CENTRUL MEDICAL GALAXY MED CRAIOVA

Nr.47/16.01.2019

PROCEDURA OPERATIONALA

JURIDIC

ACCES MASS-MEDIA

PO-JUR-04

Ediţia I
Revizia 0

16.01.2019

1. Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau, după caz, a reviziei în cadrul ediţiei procedurii:

Nr. Crt.	Elemente privind responsabilii / operaţiunea	Numele si prenumele	Funcţia	Data	Semnătura
1.1.	Elaborat	Dr. Cri[redacted]a	Medic sef sectie	16.01.2019	
1.2.	Verificat	Dr. Cri[redacted]a	Director medical	16.01.2019	
1.3.	Aprobat	Dr. Cri[redacted]a	Manager	16.01.2019	

2. Situaţia ediţiilor şi a reviziilor în cadrul ediţiilor procedurii:

Nr. Crt.	Ediţia sau, după caz, Revizia în cadrul ediţiei	Componentă revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile sau revizia ediţiei
2.1.				

3. Lista cuprinzând persoanele la care se difuzează ediţia sau, după caz, revizia din cadrule diţiei procedurii

Nr. crt.	Scopul Difuzării	Exemplar nr.	Compartiment	Funcţia	Numeşi prenume	Data primirii	Semnătura
3.1	Informare	1	Manager	Manager	Dr. C[redacted]	16.01.2019	
3.2	Informare/ Aplicare	2	Structura Medicala	Dir. Medical	Dr. C[redacted]	16.01.2019	
3.3	Informare/ Aplicare	3	CPIAAM	Medic epidemiolog	Dr. [redacted]	16.01.2019	
3.4	Informare	4	Dir.Fin-Contabil	Dir.Fin-Contabil	Ec. C[redacted]a	16.01.2019	
3.5	Informare/ Aplicare	5	Biroul de receptie/ As.sef	Asistent medical	As C[redacted]	16.01.2019	

3.6	Informare/ Avizare	6	Juridic	Cons. juridic	Po	16.01.2019	
3.7	Informare	7	BMCS	Resp. BMCSM	Po	16.01.2019	
3.8	Informare/ arhivare	8	Arhiva	Arhivar	Pic	16.01.2019	

4. Scopul procedurii

Procedura stabileşte regulile generale privind accesul mass-media in spital.

5. Domeniul de aplicare

Procedura se aplica la nivelul sectiilor si compartimentelor din ***din cadrul Centrului de Ingrijiri Paliative*** .

6. Documente de referinţă

- ***Ordinul nr.446 /2017*** privind Procedurile, standardele si metodologia de evaluare si acreditare a spitalelor
- ***Legea nr.46/2003*** privind drepturile pacientului;
- ***ORDIN Nr.1410*** privind aprobarea Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003
- ***Ordinul nr.253/2018*** pentru aprobarea Regulamentului de organizare, funcţionare şi autorizare a serviciilor de îngrijiri paliative
- Legea 544/2001 privind liberul acces la informatiile de interers public actualizata
- ***REGULAMENT nr. 679 din 27 aprilie 2016*** privind protecţia persoanelor fizice în ceea ce priveşte prelucrarea datelor cu caracter personal şi privind libera circulaţie a acestor date şi de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecţia datelor

Legislatie secundara:

- Regulamentul de organizare şi functionare(ROF)

- Regulamentul de ordine internă (ROI)

7. Definiţii şi abrevieri ale termenilor utilizaţi

Nu este cazul.

8. Descrierea procedurii

- Conducerea spitalului, prin Manager, reglementează procesul de comunicare / informare conform legislatiei in vigoare privitoare la informatiile de interes public, astfel încât să se asigure transmiterea eficace a datelor, informaţiilor şi deciziilor necesare desfăşurării activităţilor, prevenirii accidentelor, a cunoaşterii aspectelor de mediu, a pericolelor şi intervenţiei în caz de incident sau accident.
- Prin modalităţile concrete de organizare, comunicarea internă va fi directă, verbală sau prin postare şi luare la cunoştinţă ulterior sub semnătură.
- Conducerea spitalului prin Manager va asigura comunicarea şi cu părţile interesate din exterior prin corespondenţă, informări, comunicări, rapoarte activitate etc.
- În baza principiului privind asigurarea confidenţialităţii datelor şi informaţiilor, atât a angajaţilor şi colaboratorilor dar mai ales ale pacienţilor, este interzisă comunicarea în exterior a acestor date şi informaţii, cu excepţia situaţiilor expres prevăzute de legislaţia în vigoare.
- Informaţiile comunicate şi furnizate trebuie să fie reale, corecte, valabile, verificabile iar mijloacele de comunicare utilizate, după caz, vor fi asigurate prin:
  - ✓ afişare, semnalizare;
  - ✓ instruire, difuzare documente scrise (internet);
  - ✓ note, adrese, regulamente, hotarari, decizii;
  - ✓ informare prin telefon, fax, e-mail, întâlniri directe;
  - ✓ comunicate de presă.

Comunicarea internă

Comunicarea internă are în vedere:

a) rezolvarea problemelor, coordonarea activităţilor, urmărirea realizării planurilor de acţiuni adoptate;

b) furnizarea, de către management (de sus în jos), a informaţiilor necesare angajaţilor pentru desfăşurarea procesor, motivare, încurajare şi îmbunătăţirea performanţelor privind activitatea spitalului:

- ✓ cerinţele legale cu caracter general, cerinţele legale referitoare la calitate, cerinţele legale şi alte cerinţe la care spitalul, ca entitate de drept public, subscrie;
- ✓ politici referitoare la controlul activităţilor, obiective, programe de calitate;
- ✓ strategiile, programele, responsabilităţile, autorităţile şi inter-relaţiile din cadrul spitalului etc.;
- ✓ Regulament Intern şi alte documente cu caracter organizaţional dispoziţii şi decizii ale managementului, solicitările părţilor interesate, inclusiv reclamaţii;
- ✓ programe de instruire, planuri de prevenire sau privind capacitatea de răspuns;
- ✓ nivelurile de competenţă ale personalului şi/sau alocarea responsabilităţilor;
- ✓ caracteristici materiale şi servicii, cerinţe ale serviciilor medicale asigurate;
- ✓ dispoziţii de utilizare spaţii, amplasare echipamente, referiri la mediul înconjurător;
- ✓ programe de mentenanţă preventivă, curăţenie etc;
- ✓ informaţii şi cunoştinţe referitoare la riscurile de orice fel şi la măsurile de control;
- ✓ rezultate ale evaluărilor competenţei;
- ✓ condiţii contractuale, solicitările relevante din partea părţilor externe interesate;

c) sprijinirea angajaţilor/colaboratorilor pentru îndeplinirea responsabilităţilor şi atingerea

obiectivelor avute;

d) informarea angajaţilor privind rezultatele monitorizării proceselor, auditurilor şi implicarea pentru primirea şi răspunsul la sugestiile şi propunerile de îmbunătăţire făcute de angajaţi;

e) încurajarea feedback-ului de la toate nivelurile (de jos în sus):

- ✓ rapoarte de activitate;
- ✓ solicitări pentru aprovizionare, dotări necesare, rezultatele evaluării furnizorilor;
- ✓ rezultatele controalelor interne şi externe şi ale monitorizării activităţilor;
- ✓ rezultatele evaluărilor diferitelor situaţii;
- ✓ date şi informaţii pentru rapoarte către autorităţi, alte rapoarte şi informaţii relevante.

- Accesul reprezentantilor Mass Media se face numai pe baza legitimatiei de acreditare si a documentului de identitate precum si cu acordul managerului .
- Reprezentantii Mass Media pot filma in **interiorul spitalului** numai in spatiile pentru care managerul si-a exprimat acordul in mod explicit iar intervievarea pacientilor sau filmarea acestora se poate face numai in conditiile legii (prin luarea acordului scris al tuturor persoanelor prezente in spatiile in care se filmeaza / inregistreaza).
- Managerul este purtatorul de cuvant . In cazul in care nu poate fi prezent desemneaza un purtator de cuvant al institutiei care ii insoteste pe reprezentantii Mass Mediei pe durata prezentei acestora in incinta **spitalului.**
- Accesul persoanelor care au asupra lor aparate de filmat, de fotografiat si de inregistrat se face numai cu aprobarea managerului spitalului.
- Este interzis accesul in spital al persoanelor care au asupra lor armament, munitie, substante toxice, stupefiante,explozive ori alte instrumente care pot pune in pericol viata, integritatea corporala sau sanatatea personalului propriu si al pacientilor .

„ Este interzis oricarui angajat al* spitalului *sa comunice cu Mass Media cu privire la pacientii

internati, tratamentul acestora si alte aspecte legate de pacienti.

Resurse necesare

- **Resursele materiale**

  Calculatoare personale, birouri, rechizite, linie telefonica, retea informatica, tipizate.

- **Resursele umane**

  Persoanele implicate prin sarcinile de serviciu, prevăzute în Fişa postului, RI, ROF cu atribuţii stabilite bine definite pe tipuri de activităţi.

- **Resursele financiare**

  Resursele financiare necesare implementării prezentei proceduri sunt stabilite prin bugetul spitalului.

CONTROLUL:

Procedura se evaluează anual şi se revizuieşte ori de câte ori este nevoie, conform procedurii de evaluare şi îmbunătăţirii procedurilor şi protocoalelor, la nivelul spitalului, a consiliului medical şi a comitetului director.

Alte autorităţi competente, pot solicita controlul modului de desfăşurare a activităţii procedurate.

RISCURILE MANAGEMENTULUI:

Identificarea riscurilor îndeplinirii sarcinilor:

Responsabilul de riscuri identifică riscurile legate de procedură.

Riscurile se înregistrează în registrul de riscuri.

Activităţile mai sus menţionate se efectuează conform procedurilor interne legate de gestionarea riscurilor.

Modul de reacţie la riscuri:

Pentru intervenţia în cazul apariţiei riscurilor se respectă:

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

Autoritatea de decizie la risc:

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

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.

9.Responsabilităţi şi răspunderi în derularea activităţii:

Manager	• Stabileşte metodele şi căile de comunicare şi asigură resursele necesare pentru asigurarea infrastructurii de comunicare şi buna ei funcţionare. • Comunică cu autorităţile locale cu responsabilităţi în domeniul de competenţă al spitalului pentru problemele ce decurg din contractele sau convenţiile încheiate. • Comunică cu autorităţile privind realizarea acţiunilor stabilite prin programul de conformare şi/sau în urma controalelor efectuate. • Comunică cu clienţii, furnizorii şi alte părţi interesate pentru probleme care depăşesc competenţa şi autoritatea personalului subordonat. • Comunică cu personalul propriu în probleme privind asigurarea serviciilor, satisfacţia pacientului, protecţia mediului etc. • Numeşte prin decizie reprezentantul spitalului în relaţiile cu partenerii externi şi responsabilul cu comunicarea atunci cand el lipseste
Responsabilul Relatiilor cu Publicul-Managerul	• Managerul este responsabil cu elaborarea si prezentarea mesajelor in numele **spitalului** si cu asigurarea informarii in timp util atat a mass mediei cat si a populatiei

Indicatori de eficienta si eficacitate:

Nr. de incidente cu mass media/ an

Nr. de solicitari mass-media/ an

10. Anexe, înregistrări, arhivări

Nr. anexă	Denumireaanexei/formularului	Cod formular
Anexa 1	Proces verbal de diseminare si instruire a persoanelor din subordinea persoanelor din lista de difuzare	F/PS-01/01

Anexa 1.

Proces verbal de diseminare si instruire a persoanelor din subordinea persoanelor din lista de difuzare.

Sectia/ compartimentul/biroul
..... [illegible] .....

NUME PRENUME	Diseminare si instruire DATA	Semnatura persoana aplicanta
[redacted]	16 01 2019	[redacted]
	16 01 2019	
	16 01 2019	
	16 01 2019	
	16 01 2019	
	16 01 2019	
	16 01 2019	
	16 01 2019	
	16 01 2019	
	16 01 2019	

Persoana care a efectuat diseminarea si instruirea

Nume si prenume

.....

Semnatura

.....

Data 16.01.2019

.....

Cod: F/PS-01/01

10

9. Cuprins

Numărul componentei în cadrul procedurii	Denumirea componentei din cadrul procedurii	Pagina
0	Pagină de gardă	1/11
1	Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau, după caz, a reviziei în cadrul ediţiei procedurii	2/11
2	Situaţia ediţiilor şi a reviziilor în cadrul ediţiilor procedurii	2/11
3	Lista cuprinzând persoanele la care se difuzează ediţia sau, după caz, revizia din cadrul ediţiei procedurii	2/11
4	Scopul procedurii	3/11
5	Domeniul de aplicare	3/11
6	Documente de referinţă	3/11
7	Definiţii şi abrevieri ale termenilor utilizaţi	3/11
8	Descrierea procedurii	5/11
9	Responsabilităţi şi răspunderi în derularea activităţii	8/11
10	Anexe, înregistrări, arhivări	9/11
11	Cuprins	11/11