legatura cu nerespectarea unui acord de comunicare	0		

Masuri de imbunatatire a procedurii in urma analizei:

MASURA 1	
MASURA 2	
MASURA 3	
MASURA 4	

**Inițiatorul procedurii PO/PS va completa formularul cu Indicatorii de monitorizare a nivelului de implementare a procedurii aplicabili.*

Elaborat:	Verificat:

Anexa 3 "Regulile privind accesul Reprezentantilor mass-media în incinta organizatiei

1.Toţi Reprezentanţii mass-media, care vor oferi informatii înregistrate audio/video de pe teritoriul sau în legătură cu organizatia au obligatia de a asigura informarea obiectivă a publicului prin prezentarea corectă a faptelor si evenimentelor.
2.În incinta organizatiei, accesul si vizitarea unitătii se face însotit numai de către Purtătorul de cuvânt sau altă persoană(e) delegate de conducerea organizatiei, respectând zonele cu acces interzis publicului.
3.Accesul Reprezentantilor mass-media va fi permis pe teritoriul organizatiei numai dacă acestia îsi asumă prin semnătură respectarea prezentelor reguli.
4.Accesul în spital se face numai echipat corespunzător cu halat, încăltăminte specială si ecuson pentru identificare, în zonele si în intervalul orar astfel încât să nu tulbure activitatea cadrelor medicale sau programul pacientilor, numai cu aprobarea conducerii unitătii.
5.Reprezentantii mass-media nu vor recurge la înselăciune în vederea obtinerii unor informatii sustinând că sunt persoane angajate ale spitalului.
6.Reprezentantii mass-media nu vor lua interviuri, nu vor efectua filmări sau fotografii ale pacientilor din cadrul spitalului decât după ce se va obtine acordul scris al acestora.
7.Reprezentantii mass-media care vor obtine şi utiliza informatii din cadrul spitalului folosind mijloace de înregistrare audio/video ascunse se fac răspunzători pentru faptele lor si vor suporta consecintele. Utilizarea metodelor mentionate atrage după sine interzicerea accesului în cadrul organizatiei cu alte ocazii pe termen nelimitat.

Verso:

Subsemnatul....., jurnalist/cameraman....,..... la ....., legitimat cu .....CI NR. ....., SERIA.....,si legitimatia nr....., declar că mi-au fost aduse la cunostintă regulile de acces si de vizitare a organizatiei.

Mă oblig să respect regulile spitalului, cunoscund faptul că acestea derivă din acte normative în vigoare, iar solicitările reprezentantului spitalului au drept scop respectarea legii privind drepturile pacientului, ale angajatilor si alte norme ale legislatiei incidente în ansamblul spitalului.

De asemenea, declar că am cunostintă despre faptul că prezentarea unor date si/sau fapte nereale în legătură cu spitalul, pacientii si/sau angajatii prin care s-au creat premisele producerii unor prejudicii sunt imputabile si generează obligatia despăgubirii celor prejudiciati atât de subsemnatul cât si de angajatorul meu.

Data:

Nume prenume

Semnătura:

ANEXA 4. "Acordul în scris al pacientului privind relatia cu Mass-media"

Subsemnata/ul.....,

CNP: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Domiciliat/ă în str....., nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ....., ap. ....., sector.....,localitatea.....,judeţul.....,telefon..... , în calitate de;

- pacient
- reprezentant legal

sunt de acord cu:

1.- furnizarea catre mass maedia a informatiilor cu privire la starea mea de sănătate / starea de sănătate a persoanei pe care o reprezint;

2. – intervievarea mea / reprezentantului legal de catre mass maedia

Cadrul medical în prezenta căruia semnez:
.....

Unitatea mass-media care solicită informatiile si persoana care realizează activitatea
.....

Certific că înteleg faptul că prezentul acord este solicitat în vederea respectării drepturilor pacientului, reglementat prin Legea nr.46/2003 privind drepturile pacientului.

Data .....

Ora.....

Semnătura pacientului / reprezentant legal.....

Anexa 5.

Anexa la norme (PO Obtinerea consimtamantului)

Acordul pacientului privind filmarea/ fotografierea în incinta unităţii medicale

Subsemnatul _____(numele şi prenumele pacientului), cod numeric personal_____, îmi exprim acordul de a fi filmat / fotografiat în incinta unitătii medicale în scopuri care le exclud pe cele medicale, aceasta fiind dorinta mea, pe care mi-o exprim în deplină cunottintă de cauză.

X _____ Data: ____/_____/_____

Semnătura pacientului care îşi exprimă acordul pentru filmare/fotografiere

Subsemnatul_____, medicul în grija căruia se află pacientul, sunt de acord ca acesta să fie filmat / fotografiat în incinta unitătii medicale, acest fapt nefiind de natură a dăuna pacientului.

X _____ Data: ____/_____/_____

Semnătura medicului care ingrijeşte pacientul

INREGISTRARI:

Nr. anexă	Denumirea anexei	Elaborator	Aprobă	Număr de exemplare	Difuzare	Arhivare		Alte elemente
						Loc	Perioadă	
0	1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Formular de evaluare și monitorizare a procedurii	BMC	Manager	1	BMC	Arhiva	5 ani	
2.	Proces verbal de instruire a persoanelor din subordinea persoanelor din formularul de distribuire.	BMC	Manager	1	BMC	Arhiva	5 ani	
3	Documentele generate de procedura	BMC	Manager		BMC	Arhiva	Conform nomenclator arhivistic aprobat	

SPITALUL MUNICIPAL MOTRU

NR. INREGISTRARE 17/14.12.2021.

1. DENUMIREA PROCESULUI (reglementarii): PROCEDURA PRIVIND ACCESUL MASS-MEDIA ÎN SPITAL ŞI CONDITIILE PĂSTRĂRII ANONIMATULUI PACIENTULUI ŞI A CONFIDENŢIALITĂŢII PRIVIND INTERNAREA ŞI TRATAMENTUL SĂU ÎN RELAŢIA CU MASS-MEDIA

2. RESPONSABILUL PROCESULUI (responsabilul de procedura/protocol): DM, JR

3. OBIECTIVELE/SCOPUL ANALIZEI PROCESULUI (setul de date care trebuie analizat)

- existenta reglemenmtarii
- analiza activitatilor procedurate (inclusiv legislatie actualizata si existenta in procedura a indicatorilor)
- analiza indicatorilor de eficienta si eficacitate
- analiza riscurilor (estimat versus obtinut)
- propuneri de menţinere, revizuire, reeditare sau abrogare a reglementării, după caz

4. COMPARTIMENTELE IMPLICATE ÎN DESFĂŞURAREA PROCESULUI:

- toate compartimentele din lista de difuzare a procedurii.

5. RESURSE:

- umane: proprii • materiale: birotica

6. DATELE DE INTRARE ALE PROCESULUI (setul de date necesare întocmirii analizei):

- **perioada analizata 2021**
- **activitatile analizate:**
  - Exista reglementare (actualizata, in vigoare, forma sub care este reglementat procesul)?
  - Accesul mass-media la nivelul spitalului.
  - Accesul mass-media la pacienţi
  - Accesul mass-media la pacient şi/sau informaţiile legate de acesta se face numai după exprimarea acordului pacientului/aparţinătorilor, după caz şi strict în limitele acestuia.
  - reglementată limita de competenţă a personalului în domeniul comunicării cu mass-media.
- **indicatorii de monitorizare, de eficienta si eficacitate (conform listei stabilite in proceduri/protocoale sau din lista de indicatori aprobati la nivelul spitalului):**

DENUMIRE INDICATOR – STANDARDUL PROPUS	
Indicatori de eficacitate (structura si proces):	**Standard propus (%/nr**
Existenta decizie purtator de cuvant mass-media	**da**
Numar solicitari mass media/numar acorduri pacient	**100%**
Indicatori de eficienta (rezultat):	**Standard propus (%/nr**
Numar reclamaţii cu privire la divulgarea unor informaţii sau imagini în legătură cu un pacient fără acordul scris al acestuia, obţinute de Reprezentanţi mass-media	0
Numar reclamatii reprezentanti mass-media in legatura cu nerespectarea unui acord de comunicare	0

- **analiza riscului**

Conform Registrului Riscurilor, au fost identificate următoarele riscuri:

Enuntarea riscului identificat	RISC INERENT (INIŢIAL) (RI)			RISC REZIDUAL ESTIMAT (RR)		
	Probabilitatea (RI)	Impactul (RI)	Nivelul de risc (RI)	Probabilitatea (RR)	Impactul (RR)	Nivelul de risc(RR)
Lipsa practicilor privind relatia spitalului cu alte institutii in caz de urgenta	1	2	2	1	1	1
Lipsa unei directive in privinta conduitei profesionale	1	2	2	1	1	1

7. ETAPELE DE DESFĂŞURARE ALE PROCESULUI:

- analiza modului in care activitatile sunt reglementate/implementate
- analiza activitatilor procedurate – stabilirea activitatilor din reglementare care vor fi analizate
- analiza indicatorilor de eficienta si eficacitate – se vor lua in considerare indicatorii generati de procedura si aprobati in lista de indicatori, standardul propus fiind indicele de referinta pentru comparatie
- analiza riscurilor (R. estimat versus R. rezidual) – din registrul riscurilor se vor analiza valorile propuse fata de valorile estimate pe formularul de analiza al riscului
- propuneri de menţinere, revizuire, reeditare sau abrogare a reglementării, după caz

8. DATELE DE IEŞIRE ALE PROCESULUI

- analiza datelor de intrare ale procesului;
- raportul de analiză, cu concluzii, propuneri si recomandari;
- monitorizare implementarii masurilor – se realizeaza prin urmărirea indicatorilor de eficacitate si respectarea regulamentului unitatii;
- transmitere catre partile interesate a raportului de analiza.

9. Nume şi semnătură responsabil proces (procedura/protocol)
Efrim Sidonia

RAPORT INFORMATIV (DE ANALIZA)

Rezultatele verificării:
In perioada propusa analizei, s-au constatat urmatoarele aspecte:

1. **Analiza modului in care activitatile sunt reglementate/implementate:**

Exista reglementare		1. Tipul reglementarii	2. Implementata		3. Propuneri
da	nu		da	nu	
x	-	Procedura operationala	x	-	Actualizare si revizuire

Masuri	- Revizuire procedurii/protocolului	-
	- Abrogarea procedurilor si preluarea activitatilor procedurate in procedura	-
	- Elaborare procedura tinand cont de recomandarile din prezentul raport	√
	- Aprobare si implementare	√
	- Introducerea in procedura a indicatorilor de eficienta si eficacitate analizati mai jos	√
	- Actualizare legislatie	√

2. **Analiza activitatilor:**

Activitatii procedurate analizate	I	PI	NI	Observatii
Exista reglementare (actualizata, in vigoare, forma sub care este reglementat procesul)?	x	-	-	Actualizarea legislatiei Introducerea indicatorilor de eficienta si eficacitate in procedura.
Accesul mass-media la nivelul spitalului.	x	-	-	
Accesul mass-media la pacienţi	x	-	-	
Accesul mass-media la pacient şi/sau informaţiile legate de acesta se face numai după exprimarea acordului pacientului/aparţinătorilor, după caz şi strict în limitele acestuia.	x	-	-	
reglementată limita de competenţă a personalului în domeniul comunicării cu mass-media	x	-	-	

3. **Analiza indicatorilor de eficienta si de eficacitate**

DENUMIRE INDICATOR – STANDARDUL PROPUS – VALOARE REALIZATA		
Indicatori de eficacitate (structura si proces):	**Standard propus (%/nr):**	**Valoare realizata:**
Existenta decizie purtator de cuvant mass-media	**da**	**da**
Numar solicitari mass media/numar acorduri pacient	**100%**	**Nu a fost cazul**
Indicatori de eficienta (rezultat):	**Standard propus (%/nr):**	**Valoare realizata:**
Numar reclamații cu privire la divulgarea unor informații sau imagini în legătură cu un pacient fără acordul scris al acestuia, obținute de Reprezentanți mass-media	0	**0**
Numar reclamatii reprezentanti mass-media in legatura cu nerespectarea unui acord de comunicare	0	**0**

Indicatorii asumati au fost realizati in proportie de 100%.

4. **Analiza riscurilor (R. estimat versus R. rezidual):**

Enuntarea riscului identificat	**RISC INERENT (INIȚIAL) (RI)**			**RISC REZIDUAL ESTIMAT (RRE)**			**RISC REZIDUAL (RR)**		
	Probabilitatea (RI)	Impactul (RI)	Nivelul de risc (RI)	Probabilitatea (RRE)	Impactul (RRE)	Nivelul de risc (RRE)	Probabilitatea (RR)	Impactul (RR)	Nivelul de risc (RRE)
	1	4	4	1	4	4	1	4	4
Lipsa practicilor privind relatia spitalului cu alte institutii in caz de urgenta	1	2	2	1	1	1	1	1	1
Lipsa unei directive in privinta conduitei profesionale	1	2	2	1	1	1	1	1	1

5. **Concluzii:**

- **Activitatile analizate se respecta in proportie de100%, neconformitatile fiind constatate pe activitaile:**
  a. **Actualizarea legislatiei**
  b. **Introducerea indicatorilor de eficienta si eficacitate in procedura.**
- Indicatorii de eficienta si eficacitate au fost realizati in proportie de 100%.
- Analiza de risc - acțiuni de minimizare a riscului inerent întreprinse:

Riscul rezidual calculat la 1 an este egal cu riscul rezidual estimat, condițiile care au dus la menținerea acestuia fiind:

- adoptarea și implementarea procedurii operaționale;
- instruirea personalului;
- activități de observare directă.

6. Propuneri de îmbunătăţire a procesului analizat:

Se propune:

- stabilirea graficului de monitorizare a conformarii activitatilor neconforme – responsabili: RMC si responsabilul de proces; termen: trim I 2022
- remedierea activitatilor neconforme: termen I 2022, responsabil DM, RMC
- introducerea indicatorilor analizati in reglementarea analizata, pentru monitorizare in 2022 – responsabili: RMC si responsabil proces; termen: trim I 2022
- monitorizarea masurilor de diminuare a riscurilor stabilite. Riscurile stabilite se inregistreaza in registrul riscurilor, conform procedurii interne – responsabili: RMC, responsabil riscuri, responsabil proces; termen: trim I 2022
- reeditarea reglementării cu introducerea activitatilor analizate, a indicatorilor si actualizarea legislatiei aferente procedurii – responsabil: RMC si responsabil proces; termen: trim I 2022

1. Transmiterea catre partile interesate:

Elaborat: Efrim Sidonia . **Aprobat: Efrim Alin**

Verificat: RMC/SMC Chitu Robert **Avizat: Catana Elena**

Lista de difuzare.

Nr. crt.	Nume si prenume	Data difuzării	Primit de:(Nume /semnătura)
1	Lapadat Sabina	17.12.2021	
2	Catana Ion	17.12.2021	
3	Khraibani Camelia	17.12.2021	
4	Cirju Bogdan	17.12.2021	
5	Basarab Alexandra	17.12.2021	