



SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚĂ CĂLĂRAȘI
"DR. POMPEI SAMARIAN"

Str. Eroilor Revoluției 22 Decembrie 1989, nr. 2-4

Tel: 0242920 / Fax: 0242306832 / E-mail: spital@sjuc.ro / Web: sjuc.ro



Avizat,
Presedinte Comisie CIM

Aprobat,
Manager

PROGRAMUL DE DEZVOLTARE A SISTEMULUI DE CONTROL INTERN MANAGERIAL AL SPITALULUI JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "Dr Pompei Samarian" CĂLĂRAȘI

1. PREMISE CONCEPTUALE

În vederea aplicării prevederilor Ordinului SGG nr 600/2018 pentru aprobarea codului controlului intern managerial, în Spitalul Județean de Urgență "Dr Pompei Samarian" Călărași este constituită o structură internă cu atribuții în monitorizarea, coordonarea și îndrumarea metodologică cu privire la sistemele proprii de control managerial, denumită Comisie de monitorizare, care va fi actualizată ori de câte ori este nevoie. Controlul este privit ca o funcție managerială și nu ca o operațiune de verificare, iar prin funcția de control, managementul constată abaterile rezultatelor de la obiective, analizează cauzele care le-au determinat și dispune măsurile corective sau preventive ce se impun. Controlul este prezent pe toate palierele spitalului și se manifestă sub forma autocontrolului, controlului în lanț și a controlului ierarhic.

Sistemul de control intern managerial din cadrul Spitalului Județean de Urgență "Dr Pompei Samarian" Călărași reprezintă ansamblul de măsuri, metode și proceduri întreprinse la nivelul fiecărei structuri din cadrul unității, instituite în scopul realizării obiectivelor la un nivel calitativ corespunzător și îndeplinirii cu regularitate, în mod economic, eficient și eficient a politicilor adoptate. Programul a fost întocmit în conformitate cu prevederile art. 2 și art. 4 din Ordinul secretarului general al Guvernului nr. 600/2018.

2. SCOPUL PROGRAMULUI

Implementarea și dezvoltarea standardelor de management/control intern în cadrul Spitalului Județean de Urgență "Dr Pompei Samarian" Călărași și elaborarea procedurilor formalizate pe activități, în acord cu specificul instituției.

3. OBIECTIVELE GENERALE ALE PROGRAMULUI DE DEZVOLTARE A SISTEMULUI DE CONTROL MANAGERIAL LA NIVELUL SPITALULUI SUNT:

- realizarea atribuțiilor stabilite în concordanță cu misiunea spitalului, în condiții de regularitate, eficacitate, economicitate și eficiență;
- protejarea fondurilor spitalului împotriva pierderilor datorate erorii, abuzului sau fraudei;
- respectarea prevederilor legale și a altor cerințe aplicabile spitalului, a regulamentelor și deciziilor conducerii;
- dezvoltarea și întreținerea unor sisteme de colectare, stocare, prelucrare, actualizare și difuzare a datelor și informațiilor financiare și de conducere, precum și a unor sisteme și proceduri de informare publică adecvată prin rapoarte periodice.



SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚĂ CĂLĂRAȘI
"DR. POMPEI SAMARIAN"

Str. Eroilor Revoluției 22 Decembrie 1989, nr. 2-4

Tel: 0242920 / Fax: 0242306832 / E-mail: spital@sjuc.ro / Web: sjuc.ro



4. OBIECTIVELE SPECIFICE ALE PROGRAMULUI DE DEZVOLTARE A SISTEMULUI DE CONTROL MANAGERIAL LA NIVELUL SPITALULUI SUNT:

- reflectarea în documente scrise a organizării controlului intern, a tuturor operațiunilor spitalului și a elementelor specifice, înregistrarea și păstrarea în mod adecvat a documentelor; înregistrarea în mod cronologic a operațiunilor;
- asigurarea aprobărilor și efectuării operațiunilor exclusive de persoane special imputernicite în acest sens;
- separarea atribuțiilor privind efectuarea de operațiuni între persoane, astfel încât atribuțiile de aprobare, control și înregistrare să fie încredințate unor persoane diferite; asigurarea unei conduceri competente la toate nivelurile;
- accesarea resurselor și documentelor numai de către persoane îndreptățite și responsabile în legătura cu utilizarea și păstrarea lor.

Nr. crt	OBIECTIV (ETAPA)	Standarde conf. OSGG 600/2018	Masura de realizare a etapei/ obiectivului.	Responsabil	Termen	Indicator	Rezultat asteptat
I. MEDIUL DE CONTROL							
1	Asigurarea unor conditii necesare cunoasterii de catre salariati a prevederilor legale (acte normative si alte cerinte aplicabile) care reglementeaza comportamentul acestora la locul de munca precum si prevenirea si raportarea fraudelor.	ST.1 Etica si integritate Descrierea standardului: Conducerea si salariatii spitalului cunosc si sustin valorile etice si valorile spitalului, respecta si aplica reglementarile cu privire la etica, integritate, evitarea conflictelor de interese, prevenirea raportarea fraudelor, actelor de coruptie si semnalarea neregulilor.	1.1 Comunicarea Codului de etica intrregului personal angajat. 1.2 Promovarea codului de conduita (prelucrarea cu angajatii). 1.3 Mentinerea procedurii privind Etica, integritatea si Constituirea Consiliului Etic cu analiza indicatorilor de eficienta si eficacitate. 1.4 Desfasurarea de activitati de consiliere etica a personalului din partea consiliului de etica prin consilierul de etica. 1.5 Monitorizarea respectarii normelor de conduita de catre toti angajatii spitalului.	Consiliul Etic Consiliul Etic Comisia de monitorizare, SMCSS, RUNOS Consiliul Etic Consilier de etica Consiliul Etic, conducatorii de structuri functionale	Semestrial Anual Anual Anual Semestrial Anual	Procentul angajatilor care nu cunosc prevederile codului de etică (%) nr angajati care cunosc prevederile codului de conduita/nr.total angajati Ponderea neregularitatilor, datorate necunoasterii de catre angajati a Codului Etic (%) Nr persoane care au primit consiliere etica /nr total persoane care au solicitat consiliere etica Procentul de angajati care nu au respectat prevederile codului de conduita (%) Nr. angajati instruiti/ total nr angajati; PV de instruire avand ca tematica Politica de calitate, Misiune, Viziune	Cod de etica cunoscut de catre angajati, postat pe INTRANET. PV de prelucrare a codului de conduita Afisarea Codului etic in locuri vizibile in cadrul spitalului si in INTRANET. Respectarea Procedurii privind Etica, integritatea si Constituirea Consiliului Etic Inregistrari privind rezultate ale consilierii angajatilor pe probleme de etica. Inregistrari cu privire la monitorizarea respectarii normelor de conduita de catre toti angajatii.
2	Asigurarea mentinerii concordantei intre atributiile spitalului ca institutie si cele ale angajatilor ; asigurarea cunoasterii atributiilor de catre angajati.	ST.2 Atributii, functii, sarcini. Descrierea standardului: conducerea spitalului asigura intocmirea si actualizarea documentului privind misiunea entitatii publice, a regulamentelor interne si a fiselor de post, pe care le comunica salariatilor.	2.1 Actualizarea Politicii spitalului in domeniul calitatii serviciilor de sanatare, Misiunea si viziunea spitalului pentru anul in curs; comunicarea si prelucrarea cu intregul personal angajat ; postarea pe site-ul spitalului, la nivelul avizierelor si a INTRANET-ului. 2.2 Cunoasterea prevederilor din ROF privind atributiile pentru implementarea SCIM la nivelul spitalului.	RUNOS, Comitet Director, SMCSS, Informatica RUNOS	Anual Anual	Postare pe site-ul spitalului si in INTRANET; Cunoasterea de catre toti angajatii a Politicii de calitate, a Misiunii si viziunii spitalului. Respectarea ROF actualizat si aprobat. PV de instruire si prelucrare a prevederilor ROF cu angajatii.	

Nr. crt	OBIECTIV (ETAPA)	Standarde conf. OSGG 600/2018	Masura de realizare a etapei/ obiectivului.	Responsabil	Termen	Indicator	Rezultat asteptat
3.	1. Asigurarea ocuparii posturilor cu personal competent, cu pregatire de specialitate necesara indeplinirii atributiilor prevazute in fisele post. 2. Asigurarea continua a pregatirii profesionale a personalului angajat.	ST.3 Competenta, performanta Descrierea standardului: Conducerea spitalului asigura ocuparea posturilor de catre persoane competente, carora le incredinteaza sarcini potrivit competentelor, si asigura conditii pentru imbunatatirea pregatirii profesionale a salariatilor. Performantele	2.3 Prelucrarea prevederilor RI cu angajatii prin : - publicare pe site si INTRANET - instruire pe baza de proces verbal - prelucrare dupa fiecare actualizare	RUNOS	Permanent	Nr angajati care cunosc prevederile RI /nr total angajati.	Respectarea RI publicat pe site si INTRANET PV de instruire si prelucrare a prevederilor RI cu angajatii.
			2.4 Includerea in fisele de post de atributii pe controlul intern managerial si la noti angajati	Conducatorii de structuri RUNOS	Anual	Nr de fise post ale noilor angajati /nr fise post ce necesita actualizari	Includerea in fisele de post ale noilor angajati de atributii de control intern managerial
			2.5 Actualizarea fiselor post	Conducatorii de structuri, RUNOS	Permanent	Nr fise post actualizate /nr fise post ce necesita actualizari	Fise post actualizate
			2.6 Informarea angajatilor cu privire la modificarile aduse in fisele post.	Conducatorii de structuri, RUNOS	Permanent	Nr angajati care cunosc atributiile din fisa post/nr total angajati	Fise post cu semnături de luare la cunostinta de catre angajati.
			2.7 Actualizarea functiilor sensibile	Conducatorii de structuri, Comisia de monitorizare	Anual	Nr functii sensibile	Identificare noi functii sensibile
			3.1 Efectuarea analizei pentru stabilirea cunostintelor si abilitatilor necesare pentru realizarea atributiilor/sarcinilor din fisele post (evaluarea performantei angajatilor conform Ordinului 1229/2011).	Conducatorii de structuri Manager	Anual	Nr de angajati evaluati /nr total angajati	Evaluarea personalului de conducere si executie – formulare de evaluare completate si semnate ca asumare de catre personalul angajat.
			3.2. Identificarea nevoilor de angajare de personal pentru anul în curs si intocmirea Planului anual de selectie si recrutare; Revizuirea acestuia la nevoie;	Conducatorii de structuri, RUNOS	Anual,	Nr solicitari de angajare personal	Asigurarea eficienta a continuitatii activitatii din spital
			3.3 Ocuparea posturilor prin concurs/ examen potrivit normelor legale in vigoare, cu personal specializat conform cerintelor posturilor prevazute in cadrul structurii organizatorice	Comitet Director, RUNOS	Permanent	Nr de concursuri organizate /nr. posturi solicitate de catre structurile functionale	Asigurarea continuitatii in mod eficient a activitatii din spital
			3.4. Identificarea nevoilor de perfectionare si pregatire profesionala pentru anul în curs,	Conducatorii de structuri, RUNOS	Anual,	Nr personal format / nr personal identificat	Personal bine pregatit si instruit conform cerintelor specifice postului ocupat

Nr. crt	OBIECTIV (ETAPA)	Standarde conf. OSGG 600/2018	Masura de realizare a etapei/ obiectivului.	Responsabil	Termen	Indicator	Rezultat asteptat
		profesionale ale salariatilor sunt evaluate anual in raport cu obiectivele postului.				Nr structuri care au stabilit necesarul de instruii/nr total structuri	Liste cu necesarul de cursuri formare profesionala pentru fiecare structura in parte.
			3.5.Elaborarea „Planului de pregatire /formare profesionala” in functie de bugetul alocat	Comitet Director, Conducatorii de structuri, RUNOS	31.01.2025	Nr de personal format /nr de personal prins in program	Plan de pregatire /formare profesionala aprobat de CD, care va cuprinde in mod obligatoriu si instruirii cu privire la CIM
4	1. Asigurarea unei structuri organizatorice cu responsabilitati, competente si sarcini asociate posturilor astfel incat sa se asigure realizarea obiectivelor spitalului. 2. Asigurarea unei structuri organizatorice functionale pentru monitorizare, coordonare si indrumare metodologică a dezvoltării sistemului de control managerial.	ST. 4 Structura organizatorice Descrierea standardului: conducatorul spitalului defineşte structura organizatorica, competentele, responsabilitatile, sarcinile, relatiile organizatorice si comunica salariatiilor documentele specifice structurii organizatorice. Conducatorul spitalului stabileste ,in scris, limitele competentelor si responsabilitatilor pe care le delega, in conformitate cu cerintele legale.	4.1. Actualizarea structurii organizatorice 4.2. Prelucrarea organigramei cu personalul angajat.	Comitet Director, RUNOS	Permanent	Nr structuri noi infiintate	Asigurarea continuitatii in mod eficient a activitatii in spital
			4.3 Actualizarea comisiei pentru monitorizarea, coordonarea şi îndrumarea metodologică a dezvoltării SCIM 4.4 Actualizarea regulamentului de functionare a comisiei stabilite.	RUNOS	Permanent	Nr angajati care cunosc organigrama institutiei / nr total angajati	PV de aducere la cunostiinta a organigramei angajatilor. Publicarea pe site si INTRANET a organigramei.
			4.5 Actualizarea statului de functii.	Manager	Permanent	Nr persoane noi propuse in Comisie	Decizie numire Comisie.
				Comisia SCIM	Permanent	Nr de incalcare a regulamentului	Regulament intocmit, aprobat si adoptat.
				Comitet Direct, RUNOS	Permanent	Nr. posturi noi aprobate in Statul de functii	Stat de functii aprobat de ordonatorul principal de credite
II. PERFORMANTE SI MANAGEMENTUL RISCULUI							
5.	Definirea obiectivelor generale in concordanta cu	ST.5 Obiective Descrierea standardului:	5.1 Stabilirea obiectivelor generale ale spitalului si comunicarea lor tuturor angajatilor spitalului	Comitetul director Manager Comisie SCIM	Anual	Nr obiective stabilite.	Obiective generale stabilite aprobate in CD si adoptate de spital.

Nr. crt	OBIECTIV (ETAPA)	Standarde conf. OSGG 600/2018	Masura de realizare a etapei/ obiectivului.	Responsabil	Termen	Indicator	Rezultat asteptat
6.	Corelarea activitatilor pentru realizarea obiectivelor din Planul strategic cu strategia bugetara si strategia de personal.	conducerea spitalului precum si a celor specifice in concordanta cu prevederile legale si alte cerinte aplicabile. ST.6 Planificarea Descrierea standardului : conducerea spitalului intocmeste planuri sau alte documente de planificare prin care se pun in concordanta activitatile necesare pentru atingerea tuturor obiectivelor stabilite cu resursele maxim posibil de alocate, se stabilesc termene de	5.2. Stabilirea obiectivelor specifice fiecarei structuri in parte pe baza analizei SWOT.	Conducatorii de structuri.	Anual	Nr de structuri care au stabilit obiective/nr total structuri.	Propuneri de obiective specifice fiecarei structuri in parte inaintate spre analiza catre CD. Obiective specifice fiecarei structuri sustinute de masuri de imbunatatire
			5.3. Stabilirea listelor de activitati pentru fiecare structura care sa conduca la atingerea obiectivelor specifice fiecarei structuri.	Conducatorii de structuri.	Anual	Nr structuri care si-au stabilit activitati individuale/nr total structuri.	Fise de post (anexe la fisa de post) in care sunt mentionate atributiile pentru atingerea obiectivelor specifice sau alte acte organizatorice (decizii, note interne, etc) prin care sunt trasate atributiile individuale.
			5.4. Evaluarea Planului strategic de dezvoltare al spitalului si comunicarea catre angajati.	Comitetul Director	Actualizat la 5 ani	Nr obiective indeplinite/nr total obiective stabilite	Plan strategic analizat, aprobat in CD si CA. Comunicarea prevederilor planului strategic catre angajati.
			6.1. Alocarea de resurse financiare si umane pentru fiecare masura stabilita pentru atingerea unui obiectiv.	Director Financiar Contabil, RUNOS Comitet Director	Lunar in functie de necesitati	Resurse financiare alocate pt indeplinirea obiectivelor cf BVC Resurse umane asigurate pt continuitatea activitatii conform Planului anual de selectie si recrutare	Stabilirea termenelor de realizare a masurilor pentru atingerea obiectivelor specifice cu atribuire de termene, responsabilitati si resurse (utilizarea graficului GANTT)
			6.2. Monitorizarea Planului strategic de dezvoltare al spitalului pentru urmatoorii 5 ani	Comitet Director	Permanent	Nr.obiective indeplinite din total obiective stabilite	Indeplinirea obiectivelor stabilite
			6.3. Intocmirea Planului de imbunatatire a calitatii serviciilor de sanatate	SMCSS	Anual	Nr. propuneri si masuri de imbunatatire a calitatii serviciilor de sanatate	Implementarea masurilor de imbunatatire a calitatii serviciilor de sanatate
			6.4. Intocmirea Planului de supraveghere, prevenire si limitare a IAAM	CPIAAM, Consiliu medical	Anual	Nr activitati/obiective privind supravegherea, prevenirea si limitarea IAAM	Implementarea masurilor pentru prevenirea si limitarea IAAM.

Nr. crt	OBIECTIV (ETAPA)	Standarde conf. OSGG 600/2018	Masura de realizare a etapei/ obiectivului.	Responsabil	Termen	Indicator	Rezultat asteptat
7.	Asigurarea monitorizarii performantelor obiectivelor stabilite prin utilizare de indicatori cantitativi si calitativi, inclusiv cu privire la economicitate, eficienta si eficacitate.	realizare si persoane responsabile, astfel incat riscurile susceptibile sa afecteze realizarea obiectivelor spitalului, sa fie minime.	6.5. Intocmirea Bugetului de venituri si cheltuieli pentru anul în curs	Comitet Director	Lunar		Indeplinirea obiectivelor stabilite
			6.6. Intocmirea Planului anual de achizitii publice pentru anul în curs	Comitet Director, Achizitii, coordonatori structuri functionale	In functie de aprobarea BVC		Indeplinirea obiectivelor stabilite
			7.1 Stabilirea de indicatori acolo unde este posibil pentru obiectivele specifice stabilite si monitorizarea indicatorilor de management	Conducatorii de structuri, Comitet Director	Permanent	Nr structuri care si-au stabilit indicatori/nr total structuri	Indicatori stabiliti, aprobati si adoptati pentru fiecare obiectiv specific (acolo unde se poate).
			7.2 Stabilirea unui sistem de monitorizare si raportare a performantelor pe baza indicatorilor stabiliti pentru obiectivele specifice.	Comitet Director	Trimestrial		Metodologie aprobata si adoptata de raportare a stadiului de realizare a obiectivelor catre conducere
			7.3 Recevaluarea relevantei indicatorilor asociati obiectivelor specifice, atunci cand situatia o impune in vederea operarii ajustarilor cuvenite.	Conducatorii de structuri.			Analize periodice a relevantei indicatorilor si modificarea acestora atunci cand situatia o impune.
8.	Asigurarea unui sistem de management a riscurilor pentru a preveni nerealizarea obiectivelor specifice stabilite.	ST.8 Managementul riscurilor Descrierea standardului : conducatorul spitalului organizeaza si implementeaza un proces de	7.4 Autoevaluarea calitatii serviciilor medicale	Medici sefi sectie si medici coordonatori	Semestrial		
			7.5 Monitorizarea consumului de medicamente /spital/sectii/comp.med.	Consiliul medical, Farm.sef, Comisia medicamentului	Semestrial		
			8.1 Mentinerea procedurii privind managementul riscurilor	Coordonator implementare (Preşedinte SCIM / Secretariat Tehnic)	Anual	Nr structuri care respecta procedura /total structuri	Respectarea Procedurii privind managementul riscurilor
			8.2 Instruirea personalului angajat inclusiv a top managementului in domeniul managementului riscurilor.	Coordonator implementare (Secretariat Tehnic)	Anual	Nr angajati care cunosc procedura privind managementul riscurilor/nr.total angajati.	PV de instruire a personalului cu privire la procedura Managementul riscurilor.

Nr. crt	OBIECTIV (ETAPA)	Standarde conf. OSGG 600/2018	Masura de realizare a etapei/ obiectivului.	Responsabil	Termen	Indicator	Rezultat asteptat
		management al riscurilor care sa faciliteze realizarea obiectivelor acesteia in conditii de economicitate, eficienta si eficacitate.	8.3 Stabilirea activitatilor si subactivitatilor pentru fiecare structura in parte.	Conducatorii de structuri.(Medici șefi / asistenți șefi)	Anual	Nr de structuri care au stabilit activitățile /nr total structuri.	Liste de obiective /activitati identificate pentru fiecare structura in parte aprobate de catre conducatorul structuri.
			8.4 Identificarea de noi riscuri proprii activitatilor nou identificate din cadrul structurilor	Conducatorii de structuri.(Medici șefi / asistenți șefi)	Trimestrial	Nr de structuri care au identificat riscurile/nr total structuri.	Liste de activitati cu riscuri asociate aprobate de catre conducatorii de structuri.
			8.5 Evaluarea riscurilor identificate utilizand metoda stabilita in Procedura Managementul riscurilor.	Conducatorii de structuri.(Medici șefi / asistenți șefi)	Anual	Nr de structuri care au evaluat riscurile/nr total structuri.	Liste de evaluare a riscurilor
			8.6 Stabilirea masurilor de gestionare a riscurilor identificate si evaluate - identificare masuri/instrumente de control aplicabile si stabilirea responsabilitilor pentru gestionarea riscurilor identificate.	Conducatorii de structuri (Medici șefi / asistenți șefi)	Anual	Nr de structuri care au stabilit masuri de gestionare a riscurilor / nr total structuri.	Liste de evaluare a riscurilor cu masuri de gestionare a riscurilor stabilite.
			8.7 Nominalizarea unei persoane responsabile cu centralizarea registrelor riscurilor intocmite de fiecare structura si elabrarrea Registrului de riscuri la nivelul USP.	RUNOS, - șef serviciu Manager	Permanent	Nr persoane nominalizate la nivel de unitate	Decizie numire responsabil registrul de riscuri.
			8.8 Centralizarea riscurilor medii si grave si revizuirea Registrului de riscuri la nivelul spitalului.	Responsabil cu registrul de riscuri.(MCSS)	Anual	Nr riscuri medii si grave identificate la nivel de unitate	Registrul de riscuri completat si aprobat de catre Manager.
			8.9 Monitorizarea riscurilor si reevaluarea acestora.	Resp. Registru de riscuri. Resp. cu gestiunea riscurilor (Secretariat tehnic)	Trimestrial	Nr riscuri monitorizate si reevaluate/nr total de riscuri identificate	Registrul de riscuri in care au fost reevaluate riscurile conform termenelor stabilite initial.

Nr. crt	OBIECTIV (ETAPA)	Standarde conf. OSGG 600/2018	Masura de realizare a etapei/ obiectivului.	Responsabil	Termen	Indicator	Rezultat asteptat
III. ACTIVITATI DE CONTROL							
9	Asigurarea continuitatii activitatilor prin elaborarea unor proceduri privind desfasurarea activitatilor in cadrul compartimentelor din structura spitalului	ST.9 Proceduri Descrierea standardului: conducerea spitalului asigura elaborarea procedurilor documentate intr-un mod unitar pentru procesele majore sau activitatile semnificative desfasurate in cadrul entitatii si le aduce la cunostinta personalului implicat.	9.1 Actualizarea si intocmirea de noi proceduri documentate conform procedurii de sistem aprobate, aducerea la cunostinta personalului implicat 9.2 Identificarea activitatilor la nivel de structuri din care activitati procedurabile. 9.3 Actualizarea precum si intocmirea de noi protocoale, proceduri si instructiuni de lucru conform cerintelor legislative si a standardelor ANMCS, aducerea la cunostinta personalului implicat 9.4 Monitorizarea aplicarii prevederilor procedurilor la nivelul structurilor. 9.5 Revizuirea procedurilor si protocoalelor (modificari legislative, de structura, modificari in desfasurarea activitatilor, includerea indicatorilor de evaluare, eficienta si eficacitate, etc)	Conducatori structuri functionale	Permanent	Nr de angajati instruiti/ nr total angajati	Toate activitatile sunt procedurate si angajatii le cunosc
			9.2 Identificarea activitatilor la nivel de structuri din care activitati procedurabile.	Conducatorii de structuri.	Anual	Nr structuri care au identificat activitati procedurabile/nr total structuri	Lista activitatilor procedurabile la nivelul fiecarei structuri din spital.
			9.3 Actualizarea precum si intocmirea de noi protocoale, proceduri si instructiuni de lucru conform cerintelor legislative si a standardelor ANMCS, aducerea la cunostinta personalului implicat	Conducatorii de structuri.	Permanent	Nr de angajati instruiti/ nr total angajati	Toate activitatile sunt procedurate si angajatii le cunosc
			9.4 Monitorizarea aplicarii prevederilor procedurilor la nivelul structurilor.	Comisia SCIM	Permanent	Nr structuri care respecta prevederile procedurilor/nr total structuri	Analize periodice privind eficienta si eficacitatea procedurilor elaborate si implementate
			9.5 Revizuirea procedurilor si protocoalelor (modificari legislative, de structura, modificari in desfasurarea activitatilor, includerea indicatorilor de evaluare, eficienta si eficacitate, etc)	Persoanele desemnate pentru elaborarea procedurilor Sefii de structuri RMC-istii de pe fiecare structura	Permanent	Nr proceduri si protocoale revizuite	Proceduri si protocoale revizuite.
10	Conducerea unitatii publice initiaza, aplica si dezvolta controale adecvate de supraveghere a activitatilor, operatiunilor si tranzactiilor in scopul realizarii eficiente a acestora.	ST.10 Supravegherea Descrierea standardului : Conducerea spitalului initiaza, aplica si dezvolta instrumente adecvate de supraveghere si control al proceselor si	10.1 Sefii de structuri supravegheaza si supervizeaza activitatile care intra in responsabilitatea lor directa. Sunt instituite controale suficiente si adecvate de supraveghere pentru activitatile care implica un grad ridicat de expunere la risc 10.2 Monitorizarea permanenta a activitatii salariatilor	Manager Sefi structuri	Permanent	Nr activitati care implica riscuri grave si medii	Rapoarte de monitorizare Rapoarte ale organismelor abilitate de control.
			10.2 Monitorizarea permanenta a activitatii salariatilor	Conducatorii de structuri	Permanent	Nr. Rapoarte de activitate a sefilor de structuri privind activitatea structurii	Indeplinirea obiectivelor specifice fiecarei structuri

Nr. crt	OBIECTIV (ETAPA)	Standarde conf. OSGG 600/2018	Masura de realizare a etapei/ obiectivului.	Responsabil	Termen	Indicator	Rezultat asteptat
		activitatilor specifice, in scopul realizarii acestora in conditii de economicitate, eficienta, eficacitate, siguranta si legalitate.	10.3 Planificarea actiunilor de audit clinic 10.4 Efectuarea supravegherii activitatilor prin control ierarhic, controlul de prevenire si controale inopinate.	Echipa de audit clinic, SMCSS Manager, Director Medical, Conducatorii de structuri, SMCSS, CPIAAM, asistent sef spital	Conform planificarilor Lunar	Nr audituri clinice efectuate/nr. audituri clinice planificate Nr audituri efectuate atat pe structurile medicale cat si nemedicale	Conformarea activitatii desfasurate la standardele de acreditare ale ANMCS Conformarea activitatii desfasurate la standardele ISO 9001/2015
11.	Asigurarea masurilor corespunzatoare pentru ca activitatea spitalului sa poata continua in orice moment, in toate imprejurarile si in toate planurilor.	ST. 11 Continuitatea activitatii Descrierea standardului : conducerea spitalului identifica principalele amenintari cu privire la continuitatea derularii proceselor si activitatilor si asigura masurile corespunzatoare pentru ca activitatea aceasta sa poata continua in orice moment, in toate imprejurarile si in toate planurile, indiferent care ar fi natura amenintarii.	11.1 Inventarierea situatiilor cu risc major generatoare de intreruperi in derularea activitatilor spitalului (la nivel de structuri si ulterior la nivel centralizat). 11.2 Stabilirea si aplicarea masurilor adecvate pentru asigurarea continuitatii activitatii, in cazul aparitiei unor situatii generatoare de risc care sa cauzeze intreruperi in desfasurarea activitatii. 11.3 Intocmirea planurilor de asigurare a continuitatii activitatii: planuri de munca, planificare service si mentenanta, existenta contractelor de achizitii, urmarirea si monitorizarea acestora 11.4 Delegarea de personal in cazul absentei temporare	Conducatorii de structuri, CD, Consiliul medical Comisa CIM Conducatorii de structuri Comisie CIM Manager Director Medical Conducatori structuri functionale, responsabil cu contractele de service si mentenanta, responsabil achizitii Manager, Comitet director, RUNOS-	Anual Anual Permanent Permanent	Nr structuri care au identificat situatiile generatoare de risc major/nr total structuri Nr riscuri cauzatoare de intreruperi in desfasurarea activitatii Planuri privind service-ul si mentenanta echipamentelor si dispozitivelor medicale Lista evidenta contracte de achizitii, de service si mentenanta Decizie responsabil urmarire si monitorizare contracte de achizitii, service si mentenanta Decizii de manager privind delegarea unor angajati dintr-o structura in alta structura unde este nevoie de personal datorita absentei temporare a unor angajati	Lista riscurilor majore care pot conduce la intreruperi ale activitatii Elaborare plan de masuri pentru riscurile majore identificate. Continuitatea activitatii desfasurate in conditii de eficienta si eficacitate Continuitatea activitatii desfasurate fara a cauza intreruperi datorate absentei temporare a unor angajati

Nr. crt	OBIECTIV (ETAPA)	Standarde conf. OSGG 600/2018	Masura de realizare a etapei/ obiectivului.	Responsabil	Termen	Indicator	Rezultat asteptat
IV. INFORMAREA SI COMUNICAREA							
12	Asigurarea unui flux al informatiilor atat in interior cat si din exterior. Dezvoltarea unui sistem eficient de comunicare interna si externa.	ST.12 Informarea si comunicarea Descrierea standardului : in entitatea publica trebuie stabilite tipurile de informatii, continutul, calitatea, frecventa , sursele, destinatarii acestora si se dezvolta un sistem eficient de comunicare interna si externa, astfel incat conducerea si salariatii sa isi poata indeplini in mod eficace si eficient sarcinile, iar informatiile sa ajunga complete si la timp la utilizatori	12.1 Stabilirea documentelor si a fluxurilor de date si informatii care intra si ies din fiecare compartiment, a continutului, frecventei, calitatii, surselor si destinatarilor acestora a raportarii catre nivelurile ierarhice superioare si catre alte institutii astfel incat sa fie permisa realizarea corespunzatoare a sarcinilor de serviciu. 12.2 . Stabilirea unor reguli de accesare/primire/prelucrare si transmitere informatii/documente 12.3. Stabilirea mijloacelor corespunzatoare pentru transmiterea fiecarui tip de informatie (email, fax, tel, semnatura electronica, afisare etc) 12.4 Mentinerea procedurii documentate cu privire la comunicarea, fluxul de informatii, activitatea de registratura, accesul la informatiile de interes public, modul de solutionare a petitiilor . 12.5 Publicarea pe site-ul unitatii, la aviziere si INTRANET a informatiilor de interes pentru personalul angajat si largul public (pacienti, institutii si autoritati)	Conducatori de structuri	Anual	Nr de structuri care au stabilit fluxul de doc/ nr total structuri	Grafice de circuit a documentelor aprobate si adoptate la nivelul fiecarei structuri si la nivelul spitalului
			12.2 . Stabilirea unor reguli de accesare/primire/prelucrare si transmitere informatii/documente 12.3. Stabilirea mijloacelor corespunzatoare pentru transmiterea fiecarui tip de informatie (email, fax, tel, semnatura electronica, afisare etc) 12.4 Mentinerea procedurii documentate cu privire la comunicarea, fluxul de informatii, activitatea de registratura, accesul la informatiile de interes public, modul de solutionare a petitiilor . 12.5 Publicarea pe site-ul unitatii, la aviziere si INTRANET a informatiilor de interes pentru personalul angajat si largul public (pacienti, institutii si autoritati)	Manager, Comitet director	Permanent	Nr de angajati instruiti/ nr total angajati	Respectarea Procedurii privind controlul si circuitul documentelor
			12.2 . Stabilirea unor reguli de accesare/primire/prelucrare si transmitere informatii/documente 12.3. Stabilirea mijloacelor corespunzatoare pentru transmiterea fiecarui tip de informatie (email, fax, tel, semnatura electronica, afisare etc) 12.4 Mentinerea procedurii documentate cu privire la comunicarea, fluxul de informatii, activitatea de registratura, accesul la informatiile de interes public, modul de solutionare a petitiilor . 12.5 Publicarea pe site-ul unitatii, la aviziere si INTRANET a informatiilor de interes pentru personalul angajat si largul public (pacienti, institutii si autoritati)	Manager, Comitet director	Permanent	Nr de angajati instruiti/ nr total angajati	Respectarea Procedurii privind comunicarea interna si externa
			12.2 . Stabilirea unor reguli de accesare/primire/prelucrare si transmitere informatii/documente 12.3. Stabilirea mijloacelor corespunzatoare pentru transmiterea fiecarui tip de informatie (email, fax, tel, semnatura electronica, afisare etc) 12.4 Mentinerea procedurii documentate cu privire la comunicarea, fluxul de informatii, activitatea de registratura, accesul la informatiile de interes public, modul de solutionare a petitiilor . 12.5 Publicarea pe site-ul unitatii, la aviziere si INTRANET a informatiilor de interes pentru personalul angajat si largul public (pacienti, institutii si autoritati)	Comitet director, SMCSS	Anual	Nr de angajati instruiti/ nr total angajati	Respectarea Procedurii privind controlul si circuitul documentelor, comunicarea interna si externa
			12.2 . Stabilirea unor reguli de accesare/primire/prelucrare si transmitere informatii/documente 12.3. Stabilirea mijloacelor corespunzatoare pentru transmiterea fiecarui tip de informatie (email, fax, tel, semnatura electronica, afisare etc) 12.4 Mentinerea procedurii documentate cu privire la comunicarea, fluxul de informatii, activitatea de registratura, accesul la informatiile de interes public, modul de solutionare a petitiilor . 12.5 Publicarea pe site-ul unitatii, la aviziere si INTRANET a informatiilor de interes pentru personalul angajat si largul public (pacienti, institutii si autoritati)	Comitet director, RUNOS, SMCSS Informatica	Permanent		Actualizarea site-ului cu informatii de interes public Actualizarea INTRANETULUI cu informatii necesare personalului angajat pt buna desfasurare a activitatii
			12.6 Comunicarea verbala (raport de garda, sedinta de lucru), in scris si electronic	Comitet director, Consiliu medical	Permanent		Comunicare interna eficienta

Nr. crt	OBIECTIV (ETAPA)	Standarde conf. OSGG 600/2018	Masura de realizare a etapei/ obiectivului.	Responsabil	Termen	Indicator	Rezultat asteptat
				Responsabil CFPP			
V. EVALUARE SI AUDIT							
N/A							

Data: 16.12.2024

Intocmit,
Secretariatul tehnic Comisia de monitorizare
Cons. Giacă Maria
Dr.Sandru Vladimir