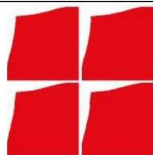


2020

PROGRAMUL DE DEZVOLTARE A SISTEMULUI DE CONTROL INTERN MANAGERIAL





37545/22.07.2020

Aprobat,

Manager

Asist. Univ. Dr. Raul Pătrașcu

PROGRAMUL DE DEZVOLTARE A SISTEMULUI DE CONTROL INTERN MANAGERIAL PE ANUL 2020

INTRODUCERE

Programul de dezvoltare a sistemul de control intern managerial constituie:

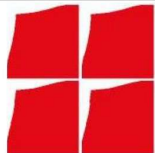
- a. Documentul principal de implementare în practică a sistemul de control intern managerial
- b. Planul de acțiune al Comisiei de Monitorizare, respectiv al membrilor comisiei de monitorizare.

Programul de dezvoltare a sistemul de control intern managerial cuprinde:

- a. Activitățile desfășurate de către persoanele responsabile de managementul compartimentelor/ activităților în vederea implementării SCIM în cadrul fiecărui compartiment.
- b. Responsabilitățile personale și termenele privind realizarea activităților specifice sistemul de control intern managerial și de implementare în cadrul Spitalului Clinic Județean de Urgență Pius Brînzeu Timișoara.

Programul de dezvoltare se aprobă de Managerul Spitalului Clinic Județean de Urgență Pius Brînzeu Timișoara și se aplică în cadrul, serviciilor, birourilor, compartimentelor și secțiilor din Spitalului Clinic Județean de Urgență Pius Brînzeu Timișoara.

Persoanele responsabile cu aplicarea în practică a « Programului de dezvoltare a SCIM sunt conducătorii structurilor/activităților din Spitalului Clinic Județean de Urgență Pius Brînzeu Timișoara.



• Bulevardul Liviu Rebreanu, Nr. 156 Timișoara, jud. Timiș, Cod Postal 300723
• Cod fiscal 4663448 • Telefon +4 0356 433111 • Fax +4 0256 486956
• e-mail: judetean@hosptm.ro • www.hosptm.ro



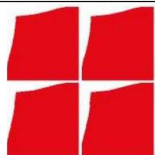
CUPRINS:

1. OBIECTIVELE PROGRAMULUI DE DEZVOLTARE A SCIM

- 1.1.** Obiective generale ale controlului intern conform OG nr.119/1999, republicată;
 - 1.2.** Cerințe generale conform OG nr.119/1999, republicată;
 - 1.3.** Obiective specifice conform OG nr.119/1999 republicată;

2. IMPLEMENTAREA STANDARDELOR DE MANAGEMENT

- I** Standardele referitoare la MEDIUL DE CONTROL
- II** Standardele referitoare la PERFORMANȚE ȘI MANAGEMENTUL RISCULUI
 - III** Standardele referitoare la ACTIVITĂȚILE DE CONTROL
 - IV** Standardele referitoare la INFORMARE ȘI COMUNICARE
 - V.** Standardele referitoare la EVALUARE ȘI AUDIT



1. OBIECTIVELE PROGRAMULUI DE DEZVOLTARE A SCIM :

Obiectivele programului vor fi îndeplinite prin aplicarea în practică curentă a compartimentelor din cadrul Spitalului Clinic Județean de Urgență Pius Brînzeu Timișoara a celor 16 standarde de management cuprinse în privind aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice.

1.1. Obiective generale ale controlului intern

1.1.1. Realizarea, la un nivel corespunzător de calitate, a atribuțiilor instituției publice, stabilite în concordanță cu propria misiune, în condiții de regularitate, eficacitate, economicitate și eficiență;

1.1.2. Protejarea fondurilor și patrimoniului Spitalului Clinic Județean de Urgență Pius Brînzeu Timișoara împotriva pierderilor datorate erorii, risipei, abuzului sau fraudei;

1.1.3. Respectarea legii, a reglementărilor și deciziilor conducerii;

1.1.4. 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 adecvate prin rapoarte periodice.

1.2. Cerințe generale

1.2.1. Asigurarea elaborării, aprobării, aplicării și perfecționării structurilor organizatorice, reglementărilor metodologice, procedurilor și criteriilor de evaluare, pentru a satisface cerințele generale și specifice de control intern;

1.2.2. Asigurarea îndeplinirii obiectivelor generale prin evaluarea sistematică și menținerea la un nivel considerat acceptabil a riscurilor asociate structurilor, programelor, proiectelor sau operațiunilor;

1.2.3. Asigurarea unei atitudini cooperante a personalului de conducere și de execuție, acesta având obligația să răspundă în orice moment solicitărilor conducerii și să sprijine efectiv controlul intern;

1.2.4. Asigurarea integrității și competenței personalului de conducere și de execuție, a cunoașterii și înțelegerii de către acesta a importanței și rolului controlului intern;

1.2.5. Stabilirea obiectivelor specifice ale controlului intern, astfel încât acestea să fie adecvate, cuprinzătoare, rezonabile și integrate misiunii entității și obiectivelor de ansamblu ale acesteia;

1.2.6. Supravegherea continuă de către personalul de conducere a tuturor activităților și îndeplinirea de către personalul de conducere a obligației de a acționa corectiv, prompt și responsabil ori de câte ori se constată încălcări ale legalității și regularității în efectuarea unor operațiuni sau în realizarea unor activități în mod neeconomic, ineficace sau ineficient;

Cerințe specifice

1.3.1. Reflectarea în documente scrise a organizării controlului intern, a tuturor operațiunilor instituției și a tuturor evenimentelor semnificative, precum și înregistrarea și păstrarea în mod adecvat a documentelor, astfel încât acestea să fie disponibile cu promptitudine pentru a fi examinate de către cei în drept;

1.3.2. Înregistrarea de îndată și în mod corect a tuturor operațiunilor și evenimentelor semnificative;

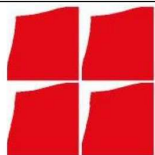
1.3.3. Asigurarea aprobării și efectuării operațiunilor exclusiv de către persoane special împuternicite în acest sens;

1.3.4. Separarea atribuțiilor privind efectuarea de operațiuni între persoane, astfel încât atribuțiile de aprobare, control și înregistrare să fie, într-o măsură adecvată, încredințate unor persoane diferite;

1.3.5. Asigurarea unei conduceri competente la toate nivelurile;

1.3.6. Accesarea resurselor și documentelor numai de către persoane îndreptățite și responsabile în legătură cu utilizarea și păstrarea lor.

1.3.7. Realizarea bunei gestiuni financiare prin asigurarea legalității, regularității, economicității, eficacității și eficienței în utilizarea fondurilor și patrimoniului SCMUT.



2. IMPLEMENTAREA STANDARDELOR DE MANAGEMENT

În cadrul fiecărui standard din cele 16 standarde manageriale sunt cuprinse :

I. Descrierea standardului

II. Cerințe generale - sinteza cerințelor specifice standardului.

III. Întrebări din chestionarul de autoevaluare - întrebările cuprinse în « Chestionarul de autoevaluare al stadiului de implementare a SCIM în compartimentele unei entitati publice » prevăzut în Ordinul nr. 600/2018 privind aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice. Aceste chestionare vor fi completate anual pentru a raporta cu ajutorul lor, stadiul de implementare și dezvoltare a SCIM în cadrul fiecărei structuri Spitalului Clinic Județean de Urgență Pius Brînzeu Timișoara.

IV. Activități necesare implementării standardului si desfășurate de către persoanele cu funcții de conducere și/sau coordonare, responsabile de managementul structurilor/activităților.

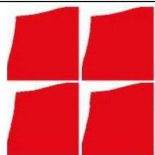
V. Documente de atestare a implementării standardului - prezintă lista documentelor de atestare a implementării standardului respectiv, care se vor regăsi în dosarul de implementare al fiecărui standard la nivelul compartimentelor.

Toate dosarele care cuprind documentele specifice fiecărui standard vor fi introduse în « Dosarul de implementare al SCIM în cadrul structurilor » .

Documentele din acest dosar vor atesta și dovedi conducerii Spitalului Clinic Județean de Urgență Pius Brînzeu Timișoara organelor de control si auditorilor că SCIM a fost implementat și dezvoltat în cadrul fiecărui compartiment al entității.

Conform Ordinului nr. 600/2018 privind modificarea și completarea ordinului secretarului general al Guvernului nr.400/2015 pentru aprobarea Codului controlului intern/managerial al entitatilor publice, cele 16 standarde manageriale sunt împărțite în 5 grupe principale:

- I. Standardele referitoare la MEDIUL DE CONTROL (Standardele 1,2,3,4)
- II. Standardele referitoare la PERFORMANȚE ȘI MANAGEMENTUL RISCULUI (Standardele 5, 6, 7, 8)
- III. Standardele referitoare la ACTIVITĂȚILE DE CONTROL (Standardele 9,10,11)
- IV. Standardele referitoare la INFORMARE ȘI COMUNICARE (Standardele 12,13,14)
- V. Standardele referitoare la EVALUARE ȘI AUDIT (Standardele 15, 16)



Standardul 1 - ETICA ȘI INTEGRITATEA

I. Descrierea standardului:

Conducerea și salariații Spitalului Clinic Județean de Urgență Pius Brînzeu Timișoara cunosc și susțin valorile etice și valorile organizației, respectă și aplică reglementările cu privire la etică, integritate, evitarea conflictelor de interese, prevenirea și raportarea fraudelor, actelor de corupție și semnalarea neregularităților.

II. Cerințe generale:

- a) Conducerea entității publice sprijină și promovează, prin deciziile sale și prin puterea exemplului personal, valorile etice, integritatea personală și profesională a salariaților.
- b) Conducerea entității publice adoptă un cod etic/cod de conduită, dezvoltă și implementează politici și proceduri privind integritatea, valorile etice, evitarea conflictelor de interese, prevenirea și raportarea fraudelor, actelor de corupție și semnalarea neregularităților.
- c) Conducerea entității publice înlesnește comunicarea deschisă de către salariați a preocupărilor acestora în materie de etică și integritate, prin crearea unui mediu adecvat.
- d) Acțiunea de semnalare de către salariați a neregularităților trebuie să aibă un caracter transparent pentru eliminarea suspiciunii de delațiune și trebuie privită ca exercitarea unei îndatoriri profesionale.
- e) Salariații care semnalează neregularități de care, direct sau indirect, au cunoștință sunt protejați împotriva oricăror discriminări, iar managerii au obligația de a întreprinde cercetările adecvate, în scopul elucidării celor semnalate, și de a lua, dacă este cazul, măsurile ce se impun.
- f) Conducerea și salariații entității publice au o abordare pozitivă față de controlul intern/manAGERIAL, a cărei funcționare o sprijină în mod permanent.

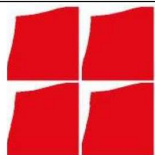
III. Întrebări din chestionarul de autoevaluare:

- A fost comunicat personalului un cod de conduită, care stabilește reguli de comportament etic în realizarea atribuțiilor de serviciu, aplicabil atât personalului de conducere, cât și celui de execuție din cadrul compartimentului?
- Salariații beneficiază de consiliere etică și li se aplică un sistem de monitorizare a respectării normelor de conduită?
- În cazul semnalării unor neregularități, conducătorul de compartiment a întreprins cercetările adecvate în scopul elucidării acestora și a aplicat măsurile care se impun ?

IV. Activități necesare pentru implementarea standardului:

La nivel de entitate:

1. Spitalul Clinic Județean de urgență Pius Brînzeu Timișoara în anul 2017 a aderat la valorile, principiile și acțiunile strategiei naționale anticorupție în perioada 2016-2020. În acest sens managerul a semnat documentul declarație a managerului de aderare la valorile principiile și acțiunile strategiei naționale anticorupție 2016-2020, document care a fost distribuit tuturor compartimentelor și este postat pe site-ul spitalului.



S-a elaborat la nivelul spitalului procedura de sistem PS-SCJUT-07 etica și integritatea din cadrul SCJUT.
În cadrul acestei proceduri se regăsesc următoarele documente:

- Cod de conduită etică în achiziții publice
- Cod de conduită etică al auditorului public intern
- Cod de conduită etică al angajaților Serviciului de Management al Calității Serviciilor Medicale

În documentul Codul de conduită al personalului contractual din SCJUPBT se prevăd norme de integritate morală al personalului angajat.

R: Șef Serviciu resurse umane și grup de lucru integritate la nivel de SCJUPBT

T: realizat și permanent

2. Numirea consilierului de etică pentru întreaga instituție printr-o Dispoziție managerială și comunicarea acesteia.

R: MANAGER-SCJUPBT

T: Realizat

3. Numirea consilierului de integritate pentru întreaga instituție printr-o Dispoziție managerială și comunicarea acesteia.

R: MANAGER-SCJUPBT

T: trim III 2020

4. Instruirea permanentă și monitorizarea respectării normelor de conduită în conformitate cu cadrul unitar privind stabilirea metodelor de completare, transmitere și colectare periodică în formate standard de raportare.

R: Consilierul de etică și consilierul de integritate

T: Permanent

5. Elaborarea și aprobarea procedurii de sistem PS-SCJUT-07 etica și integritatea și comunicarea acesteia în care se pot semnala neregularitățile..

R: Serviciu Managementul Calității Serviciilor Medicale

T: realizat

6. Elaborarea procedurii de sistem avertizor în interes public

R: Grup de lucru pentru implementarea SNA

T: trim.III 2020

7. Constituirea Comisiei de soluționare a avertizării de integritate

R: manager

T: trim III 2020

8. Soluționarea avertizărilor de integritate

R: Comisia de soluționare a avertizării de integritate

T: permanent

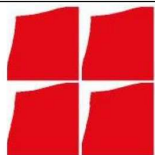
La nivel de compartiment:

1. Informarea tuturor angajaților din cadrul compartimentului referitor la aderarea în anul 2017 la valorile, principiile și acțiunile strategiei naționale anticorupție în perioada 2016-2020 și Dispoziția de numire a coordonatorului integritate și a responsabililor cu implementarea strategiei de integritate la nivelul fiecărui compartiment.

R: Șeful structurii sau coordonatorul activității acesteia (la structuri tip compartiment)

T: permanent

Ori de câte ori apar modificări sau în cazul în care există personal neinstruit



2. Informarea tuturor angajaților din cadrul compartimentului referitor la procedura de sistem PS-SCJUT-07 etica și integritatea din cadrul SCJUT consemnarea acestui fapt într-un proces verbal, sub luare de semnătură; verificarea existenței personalului neinstruit și instruirea acestuia.

R: Șeful structurii sau coordonatorul activității acesteia (la structuri tip compartiment)

T: permanent

Ori de câte ori apar modificări sau în cazul în care există personal neinstruit

3. Întocmirea și completarea „Registrului de sesizare a neregularităților” la nivelul compartimentului, în care vor fi evidențiate toate neregularități semnalate în cadrul compartimentului, respectiv măsurile luate pentru remedierea neregularităților.

R: Șeful structurii sau coordonatorul activității acesteia (la structuri tip compartiment)

T: permanent

Ori de câte ori sunt sesizate neregularități

4. Construirea unui folder cu denumirea “Dosar implementare Standardul 1 - ETICA ȘI INTEGRITATEA” și a unui biblioraft cu aceeași denumire, în care să se regăsească toate documentele de atestare a implementării standardului, actualizate; verificarea actualizării tuturor documentelor.

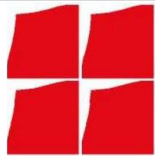
R: Șeful structurii sau coordonatorul activității acesteia (la structuri tip compartiment) și persoana desemnată cu implementarea SCIM în cadrul structurii.

T: permanent

5. Registrul privind avertizările în interes public în care se înregistrează avertizarea personalului din subordine. După înregistrarea Șeful de secție/compartiment trimite avertizarea persoanei desemnate din cadrul Comisiei de soluționare a avertizării de integritate și în format electronic pe adresa de e-mail: integritate@hosptm.ro

V. Documente de atestare a implementării standardului:

- Aprobarea ”Codului de etică și integritate al personalului din cadrul aparatului de specialitate al MANAGERULUI - Spitalului Clinic Județean de Urgență Pius Brînzeu Timișoara”.
- Dispoziția de numire a consilierului de etica
- Dispoziția de numire a consilierului de integritate.
- Procesul verbal care atestă, prin semnătură, că întreg personalul din cadrul compartimentului a luat la cunoștință, de dispozițiile anterior menționate.
- Procedura de sistem PS 07-“ Etica și Integritatea în cadrul SCJUPBT”.
- Procesul verbal care atestă, prin semnătură, că întreg personalul din cadrul compartimentului a luat la cunoștință despre Procedura de sistem PS Etica și Integritatea în cadrul SCJUPBT”.
- Procedura de sistem avertizor de interes public
- Procesul verbal care atestă, prin semnătură, că întreg personalul din cadrul compartimentului a luat la cunoștință despre Procedura de sistem avertizor de interes public
- Proces verbal al Comisiei de soluționare a avertizării de integritate
- Sesizarea către organele competente a comisiei de soluționare a avertizării de integritate.
- Act de cercetare neregularități
- Formular alertă de risc de corupție
- Raport semestrial de autoevaluare privind inventarul măsurilor anticorupție și indicatorii de evaluare



Standardul 2 - ATRIBUȚII, FUNCȚII, SARCINI

I. Descrierea standardului:

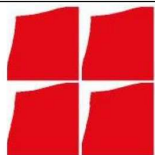
Conducerea Spitalului Clinic Județean de Urgență Pius Brînzeu Timișoara asigură întocmirea și actualizarea permanentă a documentului privind misiunea entității publice, a regulamentelor interne și a fișelor posturilor, pe care le comunică angajaților.

II. Cerințe generale:

- a) Regulamentul de organizare și funcționare al Spitalului Clinic Județean de Urgență Pius Brînzeu Timișoara cuprinde într-o manieră integrală sarcinile entității, rezultate din actul normativ de organizare și funcționare, precum și din alte acte normative; acesta se comunică salariaților și se publică pe pagina de internet a entității publice.
- b) Fiecare salariat trebuie să cunoască misiunea încredințată entității, obiectivele și atribuțiile entității publice și ale compartimentului din care face parte, rolul său în cadrul compartimentului, stabilit prin fișa postului, precum și obiectivele postului pe care îl ocupă.
- c) Conducătorii structurilor Spitalului Clinic Județean de Urgență Pius Brînzeu Timișoara au obligația de a întocmi și de a actualiza, ori de câte ori este cazul, fișele posturilor pentru personalul din subordine.
- d) Sarcinile trebuie să fie clar formulate și strâns relaționate cu obiectivele postului, astfel încât să se realizeze o deplină concordanță între conținutul sarcinilor și conținutul obiectivelor postului.
- e) Conducătorii structurilor Spitalului Clinic Județean de Urgență Pius Brînzeu Timișoara trebuie să identifice sarcinile noi și dificile ce revin salariaților și să le acorde sprijin în realizarea acestora.
- f) Introducerea de atribuții în fișele de post a persoanelor care fac parte din Comisia de monitorizarea a atribuțiilor cu privire la controlul intern managerial.
- g) Introducerea de atribuții în fișele de post a persoanelor care fac sunt responsabili cu riscurile pe fiecare/secție compartiment
- h) introducerea de atribuții în fișele de post a persoanelor care sunt în cadrul echipelor de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților și de pregătire a spitalului în vederea reacreditării spitalului ciclul II de acreditare, pe secție/compartiment, respectiv a șefului structurii și a responsabilului cu calitatea pe secție/structură
- i) introducerea de atribuții în fișele de post a persoanelor care sunt responsabile cu efectuarea auditului clinic
- j) referitor la funcțiile sensibile managementul superior va stabili o politică adecvată în procesul de administrare a riscurilor efectele asupra activităților desfășurate în cadrul entității să fie minime, respectiv identificarea funcțiilor sensibile, centralizarea funcțiilor sensibile.

III. Întrebări din chestionarul de autoevaluare:

- Personalului îi sunt aduse la cunoștință documentele actualizate privind misiunea Spitalului Clinic Județean de Urgență Pius Brînzeu Timișoara, regulamentele interne și fișele posturilor?
- Au fost luate măsuri de control adecvate și suficiente pentru administrarea și gestionarea funcțiilor sensibile ?



IV. Activități necesare pentru implementarea standardului:

La nivel de entitate (Serviciul Resurse Umane):

1. Actualizarea Regulamentului de Organizare și Funcționare și a Regulamentului Intern și comunicarea acestora către toate compartimentele de specialitate; formularea misiunii Spitalului Clinic Județean de Urgență Pius Brînzeu Timișoara în concordanță cu obiectivele strategice.

R: Șef Serviciu Resurse Umane

T : Permanent

2. Introducerea în fișele de post a persoanelor care fac parte din Comisia de monitorizare a atribuțiilor cu privire la controlul intern managerial

R: Șef Serviciu Resurse Umane

T : trim.III 2020

3. Stabilirea unei politici adecvate de gestionare a riscurilor astfel încât aceste să fie minime conform prevederilor punctului 2.2.6 din OSGG nr.600/2018

R: manager/ Comisia monitorizare

T : trim.III 2020

4. Identificarea funcțiilor sensibile pe baza unor factori de risc

R: manager/ Comisia monitorizare

T : trim.III 2020

5. Centralizarea funcțiilor sensibile

R: Comisia monitorizare

T : trim.III 2020

La nivel de compartiment:

1. Informarea tuturor angajaților din cadrul compartimentului referitor la Misiunea Spitalului Clinic Județean de Urgență Pius Brînzeu Timișoara, ROF și ROI și consemnarea acestui fapt într-un proces verbal, sub luare de semnătură.

R: Șeful structurii sau coordonatorul activității acesteia (la structuri tip compartiment)

T: permanent

Ori de câte ori apar modificări sau în cazul în care există personal neinstruit

2. Actualizarea fișelor de post ale personalului din subordine, în funcție de evoluția activităților și sarcinilor derulate în compartiment, actualizare care include în mod obligatoriu atribuțiile, sarcinile și responsabilitățile care decurg din implementarea și dezvoltarea Sistemului de Control Intern Managerial.

R: Șeful structurii sau coordonatorul activității acesteia (la structuri tip compartiment)

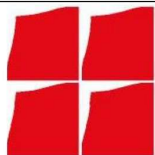
T: permanenți ori de câte ori apar modificări sau în cazul în care există personal neinstruit

3. Introducerea de atribuții în fișele de post a persoanelor care fac sunt responsabili cu riscurile pe fiecare/secție compartiment

R: Șeful structurii sau coordonatorul activității acesteia (la structuri tip compartiment)

T: Trim III 2020 ori de câte ori apar modificări de personal responsabil

4. Introducerea de atribuții în fișele de post a persoanelor care fac sunt de atribuții în fișele de post a persoanelor care sunt în cadrul echipelor de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și



• Bulevardul Liviu Rebreanu, Nr. 156 Timișoara, jud. Timiș, Cod Postal 300723
• Cod fiscal 4663448 • Telefon +4 0356 433111 • Fax +4 0256 486956
• e-mail: judetean@hosptm.ro • www.hosptm.ro



siguranței pacienților și de pregătire a spitalului în vederea reacreditării spitalului ciclul II de acreditare, pe secție/compartiment, respectiv a șefului structurii și a responsabilului cu calitatea pe secție/structură

R: Șeful structurii sau coordonatorul activității acesteia (la structuri tip compartiment)

T: Trim III 2020 ori de câte ori apar modificări de personal responsabil

5. Introducerea de atribuții în fișele de post a persoanelor care fac sunt responsabili cu efectuarea auditului clinic

R: Șeful structurii sau coordonatorul activității acesteia (la structuri tip compartiment)

T: Trim III 2020 ori de câte ori apar modificări de personal responsabil

6. Întocmirea și completarea „Registrului de evidență al fișelor de post” la nivelul compartimentului și actualizarea acestuia.

R: Șeful structurii sau coordonatorul activității acesteia (la structuri tip compartiment)

T: permanent și ori de câte ori apar modificări sau în cazul în care există personal neinstruit

7. Informarea tuturor angajaților din cadrul compartimentului referitor la atribuțiile care le revin conform fișei postului, semnarea fișelor de post de către fiecare angajat, datarea fișelor de post și semnarea de către fiecare angajat în „Registrul de evidență al fișelor de post”.

R: Șeful structurii sau coordonatorul activității acesteia (la structuri tip compartiment)

T: permanent și ori de câte ori apar modificări sau în cazul în care există personal neinstruit

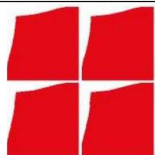
8. Construirea unui folder cu denumirea “Dosar implementare Standard 2- ATRIBUȚII, FUNCȚII, SARCINI” și a unui biblioraft cu aceeași denumire, în care să se regăsească toate documentele de atestare a implementării standardului, actualizate; verificarea actualizării tuturor documentelor.

R: Șeful structurii sau coordonatorul activității acesteia (la structuri tip compartiment) și persoana desemnată cu implementarea SCIM în cadrul structurii.

T: permanent

V. Documente de atestare a implementării standardului:

- Misiunea Spitalului Clinic Județean de Urgență Pius Brînzeu Timișoara
- Regulamentul Intern (RI)
- Regulamentul de Organizare și Functionare (ROF)
- Procesul verbal de informare și luare la cunoștință cu privire la: Misiunea SCJUPBT, ROI și ROF.
- Politica de rotație a salariaților cu funcții sensibile din cadrul SCJUPBT
- Procesul verbal de informare și luare la cunoștință cu privire la politica de rotație a salariaților care ocupă funcții sensibile din cadrul SCJUPBT.
- Fișele de post actualizate, inclusiv cu atribuțiile, sarcinile și responsabilitățile pentru :
 - implementarea și dezvoltarea Sistemului de Control Intern Managerial,
 - implementarea managementului calității serviciilor și siguranței pacienților și de pregătire a spitalului în vederea reacreditării spitalului ciclul II de acreditare, pe secție/compartiment, respectiv a șefului structurii și a responsabilului cu calitatea pe secție/structură
 - responsabilii cu riscurile pe fiecare/secție compartiment
 - responsabilul cu auditul clinic pe secție,
 - aprobate și înscrise prin semnătură.
- Registrul de evidență al fișelor de post la nivelul compartimentului, completat și actualizat.
- Lista inventar cu funcțiile sensibile din cadrul compartimentului
- Lista salariaților care ocupă funcții sensibile din cadrul compartimentelor, dacă este cazul



Standardul 3 - COMPETENȚA, PERFORMANȚA

I. Descrierea standardului:

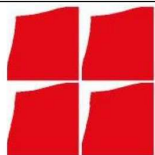
Conducătorul SCJUPBT asigură ocuparea posturilor de către persoane competente, cărora le încredințează sarcini potrivit competențelor și asigură condiții pentru îmbunătățirea pregătirii profesionale a angajaților. Performanțele profesionale individuale ale angajaților sunt evaluate anual în scopul confirmării cunoștințelor profesionale, aptitudinilor și abilităților necesare îndeplinirii sarcinilor și responsabilităților încredințate.

II. Cerințe generale:

- a) Conducătorul SCJUPBT și salariații dispun de cunoștințele, abilitățile și experiența care fac posibilă îndeplinirea eficientă și efectivă a sarcinilor, precum și buna înțelegere și îndeplinire a responsabilităților legate de controlul intern/managerial.
- b) Competența angajaților și sarcinile încredințate trebuie să se afle în echilibru permanent, pentru asigurarea căruia conducerea entității publice acționează prin:
- definirea cunoștințelor și deprinderilor necesare pentru fiecare loc de muncă;
 - conducerea interviurilor de recrutare, pe baza unui document de evaluare prestabilit;
 - întocmirea planului de pregătire profesională a noului angajat, încă din timpul procesului de recrutare;
 - revederea necesităților de pregătire profesională și stabilirea cerințelor de formare profesională în contextul evaluării anuale a angajaților, precum și urmărirea evoluției carierei acestora;
 - asigurarea faptului că necesitățile de pregătire identificate sunt satisfăcute;
 - dezvoltarea capacității interne de pregătire complementară formelor de pregătire externe entității publice.
- c) Performanțele profesionale individuale ale angajaților se evaluează cel puțin o dată pe an în raport cu obiectivele anuale individuale și sunt discutate cu aceștia de către evaluator.
- d) Competența și performanța trebuie susținute de instrumente adecvate, care includ tehnica de calcul, programele informatice, brevetele, metodele de lucru etc.
- e) Conducătorii compartimentelor asigură fiecărui angajat participarea în fiecare an la cursuri de pregătire profesională în domeniul său de competență.

III. Întrebări din chestionarul de evaluare:

- Au fost analizate și stabilite cunoștințele și aptitudinile necesare a fi deținute în vederea îndeplinirii sarcinilor/atribuțiilor asociate fiecărui post?
- Sunt identificate nevoile de perfecționare a pregătirii profesionale a personalului?
- Sunt elaborate și realizate programe de pregătire profesională a personalului, conform nevoilor de perfecționare identificate anterior?



IV. Activități necesare implementării standardului:

La nivel de entitate (Serviciul Resurse Umane):

1. Întocmirea „Planului anual de perfecționare profesională” la nivelul SCJUPBT

R: Șef Serviciu Resurse Umane

T: **septembrie 2020**

2. Monitorizarea „Planului anual de perfecționare profesională” la nivelul SCJUPBT

R: Șef Serviciu Resurse Umane

T: **Anual**

La nivel de compartiment:

1. Evaluarea cunoștințelor și aptitudinilor necesare îndeplinirii sarcinilor/atribuțiilor asociate fiecărui post prin elaborarea și/sau actualizarea fișelor de post din cadrul compartimentului. Evaluarea cunoștințelor se face prin completarea documentului Fișa de evaluare a performanțelor profesionale individuale anual până în luna ianuarie a anului următor sau ori de câte ori se consider necesar. Șeful structurii propune în acest document dacă personalul evaluat necesită cursuri de perfecționare. Acestea vor fi centralizate la nivelul secției /structurii și transmise Serviciului Runos în vederea întocmirii Planului anual de formare profesională la nivelul spitalului.

R: Șeful structurii sau coordonatorul activității acesteia (la structuri tip compartiment)

T: **anual sau ori de câte ori este cazul**

2. Actualizarea „Registrului de evidență al fișelor de post” la nivelul compartimentului și actualizarea acestuia.

R: Șeful structurii organizatorice sau coordonatorul activității acesteia

T: **septembrie 2020 sau oride câte ori este cazul** sau ori de câte ori apar modificări sau în cazul în care există personal nou

3. Informarea tuturor angajaților din cadrul compartimentului referitor la atribuțiile care le revin conform fișei postului, semnarea fișelor de post de către fiecare angajat, datarea fișelor de post și semnarea de către fiecare angajat în „Registrul de evidență al fișelor de post”.

R: Șeful structurii sau coordonatorul activității acesteia (la structuri tip compartiment)

T: **trim. II** și ori de câte ori apar modificări sau în cazul în care există personal nou

4. Întocmirea „Raportului privind necesarul de formare profesională a personalului din subordine” rezultat din rapoartele de evaluare și comunicarea acestuia Serviciului Resurse Umane.

R: Șeful structurii sau coordonatorul activității acesteia (la structuri tip compartiment)

T: **trim II 2020**

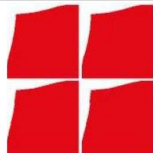
5. Construirea unui folder cu denumirea “**Standardul 3 - COMPETENȚA, PERFORMANȚA**” și a unui biblioraft cu aceeași denumire, în care să se regăsească toate documentele de atestare a implementării standardului, actualizate; verificarea actualizării tuturor documentelor.

R: Șeful structurii sau coordonatorul activității acesteia

T: **trim II 2020**

V. Documente de atestare a implementării standardului:

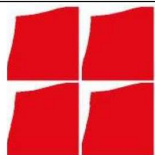
- Planul anual de perfecționare profesională la nivelul structurii/secției
- Planul anual de perfecționare profesională la nivelul SCJUPBT - se regăsește doar la Serviciul Resurse



• Bulevardul Liviu Rebreanu, Nr. 156 Timișoara, jud. Timiș, Cod Postal 300723
• Cod fiscal 4663448 • Telefon +4 0356 433111 • Fax +4 0256 486956
• e-mail: judetean@hosptm.ro • www.hosptm.ro



- Documentul care atestă monitorizarea planului anual de formare profesională- se regăsește doar la Serviciul Resurse Umane.
- Fișele de post actualizate, inclusiv cu atribuțiile, sarcinile și responsabilitățile care decurg din implementarea și dezvoltarea Sistemului de Control Intern Managerial, aprobate și însușite prin semnătură.
- Registrul de evidență al fișelor de post la nivelul compartimentului, completat și actualizat.
- Raportul privind necesarul de formare profesională a personalului din cadrul compartimentului.
- Documentele care atestă formarea profesională a personalului din cadrul compartimentului.



STANDARDUL 4 - STRUCTURA ORGANIZATORICĂ

I. Descrierea standardului:

Conducătorul SCJUPBT definește structura organizatorică, competențele, responsabilitățile, sarcinile, liniile de raportare pentru fiecare componentă structurală și comunică salariaților documentele de formalizare a structurii organizatorice. Conducătorul SCJUPBT stabilește, în scris, limitele competențelor și responsabilităților pe care le delegă.

II. Cerințe generale:

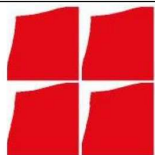
- a) Structura organizatorică este stabilită astfel încât să corespundă scopului și misiunii entității și să servească realizării în condiții de eficiență, eficacitate și economicitate a obiectivelor stabilite.
- b) În temeiul actului normativ privind organizarea și funcționarea entității publice, conducătorul entității publice aprobă structura organizatorică: servicii, birouri și secții.
- c) Încadrarea cu personal de conducere și personal de execuție a acestor structuri se regăsește în statul de funcții al entității și se realizează cu respectarea concordanței dintre natura posturilor și competențele profesionale și manageriale necesare îndeplinirii sarcinilor fixate titularilor de posturi.
- d) Competența, responsabilitatea, sarcina și obligația de a raporta sunt atribute asociate postului; acestea trebuie să fie bine definite, clare, coerente și să reflecte elementele avute în vedere pentru realizarea obiectivelor entității publice.
- e) Conducerea entității publice analizează și determină periodic gradul de adaptabilitate a structurii organizatorice la modificările intervenite în interiorul și/sau exteriorul entității, pentru a asigura o permanentă relevanță și eficiență a controlului intern.
- f) În fiecare entitate publică delegarea se realizează, în principal, prin regulamentul de organizare și funcționare, fișele posturilor și, în unele cazuri, prin ordine exprese de a executa anumite operațiuni.
- g) **Delegarea** este condiționată în principal de potențialul și gradul de încărcare cu sarcini a conducerii entității și a salariaților implicați.

Actul de delegare este conform atunci când:

- ✓ respectă raportul dintre complexitatea sarcinilor/atribuțiilor delegate și cunoștințele, experiența și capacitatea necesară efectuării actului de autoritate încredințat;
 - ✓ sunt precizate în cuprinsul acestuia termenele-limită de realizare și criteriile specifice pentru îndeplinirea cu succes a sarcinilor/atribuțiilor delegate;
 - ✓ sunt furnizate de către manager toate informațiile asupra responsabilității ce va fi încredințată;
 - ✓ este confirmat, prin semnătură, de către salariatul cărui a s-au delegat sarcinile/atribuțiile.
- h) Salariatul delegat răspunde integral de realizarea sarcinii, iar managerul care a delegat își menține în fața superiorilor responsabilitatea finală pentru realizarea acesteia.

III. Întrebări din chestionarul de evaluare:

- Sunt efectuate analize, la nivelul principalelor activități, în scopul identificării eventualelor disfuncționalități în fixarea sarcinilor de lucru individuale prin fișele posturilor și în stabilirea atribuțiilor compartimentului?



• Bulevardul Liviu Rebreanu, Nr. 156 Timișoara, jud. Timiș, Cod Postal 300723
• Cod fiscal 4663448 • Telefon +4 0356 433111 • Fax +4 0256 486956
• e-mail: judetean@hosptm.ro • www.hosptm.ro



- Structura organizatorică asigură funcționarea circuitelor și fluxurilor necesare supravegherii și realizării activităților proprii?
- Actele de delegare sunt conforme cu prevederile legale și cerințele procedurale aprobate?

IV. Activități necesare implementării standardului:

La nivel de entitate :

1. Actualizarea Regulamentului de Organizare și Funcționare și a Regulamentului Intern și comunicarea acestora către toate compartimentele de specialitate; formularea misiunii SCJUPBT în concordanță cu obiectivele strategice.

R: Șef Serviciu Resurse Umane

T : Septembrie 2020

2. Întocmirea Procedurii de sistem PS – SCJUT-04 procedura de sistem privind delegarea competențelor și limitele responsabilităților delegate

R: Serviciu Managementul Calității Serviciilor Medicale

T: realizat

Ori de câte ori sunt necesare modificări

La nivel de compartiment:

1. Informarea tuturor angajaților din cadrul compartimentului referitor la Misiunea SCJUPBT, ROF și RI și consemnarea acestui fapt într-un proces verbal, sub luare de semnătură.

R: Șeful structurii sau coordonatorul activității acesteia (la structuri tip compartiment)

T: permanent

Ori de câte ori apar modificări sau în cazul în care există personal neinstruit

2. Actualizarea fișelor de post ale personalului din subordine, în funcție de evoluția activităților și sarcinilor derulate în compartiment, actualizare care include în mod obligatoriu atribuțiile, sarcinile și responsabilitățile care decurg din implementarea și dezvoltarea Sistemului de Control Intern Managerial.

R: Șeful structurii sau coordonatorul activității acesteia (la structuri tip compartiment)

T: permanent ori de câte ori apar modificări sau în cazul în care există personal neinstruit

3. Întocmirea și completarea „Registrului de evidență al fișelor de post” la nivelul compartimentului și actualizarea acestuia.

R: Șeful structurii sau coordonatorul activității acesteia (la structuri tip compartiment)

T: septembrie 2018

Ori de câte ori apar modificări sau în cazul în care există personal neinstruit

4. Informarea tuturor angajaților din cadrul compartimentului referitor la atribuțiile care le revin conform fișei postului, semnarea fișelor de post de către fiecare angajat, datarea fișelor de post și semnarea de către fiecare angajat în „Registrul de evidență al fișelor de post”.

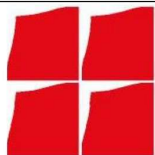
R: Șeful structurii sau coordonatorul activității acesteia (la structuri tip compartiment)

T: permanent sau ori de câte ori apar modificări sau în cazul în care există personal

5. Informarea tuturor angajaților din cadrul compartimentului cu privire la procedura de sistem PS – SCJUT-04 procedura de sistem privind delegarea competențelor și limitele responsabilităților delegate”

R: Șeful structurii sau coordonatorul activității acesteia (la structuri tip compartiment)

T: permanent ori de câte ori apar modificări sau în cazul în care există personal neinstruit



• Bulevardul Liviu Rebreanu, Nr. 156 Timișoara, jud. Timiș, Cod Postal 300723
• Cod fiscal 4663448 • Telefon +4 0356 433111 • Fax +4 0256 486956
• e-mail: judetean@hosptm.ro • www.hosptm.ro



6. Completarea Deciziei de delegare competențe/responsabilități în situația în care va fi nevoie, din diferite motive, să se delege unora dintre subalterni competențele și responsabilitățile.

R: Șeful structurii sau coordonatorul activității acesteia (la structuri tip compartiment)

T: Ori de câte ori sunt situații (ex. concedii de odihnă, s.a.) când este nevoie să se delege competențe / responsabilități

7. Consemnarea fiecărei Decizii de delegare emise în Registrul cu delegări competențe / responsabilități întocmit la nivelul compartimentului.

R: Șeful structurii sau coordonatorul activității acesteia (la structuri tip compartiment)

T: Ori de câte ori sunt situații (ex. concedii de odihnă, s.a.) când este nevoie să se delege competențe / responsabilități

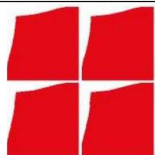
8. Construirea unui folder cu denumirea “Dosar implementare Standardul 4 –STRUCTURA ORGANIZATORICĂ” și a unui dosar cu aceeași denumire, în care să se regăsească toate documentele de atestare a implementării standardului, actualizate; verificarea actualizării .

R: Șeful structurii sau coordonatorul activității acesteia (la structuri tip compartiment) și persoana desemnată cu implementarea SCIM în cadrul structurii.

T: septembrie 2020

V. Documente de atestare a implementării standardului:

- Organigrama aprobată de conducerea SCJUPBT
- Regulamentul de organizare și funcționare al SCJUPBT.
- Regulamentul Intern al SCJUPBT.
- Dispoziția de delegare competențe/responsabilități.
- PS – SCJUT-04 procedura de sistem privind delegarea competențelor și limitele responsabilităților delegate” Fișele de post actualizate, inclusiv cu atribuțiile, sarcinile și responsabilitățile care decurg din implementarea și dezvoltarea Sistemului de Control Intern Managerial, aprobate și însușite prin semnătură.
- Registrul de evidență al fișelor de post la nivelul compartimentului, completat și actualizat.
- Procesul verbal de informare și luare la cunoștință, prin semnătură și de către toți angajații din cadrul compartimentului, cu privire la: Misiunea SCJUPBT, ROI și ROF.
- Procesul verbal de informare și luare la cunoștință, prin semnătură și de către toți angajații din cadrul compartimentului, cu privire la procedura de sistem PS – SCJUT-04 procedura de sistem privind delegarea competențelor și limitele responsabilităților delegate”
- Procesul verbal de informare și luare la cunoștință, prin semnătură și de către toți angajații din cadrul compartimentului, cu privire la Dispoziția de delegare competențe/responsabilități.
- Deciziile de delegare competente/responsabilitati la nivel de compartiment, la zi.
- Registrul cu delegari ale compartimentului, actualizat.



STANDARDUL 5 – OBIECTIVE

I. Descrierea standardului:

Conducerea SCJUPBT definește obiectivele determinante, legate de scopurile entității, precum și pe cele complementare, legate de fiabilitatea informațiilor, conformitatea cu legile, regulamentele și politicile interne, și comunică obiectivele definite tuturor salariaților și terților interesați.

II. Cerințe generale:

- a) Conducerea SCJUPBT stabilește obiectivele generale astfel încât acestea să fie concordante cu misiunea entității publice și să se refere la realizarea unor servicii publice de bună calitate, în condiții de eficiență, eficacitate și economicitate.
- b) Conducerea SCJUPBT transpune obiectivele generale în obiective specifice și în rezultate așteptate pentru fiecare activitate și le comunică salariaților.
- c) Obiectivele specifice trebuie astfel definite încât să răspundă pachetului de cerințe S.M.A.R.T."*). *) S - Precise; M - Măsurabile și verificabile; A - Necesare; R - Realiste; T - Cu termen de realizare.
- d) Stabilirea obiectivelor este în competența conducerii SCJUPBT, iar responsabilitatea realizării acestora este atât a conducerii, cât și a salariaților.
- e) Stabilirea obiectivelor are la bază formularea de ipoteze/premise acceptate conștient prin consens.
- f) Conducerea SCJUPBT actualizează/reevaluează obiectivele ori de câte ori constată modificarea ipotezelor/premiselor care au stat la baza fixării obiectivelor, ca urmare a transformării mediului intern și/sau extern.

III. Întrebările din chestionarul de autoevaluare:

- Sunt stabilite obiectivele specifice la nivelul compartimentului ?
- Obiectivele sunt astfel stabilite încât să răspundă pachetului de cerințe S.M.A.R.T ? (Unde: S – precise; M - măsurabile și verificabile; A - necesare; R - realiste; T - cu termen de realizare).
- Sunt reevaluate obiectivele specifice atunci când se constată modificări ale ipotezelor/premiselor care au stat la baza fixării acestora ?

IV. Activități necesare implementării standardului:

La nivel de entitate:

1. Stabilirea obiectivelor generale astfel încât acestea să fie în concordanță cu misiunea entității publice și să se refere la realizarea unor servicii publice de bună calitate, în condiții de eficiență, eficacitate și economicitate.

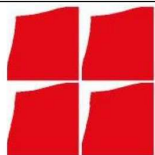
R: Conducerea SCJUPBT

T: septembrie 2020

2. Întocmirea și aprobarea centralizatorului obiectivelor specifice stabilite.

R: Comisia Monitorizare/Manager

T: noiembrie 2020



La nivel de compartiment:

1. Stabilirea obiectivelor specifice la nivelul compartimentului pe anul în curs. Obiectivele specifice vor fi stabilite astfel încât să răspundă pachetului de cerințe S.M.A.R.T.

R: Șeful structurii sau coordonatorul activității acesteia (la structură tip compartiment)

T: trim IV 2020

2. Întocmirea raportului privind stadiul îndeplinirii obiectivelor specifice compartimentului.

R: Șeful structurii sau coordonatorul activității acesteia (la structură tip compartiment)

T: septembrie 2020 pentru anul 2021

3. Întocmirea raportului privind reevaluarea obiectivelor specifice, în situația modificării ipotezelor/premiselor care au stat la baza stabilirii obiectivelor specifice, informarea tuturor angajaților din cadrul compartimentului și consemnarea acestui fapt într-un proces verbal, sub luare de semnătură.

R: Șeful structurii sau coordonatorul activității acesteia (la structură tip compartiment)

T: În situația modificării ipotezelor / premiselor

4. Elaborarea „Planului de management/plan acțiune sau activități” al compartimentului pe anul 2020, în care vor fi cuprinse măsurile necesare (cu termene și responsabilități) planificate pentru îndeplinirea obiectivelor specifice SMART ale compartimentului

R: Șeful structurii sau coordonatorul activității acesteia (la structură tip compartiment)

T : septembrie 2020

5. Informarea tuturor angajaților din cadrul compartimentului cu privire la Planul de management, și consemnarea acestui fapt în „Procesul verbal de instruire și luare la cunoștință” sub luare de semnătură.

R: Șeful structurii sau coordonatorul activității acesteia (la structură tip compartiment)

T: septembrie 2020

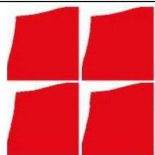
6. Construirea unui folder cu denumirea “Dosar implementare standard 5- OBIECTIVE” și a unui biblioraft cu aceeași denumire în care să se regăsească toate documentele de atestare a implementării standardului, actualizate; verificarea actualizării tuturor documentelor.

R: Șeful structurii sau coordonatorul activității acesteia.

T: septembrie 2020

V. Documente de atestare a implementării standardului:

- Propuneri privind obiectivele specifice la nivelul compartimentului.
- Centralizatorul obiectivelor specifice - la Serviciul Managementul Calității Serviciilor Medicale.
- Raport privind stadiul îndeplinirii obiectivelor specifice pe anul în curs.
- Proces verbal de informare și luare la cunoștință cu privire la modificarea ipotezelor care au stat la baza stabilirii obiectivelor specifice (se completează după caz).
- Raport privind reevaluarea obiectivelor specifice, în situația modificării ipotezelor / premiselor care au stat la baza stabilirii obiectivelor specifice.
- Planul de management al compartimentului pe anul în curs în care sunt cuprinse măsurile necesare (cu termene și responsabilități) planificate pentru aducerea la îndeplinire a obiectivelor specifice SMART ale compartimentului.
- Proces verbal de informare și luare la cunoștință cu privire la planul de management al compartimentului.



STANDARDUL 6 – PLANIFICAREA

I. Descrierea standardului:

Conducerea SCJUPBT întocmește planuri prin care se pun în concordanță activitățile necesare pentru atingerea obiectivelor cu resursele maxim posibil de alocate, astfel încât riscurile susceptibile să afecteze realizarea obiectivelor entității să fie minime.

Instituția are **planuri anuale care** acopera obligatoriu :

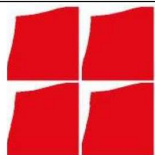
1. Siguranța și securitatea în cadrul spitalului
2. Managementul riscurilor induse de medicație
3. Managementul deseurilor și al substanțelor periculoase
4. Managementul situațiilor de urgență/dezastră - evenimente interne și externe spitalului: cutremure, epidemii
5. Managementul riscurilor de incendiu
6. Managementul echipamentelor medicale
7. Managementul clădirilor și instalațiilor
8. Planul de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale în SCJUPBT în anul 2019
9. Planul de acțiuni pentru anul 2019 al Serviciului de Management al Calității Serviciilor Medicale
10. Planul necesarului de personal
11. Planul anual al achizițiilor publice

II. Cerințe generale:

- a) Conducerea SCJUPBT elaborează planuri/programe de activitate pentru toate obiectivele entității, identifică și repartizează resursele, pornind de la stabilirea nevoilor pentru realizarea obiectivelor, și organizează procesele de muncă în vederea desfășurării activităților planificate.
- b) Repartizarea resurselor necesită decizii cu privire la cel mai bun mod de alocare, dat fiind caracterul limitat al resurselor.
- c) Schimbarea obiectivelor, resurselor sau a altor elemente ale procesului de fundamentare impune actualizarea planului/programului.
- d) Pentru atingerea obiectivelor, conducătorul entității publice asigură coordonarea deciziilor și acțiunilor compartimentelor entității și organizează consultări prealabile atât în cadrul compartimentelor entității, cât și între compartimentele respective.

III. Întrebările din chestionarul de autoevaluare

- Resursele alocate sunt astfel repartizate încât să asigure activitățile necesare realizării obiectivelor specifice compartimentului?
- În cazul modificării obiectivelor specifice, sunt stabilite măsurile necesare pentru încadrarea în resursele repartizate?



- Sunt adoptate măsuri de coordonare a deciziilor și activităților compartimentului cu cele ale altor compartimente, în scopul asigurării convergenței și coerenței acestora?

IV. Activități necesare implementării standardului:

La nivel de entitate:

1. Coordonarea deciziilor și activităților compartimentelor, prin organizarea unor ședințe în acest scop și consemnarea concluziilor acestora într-un proces verbal sau documente similare

R: Conducerea SCJUPBT

T: Când este cazul

La nivel de compartiment:

1. Elaborarea „Planului de management” al compartimentului pe anul 2020, în care vor fi cuprinse măsurile necesare (cu termene și responsabilități) planificate pentru îndeplinirea obiectivelor specifice SMART ale compartimentului

R: Șeful structurii sau coordonatorul activității acesteia (la structuri tip compartiment)

T: septembrie 2020

2. Informarea tuturor angajaților din cadrul compartimentului cu privire la Planul de management, și consemnarea acestui fapt în „Procesul verbal de instruire și luare la cunoștință” sub luare de semnătură.

R: Șeful structurii sau coordonatorul activității acesteia (la structuri tip compartiment)

T: septembrie 2020

3. Întocmirea raportului privind respectarea „Planului de management” al compartimentului, care va cuprinde o analiză a modului de îndeplinire a obiectivelor specifice, a cauzelor care au determinat neîndeplinirea acestora în termenele propuse și a măsurilor care se impun în continuare.

R: Șeful structurii sau coordonatorul activității acesteia (la structuri tip compartiment)

T: septembrie 2020, odată cu raportul privind stadiul de îndeplinire a obiectivelor specifice pe anul 2019

4. Informarea tuturor angajaților din cadrul compartimentului cu privire la Planul de management, și consemnarea acestui fapt în „Procesul verbal de instruire și luare la cunoștință” sub luare de semnătură.

R: Șeful structurii sau coordonatorul activității acesteia (la structuri tip compartiment)

T: anual

5. Întocmirea proceselor verbale ale ședințelor organizate la nivelul compartimentului.

R: Șeful structurii sau coordonatorul activității acesteia (la structuri tip compartiment)

T: După fiecare ședință

6. Elaborarea „Planului de achiziții publice” al compartimentului. Acest plan va contribui la elaborarea „Planului de achiziții publice al SCJUPBT.

R: Șeful structurii sau coordonatorul activității acesteia (la structuri tip compartiment)

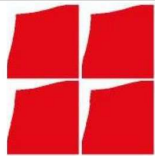
T: Anual

7. Elaborarea „Planificării necesarului de personal” (se va evidenția situația disponibilizării personalului actual din diferite motive - pensionări, concedii de boală sau maternitate) cât și a necesarului de completare a posturilor vacante cu respectarea prevederilor legale.

R: Șeful structurii sau coordonatorul activității acesteia (la structuri tip compartiment)

T: Anual și ori de câte ori este necesar

8. Elaborarea „Proiectului de buget al compartimentului”



• Bulevardul Liviu Rebreanu, Nr. 156 Timișoara, jud. Timiș, Cod Postal 300723
• Cod fiscal 4663448 • Telefon +4 0356 433111 • Fax +4 0256 486956
• e-mail: judetean@hosptm.ro • www.hosptm.ro



R: Șeful structurii sau coordonatorul activității acesteia (la structuri tip compartiment)

T: anual

9. Elaborarea propunerii de rectificare de buget

R: Șeful structurii sau coordonatorul activității acesteia (la structuri tip compartiment)

T: Ori de câte ori este necesar

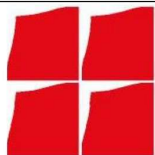
10. Construirea unui folder cu denumirea “Dosar implementare Standard 6”-PLANIFICAREA” și a unui biblioraft cu aceeași denumire, în care să se regăsească toate documentele de atestare a implementării standardului, actualizate; verificarea actualizării tuturor documentelor.

R: Șeful structurii sau coordonatorul activității acesteia (la structuri tip compartiment) și persoana desemnată cu implementarea SCIM în cadrul structurii.

T: septembrie 2020

V. Documente de atestare a implementării standardului:

- Planul de Management al compartimentului pe anul în curs, în care sunt cuprinse măsurile necesare (cu termene și responsabilități) planificate pentru aducerea la îndeplinire a obiectivelor specifice SMART ale compartimentului.
- Raportul privind respectarea „Planului de management” al compartimentului.
- Proces verbal de luare la cunoștință, sub semnătură, de către toți angajații din cadrul compartimentului referitor la raportul privind respectarea Planului de management.
- Planificarea necesarului de personal pe anul în curs.
- Referat de necesitate și oportunitate privind cuprinderea în lista de investiții și în planul de achiziții pentru anul viitor, a dotărilor și echipamentelor necesare.
- Proiectul de buget al compartimentului.
- Planul de achiziții al compartimentului.
- Propunere rectificare de buget.
- Procesele verbale ale sedintelor organizate la nivelul SCJUPBT și/sau documente similare prin care se atestă coordonarea deciziilor și activităților structurilor SCJUPBT
- Procesele verbale ale sedintelor organizate la nivelul structurilor
- Proces verbal de luare la cunoștință, sub semnătură, de către toți angajații din cadrul structurii cu privire la Planul de management.



STANDARDUL 7- MONITORIZAREA PERFORMANTELOR

I. Descrierea standardului:

Se asigură monitorizarea performanțelor pentru fiecare obiectiv și activitate, prin intermediul unor indicatori cantitativi și calitativi relevanți, inclusiv cu privire la economicitate, eficiență și eficacitate, care trebuie să fie: măsurabili; specifici; accesibili; relevanți și stabiliți pentru o anumită durată în timp.

II. Cerințe generale:

a) Conducătorii structurilor SCJUPBT monitorizează performanțele activităților aflate în coordonare, prin elaborarea și actualizarea, anual, a unei liste a obiectivelor, activităților și indicatorilor de performanță sau de rezultat, pe baza propunerilor personalului responsabil de activitățile prevăzute în fișa postului.

b) Conducătorii structurilor SCJUPBT se asigură că pentru fiecare activitate din cadrul obiectivelor specifice există cel puțin un indicator de performanță sau de rezultat, cu ajutorul căruia se raportează realizările, și pe baza acestora se elaborează un raport de monitorizare a performanțelor, anual, pe care îl transmit secretarului Comisiei de monitorizare.

c) Secretarul Comisiei de monitorizare întocmește, pe baza rapoartelor anuale de monitorizare a performanțelor primite de la compartimente, o informare privind monitorizarea performanțelor la nivelul entității în vederea analizării și aprobării în Comisia de monitorizare.

d) Sistemul de monitorizare a performanțelor este influențat de mărimea și complexitatea entității publice, de modificarea/schimbarea obiectivelor sau/și a indicatorilor, de modul de acces al salariaților la informații.

e) Conducerea entității publice evaluează performanțele, constată eventualele abateri de la obiective și ia măsurile corective ce se impun.

III. Întrebarile din chestionarul de autoevaluare

- Este instituit un sistem de monitorizare și raportare a performanțelor, pe baza indicatorilor asociați obiectivelor specifice ?
- Indicatorii cantitativi și calitativi, asociați obiectivelor specifice, sunt măsurabili, specifici, accesibili, relevanți și stabiliți pentru o anumită durată de timp ?
- Atunci când necesitățile o impun, se efectuează o reevaluare a relevanței indicatorilor asociați obiectivelor specifice, în scopul operării corecțiilor cuvenite ?

IV. Activități necesare implementării standardului

La nivel de entitate:

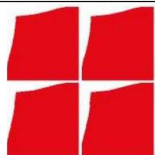
1. Întocmirea centralizatorului indicatorilor de performanță stabiliți.

R: Secretariatul Comisiei de Monitorizare

T: permanent

2. Aprobarea indicatorilor de performanță

R: manager



T. permanent sau ori de câte ori este cazul ori

3. Întocmirea raportului centralizator privind stadiul îndeplinirii indicatorilor de performanță.

R: Secretarul Comisiei de Monitorizare

T:; Ianuarie 2020 pentru anul 2021

La nivel de compartiment:

1. Asocierea la fiecare obiectiv specific stabilit la nivelul compartimentului a cel puțin unui indicator de performanță. Dacă se consideră necesar, se pot atașa fiecărui obiectiv mai mulți indicatori pentru a avea un control mai eficient asupra evoluției obiectivelor compartimentului pe parcursul realizării lor; elaborarea de propuneri.

R: Șeful structurii sau coordonatorul activității acesteia (la structuri tip compartiment)

T: Trim. IV 2020

2. Evaluarea stadiului de realizare al indicatorilor de performanță și întocmirea unui raport în acest sens.

R: Șeful structurii sau coordonatorul activității acesteia (la structuri tip compartiment)

T: Ianuarie 2020 pentru 2021

3. Transmiterea indicatorilor de performanță către Secretariatul Comisiei de Monitorizare

Șeful structurii sau coordonatorul activității acesteia (la structuri tip compartiment)

T: trim IV 2020

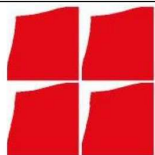
4. Construirea unui folder cu denumirea “Dosar implementare Standard 7- MONITORIZAREA PERFORMANȚELOR” și a unui dosar cu aceeași denumire în care să se regăsească toate documentele de atestare a implementării standardului, actualizate; verificarea actualizării tuturor documentelor.

R: Șeful structurii sau coordonatorul activității acesteia (la structuri tip compartiment)

T: permanent

V. Documente de atestare a implementării standardului:

- Propuneri privind Indicatorii de Performanță (la nivel de compartiment)
- Raport anual privind stadiul realizării Indicatorilor de Performanță (la nivel de compartiment)
- Raport privind reevaluarea relevanței indicatorilor asociați obiectivelor specifice. Acest raport va fi întocmit în cazul modificării unuia sau mai multor obiective, deoarece și indicatorii acestora se modifică.
- Centralizator indicatorii de performanță.- la Secretarul Comisie Monitorizare/Serviciul Managementul Calității.
- Centralizator realizare indicatori de performanță pentru anul în curs la Secretarul Comisie Monitorizare



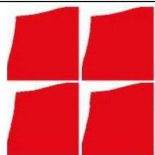
STANDARDUL 8 - MANAGEMENTUL RISCULUI

I. Descrierea standardului:

Conducerea SCJUPBT instituie și pune în aplicare un proces de management al riscurilor care să faciliteze realizarea eficientă și eficace a obiectivelor acesteia.

II. Cerințe generale:

- a) Entitățile publice își definesc propria strategie privind riscurile cu care se pot confrunta și asigură documentația completă și adecvată a acesteia, precum și accesibilitatea întregii organizații la documentație.
- b) Conducătorul SCJUPBT își stabilește clar obiectivele și activitățile cuprinse într-o listă a obiectivelor, a activităților și a indicatorilor de performanță sau de rezultat, în vederea identificării și definirii riscurilor asociate acestora.
- c) Conducătorul SCJUPBT are obligația creării și menținerii unui sistem eficient de management al riscurilor, în principal, prin:
 - identificarea riscurilor în strânsă legătură cu activitățile din cadrul obiectivelor specifice a căror realizare ar putea fi afectată de materializarea riscurilor; identificarea amenințărilor/vulnerabilităților prezente în cadrul activităților curente ale entității care ar putea conduce la săvârșirea unor fapte de corupție și fraude;
 - evaluarea riscurilor, prin măsurarea probabilității de apariție și a impactului asupra activităților din cadrul obiectivelor în cazul în care acestea se materializează; ierarhizarea și prioritizarea riscurilor în funcție de toleranța la risc, aprobată de către conducerea entității;
 - stabilirea strategiei de gestionare a riscurilor prin identificarea celor mai adecvate modalități de tratare a riscurilor, astfel încât acestea să se încadreze în limitele toleranței la risc aprobate de către conducerea entității și să asigure delegarea responsabilității de administrare a acestora către cele mai potrivite niveluri decizionale;
 - monitorizarea implementării măsurilor de control, precum și a eficacității acestora;
 - revizuirea și raportarea periodică a situației riscurilor.
- d) Toate activitățile și acțiunile inițiate și puse în aplicare în cadrul procesului de gestionare a riscurilor sunt riguros documentate, iar sinteza informațiilor/datelor și deciziilor luate în acest proces este cuprinsă în Registrul riscurilor, document care atestă că în cadrul SCJUPBT există un sistem de management al riscurilor și că acesta funcționează.
- e) Responsabilii cu riscurile pe compartimente din cadrul SCJUPBT colectează riscurile aferente activităților stabilite prin fișele de post, strategia de risc, riscurile revizuite și măsurile de control în curs de implementare, stabilite în cadrul ședințelor Echipei de gestionare a riscurilor de la personalul din cadrul fiecărui compartiment.
- f) Pentru actualizarea riscurilor de la nivelul compartimentelor, acestea, pe baza formularelor de alertă la risc, sunt analizate și dezbătute în ședințele Echipei de gestionare a riscurilor, în care se stabilesc și măsurile de control necesare pentru a fi administrate, care se transmit compartimentelor, pe baza proceselor-verbale întocmite de către secretarul Echipei de gestionare a riscurilor.



- g) Măsurile de control stabilite în cadrul ședințelor Echipelor de gestionare a riscurilor, transmise compartimentelor pentru implementare, se centralizează la nivelul entității, de către secretarul echipei, într-un plan de implementare a măsurilor de control în vederea urmăririi implementării lor. Măsurile de control sunt obligatorii pentru administrarea riscurilor semnificative de la nivelul compartimentelor și se implementează prin consilierea acordată de către compartimentul de audit intern și operează până la o nouă analiză și revizuire anuală a acestora.
- h) Conducătorii compartimentelor asigură cadrul organizațional și procedural pentru punerea în aplicare, de către persoanele responsabile, a măsurilor de control stabilite în cadrul ședințelor Echipelor de gestionare a riscurilor și care se urmăresc pe baza unei situații de implementare a măsurilor de control, de către responsabili cu riscurile de la nivelul compartimentelor.
- i) Conducătorii compartimentelor asigură elaborarea rapoartelor privind desfășurarea procesului de gestionare a riscurilor, care cuprind numărul total de riscuri gestionate la nivelul compartimentelor, numărul de riscuri tratate și nesoluționate până la sfârșitul anului, măsurile de control implementate sau în curs de implementare și eventualele revizuiți ale evaluării riscurilor, cu respectarea limitelor de toleranță la risc aprobate de conducerea entității publice, pe care le transmit secretarului Echipelor de gestionare a riscurilor.
- j) Secretarul Echipelor de gestionare a riscurilor, pe baza rapoartelor anuale primite de la compartimente, actualizează planul de implementare a măsurilor de control la nivelul entității și elaborează o informare privind desfășurarea procesului de gestionare a riscurilor la nivelul entității în vederea analizării în cadrul Echipelor de gestionare a riscurilor și transmiterii spre analiză și aprobare Comisiei de monitorizare.
- k) Conducerea SCJUPBT analizează mediul extins de risc în care acționează și stabilește modul în care acesta îi afectează strategia de gestionare a riscurilor.

III. Intrebarile din chestionarul de autoevaluare:

- Sunt identificate și evaluate/reevaluate principalele riscuri, proprii obiectivelor compartimentului și activităților derulate în cadrul acestuia?
- Sunt stabilite măsuri de gestionare a riscurilor identificate și evaluate la nivelul activităților din cadrul compartimentului?
- Este asigurată completarea/actualizarea registrului riscurilor ?

IV. Activități necesare implementării standardului:

La nivel de entitate:

1. Elaborarea, actualizarea și comunicarea către toate compartimentele a Dispoziției MANAGERULUI privind constituirea Comisiei de Monitorizare;.

R: Secretarii Comisie Monitorizare

T: îndeplinit sau ori de câte ori sunt necesare actualizări

2. Elaborarea, actualizarea și comunicarea procedurii PS - „Managementul Riscului”.

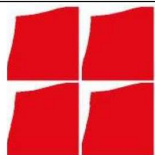
R: Șef Serviciu Managementul Calității Serviciilor medicale

T: îndeplinit și ori de câte ori sunt necesare actualizări

3. Completarea și actualizarea „Registrului de riscuri” al SCJUPBT

R: Secretariat Comisie Monitorizare la nivelul SCJUPBT

T: ori de câte ori sunt necesare actualizări



La nivel de compartiment:

1. Informarea tuturor angajaților din cadrul compartimentului despre PS - „Managementul riscului PS – SCJUT 02”, prin consemnarea acestui fapt într-un proces verbal, sub luare de semnătură.

R: Șeful structurii sau coordonatorul activității acesteia

T : **permanent** sau ori de câte ori apar modificări sau în cazul în care există personal neinstruit

2. Identificarea, evaluarea/reevaluarea și actualizarea riscurilor care pot afecta realizarea obiectivelor specifice compartimentului, pe baza formularelor de alertă la risc.

R: Responsabilul cu riscurile la nivel de structură

T: **septembrie 2020**

3. Stabilirea măsurilor de gestionare a riscurilor identificate și evaluate/reevaluate la nivelul activităților din cadrul compartimentului

R: Membrii echipei de gestionare a riscurilor la nivel de structură

T: **septembrie 2020**

4. Întocmirea și comunicarea proceselor-verbale a ședințelor Echipei de gestionare a riscurilor, în care sunt analizate și dezbătute riscurile și măsurile de control necesare.

R: Responsabilul cu riscurile la nivel de sector/structură

T: După fiecare ședință

5. Completarea ,actualizarea, aprobarea „Registrului de riscuri” al compartimentului și transmiterea acestuia către a secretarului Comisiei de monitorizare de la nivelul SCJUPBT

R: Responsabilul cu riscurile la nivel de structură și Șeful structurii organizatorice sau coordonatorul activității acesteia

T: Ori de câte ori este necesar.

6. Construirea unui folder cu denumirea „Dosar implementare Standard 8”-MANAGEMENTUL RISCURILOR” și a unui dosar cu aceeași denumire în care să se regăsească toate documentele de atestare a implementării standardului, actualizate; verificarea actualizării tuturor documentelor.

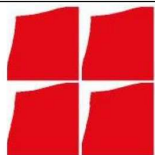
R: Șeful structurii organizatorice sau coordonatorul activității acesteia (la structuri tip compartiment) și persoana desemnată cu implementarea SCIM în cadrul structurii.

T: **permanent**

V. Documente de atestare a implementării standardului:

Dispoziția privind constituirea Comisiei de Monitorizare - la Serviciul Managementul Calității Serviciilor medicale .

- Procedura de sistem PS - „Managementul riscului SCJUT 02”- și în original la Serviciul Managementul Calității Serviciilor medicale .
- Registrul de riscuri la nivelul SCJUPBT - la secretariatul Comisiei de monitorizare a riscului la nivel de spital .
- Procesul verbal de informare și luare la cunoștință, prin semnătură și de către toți angajații din cadrul compartimentului, cu privire la PS- „Managementul riscului.
- Formulare de alertă la risc, completate, pentru toate riscurile identificate.



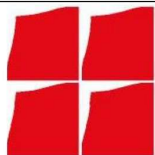
STANDARDUL 9 – PROCEDURI

I. Descrierea standardului:

Se asigură elaborarea procedurilor formalizate pentru procesele sau activitățile derulate în cadrul SCJUPBT și le aduce la cunoștință personalului implicat, respectiv procedure de sistem și proceduri operaționale.

II. Cerințe generale:

- a) Conducerea SCJUPBT se asigură, pe baza unei liste a obiectivelor, activităților și indicatorilor de performanță sau de rezultat, că pentru toate procesele majore, activitățile, acțiunile și/sau evenimentele semnificative există o documentație adecvată și că operațiunile sunt consemnate în documente.
- b) Pentru ca procedurile formalizate să devină instrumente eficace de control intern, acestea trebuie:
- ✓ să se refere la toate procesele și activitățile importante;
 - ✓ să asigure o separare corectă a funcțiilor de inițiere, de verificare, de avizare și aprobare a operațiunilor;
 - ✓ să fie precizate în documente scrise;
 - ✓ să fie simple, complete, precise și adaptate activității procedurate;
 - ✓ să fie actualizate în permanență;
 - ✓ să fie aduse la cunoștința personalului implicat.
- c) Conducerea SCJUPBT se asigură că, pentru toate situațiile în care din cauza unor circumstanțe deosebite apar abateri față de politicile sau procedurile stabilite, se întocmesc documente adecvate, aprobate la un nivel corespunzător, înainte de efectuarea operațiunilor. Circumstanțele și modul de gestionare a situațiilor de abatere de la politicile și procedurile existente se analizează periodic, în vederea desprinderii unor concluzii de bună practică pentru viitor, ce urmează a fi formalizate.
- d) Procedurile formalizate concepute și aplicate de către personalul SCJUPBT trebuie să asigure o separare a funcțiilor de inițiere și de verificare, astfel încât atribuțiile și responsabilitățile de aprobare, de efectuare și de control al operațiunilor să fie încredințate unor persoane diferite. În acest mod se reduce considerabil riscul de eroare, fraudă, încălcare a legislației, precum și riscul de nedetectare a acestor probleme.
- e) Procedurile formalizate elaborate și aplicate de întreg personalul entității publice trebuie să fie în conformitate cu structura unei proceduri privind elaborarea procedurilor, care este o procedură de sistem. Procedurile se semnează la întocmire de către responsabili de activități, la verificare de către șeful de compartiment și de către unul din membrii secretariatului Comisie de monitorizare care verifică conformitatea cu OSGG nr.600/2018 actualizat, de șeful Servicului de management al calității Serviciilor Medicale, la avizare de către compartiment juridic și de către președintele Comisiei de Monitorizare și se aprobă de către Managerul SCJUPBT.
- f) În SCJUPBT, accesul la resursele materiale, financiare și informaționale, precum și protejarea și folosirea corectă a acestora se reglementează prin acte administrative, care se aduc la cunoștința salariaților. Restrângerea accesului la resurse reduce riscul utilizării inadecvate a acestora.



III. Intrebarile din chestionarul de autoevaluare:

- Pentru activitățile proprii au fost elaborate/actualizate proceduri formalizate?
- Funcțiile de inițiere, verificare și aprobare a operațiunilor sunt funcții separate și exercitate de persoane diferite?
- În situația în care, din cauza unor circumstanțe deosebite, apar abateri față de procedurile stabilite, se întocmesc documente adecvate, aprobate la nivel corespunzător, înainte de efectuarea operațiunilor?

IV. Activitati necesare implementarii standardului

La nivel de entitate

1. Actualizarea, dacă este cazul, a procedurii de sistem PS - „Inițierea, elaborarea modificarea și scoaterea din uz a procedurilor formalizate pe activități PS SCJUT-01

R: Șef Serviciu Managementul Calității Serviciilor medicale

T: realizat

2. Înaintarea procedurilor elaborate/actualizate de compartimentele de specialitate, spre avizare, Președintelui Comisiei de Monitorizare.

R: Serviciul de Management al Calității Serviciilor Medicale.

T: realizat

Ori de câte ori compartimentele de specialitate transmit proceduri, spre avizare și aprobare, Serviciului de Management al Calității Serviciilor Medicale.

3. Înaintarea procedurilor elaborate/ actualizate de compartimentele de specialitate, spre aprobare, MANAGERULUI SCJUPBT.

R: Serviciul de Management al Calității Serviciilor Medicale

T: permanent

4. Difuzarea procedurilor aprobate conform listei de difuzare și afișarea pe site– SCJUPBT spre a fi aduse la cunoștința tuturor angajaților.

R: Serviciul administrativ pentru distribuirea listei de difuzare și Serviciul informatică pentru afișarea pe site-ul spitalului

T: permanent ori de câte ori există proceduri noi/actualizate aprobate

La nivel de compartiment:

1. Informarea tuturor angajaților din cadrul compartimentului cu privire la procedura de sistem PS - „Inițierea, elaborarea modificarea și scoaterea din uz a procedurilor formalizate pe activități PS SCJUT-01” și consemnarea într-un proces-verbal, sub luare de semnătură.

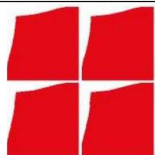
R: Șeful structurii organizatorice sau coordonatorul activității acesteia .

T: permanent ori de câte ori apar modificări sau există personal neinstruit

2. Identificarea tuturor activităților care se desfășoară în cadrul compartimentului.

R: Șeful structurii organizatorice sau coordonatorul activității acesteia .

T: permanent ori de câte ori apar modificări organizatorice sau de activități.



• Bulevardul Liviu Rebreanu, Nr. 156 Timișoara, jud. Timiș, Cod Postal 300723
• Cod fiscal 4663448 • Telefon +4 0356 433111 • Fax +4 0256 486956
• e-mail: judetean@hosptm.ro • www.hosptm.ro



3. Completarea listei cu activitățile procedurate (pentru care sunt elaborate proceduri) și procedurabile (pentru care urmează să se întocmească proceduri). Se va urmări ca toate activitățile desfășurate în cadrul compartimentului să fie documentate prin proceduri.

R: Șeful structurii organizatorice sau coordonatorul activității acesteia .

T : **anual sau ori** de câte ori apar modificări organizatorice sau de activități.

4. Verificarea faptului că toate activitățile care se desfășoară în cadrul compartimentului sunt procedurate, că procedurile elaborate sunt actualizate și respectă legislația în vigoare, inclusiv cea privind controlul intern/managerial.

R: Șeful structurii organizatorice sau coordonatorul activității acesteia.

T : **anual sau ori** de câte ori apar modificări organizatorice sau de activități.

5. Transmiterea procedurilor nou întocmite sau actualizate de Serviciul Managementul Calității, Serviciilor medicale în vederea verificării acestora, din punct de vedere al cerințelor OSGG nr. 600/2015 actualizat. Realizarea verificării se va confirma prin semnătura șefului Serviciului Managementul Calității, Serviciilor medicale

R: Șeful structurii organizatorice sau coordonatorul activității acesteia.

T : **permanent** Ori de câte ori apar modificări organizatorice sau de activități.

6. Informarea tuturor angajaților din cadrul compartimentului cu privire la procedurile aplicabile compartimentului, respectiv a „Registrului de proceduri ” și/sau Registrul de protocoale de la nivelul compartimentului și consemnarea într-un proces-verbal, sub luare de semnătură.

R: Șeful structurii organizatorice sau coordonatorul activității acesteia

T: **permanent sau ori** de câte ori există proceduri noi/actualizate aprobate și afișate site - SCJUPBT sau în cazul în care există personal neinstruit.

7. Verificarea respectării procedurilor și protocoalelor, întocmirea și completarea raportului privind aplicarea în practică (a eficienței si eficacității acestora) la nivelul compartimentului.

R: Șeful structurii organizatorice sau coordonatorul activității acesteia

T: Semestrial si/sau ori de câte ori este necesar

8. Întocmirea Registrului cu abateri de la procedurile operaționale/sistem și protocoale ale compartimentului și completarea acestuia în situația unor abateri; analiza periodică a circumstanțelor și a modului cum au fost gestionate abaterile, în vederea desprinderii, pentru viitor, a unor concluzii de bună practică și întocmirea unui proces verbal în acest sens.

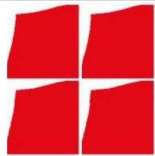
R: Șeful structurii organizatorice sau coordonatorul activității acesteia

T: Semestrial si/sau ori de câte ori este necesar

9. Actualizarea folderului cu denumirea “Dosar implementare Standard 9-PROCEDURI” și a unui dosar cu aceeași denumire în care să se regăsească toate documentele de atestare a implementării standardului, actualizate; verificarea actualizării tuturor documentelor.

R: Șeful structurii sau coordonatorul activității acesteia (la structuri tip compartiment) și persoana desemnată cu implementarea SCIM în cadrul structurii.

T: **septembrie 2020**

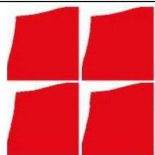


• Bulevardul Liviu Rebreanu, Nr. 156 Timișoara, jud. Timiș, Cod Postal 300723
• Cod fiscal 4663448 • Telefon +4 0356 433111 • Fax +4 0256 486956
• e-mail: judetean@hosptm.ro • www.hosptm.ro



V. Documente de atestare a implementării standardului:

- PS „Inițierea,elaborarea modificarea și scoaterea din uz a procedurilor formalizate pe activități PS SCJUT-01”- pe site- SCJUPBT sau în original la Serviciu Managementul Calității Serviciilor Medicale.
- Proces verbal de informare și luare la cunoștință cu privire la PS „Inițierea,elaborarea modificarea și scoaterea din uz a procedurilor formalizate pe activități PS SCJUT-01.
- Lista cu activitățile procedurate și procedurabile din cadrul compartimentului.
- Lista de procedure și protocoale al compartimentului.
- Procesul verbal de informare și luare la cunoștință, prin semnătură și de către toți angajații din cadrul compartimentului, cu privire la procedurile și /sau protocoalelor din cadrul compartimentului.
- Raportul privind stadiul de aplicare în practica a procedurilor/protocoalelor compartimentului
- Registrul cu abateri de la procedurile de lucru stabilite.
- Proces verbal de ședință la nivelul compartimentului privind analiza periodică a circumstanțelor și a modului cum au fost gestionate abaterile, în vederea desprinderii, pentru viitor, a unor concluzii de bună practică.



STANDARDUL 10 – SUPRAVEGHEREA

I. Descrierea standardului:

Conducerea SCJUPBT inițiază, aplică și dezvoltă controale adecvate de supraveghere a activităților, operațiunilor și tranzacțiilor, în scopul realizării eficace a acestora.

II. Cerințe generale:

a) Conducerea SCJUPBT trebuie să monitorizeze efectuarea controalelor de supraveghere pentru a se asigura că procedurile sunt respectate de către salariați în mod efectiv și continuu.

b) Controalele de supraveghere implică revizuri ale activității realizate de salariați, rapoarte despre excepții, testări prin sondaje sau orice alte modalități care confirmă respectarea procedurilor.

c) Conducătorii compartimentelor verifică și aprobă activitățile salariaților, dau instrucțiunile necesare pentru a asigura minimizarea erorilor și pierderilor, eliminarea neregulilor și fraudei, respectarea legislației și corecta înțelegere și aplicare a instrucțiunilor.

d) Supravegherea activităților este adecvată, în măsura în care:

- ✓ fiecărui salariat i se comunică atribuțiile, responsabilitățile și limitele de competență atribuite;
- ✓ se evaluează sistematic activitatea fiecărui salariat;
- ✓ se aprobă rezultatele activității în diverse etape de realizare a acesteia.

III. Intrebarile din chestionarul de autoevaluare:

- Managerii supraveghează și supervizează activitățile care intră în responsabilitatea lor directă?
- Supravegherea și supervizarea activităților sunt documentate în mod adecvat?
- Sunt instituite controale suficiente și adecvate de supraveghere pentru activitățile care implică un grad ridicat de expunere la risc ?

IV. Activități necesare implementării standardului:

La nivel de entitate:

1. Elaborarea, actualizarea și comunicarea Procedurii de sistem PS SCJUT - 03 – „ Activitatea de Supraveghere la nivelul SCJUPBT ”.

R: Serviciu Managementul Calității Serviciilor medicale

T: realizat sau ori de câte ori sunt necesare actualizări

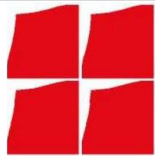
La nivel de compartiment:

1. Aducerea la cunoștința tuturor angajaților din cadrul compartimentului cu privire la procedura de sistem PS SCJUT - 03 – „ Activitatea de Supraveghere la nivelul SCJUPBT ”.

R: Șeful structurii organizatorice sau coordonatorul activității acesteia

T: realizat, permanent ori de câte ori apar modificări sau există personal neinstruit

2. Întocmirea listei de activități specifice compartimentului în conformitate cu cerințele Standardului 9 – Proceduri.



• Bulevardul Liviu Rebreanu, Nr. 156 Timișoara, jud. Timiș, Cod Postal 300723
• Cod fiscal 4663448 • Telefon +4 0356 433111 • Fax +4 0256 486956
• e-mail: judetean@hosptm.ro • www.hosptm.ro



R: Șeful structurii organizatorice sau coordonatorul activității acesteia

T: **permanent** ori de câte ori apar modificări organizatorice sau de activități

3. Verificarea muncii prestate de către salariat, raportându-se la procedurile pe activități aplicabile și la politicile entității publice. Verificarea se va face atât în timpul desfășurării activității cât și la finalizarea acesteia, în timpul și după finalizarea supravegherii, întocmindu-se în acest sens fișa de control, supraveghere și monitorizare a activităților.

R: Șeful structurii organizatorice sau coordonatorul activității acesteia

T: În timpul desfășurării activității și la finalizarea acesteia

4. Completarea raportului “Concluzii privind activitatea de supraveghere din data de.....” unde se vor scrie concluziile activității supravegheate la rubrica observații.

R: Șeful structurii organizatorice sau coordonatorul activității acesteia

T: La finalul activității de supraveghere

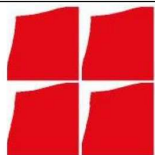
5. Construirea unui folder cu denumirea “Dosar implementare Standard 10-SUPRAVEGHEREA” și a unui dosar cu aceeași denumire în care să se regăsească toate documentele de atestare a implementării standardului, actualizate; verificarea actualizării tuturor documentelor.

R: Șeful structurii sau coordonatorul activității acesteia (la structuri tip compartiment) și persoana desemnată cu implementarea SCIM în cadrul structurii.

T: **permanent**

VI. Documente de atestare a implementării standardului:

- Procedura de sistem PS SCJUT - 03 – „Activitatea de Supraveghere la nivelul SCJUPBT”- și în original la Serviciul Managementul Calității Serviciilor Medicale.
- Proces verbal de informare și luare la cunoștință, sub semnătură și de către toți angajații compartimentului, privind procedura de sistem PS SCJUT - 03 – „Activitatea de Supraveghere la nivelul SCJUPBT”.
- „Strategia de control intern” a compartimentului.
- Raportul “Concluzii privind activitatea de supraveghere din data de.....”.



STANDARDUL 11 – CONTINUITATEA ACTIVITĂȚII

I. Descrierea standardului:

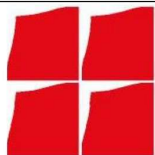
SCJUPBT identifică principalele amenințări cu privire la continuitatea derulării proceselor și activităților și asigură măsurile corespunzătoare pentru ca activitatea acestora să poată continua în orice moment, în toate împrejurările și în toate planurile, indiferent care ar fi natura unei perturbări majore.

II. Cerințe generale:

- a) SCJUPBT este o organizație a cărei activitate trebuie să se deruleze continuu, prin structurile componente. Eventuala întrerupere a activității acestora afectează atingerea obiectivelor stabilite.
- b) Conducerea SCJUPBT inventariază situațiile care pot conduce la discontinuități în activitate și întocmește un plan de continuitate a activității, care are la bază identificarea și evaluarea riscurilor care pot afecta continuitatea operațională.
- c) Situații generatoare de discontinuități:
 - fluctuația personalului;
 - lipsa de coordonare, rezultat al unui management defectuos;
 - fraude;
 - dificultăți și/sau disfuncționalități în funcționarea echipamentelor din dotare;
 - disfuncționalități produse de unii prestatori de servicii;
 - schimbări de proceduri etc.
- d) Planul de continuitate a activității trebuie să fie cunoscut, accesibil și aplicat în practică de salariații care au stabilite sarcini și responsabilități în implementarea acestuia.
- e) Conducerea SCJUPBT acționează în vederea asigurării continuității activității prin măsuri care să prevină apariția situațiilor de discontinuitate, de exemplu:
 - ✓ angajarea de personal în locul celor pensionați sau plecați din entitatea publică din alte considerente;
 - ✓ delegarea, în cazul absenței temporare (concedii, plecări în misiune etc.);
 - ✓ proceduri formalizate pentru administrarea situațiilor care pot afecta continuitatea operațională și a tranzacțiilor financiare relevante;
 - ✓ achiziții pentru înlocuirea unor echipamente necorespunzătoare din dotare;
 - ✓ servicii pentru întreținerea echipamentelor din dotare.
- f) Conducerea SCJUPBT asigură revizuirea și îmbunătățirea planului de continuitate a activității, astfel încât acesta să reflecte întotdeauna toate schimbările ce intervin în organizație.

III. Intrebarile din chestionarul de autoevaluare:

- Sunt inventariate situațiile generatoare de întreruperi în derularea activităților?
- Sunt stabilite și aplicate măsuri pentru asigurarea continuității activității, în cazul apariției unor situații generatoare de întreruperi?
- Măsurile cuprinse în planul de continuitate a activității sunt supuse periodic revizuirii ?



VI. Activități necesare pentru implementarea standardului :

La nivel de entitate:

1. Elaborarea, actualizarea și comunicarea Procedurii de sistem PS 13 privind asigurarea continuității în SCJUPBT ”.

R: Serviciu Managementul Calității Serviciilor medicale

T: realizat sau ori de câte ori sunt necesare actualizări

La nivel de compartiment:

1. Întocmirea „Listei cu situații generatoare de întreruperi”, care include măsurile preconizate a fi luate pentru asigurarea continuității activităților; revizuirea periodică a măsurilor .

R: Șeful structurii sau coordonatorul activității acesteia (la structuri tip compartiment)

T: septembrie 2020 - Periodic

2. Informarea tuturor angajaților din cadrul compartimentului cu privire la conținutul „Listei cu situații generatoare de întreruperi”, care include măsurile preconizate a fi luate pentru asigurarea continuității activităților și consemnarea acestui fapt într-un proces verbal, sub luare de semnătură.

R: Șeful structurii sau coordonatorul activității acesteia (la structuri tip compartiment)

T: septembrie 2020

3. Aplicarea procedurii de sistem PS 13 privind asigurarea continuității în SCJUPBT

R: Șeful structurii sau coordonatorul activității acesteia (la structuri tip compartiment)

T : permanent

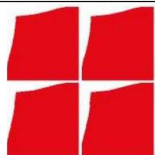
4. Construirea unui folder cu denumirea “Dosar implementare Standard 11 - CONTINUITATEA ACTIVITĂȚII” și a unui biblioraft cu aceeași denumire în care să se regăsească toate documentele de atestare a implementării standardului, actualizate; verificarea actualizării tuturor documentelor.

R: Șeful structurii organizatorice sau coordonatorul activității acesteia (la structuri tip compartiment) și persoana desemnată cu implementarea SCIM în cadrul structurii.

T: septembrie 2018

V. Documente de atestare a implementării standardului:

- Lista cu situații generatoare de întreruperi ale activității compartimentului, care include măsurile preconizate a fi luate pentru asigurarea continuității activităților; revizuirea după caz, a măsurilor dispuse.
- Proces verbal de informare și luare la cunoștință”, sub semnătură, cu privire la „Lista cu situații generatoare de întreruperi”, care include măsurile preconizate a fi luate pentru asigurarea continuității activităților și , după caz, măsurile revizuite.



STANDARDUL 12 – INFORMAREA ȘI COMUNICAREA

I. Descrierea standardului:

În SCJUPBT sunt stabilite tipurile de informații, conținutul, calitatea, frecvența, sursele, destinatarii acestora și se dezvoltă un sistem eficient de comunicare internă și externă, astfel încât conducerea și salariații să își poată îndeplini în mod eficace și eficient sarcinile, iar informațiile să ajungă complete și la timp la utilizatori.

II. Cerințe generale:

a) Calitatea informațiilor și comunicarea eficientă sprijină conducerea și angajații SCJUPBT în îndeplinirea sarcinilor, a responsabilităților și în atingerea obiectivelor și ținutelor privind controlul intern/managerial.

b) Informația trebuie să fie corectă, credibilă, clară, completă, oportună, utilă, ușor de înțeles și receptat.

c) Informația trebuie să beneficieze de o circulație rapidă, în toate sensurile, inclusiv în și din exterior, care să necesite cheltuieli reduse, prin evitarea paralelismelor, adică a circulației simultane a acelorași informații pe canale diferite sau de mai multe ori pe același canal și a transcrierii inutile de date.

d) Conducerea SCJUPBT stabilește metode și căi de comunicare care să asigure transmiterea eficace a datelor, informațiilor și deciziilor necesare desfășurării proceselor organizației, inclusiv îndeplinirii obiectivelor de control.

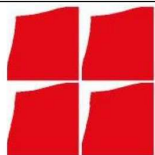
e) Sistemul de comunicare trebuie să fie flexibil și rapid, atât în interiorul entității publice, cât și între aceasta și mediul extern, și să servească scopurilor utilizatorilor.

f) Comunicarea cu părțile externe trebuie să se realizeze prin canale de comunicare stabilite și aprobate, cu respectarea limitelor de responsabilitate și a delegărilor de autoritate, stabilite de manager.

g) Conducerea SCJUPBT reevaluează sistematic și periodic cerințele de informații și stabilește natura, dimensiunea și sursele de informații și date care corespund satisfacerii nevoilor de informare a entității.

III. Întrebări din chestionarul de evaluare:

- Au fost stabilite tipurile de informații, conținutul, calitatea, frecvența, sursele și destinatarii acestora, astfel încât personalul de conducere și cel de execuție, prin primirea și transmiterea informațiilor, să își poată îndeplini sarcinile de serviciu?
- Circuitele informaționale (traseele pe care circulă informațiile) asigură o difuzare rapidă, fluentă și precisă a informațiilor, astfel încât acestea să ajungă la timp la utilizatori?
- Sunt stabilite canale adecvate de comunicare prin care managerii și personalul de execuție din cadrul unui compartiment să fie informați cu privire la proiectele de decizii sau inițiative, adoptate la nivelul altor compartimente, care le-ar putea afecta sarcinile și responsabilitățile?



IV. Activități necesare implementării standardului

La nivel de entitate:

1. Elaborarea, actualizarea și comunicarea Procedurii de sistem sistem PS 14 privind informarea și comunicarea în SCJUPBT ”.

R: Serviciu Managementul Calității Serviciilor medicale

T: realizat sau ori de câte ori sunt necesare actualizări

La nivel de compartiment:

1. Elaborarea „Listei cu datele și informații întocmite în cadrul compartimentului/ între compartimente / între compartiment și exterior”.

R: Șeful structurii sau coordonatorul activității acesteia (la structuri tip compartiment)

T: septembrie 2020

2. Întocmirea documentului de atestare a existenței unui sistem informatizat de colectare, prelucrare și centralizare a informațiilor, respectiv de atestare a utilizării acestuia de către salariații compartimentului.

R: Șeful structurii sau coordonatorul activității acesteia (la structuri tip compartiment)

T: septembrie 2020

3. Întocmirea „Proiectului anual privind Dezvoltarea Sistemului de comunicare internă și externă” a compartimentului” care va cuprinde **5 capitole**:

Capitolul 1:

- I. Dotarea fizică actuală a compartimentului pentru canale de comunicare (număr de telefoane, faxuri, adrese de email, progrese informatice destinate comunicării și informării, etc).
- II. Propuneri privind dotarea fizică viitoare (necesară) a compartimentului pentru canale de comunicare (număr de telefoane, faxuri, adrese de email, progrese informatice destinate comunicării și informării, etc).

Capitolul 2:

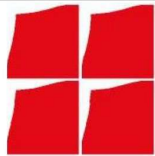
- I. Identificarea deficiențelor de comunicare în interiorul compartimentului. Acestea pot fi: diferite tipuri de defecțiuni ale canalelor de comunicare (telefoane deranjate, disfuncționalități ale internetului, ale serviciilor de mailing intern și extern etc.)
- II. Propuneri de corectare a deficiențelor constatate. (de exemplu suplimentarea numărului de linii telefonice necesare compartimentului)

Capitolul 3:

- I. Identificarea deficiențelor de comunicare între compartimente. Acestea pot fi: diferite tipuri de defecțiuni ale canalelor de comunicare (telefoane deranjate, disfuncționalități ale internetului, ale serviciilor de mailing intern și extern etc.)
- II. Propuneri de corectare a deficiențelor constatate.

Capitolul 4:

- I. Identificarea deficiențelor de comunicare între compartiment și exteriorul acestuia. Acestea pot fi: diferite tipuri de defecțiuni ale canalelor de comunicare (telefoane deranjate, disfuncționalități ale internetului, ale serviciilor de mailing intern și extern etc.)
- II. Propuneri de corectare a deficiențelor constatate.



• Bulevardul Liviu Rebreanu, Nr. 156 Timișoara, jud. Timiș, Cod Postal 300723
• Cod fiscal 4663448 • Telefon +4 0356 433111 • Fax +4 0256 486956
• e-mail: judetean@hosptm.ro • www.hosptm.ro



Capitolul 5:

- I. Identificarea tipurilor de informații, a canalelor de comunicare prin care circulă acestea precum și identificarea fluxurilor informaționale care necesită proceduri specifice de comunicare

R: Șeful structurii sau coordonatorul activității acesteia (la structuri tip compartiment)

T: septembrie 2020

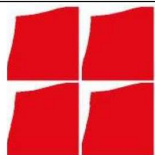
4. Construirea unui folder cu denumirea “Dosar implementare Standard 12- INFORMAREA ȘI COMUNICAREA” și a unui dosar cu aceeași denumire în care să se regăsească toate documentele de atestare a implementării standardului, actualizate; verificarea actualizării tuturor documentelor.

R: Șeful structurii organizatorice sau coordonatorul activității acesteia (la structuri tip compartiment) și persoana desemnată cu implementarea SCIM în cadrul structurii.

T: septembrie 2020

V. Documente de atestare a implementării standardului:

- Lista cu datele și informațiile întocmite în cadrul compartimentului / între compartimente / între compartiment și exterior.
- Document de atestare a existenței unui sistem informatizat de colectare, prelucrare și centralizare a informațiilor, respectiv de atestare a utilizării acestuia de către salariații compartimentului.
- Proiect anual privind „Dezvoltarea Sistemului de comunicare internă și externă” a compartimentului.



STANDARDUL 13 – GESTIONAREA DOCUMENTELOR

I. Descrierea standardului:

Conducerea SCJUPBT organizează și administrează procesul de creare, revizuire, organizare, stocare, utilizare, identificare și arhivare a documentelor interne și a celor provenite din exteriorul organizației, oferind control asupra ciclului complet de viață al acestora și accesibilitate conducerii și angajaților entității, precum și terților abilitați.

II. Cerințe generale:

a) În fiecare entitate publică sunt definite reguli clare și sunt stabilite proceduri cu privire la înregistrarea, expedierea, redactarea, clasificarea, îndosarierea, protejarea și păstrarea documentelor.

b) Conducătorul SCJUPBT organizează un compartiment distinct pentru primirea, înregistrarea și expedierea documentelor, iar la nivelul fiecărui compartiment se ține, în mod obligatoriu, o evidență a documentelor primite și expediate.

c) În SCJUPBT sunt implementate măsuri de securitate pentru protejarea documentelor împotriva distrugerii, furtului, pierderii, incendiului etc.

d) Conducerea SCJUPBT asigură condițiile necesare cunoașterii și respectării de către angajați a reglementărilor legale privind accesul la documentele clasificate și modul de gestionare a acestora.

e) În SCJUPBT este creat un sistem de păstrare/arhivare exhaustiv și actualizat a documentelor, potrivit unor reguli și proceduri stabilite, în vederea asigurării conservării lor în bune condiții și pentru a fi accesibile personalului competent în a le utiliza.

III. Întrebări din chestionarul de evaluare:

- Sunt aplicate proceduri pentru înregistrarea, expedierea, redactarea, clasificarea, îndosarierea, protejarea și arhivarea documentelor interne și externe?
- Sunt implementate măsuri de securitate pentru protejarea documentelor împotriva distrugerii, furtului, pierderii, incendiului, etc?
- Reglementările legale în vigoare cu privire la manipularea și depozitarea informațiilor clasificate sunt cunoscute și aplicate în practică?

IV. Activități necesare implementării standardului:

La nivel de entitate:

1. Actualizarea, dacă este cazul, a Dispoziției Managerului privind numirea persoanelor responsabile cu probleme de arhivă și comunicarea acesteia către toate compartimentele.

R: Șef Serv.Administrativ

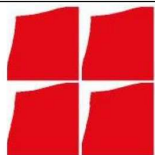
T: septembrie 2020

2. Actualizarea, dacă este cazul, a Dispoziției Managerului privind constituirea Comisiei de Selectionare a Documentelor Arhivate (CSDA) și comunicarea acesteia către toate compartimentele.

R: Șef Serviciu Administrativ

T: septembrie 2020

3. Actualizarea, dacă este cazul, a Dispoziției Managerului privind numirea persoanei pentru realizarea protecției informațiilor clasificate și comunicarea acesteia către toate compartimentele.



• Bulevardul Liviu Rebreanu, Nr. 156 Timișoara, jud. Timiș, Cod Postal 300723
• Cod fiscal 4663448 • Telefon +4 0356 433111 • Fax +4 0256 486956
• e-mail: judetean@hosptm.ro • www.hosptm.ro



R: Șef Serviciu Administrativ

T: septembrie 2020

4. Actualizarea, dacă este cazul, a Dispoziției privind aprobarea Nomenclatorului Arhivistic.

R: Șef Serv. Administrativ

T: septembrie 2020

5. Actualizarea, dacă este cazul, a Procedurii de sistem PS - „Arhivarea” și comunicarea acesteia către toate compartimentele.

R: Șef Serv. Administrativ

T: septembrie 2020

6. Implementarea de măsuri de securitate pentru protejarea documentelor împotriva distrugerii, furtului, pierderii, incendiului, etc.

R: Serv. Administrativ

T: permanent

7. Aplicarea Procedurii operaționale privind înregistrarea, gestionarea și rezolvarea petițiilor și reclamațiilor

R: șefii de structuri

T: permanent

8. Aplicarea procedurii operaționale PO med 028 Procedura operațională privind completarea documentelor medicale

R: șefii de structuri medicale

T: permanent

9. Aplicarea Procedurii de sistem PS SSCJUPBT 06—privind managementul circuitului documentelor nemedicale

R: șefii de structuri

T: permanent

La nivel de compartiment:

1. Actualizarea, dacă este cazul, sau numirea persoanei responsabile cu probleme de arhivă și consemnarea acestui fapt într-un proces-verbal, sub luare de semnătură.

R: Șeful structurii sau coordonatorul activității acesteia (la structuri tip compartiment)

T: noiembrie 2020

Ori de câte ori apar modificări sau în cazul în care există personal neinstruit

2. Actualizarea, dacă este cazul, sau numirea persoanei responsabile pentru realizarea protecției informațiilor clasificate și consemnarea acestui fapt într-un proces-verbal, sub luare de semnătură.

R: Șeful structurii sau coordonatorul activității acesteia (la structuri tip compartiment)

T: noiembrie 2020

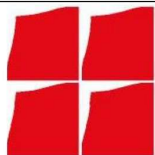
Ori de câte ori apar modificări sau în cazul în care există personal neinstruit

3. Informarea tuturor angajaților din cadrul compartimentului privind Dispoziția privind aprobarea Nomenclatorului Arhivistic și consemnarea acestui fapt într-un proces-verbal, sub luare de semnătură.

R: Șeful structurii sau coordonatorul activității acesteia (la structuri tip compartiment)

T: noiembrie 2020

Ori de câte ori apar modificări sau în cazul în care există personal neinstruit



4. Informarea tuturor angajaților din cadrul compartimentului privind reglementările legale în vigoare cu privire la manipularea și depozitarea informațiilor clasificate și consemnarea acestui fapt într-un proces-verbal, sub luare de semnătură.

R: Șeful structurii sau coordonatorul activității acesteia (la structuri tip compartiment)

T: noiembrie 2020

Ori de câte ori apar modificări sau în cazul în care există personal neinstruit

5. Informarea tuturor angajaților din cadrul compartimentului despre Procedura de sistem PS- Corespondența clasificate și consemnarea acestui fapt într-un proces-verbal, sub luare de semnătură.

R: Șeful structurii sau coordonatorul activității acesteia (la structuri tip compartiment)

T: noiembrie 2020

Ori de câte ori apar modificări sau în cazul în care există personal neinstruit

6. Informarea tuturor angajaților din cadrul compartimentului despre Procedura de sistem PS Arhivarea clasificate și consemnarea acestui fapt într-un proces-verbal, sub luare de semnătură.

R: Șeful structurii sau coordonatorul activității acesteia (la structuri tip compartiment)

T: noiembrie 2020

Ori de câte ori apar modificări sau în cazul în care există personal neinstruit

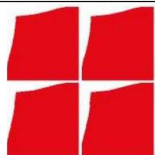
7. Construirea unui folder cu denumirea “Dosar implementare Standard 13 - GESTIONAREA DOCUMENTELOR” și a unui dosar cu aceeași denumire, în care să se regăsească toate documentele de atestare a implementării standardului, actualizate; verificarea actualizării tuturor documentelor.

R: Șeful structurii organizatorice sau coordonatorul activității acesteia (la structuri tip compartiment) și persoana desemnată cu implementarea SCIM în cadrul structurii.

T: noiembrie 2020

V. Documente de atestare a implementării standardului:

- Procedura de sistem PS- „Corespondența
- Procesul verbal de informare și luare la cunoștință, prin semnătură și de către toți angajații din cadrul compartimentului, cu privire la PS- „Corespondența”.
- Procedura de sistem PS- „Arhivarea”
- Procesul verbal de informare și luare la cunoștință, prin semnătură și de către toți angajații din cadrul compartimentului, cu privire la PS- „Arhiva”.
- Dispoziția privind numirea persoanelor responsabile cu probleme de arhivă.
- Procesul verbal de informare și luare la cunoștință, prin semnătură și de către toți angajații din cadrul compartimentului, cu privire la Dispoziția privind numirea persoanelor responsabile cu probleme de arhivă.
- Dispoziția privind numirea persoanei pentru realizarea protecției informațiilor clasificate.
- PV de informare și luare la cunoștință, prin semnătură de către toți angajații din cadrul compartimentului, privind Dispoziția de numire a persoanei pentru realizarea protecției informațiilor clasificate.
- Dispoziția privind aprobarea Nomenclatorului Arhivistic.
- Procesul verbal de informare și luare la cunoștință, prin semnătură și de către toți angajații din cadrul compartimentului, cu privire la Dispoziția privind aprobarea Nomenclatorului Arhivistic.
- Procesul verbal de predare-primire a documentelor la arhiva.
- Sistem de securitate și pază asigurat instituțional
- Sistem informatic de protecție a datelor asigurat instituțional la nivelul Compartimentului Informatic



STANDARDUL 14 – RAPORTAREA CONTABILĂ ȘI FINANCIARĂ

I. Descrierea standardului:

Conducerea SCJUPBT asigură bună desfășurare a proceselor și exercitarea formelor de control intern adecvate, care garantează că datele și informațiile aferente utilizate pentru întocmirea situațiilor contabile anuale și a rapoartelor financiare sunt corecte, complete și furnizate la timp.

II. Cerințe generale:

- Conducerea SCJUPBT este responsabilă de organizarea și ținerea la zi a contabilității și de prezentarea la termen a situațiilor financiare asupra situației patrimoniului aflat în administrarea sa, precum și a execuției bugetare, în vederea asigurării exactității tuturor informațiilor contabile aflate sub controlul său.
- Conducatorul compartimentului financiar-contabil asigură calitatea informațiilor și datelor contabile utilizate la realizarea situațiilor contabile, care reflectă în mod real activele și pasivele SCJUPBT.
- Situațiile financiare anuale sunt însoțite de rapoarte anuale de performanță, în care se prezintă pentru fiecare program obiectivele, rezultatele preconizate și cele obținute, indicatorii și costurile asociate.
- În SCJUPBT sunt elaborate proceduri și controale contabile documentate în mod corespunzător, vizând corecta aplicare a actelor normative din domeniul financiar-contabil și al controlului intern.

III. Întrebări din chestionarul de evaluare:

- Procedurile contabile sunt elaborate/actualizate în concordanță cu prevederile normative aplicabile domeniului financiar-contabil?
- Procedurile contabile sunt aplicate în mod corespunzător?
- Sunt instituite suficiente controale pentru a asigura corecta aplicare a politicilor, normelor și procedurilor contabile, precum și a prevederilor normative aplicabile domeniului financiar contabil?

IV. Activități necesare implementării standardului:

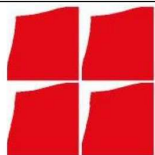
La nivel de entitate

1. Verificarea elaborării tuturor procedurilor contabile necesare și verificarea concordanței acestora cu prevederile normative aplicabile domeniului financiar-contabil; dacă este necesar se vor elabora proceduri noi sau se vor actualiza procedurile existente în concordanță cu prevederile normative aplicabile; se va verifica dacă toți angajații cu atribuții în domeniu sunt informați cu privire la prevederile procedurilor contabile și dacă există persoane neinstruite, acesta vor fi informate; se vor informa toți angajații cu atribuții în domeniu cu privire la procedurile contabile nou elaborate sau actualizate.

R: Directorul Financiar –Contabil ;

T: septembrie 2020

2. Verificarea procedurii PS- „Controlul Financiar Preventiv” și a Dispoziției Managerului prin care se nominalizează persoana responsabilă cu organizarea și monitorizarea acestei activități, respectiv prin care se nominalizează persoanele cărora li se atribuie semnătura de control financiar preventiv și operațiile supuse



• Bulevardul Liviu Rebreanu, Nr. 156 Timișoara, jud. Timiș, Cod Postal 300723
• Cod fiscal 4663448 • Telefon +4 0356 433111 • Fax +4 0256 486956
• e-mail: judetean@hosptm.ro • www.hosptm.ro



C.F.P; actualizarea procedurii și a dispoziției dacă acest fapt este necesar și comunicarea dispoziției actualizate, către toate compartimentele de specialitate, atât în format scris cât și electronic.

R: Directorul Financiar –Contabil ;

T: septembrie 2020

3. Verificarea modului de aplicare a procedurilor contabile și a procedurii privind controlul financiar preventiv; întocmirea raportului privind aplicarea în practică a procedurilor contabile și a procedurii privind controlul financiar preventiv

R: Directorul Financiar –Contabil ;

T: septembrie 2020

Permanent

La nivel de compartiment:

1. Aducerea la cunoștință tuturor angajaților din cadrul compartimentului a Dispoziției Managerului SCJUPBT privind activitatea de control financiar preventiv la nivelul instituției , a procedurii PS- „Controlul Financiar Preventiv”, respectiv și dacă e cazul a prevederilor aplicabile din procedurile contabile și consemnarea acestui fapt într-un proces verbal de luare la cunoștință, sub luare de semnătură; verificarea existenței unui personal neinstruit și instruirea acestuia.

R: Șeful structurii organizatorice sau coordonatorul activității acesteia .

T: septembrie 2020

Ori de câte ori apar modificări sau există personal neinstruit.

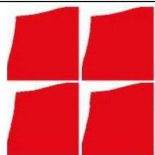
2. Construirea unui folder cu denumirea “Standard 14 – RAPORTAREA CONTABILĂ ȘI FINANCIARĂ” și a unui dosar cu aceeași denumire în care să se regăsească toate documentele de atestare a implementării standardului, actualizate; verificarea actualizării tuturor documentelor.

R: Șeful structurii sau coordonatorul activității acesteia (la structuri tip compartiment) și persoana desemnată cu implementarea SCIM în cadrul structurii.

T: septembrie 2020

V. Documente de atestare a implementării standardului:

- Dispoziția Managerului SCJUPBT privind activitatea de control financiar preventiv la nivelul instituției.
- PS- „Controlul Financiar Preventiv” și procedurile contabile- se vor regăsi pe SITE SCJUPBT, Direcția Financiar Contabilă.
- Proces verbal care atestă, prin semnătură, că întreg personalul din cadrul compartimentului a luat la cunoștință prevederile Dispoziției Managerului SCJUPBT privind activitatea de control financiar preventiv la nivelul instituției , a procedurii PS- „Controlul Financiar Preventiv”, respectiv și dacă e cazul a prevederilor aplicabile din procedurile contabile.
- Raportul privind aplicarea în practică a procedurii PS- „Controlul Financiar Preventiv” și a procedurilor contabile -se regăsește la Directorul FINANCIAR –CONTABIL și la șefii structurilor din cadrul SCJUPBT ;



STANDARDUL 15 – EVALUAREA SISTEMULUI DE CONTROL INTERN MANAGERIAL

I. Descrierea standardului:

Conducătorul SCJUPBT instituie o funcție de evaluare a controlului intern/managerial, elaborand în acest scop politici, planuri și programe. Conducătorul SCJUPT elaborează anual, prin asumarea responsabilității manageriale, un raport asupra propriului sistem de control intern / managerial.

II. Cerințe generale:

- a) Conducătorul SCJUPBT asigură verificarea și evaluarea în mod continuu a funcționării sistemului de control intern/managerial și a componentelor sale, pentru a identifica la timp slăbiciunile/deficiențele controlului intern și pentru a lua măsuri de corectare/eliminare în timp util a acestora.
- b) Conducerea SCJUPBT efectuează, cel puțin o dată pe an, pe baza unui program/plan de evaluare și a unei documentații adecvate, o verificare și autoevaluare a propriului sistem de control intern/managerial, pentru a stabili gradul de conformitate a acestuia cu standardele de control intern/managerial.
- c) Conducătorul SCJUPBT ia măsuri adecvate și prompte pentru remedierea deficiențelor/slăbiciunilor identificate în procesul de autoevaluare a sistemului de control intern/managerial.
- d) Conducătorul SCJUPBT elaborează anual un raport asupra sistemului de control intern/managerial, ca bază pentru un plan de acțiune care să conțină zonele vulnerabile identificate, instrumentele de control necesar a fi implementate, măsuri și direcții de acțiune pentru creșterea capacității controlului intern/managerial în realizarea obiectivelor entității.

III. Întrebări din chestionarul de evaluare:

- Conducătorul compartimentului realizează, anual, operațiunea de autoevaluare a subsistemului de control intern/managerial existent la acest nivel?
- Operațiunile de autoevaluare a subsistemului de control intern/managerial au drept rezultat date, informații și constatări pertinente necesare luării de decizii operaționale, precum și raportării?
- Operațiunea de autoevaluare a sistemului de control intern/managerial este finalizată prin întocmirea, de către conducătorul entității a raportului anual asupra sistemului de control intern/managerial?

IV. Activități necesare implementării standardului

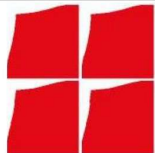
La nivel de entitate publică:

1. Centralizarea, la nivel de entitate publică, a informațiilor prevăzute în „Anexa 4.1 Chestionar de autoevaluare”

R: Secretariatul Comisiei de Monitorizare la nivelul SCJUPBT

T: realizat

2. Completarea Anexei 4.2 „Situatie sintetică a rezultatelor autoevaluării”



• Bulevardul Liviu Rebreanu, Nr. 156 Timișoara, jud. Timiș, Cod Postal 300723
• Cod fiscal 4663448 • Telefon +4 0356 433111 • Fax +4 0256 486956
• e-mail: judetean@hosptm.ro • www.hosptm.ro



R: Secretariatul Comisiei de Monitorizare la nivelul SCJUPBT

T: realizat

3. Elaborarea prin asumarea responsabilității manageriale, a unui raport asupra sistemului de control intern managerial

R: MANAGER -SCJUPBT

T: octombrie 2020

4. Aplicarea procedurii de sistem PS SCJUPBT privind evaluarea și raportarea sistemului de control intern managerial.

R: MANAGER/Comisie monitorizare - sefi structuri

T: permanent

La nivel de compartiment:

1. Completarea chestionarului privind stadiul implementării SCIM în cadrul compartimentului propriu conform „Anexei 4.1. Chestionar de autoevaluare” și transmiterea lui secretarii comisiei de monitorizare (la Serviciul de management al calității serviciilor medicale/juridic)

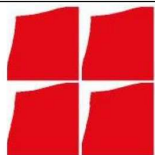
R: Șeful structurii sau coordonatorul activității acesteia (la structuri tip compartiment)

T: realizat – ianuarie 2020 pentru anul 2019

2. Construirea unui folder cu denumirea „Dosar implementare Standard 15 – EVALUAREA SISTEMULUI DE CONTROL INTERN / MANAGERIAL” și a unui dosar cu aceeași denumire în care să se regăsească documentele care atestă implementarea acestui standard la nivelul SCJUPBT.

V. Documente de atestare a implementării standardului

- Anexa 4.1. Chestionarul de autoevaluare a stadiului de implementare a standardelor de control intern / managerial
- Anexa 4.2. Situație sintetică a rezultatelor autoevaluării- documentul se păstrează la secretarii comisiei de monitorizare.
- Anexa 4.3. Raportul asupra sistemului de control intern/managerial - documentul se păstrează la secretarii comisiei de monitorizare.



STANDARDUL 16 – AUDITUL INTERN

I. Descrierea standardului:

SCJUPBT înființează sau are acces la o capacitate de audit competentă, care are în structura sa auditori competenți, a căror activitate se desfășoară, de regulă, conform unor programe bazate pe evaluarea riscurilor.

II. Cerințe generale:

a) Auditul intern asigură evaluarea independentă și obiectivă a sistemului de control intern/managerial al entității publice.

b) Domeniul activității de audit intern trebuie să permită obținerea unei asigurări cu privire la procesul de management al riscurilor, de control și de conducere (guvernanță).

c) Compartimentul de audit public intern este dimensionat pe baza volumului de activitate și a mărimii riscurilor asociate, astfel încât să asigure auditarea activităților cuprinse în sfera auditului public intern.

d) Atribuțiile conducătorului compartimentului de audit intern trebuie asumate prin semnătură de către un responsabil.

e) Auditorii interni din cadrul compartimentului de audit public intern trebuie să posede competențele profesionale necesare pentru realizarea activităților cuprinse în sfera auditului public intern.

f) Auditorii interni trebuie să își îmbunătățească cunoștințele, abilitățile și valorile în cadrul formării profesionale continue și să asigure compatibilitatea pregătirii cu tipul și natura misiunilor de audit intern care trebuie realizate.

g) Auditorul intern finalizează acțiunile sale prin rapoarte de audit, în care enunță punctele slabe identificate în sistem și formulează recomandări pentru eliminarea acestora.

h) Conducătorul SCJUPBT dispune măsurile necesare, având în vedere recomandările din rapoartele de audit intern, în scopul eliminării punctelor slabe constatate de misiunile de auditare.

III. Întrebări din chestionarul de evaluare:

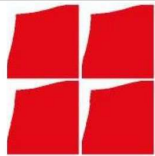
- Compartimentul de audit intern execută, în afara misiunilor de asigurare, planificate și aprobate de manager, și misiuni de consiliere privind pregătirea procesului de autoevaluare a sistemului de control intern/managerial ?
- Compartimentul de audit intern dispune de suficient personal pentru a realiza integral programul anual de audit?
- Compartimentul de audit intern întocmește rapoarte periodice cu privire la acțiunile/activitățile desfășurate?

IV. Activități necesare implementării standardului:

1. Executarea de misiuni de consiliere privind pregătirea procesului de autoevaluare a sistemului de control intern/managerial

R: Birou Audit

T: În funcție de planul de audit elaborat



• Bulevardul Liviu Rebreanu, Nr. 156 Timișoara, jud. Timiș, Cod Postal 300723
• Cod fiscal 4663448 • Telefon +4 0356 433111 • Fax +4 0256 486956
• e-mail: judetean@hosptm.ro • www.hosptm.ro



2. Realizarea integrală a programului anual de audit cu personalul existent în cadrul compartimentului

R: Birou Audit

T: Anual

3. Întocmirea rapoartelor periodice cu privire la acțiunile/activitățile desfășurate

R: Birou Audit

T: Anual

4. Construirea unui folder cu denumirea „Dosar implementare Standard 16-AUDITUL INTERN” și a unui dosar cu aceeași denumire în care să se regăsească documentele care atestă implementarea acestui standard la nivelul SCJUPBT

R: Birou Audit

T: Anual

V. Documente de atestare a implementării standardului:

Documentele de atestare a implementării standardului și care se regăsesc în cadrul Compartimentului Audit Public Intern.