



www.SpitalJebel.ro

MINISTERUL SANATATII
Spitalul de Psihiatrie si pentru Masuri de Siguranta Jebel
Adresa: Localitatea Jebel, Cod postal 307235, Romania
TEL: 0256/394442 ; 0256/394443
FAX:0256/394021 ; 0256/394026
email : secretariat@spitaljebel.ro

NR. 2220/12.03.2024

Aprobat

MANAGER

Jr. OLARU MARIUS CIPRIAN



REGULAMENT DE EVALUARE

A PERFORMANTELOR PROFESIONALE INDIVIDUALE ALE PERSONALULUI CONTRACTUAL

Art. 1. Prezentul Regulament stabilește modalitatea de organizare și desfășurare a procesului de evaluare a performanțelor profesionale ale personalului angajat în cadrul Spitalului de Psihiatrie și pentru Măsuri de siguranță Jebel și este elaborat în baza prevederilor **H.G. nr. 1336/2022** pentru aprobarea Regulamentului-cadru privind organizarea și dezvoltarea carierei personalului contractual din sectorul bugetar plătit din fonduri publice.

Art.2. (1) Evaluarea performanțelor profesionale individuale ale personalului contractual, denumită în continuare evaluarea, reprezintă aprecierea obiectivă a performanțelor profesionale individuale ale salariaților pe parcursul unui an calendaristic.

(2) Evaluarea se realizează pentru un an calendaristic, în perioada cuprinsă între datele de 1 ianuarie și 31 martie din anul următor perioadei evaluate, pentru toți salariații care au desfășurat efectiv activitate minimum 6 luni în anul calendaristic pentru care se realizează evaluarea.

(3) Prin excepție de la prevederile alin. (2), evaluarea personalului contractual se realizează pentru o altă perioadă în oricare dintre următoarele situații:

a) la suspendarea, modificarea locului de muncă, modificarea felului muncii sau încetarea raporturilor de muncă ale personalului contractual în condițiile legii, dacă perioada efectiv lucrată este de cel puțin 30 de zile consecutive;

b) la suspendarea, modificarea locului de muncă, modificarea felului muncii sau încetarea raportului de serviciu ori, după caz, a raportului de muncă al evaluatorului, în condițiile legii, dacă perioada efectiv coordonată este de cel puțin 30 de zile consecutive;

c) atunci când pe parcursul perioadei evaluate salariatul este promovât.

(4) Evaluarea realizată în situațiile prevăzute la alin. (3) se numește evaluare parțială și se realizează la data sau în termen de 10 zile lucrătoare de la data intervenirii situațiilor prevăzute la alin. (3), fiind luată în considerare la evaluarea anuală.

Art. 3. În intelesul prezentului Regulament, se definesc următoarele noțiuni:

a) **performanta profesionala** - nivelul de indeplinire a sarcinilor, responsabilităților și obiectivelor individuale de activitate;

b) **evaluarea activității** - procedura prin care se compară activitatea desfășurată efectiv cu criteriile, obiectivele și indicatorii stabiliți determinându-se gradul de indeplinire al acestora;

c) **criterii de evaluare** - condiții stabilite pentru asigurarea concordantei dintre cerințele postului, calitățile angajatului și rezultatele activității desfășurate

d) **indicatori de performanță** - indicatori cantitativi sau calitativi ai activității desfășurate;

e) **evaluator** - persoana care ocupă funcție de conducere pentru persoana care ocupă funcție de execuție, respectiv persoana care ocupă funcție de conducere ierarhic superioară pentru persoana care ocupă funcție de conducere și managerul Spitalului pentru persoanele aflate în subordonarea sa directă;

f) **contrasemnatar** - persoana care ocupă funcția de conducere ierarhic superioară evaluatorului. În cazul evaluării făcute de managerul Spitalului, rapoartele de evaluare nu se contrasemnează.

Art. 4.(1) În vederea realizării componenteii evaluării performanțelor profesionale individuale ale personalului contractual de execuție și de conducere, la începutul perioadei evaluate, persoana care are calitatea de evaluator stabilește obiectivele individuale pentru personalul contractual a cărui activitate o coordonează și indicatorii de performanță utilizați în evaluarea gradului și modului de atingere a acestora, în raport cu atribuțiile din fișa postului, cunoștințele teoretice și practice și abilitățile necesare.

- (2) Indicatorii de performanță se stabilesc pentru fiecare obiectiv individual, în conformitate cu nivelul atribuțiilor titularului funcției, prin raportare la cerințele privind cantitatea și calitatea muncii prestate.
- (3) În toate situațiile, obiectivele individuale și indicatorii de performanță se aduc la cunoștința personalului contractual la începutul perioadei evaluate.

Art. 5. Obiectivele individuale trebuie să corespundă următoarelor cerințe:

- a) să fie specifice activității desfășurate
- b) să fie cuantificabile
- c) să fie încadrabile în timp
- d) să fie realiste
- d) să fie relevante

Art.6. Criteriile de evaluare se stabilesc în contractul individual de muncă și cuprind criteriile de performanță generale și/sau criteriile specifice în funcție de nivelul funcției și domeniul de activitate;

Art. 7. Obiectivele individuale și indicatorii de performanță pot fi revizuiți trimestrial sau ori de câte ori intervin modificări în activitatea ori în structura organizatorică a autorității sau instituției publice;

Art. 8. Punctajul final al evaluării performanțelor profesionale individuale este media aritmetică dintre nota finală pentru îndeplinirea **obiectivelor** și nota pentru îndeplinirea **criteriilor** de evaluare;

Acordarea calificativelor se face pe baza punctajului final al evaluării, după cum urmează:

- a) pentru un punctaj între 1,00 și 2,50 se acordă calificativul „nesatisfăcător“;
- b) pentru un punctaj între 2,51 și 3,50 se acordă calificativul „satisfăcător“;
- c) pentru un punctaj între 3,51 și 4,50 se acordă calificativul „bine“;
- d) pentru un punctaj între 4,51 și 5,00 se acordă calificativul „foarte bine“.

Nota finală a evaluării: $(\text{Nota finală pentru îndeplinirea obiectivelor} + \text{Nota pentru îndeplinirea criteriilor de evaluare})/2$

Art.9 (1) Salariații nemulțumiți de rezultatul evaluării pot contesta raportul de evaluare la conducătorul autorității sau instituției publice, în termen de 5 zile lucrătoare de la comunicarea acestuia prin orice mijloc de comunicare: prin email, prin poștă cu confirmare de primire, prin înmânare personală sub semnătură.

- (2) Conducătorul autorității sau instituției publice soluționează contestația în termen de 10 zile lucrătoare de la data expirării termenului de depunere a contestației. În acest sens, conducătorul autorității sau instituției publice dispune constituirea unei comisii în vederea soluționării contestației, care prezintă rezultatul analizei contestației, precum și propuneri privind soluționarea acesteia.
- (3) Conducătorul autorității sau instituției publice poate admite contestația, caz în care modifică raportul de evaluare în mod corespunzător, sau respinge motivat contestația. Rezultatul contestației se comunică salariatului în termen de 3 zile lucrătoare de la soluționarea acesteia.
- (4) Personalul contractual nemulțumit de rezultatul evaluării se poate adresa instanței de contencios administrativ, în condițiile legii.

Art. 10. CRITERIILE DE EVALUARE

Criteria de evaluare pentru personal de execuție și de conducere:

Nr. crt.	Criteria de evaluare**)	Nota	Comentarii
1	Cunoștințe profesionale și abilități		
2	Calitatea, operativitatea și eficiența activităților desfășurate		
3	Perfecționarea pregătirii profesionale		
4	Capacitatea de a lucra în echipă		
5	Comunicare		
6	Disciplină		
7	Rezistență la stres și adaptabilitate		
8	Capacitatea de asumare a responsabilității		
9	Integritate și etică profesională		
10	Gradul de disponibilitate la activități suplimentare		
Nota pentru îndeplinirea criteriilor de evaluare (media aritmetică a notelor fiecărui criteriu de evaluare)			

Criterii suplimentare de evaluare pentru personalul de conducere:

Nr. crt.	Criterii de evaluare**)	Nota	Comentarii
1	Cunoașterea misiunii și obiectivelor spitalului		
2	Capacitatea de a lua decizii optime și asumarea răspunderii în legătură cu acestea		
3	Capacitatea de organizare și de coordonare		
4	Capacitatea de creare a unui climat stimulatîv, neconflictual, de bună colaborare cu alte structuri		
5	Capacitatea de mediere și negociere		

Art. 11. OBIECTIVELE INDIVIDUALE ȘI INDICATORII DE PERFORMANȚĂ PENTRU FIECARE CATEGORIE PROFESIONALĂ

1. Obiective și indicatori utilizați pentru evaluarea anuală a medicului șef de secție								
Nr. Crt.	Obiective în perioada evaluată	% din timp	Indicatori de performanță	Valoare ideală	Valori realizate	Realizat (ponder e%)	Evidențe și documente	Notare
1	Asigurare a calității actului medical și activităților de îngrijire a pacienților la nivelul secției		Număr de acuzații/ sancțiuni datorate activităților de malpraxis Număr nereguli grave constatate în secție la controale ale conducerii sau altor instituții, cu privire la actul medical sau/și îngrijirea pacienților	<i>Zero</i> <i>zero</i>			Evidența la CD, Serviciul RUNOS Evidența în procese verbale de control ale Dir.med./M anager	
2	Monitorizarea modului de desfășurare a activităților de îngrijire a pacienților de către personalul secției în scopul :		1.Nr. controale efectuate în secție (privind modul de aplicare a PO și regulamentelor interne, purtarea echipamentului de protecție, igiena pacienților, etc.)	<i>minim 1control /lună (minim 12/an)</i>			PV de control lunare	

	prevenirii abaterilor angajaților de la obligațiile ce le revin,		2. Nr. de prezentări ale angajaților din subordine la Comisia de disciplină, la Consiliul etic sau la Consilierul de etică	<i>maxim 5/an</i>			Evidențe în Serviciul RUNOS
3	Îmbunătățirea stării psihice și dezvoltarea abilităților pacienților		Număr de pacienți participanți la terapii ocupaționale sau/și ateliere de ergoterapie, pe an,	<i>Minim 15/secție</i>			Evidența în secție și compartiment Ergoterapie
4	Creșterea gradului de satisfacție al pacienților aflați în îngrijirea medicului		Numărul pacienților care se declară nemulțumiți de calitatea îngrijirilor acordate la nivelul secției ;	<i>maxim 5 reclamații /an</i>			Evidența la nivelul secției și la responsabil gestionare petiții pe spital
5	Prevenirea IAAM la nivelul secției		Număr infecții asociate asistenței medicale (IAAM)	<i>Maxim 15 cazuri /an</i>			Evidență în cadrul CPIAAM și în secție
6	Îmbunătățirea activităților de coordonare, organizare și comunicare la nivelul secției		Număr de ședințe organizate cu personalul secției/an	<i>Minim 12/an</i>			Număr procese verbale de ședință ale secției

2. Obiective și indicatori utilizați pentru evaluarea anuală a <u>asistentului șef de secție</u>								
Nr. crt	Obiective în perioada evaluată	% din timp	Indicatori de performanță	Valoare ideală	Valori realizate	Realizat (pondere %)	Evidențe, documente	Notare
1.	Asigurare a calității actului medical la nivelul secției		1. Nr. ședințe de instruire a personalului mediu și auxiliar privind aplicarea procedurilor operaționale, a unor protocoale de practică medical, drepturile pacienților	<i>Minim 12/an</i>			Procese verbale de ședințe	
2.	Monitorizarea modului de desfășurare a activităților de îngrijire a pacienților de către personalul mediu și auxiliar al secției în scopul : prevenirii abaterilor angajaților de		1.Nr. controale efectuate în secție (privind modul de aplicare a PO și regulamentelor interne, purtarea echipamentului de protecție, igiena pacienților, etc.) 2. Nr. de prezentări ale angajaților din subordine la Comisia de disciplină, la Consiliul etic sau la Consilierul de etică	<i>minim 1 control/lună</i> <i>maxim 5/an</i>			Procese verbale de control în secție Evidența la serv RUNOS	

	la obligațiile ce le revin, de la normele de conduită și etică profesională, prevenirii încălcării drepturilor pacienților							
3.	Îmbunătățirea stării psihice și dezvoltarea abilităților pacienților		Nr. pacienți participanți la terapii ocupaționale sau/și ateliere de ergoterapie/anul evaluat	<i>Minim 15/secție</i>			Evidența pe secție și compartiment Ergoterapie	
4.	Creșterea gradului de satisfacție al pacienților internați pe secție		Numărul pacienților care se declară nemulțumiți de calitatea îngrijirilor acordate la nivelul secției de către personalul mediu și auxiliar;	<i>Maxim 5 reclamații /an</i>			Se face un bilanț anual al tuturor plângerilor înregistrate la nivelul secției și la conducerea unității	
5.	Prevenirea IAAM la nivelul secției		Număr infecții asociate asistenței medicale (IAAM)	<i>maxim 15 cazuri /an</i>			Evidența în cadrul CPIAAM și în secție	

3. Obiective și indicatori utilizați pentru evaluarea anuală a medicului curant psihiatru

Nr. crt.	Obiective în perioada evaluată	% din timp	Indicatori de performanță	Valoare ideală	Valori realizate	Realizat (pondere)	Evidențe, documente	Notare
1.	Asigurare a calității actului medical		Număr de acuzații/ sancțiuni datorate activităților de malpraxis	<i>zero</i>			Sunt înregistrate la conducerea unității	
2.	Monitorizarea și controlul activităților de îngrijire a pacienților, respectarea fișei postului de către personalul mediu și auxiliar din pavilion		Nr. controale efectuate în pavilion privind modul de aplicare a PO și regulamentelor interne, purtarea echipamentului de protecție, igiena pacienților, etc.)	<i>minim 1 controale /lună/pavilion</i>			Evidență lunară ținută de asistentul șef sau un asistent desemnat în pavilion;	
3.	Îmbunătățirea stării psihice și dezvoltarea abilităților pacienților		Număr de pacienți participanți la terapii ocupaționale sau/și ateliere de ergoterapie, pe an, din rândul pacienților pe care-i gestionează	<i>Minim 5 pacienți/pavilion</i>			Evidențe pe secție și la comp. Ergoterapie	
4.	Creșterea gradului de satisfacție al pacienților aflați în		Numărul pacienților care se declară nemulțumiți de calitatea îngrijirilor acordate de medic ;	<i>maxim 5 reclamații /an</i>			Se face un bilanț anual al tuturor plângerilor depuse la adresa angajatului,	

	îngrijirea medicului						atât în cutia de reclamații din secții, cât și la conducerea unității	
5.	Menținerea la zero a absenteismului nemotivat la locul de muncă		Nr. absențe nemotivate de la serviciu și la ședințele cu personalul secției	<i>zero</i>		Medici curanți	Procese verbale ale ședințelor ; evidențe ale medicului șef de secție	

4. Obiective și indicatori utilizați pentru evaluarea anuală a asistentului medical din secțiile cu paturi

Nr. crt	Obiective în perioada evaluată	% din timp	Indicatori de performanță	Valoare ideală	Valori realizate	Realizat (pondere)	Evidențe, documente	Notare
1	Asigurare a calității îngrijirilor acordate pacienților		Numărul pacienților care se declară nemulțumiți de calitatea îngrijirilor acordate de angajat	<i>maxim 5 reclamații /an</i>			Se face un bilanț anual al tuturor plângerilor depuse la adresa angajatului, atât în cutia de reclamații din secții, cât și la conducerea unității	
2	Respectarea fișei postului, a procedurilor și regulamentelor interne, a dispozițiilor		Nr. nereguli/an constatate în secție/pavilion la controlul periodic al medicului șef de secție și/sau asistentului șef	<i>maxim 3/an din totalul neregulilor constatate</i>			procesele verbale ale controalelor periodice făcute de medicul/asistentul șef de secție	

	șefului de secție sau ale conducerii		legat de activitatea persoanei					
3	Menținerea la zero a numărului de părăsiri neavizate a spitalului de către pacienți		Nr. părăsiri neavizate ale spitalului de către pacienți/tura angajatului/pavilion	<i>maxim 3/an</i>			Evidența la nivelul secției	
4	Creșterea gradului de pregătire profesională		Procentajul de participări/an la sesiuni/cursuri de instruire organizate în spital sau în secție	<i>Minm 80% din total ședințe de instruire</i>			Evidența în procese verbale ale ședințelor de instruire	
5	Menținerea la zero a absenteismului nemotivat la locul de muncă		Nr. absențe nemotivate de la serviciu și la ședințele cu personalul secției	<i>zero</i>		Asistenți medicali	Evidența în procese verbale de ședință și a condiții de prezență	
6.	Menținerea la zero a numărului de sancțiuni		Nr. prezentări la Comisia de disciplină, la Consiliul etic sau la Consilierul de etică ca urmare a nerespectării fișei postului, a unor proceduri sau regulamente interne, alte abateri.	<i>zero</i>		Asistenți medicali	Evidențe la Serviciul RUNOS	

5. Obiective și indicatori utilizați pentru evaluarea anuală a <u>personalului auxiliar</u> din secțiile cu paturi (infirmier, supraveghetor, îngrijitor)								
Nr. Crt.	Obiective în perioada evaluată	% din timp	Indicatori de performanță	Valoare ideală	Valori realizate	Realizat (ponder e)	Evidențe, documente	Notare
1.	Asigurare a calității îngrijirilor acordate pacienților		Numărul pacienților care se declară nemulțumiți de calitatea îngrijirilor acordate de angajat	<i>maxim 5 reclamații /an</i>			Se face un bilanț anual al tuturor plângerilor depuse la adresa angajatului, atât în cutia de reclamații din secție, cât și la conducerea unității	
2.	Scăderea numărului de incidente/accidente în care sunt implicați pacienții		Nr. incidente/accidente (evenimente adverse) survenite pe tura angajatului/an (ex.altercații între pacienți, rănire, înghițire corp străin, contaminare cu substanțe toxice, arsuri, etc.)	<i>maxim 5 /an</i>			pe baza unei evidențe ținute de asistentul șef sau pe baza rapoartelor zilnice de activitate ori a consemnărilor din raportul de gardă	
3.	Respectarea fișei postului, a procedurilor și regulamentelor		Nr. nereguli/an constatate în secție/pavilion la controlul periodic al medicului șef de secție și	<i>maxim 3/an din totalul neregulilor constatate</i>			proces verbale ale controalelor periodice făcute de	

	interne, a dispozițiilor șefului de secție sau ale conducerii		sau asistentului șef pe tura angajatului				medicul/asistentul șef de secție	
4.	Menținerea la zero a numărului de părăsiri neavizate a spitalului de către pacienți		Nr. părăsiri neavizate ale spitalului de către pacienți/tura angajatului	<i>Zero</i>			evidențe la nivelul secției	
5.	Creșterea gradului de pregătire profesională		Procentajul de participări/an la sesiuni/cursuri de instruire organizate în spital	<i>Minim 80%</i>			Evidențe în procesele verbale ale ședințelor de instruire	
6.	Menținerea la zero a absenteismului nemotivat la locul de muncă		Nr. absențe nemotivate de la serviciu și la ședințele cu personalul secției	<i>zero</i>			Evidențe în procesele verbale de ședință și în condica de prezență	
7.	Menținerea la zero a nr. de sancțiuni		Nr. prezentări la Comisia de disciplină, la Consiliul etic sau la Consilierul de etică ca urmare a nerespectării fișei postului, a unor proceduri sau regulamente interne, alte abateri.	<i>zero</i>			Evidențe la Serviciul RUNOS	

6. Obiective și indicatori utilizați pentru evaluarea anuală a psihologului								
Nr. crt.	Obiective în perioada evaluată	% din timp	Indicatori de performanță	Valoare ideală	Valori realizate	Realizat (pondere)	Evidențe, documente	Notar e
1.	Asigurare a calității actului psihologic la nivelul secției		Număr de acuzații/ sancțiuni datorate activităților de malpraxis	<i>zero</i>			Evidența la CD, Serviciul RUNOS	
2.	Îmbunătățirea stării psihice și dezvoltarea abilităților pacienților		Număr evaluări clinice efectuate la pacienți CP II0	Minim 1 pe an / pacient CP			Evidențe în registrul cabinetului de psihologie	
			Număr de consilieri psihologice efectuate la pacient acut	Minim 1 pe an/ pacient CP				
			Număr evaluări clinice efectuate la pacienți CP II0	Minim 1/per pacient acut/internare				
			Număr de consilieri psihologice efectuate la pacient acut	Minim 1 per pacient acut/internare				

3.	Respectarea fișei postului, a procedurilor și regulamentelor interne, a dispozițiilor șefului de secție sau ale conducerii		Nr. nereguli/an constatate în secție/pavilion la controlul periodic al șefului ierarhic Nr. prezentări la Comisia de disciplină, la Consiliul etic sau la Consilierul de etică ca urmare a nerespectării fișei postului, a unor proceduri sau regulamente interne, alte abateri.	maxim 3/an din totalul neregulilor constatate zero			procese verbale ale controalelor periodice făcute de șeful ierarhic Evidența la Serviciul RUNOS și conducere	
4.	Menținerea la zero a absenteismului nemotivat la locul de muncă		Nr. absențe nemotivate de la serviciu și la ședințele cu personalul secției	<i>zero</i>			Procese verbale ale ședințelor ; evidențe ale medicului șef de secție	

7. Obiective și indicatori utilizați pentru evaluarea anuală a <u>asistentului de farmacie</u>								
Nr. crt.	Obiective în perioada evaluată	% din timp	Indicatori de performanță	Valoare ideală	Valori realizate	Realizat (pondere)	Evidențe, documente	Notare
1.	Cresterea gradului de pregatire profesional		Numarul de participari/an la sesiuni/cursuri de instruire organizate de spital/sectie/colegiul asistentilor medicali	Minim 1 participare /an			Evidențe la nivelul farmaciei	
2.	Mentinerea la zero a absenteismului nemotivat la locul de munca.		Nr. absente nemotivate de la serviciu si sedintele la care sunt convocati	-zero			Evidențe la nivelul farmaciei	
3.	Mentinerea la zero a numarului de sanctiuni.		Nr. prezentari la Comisia de disciplina, la Consiliul de Etica	-zero			Evidențe la nivelul serviciului RUNOS	

8. Obiective și indicatori utilizați pentru evaluarea anuală a <u>farmacistului</u>								
Nr. crt.	Obiective în perioada evaluată	%din timp	Indicatori de performanță	valori ideale	valori realizate	Realizat (pondere)	Evidențe, documente	Notare
1.	Îmbunătățirea serviciilor privind managementul medicației în spital		Analiza și raport analiza trimestrial privind managementul medicației în spital	O analiză cu raport pentru fiecare trimestru. -4 rapoarte /an			Documente la Directorul medical	
2.	Monitorizarea consumului și corelarea lui cu necesarul de medicamente/ materiale sanitare		Întocmirea și transmiterea în contabilitate a balanței analitice/cumulative de stocuri medicamente/ materiale sanitare	O balanță analitică în fiecare lună -12 balanțe /an			Documentație la Birou Contabilitate și farmacie	
3.	Raportarea consumului de medicamente		-Un raport lunar pentru CASJ -Un raport trimestrial DSP	-12 rapoarte/ an la CASJ -4 rapoarte /an la DSP			Evidențe în farmacie	
4.	Respectarea obligațiilor din fișa postului, a procedurilor operaționale și a prevederilor Codului de conduită etică și integritate.		Ponderea neregulilor constatate de autorități/sanctiunilor/an	-zero			Evidența la conducere	

9. Obiective și indicatori utilizați pentru evaluarea anuală a asistentului social								
Nr. crt.	Obiective în period evaluată	%din timp	Indicatori de performanță	valori ideale	valori realizate	Realizat (pondere)	Evidențe, documente	Notare
1.	Îmbunătățirea serviciilor de asistență socială acordate pacienților pe perioada internării		Ponderea pacienților care au beneficiat servicii de asistență socială/an din total pacienți internați (anchete sociale, obținere documente cu caracter social, etc.)	-minim 50%			-Evaluare anuală pe baza evidențelor din comp.	
2.	Asigurarea unui suport socio-familial și material pe perioada internării și postexternare pentru pacienții internați pe termen lung în spital		Ponderea pacienților care au beneficiat în anul evaluat, de obținerea statutului de persoană cu un grad de handicap sau pensie de boală	-minim 50% din pacienții internați pentru care s-au făcut demersuri în anul evaluat, în conformitate cu legislația în vigoare			-Evaluare anuală pe baza evidențelor din comp.	

10. Obiective și indicatori utilizați pentru evaluarea anuală a ergoterapeutului

Nr. crt.	Obiective în perioada evaluată	%din timp	Indicatori de performanță	valori ideale	valori realizate	Realizat (pondere)	Evidențe, documente	Notare
1.	Îmbunătățirea serviciilor de ergoterapie acordate pacienților		1.Numărul pacienților care au beneficiat de activități în ateliere/an din total pacienți internați 2.Număr de activități noi/ echipamente noi introduse/ an	Minim 30/zilnic Minim 1/an			Evidențe în compartiment	
2.	Îmbunătățirea abilităților fizice și creșterea gradului de independență al pacienților cu scopul , reintegrării lor în mediul familial, social si profesional .		Ponderea pacienților care își execută singuri lucrările de ergoterapie în proporție de peste 50%	Minim 10% din total participanți			Evidențe în compartiment	

3.	Asigurarea unui mediu securizant pentru pacienți		Numărul de cazuri de incidente/accidente declarate ca evenimente adverse, în care au fost implicați pacienți (înțepare cu ac sau alt instrument, altercații între pacienți, lovire prin împiedicare/alunecare, înghițire obiecte mici, etc.)	Maxim 5 cazuri/an			Raportări către Biroul Managementul calității	
----	--	--	--	-------------------	--	--	---	--

11. Obiective și indicatori utilizați pentru evaluarea anuală a medicului de laborator

Nr.crt.	OBIECTIVE	%din timp	Indicatori de performanță	Valori ideale	Valori realizate	Realizat (pondere)	Evidențe, documente	Notare
1.	Îmbunătățirea serviciilor de laborator acordate pacienților		- Ponderea pacienților care au beneficiat de analize de laborator/an din total pacienți internați (aflați plus intrați)	-minim 80%			Evaluare pe baza evidențelor din laborator	
2.	Obținerea unui nivel înalt de acuratețe al rezultatelor analizelor de laborator		- Indicele de concordanță între rezultatele obținute în laborator și cele de la controlul intern	-minim 90%			- Evaluare pe baza evidenței păstrate de medic	
3.	Insușirea de către personal a obligațiilor din fișa postului, a prevederilor Codului de conduită etică și integritate		- Ponderea neregulilor constatate de autorități/sancțiunilor /an	-zero			-Anual pe baza evidenței înregistrate la nivelul conducerii	

12. Obiective și indicatori utilizați pentru evaluarea anuală a medicului stomatolog							
OBIECTIVE	% din timp	Indicatori de performanță	Valori ideale	Valori realizate	Realizat (pondere)	Evidențe, documente	Notare
1. Îmbunătățirea funcționalității aparatului dento-maxilar la pacienții internați		-Ponderea pacienților consultați și tratați/an prin Cabinetul de Medicină dentară din total pacienți internați /an (aflați plus intrați) - Ponderea pacienților consultați/tratați /an prin intermediul cabinetului, la care s-a recomandat tratament conservator	-minim 50%			Evaluare anuală pe baza evidențelor din registrul de consultații și FOCG	
2. Profilaxia bolii de focar		-Pondere pacienți care au beneficiat de extracții dentare/resturi radiculare, din total pacienți depistați cu patologie periapicală patognomonică pentru boala de focar	-minim 90% din pacienții depistați			Evidența în fișele de tratament stomatologic și în registrul cabinetului	

3. Creșterea gradului de satisfacție al pacienților privind îngrijirile acordate prin cabinetul de urgențe stoma		Numărul de reclamații/plângeri înregistrate la adresa cabinetului /an	-maxim 1% din total pacienți consultați			Anual pe baza evidenței plângerilor înregistrate la conducere	
4. Insușirea de către angajat a obligațiilor din fișa postului, a prevederilor Codului de conduită etică și integritate		Pondere neregulilor/sanctiunilor /an aplicate angajatului	-zero			Anual pe baza evidenței înregistrate la nivelul conducerii	

13. Obiective și indicatori utilizați pentru evaluarea anuală a medicului de Medicină internă

Nr. crt	OBIECTIVE	% din timp	Indicatori de performanță	Valori ideale	Valori realizate	Realizat (pondere)	Evidențe, documente	Notare
1.	Scăderea numărului de trimiteri ale pacienților internați la consulturi interdisciplinare în clinici din afara spitalului		1.-Ponderea pacienților consultați și tratați prin Cabinetul de Medicină internă din total pacienți internați (aflați plus intrați)/an - Ponderea pacienților consultați/tratați prin intermediul cabinetului pentru patologie internă , care au necesitat consulturi interdisciplinare în alte clinici/an	-minim 50%			Evaluare pe baza evidențelor din registrul de consultații și FOCG	
2.	Scăderea numărului de recăderi ale bolilor somatice tratate prin cabinetul de Medicină internă		2. Ponderea pacienților care prezintă recădere a patologiei somatice interne în interval de 30 de zile din total pacienți evaluați și tratați prin cabinetul	- maxim 10%			Evaluare pe baza evidenței păstrate de medicul internist	

			de Medicină internă/an				
3.	Creșterea gradului de satisfacție al pacienților privind îngrijirile acordate prin cabinetul de Medicină internă		3. Numărul de reclamații/plângeri înregistrate la adresa cabinetului de Medicină internă/an	maxim 1% din total pacienți consultați			-Anual pe baza evidenței plângerilor înregistrate la conducere

14. Obiective și indicatori utilizați pentru evaluarea anuală a medicului epidemiolog

Nr. Crt.	OBIECTIVE	% din timp	Denumire indicator	Valori ideale	Valori realizate	Realizat (pondere)	Evidențe, documente	Notare
1.	Prevenirea, supravegherea și controlul IAAM		Număr IAAM din total pacienți externați	- 3-7% din nr. pacienți externați/an			Pe baza înregistrărilor în Comp. Statistică	
2.	Controlul și supravegherea condițiilor igienico-sanitare în spital		Număr controale efectuate	Minim 2 controale/lună			Număr procese verbale de control	
3.	Instruirea personalului în domeniul prevenirii IAAM		Număr tematici instruite din planul anual anexat Planului de prevenire IAAM	Minim 90% din totalul tematicilor			Procese verbale de instruire	

4.	Prevenirea neregulilor/sanctiunilor constatate de organisme de control din afara spitalului, privind activitatea de supraveghere, combatere, control a IAAM în unitate		Număr nereguli/sanctiuni/an	-maxim 5/an			Procese verbale de control în evidență la conducerea unității	
5.	Prevenirea și gestionarea corectă a accidentelor cu expunere la produse biologice în rândul personalului		Pondere accidente gestionate conform legii din total accidente înregistrate	Minim 90% din total pe spital/an			Evidența în registrul de AEP aflat în comp. CPIAAM	

15.Obiective și indicatori utilizați pentru evaluarea anuală a asistentului DE IGIENĂ (din cadrul CPIAAM)								
Nr crt.	OBIECTIVE	% din timp	Indicatori de performanță	Valori ideale	Valori realizate	Realizat (pondere)	Evidențe, documente	Notare
1.	Îndeplinirea planului anual de autocontrol anual		$\frac{\text{Nr. prelevări efectuate}}{\text{Nr.prelevări prevăzute în plan}} \times 100$	Minim 90%			Evidențe la conducerea unității	
2.	Controlul și supravegherea condițiilor igienico-sanitare în spital		Număr controale efectuate	Minim 4 controale/lună			Pe baza proceselor verbale de control în cadrul CPIAAM	
3.	Instruirea personalului în domeniul prevenirii IAAM		Pondere tematici instruite din total tematici prevăzute în planul anual	Minim 90% din totalul tematicilor			Pe baza proceselor verbale de instruire, în cadrul CPIAAM	
4.	Prevenirea neregulilor/sanctiunilor constatate de organisme de control din afara spitalului, privind nerespectarea atribuțiilor din fișa postului		Număr nereguli/sanctiuni din total nereguli/sanctiuni/an /spital	-maxim 5 /an			Evidența pe baza proceselor verbale de control în cadrul CPIAAM	

5.	Menținerea la zero a absenteismului nemotivat		Număr zile absentate nemotivat/an	zero			Evidența la Serviciul RUNOS	

16. Obiective și indicatori utilizați pentru evaluarea anuală a <u>Directorului medical</u>								
Nr. crt	OBIECTIVE	% din timp	Indicatori de performanță	Valori ideale	Valori realizate	Realizat (pondere)	Evidențe, documente	Notare
1.	Monitorizarea și controlul îndeplinirii atribuțiilor de către medicii șefi de secție, responsabilii de compartimente medicale		Nr. controale efectuate pe an în secții și comp. medicale	Minim 1 control pe secție/comp/trim			Număr procese verbale de control	
2.	Prevenirea, supravegherea și controlul IAAM în spital		Pondere IAAM din total pacienți externați	Încadrare în valorile asumate anual de manager			Evidența la comp statistică și CPIAAM	
3.	Instruirea personalului medico-sanitar la nivelul secțiilor		Pondere tematici instruite din total tematici prevăzute în calendarul anual de instruire	Minim 70% din total tematici prevăzute în calendarul secțiilor cu paturi			Procese verbale de instruire din secții	
4.	Creșterea satisfacției pacienților privind actul medical și îngrijirea medicală		Număr reclamații/plângeri ale pac. sau aparținătorilor privind actul medical și îngrijirea medicală din total reclamații înregistrate la conducerea unității	Sub 10/an			Evidența din registrul de petiții	

5.	Coordonarea activității medicale în spital		Nr. Consilii medicale /an	Minim 10/an			Numărul de procese verbale de ședințe CM	

17. Obiective și indicatori utilizați pentru evaluarea anuală a <u>Directorului de îngrijiri</u>								
Nr. Crt.	OBIECTIVE	% din timp	Indicatori de performanță	Valori ideale	Valori realizate	Realizat (pondere)	Evidențe, documente	Notare
1.	Prevenirea, supravegherea și controlul IAAM în spital		Număr IAAM din total pacienți externți	Încadrare în valorile asumate de manager			Înregistrări în Comp. Statistică medicală	
2.	Instruirea personalului medico-sanitar la nivelul secțiilor		Pondere tematici instruite din total tematici prevăzute în calendarul anual de instruire	Minim 70%			Pe baza proceselor verbale de instruire	
3.	Creșterea satisfacției pacienților privind actul medical și îngrijirea medicală		Număr reclamații/plângeri ale pac. sau aparținătorilor privind actul medical și îngrijirea medicală din total reclamații înregistrate la conducerea unității	Sub 10/an			Pe baza evidenței din registrul de petiții	
4.	Coordonarea activității de îngrijire pacienți la		Nr. Sedinte de lucru cu asistenții sefi, responsabili structuri /an	Minim 12/an			Numărul de procese verbale de ședință	

	nivelul intregului spital							
5.	Monitorizarea si controlul indeplinirii atributiilor prevazute in fisa postului pentru personalul aflat in coordonare		Nr. Controale efectuate	Minim 1 control/sectie/compartiment/trim			Nr procese verbale control	

de sănătate (RMC)

Nr. Crt.	OBIECTIVE	% din timp	Indicatori de performanță	Valori ideale	Valori realizate	Realizat (pondera)	Evidențe, documente	Notare
1.	Monitorizează elaborarea protocoalelor de diagnostic și tratament și a procedurilor care vizează asistența medicală, urmărind respectarea regulilor de elaborare a acestora;		Numărul de protocoale și proceduri elaborate conform regulilor stabilite. Gradul de conformitate cu standardele de elaborare a protocoalelor și procedurilor.	50% 100%			Protocoale și proceduri documentate și aprobate. Rapoarte de audit ale protocoalelor și procedurilor.	
2.	Monitorizează și analizează implementarea procedurilor și protocoalelor care reglementează asistența medicală;		Gradul de implementare a procedurilor și protocoalelor în activitatea zilnică. Numărul de incidente sau neconformități în implementarea acestora.	100% 0			Rapoarte de implementare a procedurilor și protocoalelor. Registrul incidentelor sau neconformităților.	
3.	Monitorizează identificarea și coordonează raportarea și analizarea evenimentelor adverse asociate asistenței medicale;		Numărul de evenimente adverse raportate și analizate. Gradul de implementare a	100% 100%			Rapoarte de evenimente adverse.	

			măsurilor corective pentru prevenirea recurenței.				Analize cauze-efect ale evenimentelor adverse și planuri de acțiune.	
4.	Monitorizează elaborarea și respectarea planului anual de educație medicală continuă a medicilor și a farmaciștilor pe baza analizei de nevoi a spitalului, astfel încât acesta să răspundă misiunii sale;		Gradul de acoperire a subiectelor relevante în planul de educație medicală continuă. Participarea și feedback-ul medicilor și farmaciștilor la sesiunile de educație continuă.	100%			Planul anual de educație medicală continuă. Evaluări de satisfacție și participare la sesiunile de educație continuă.	
5.	Monitorizează elaborarea, pe baza analizei de nevoi a spitalului, și respectarea planului de formare/perfecționare a personalului medical în managementul calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului;		Gradul de acoperire a subiectelor relevante în planul de formare și perfecționare. Participarea și implicarea personalului medical în	100% 50%			Planul de formare și perfecționare a personalului medical. Evidența participării la cursuri, workshop-uri și alte activități de formare.	

			activitățile de formare și perfecționare.				
6.	Monitorizează activitatea de actualizare a ofertei de servicii medicale conform nevoilor de sănătate a populației deservite;		Numărul și frecvența actualizărilor aduse ofertei de servicii medicale. Gradul de aliniere a ofertei de servicii la nevoile de sănătate identificate.	100%			Planuri de dezvoltare a serviciilor medicale. Studii și analize de nevoi de sănătate ale populației.
7.	Monitorizează implementarea măsurilor pentru managementul integrat al cazului și asigurarea continuității asistenței medicale a pacienților cu afecțiuni de lungă durată;		Gradul de coordonare și colaborare între diferitele servicii medicale implicate. Gradul de satisfacție a pacienților cu gestionarea integrată a cazului.	100% 100%			Planuri de gestionare a cazului pentru pacienții cu afecțiuni de lungă durată. Evaluări de satisfacție a pacienților și rapoarte de feedback

8.	Analizează rezultatele monitorizării de către structurile responsabile cu prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale, ale respectării măsurilor pentru prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale;		Rata infecțiilor asociate asistenței medicale. Gradul de respectare a măsurilor preventive.	100%			Rapoarte de monitorizare a infecțiilor asociate asistenței medicale. Evidența implementării măsurilor preventive.	
9.	Monitorizează planificarea și desfășurarea activităților de îngrijiri medicale conform procedurilor, protocoalelor și a planului de îngrijiri;		Gradul de conformitate cu planul de îngrijiri. Gradul de satisfacție a pacienților cu calitatea îngrijirilor medicale	100% 80%			Planuri de îngrijiri medicale individualizate. Evaluări de satisfacție a pacienților și rapoarte de observație a implementării planului de îngrijiri.	
10.	Monitorizează elaborarea planului de educație medicală continuă a asistenților medicali pe baza analizei de nevoi a spitalului;		Gradul de acoperire a temelor relevante în planul de educație continuă. Participarea și implicarea	100%			Planul de educație continuă a asistenților medicali. Evidența participării la cursuri, workshop-	

			asistenților medicali în activitățile de educație continuă.				uri și alte activități de formare.	
11.	Monitorizează formarea asistenților medicali cu privire la utilizarea planului de îngrijiri specific specialității în care lucrează, la optimizarea înregistrărilor și la utilizarea acestuia ca instrument de comunicare interprofesională, cu valoare medico-legală;		Gradul de acoperire a temelor relevante în cadrul formării asistenților medicali. Competența asistenților medicali în utilizarea planului de îngrijiri și a instrumentelor asociate.	100%			Programul de formare pentru asistenții medicali. Evaluări ale competenței și cunoștințelor asistenților medicali în utilizarea planului de îngrijiri.	
12.	Monitorizarea și controlul îndeplinirii atribuțiilor prevăzute în fișa postului pentru personalul aflat în coordonare		Gradul de conformitate a îndeplinirii atribuțiilor cu specificațiile din fișa postului. Evaluarea calității și eficienței activităților desfășurate de	100%			Fișele posturilor pentru personalul în coordonare. Evaluări periodice ale performanței personalului și	

			personalul în coordonare.				rapoarte de evaluare	
--	--	--	---------------------------	--	--	--	----------------------	--

19. Obiective și indicatori utilizați pentru evaluarea anuală a Referentul/Referentul de specialitate încadrat în structura de management al calității serviciilor de sănătate

Nr. Crt.	OBIECTIVE	% din timp	Indicatori de performanță	Valori ideale	Valori realizate	Realizat (pondere)	Evidențe, documente	Notare
1.	Monitorizează implementarea măsurilor pentru respectarea drepturilor pacientului;		Rata reclamațiilor pacienților legate de încălcarea drepturilor acestora. Gradul de conformitate cu standardele legale și etice referitoare la drepturile pacientului.	0% 100%			Rapoarte de evaluare a satisfacției pacienților. Registrul reclamațiilor și soluțiilor adoptate.	
2.	Monitorizează implementarea măsurilor pentru respectarea <u>Regulamentului (UE) 2016/679</u> privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu		Gradul de conformitate cu prevederile GDPR în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal.	100%			Registre de procesare a datelor cu caracter personal.	

	caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE, precum și a altor dispoziții de drept al Uniunii sau drept intern referitoare la protecția datelor;		Rata incidentelor de încălcare a securității datelor.	0 %			Rapoarte de evaluare a riscurilor privind protecția datelor.	
3.	Monitorizează respectarea măsurilor de limitare a accesului persoanelor neautorizate în zonele cu risc crescut;		Numărul de incidente de acces neautorizat raportate. Gradul de conformitate cu standardele de securitate fizică.	0 100 %			Rapoarte de audit al securității fizice. Registrul acceselor autorizate.	
4.	Monitorizează implementarea managementului riscurilor neclinice, a riscului financiar și a riscului organizațional;		Numărul și gravitatea incidentelor legate de riscurile neclinice. Gradul de conformitate cu politica de gestionare a riscurilor financiare și organizaționale.	0 100 %			Planuri de gestionare a riscurilor. Rapoarte de evaluare a riscurilor și a impactului acestora.	
5.	Monitorizează elaborarea procedurilor pentru implementarea bunelor practici manageriale;		Gradul de documentare și adoptare a procedurilor manageriale.	100 %			Manual de proceduri manageriale.	

			Nivelul de conformitate cu standardele recunoscute de management.	100 %			Rapoarte de implementare a procedurilor manageriale.	
6.	Monitorizează colectarea și prelucrarea datelor privind asigurarea resurselor necesare respectării protocoalelor și procedurilor medicale;		Gradul de acuratețe și completitudine a datelor colectate. Utilizarea eficientă a resurselor în raport cu protocoalele și procedurile medicale.	100 % 100 %			Registrul resurselor utilizate în implementarea protocoalelor medicale. Rapoarte de eficiență a utilizării resurselor.	

7.	Monitorizează colectarea și prelucrarea datelor privind costurile corecte ale serviciilor de sănătate.		<p>Gradul de acuratețe și corectitudine a estimărilor de cost.</p> <p>Nivelul de conformitate cu standardele financiare și contabile.</p>	<p>100 %</p> <p>100 %</p>			<p>Rapoarte de analiză a costurilor serviciilor de sănătate.</p> <p>Documente contabile și bugetare.</p>	
----	--	--	---	---	--	--	--	--

20. Obiective și indicatori utilizați pentru evaluarea anuală a <u>consilierului juridic</u>								
Nr. Crt.	Obiective în perioada evaluată	% din timp	Indicatori de performanță	Valoare ideală	Valori realizate	Realizat (ponderare%)	Evidențe și documente	Notare
1	Îmbunătățirea gradului de informare a pacienților privind statutul lor juridic, drepturi și prevederi legislative care li se aplică		Pondere pacienți consiliați/an prin intermediul compartimentului juridic al unității din total pacienți internați (afilați plus intrați)	<i>Minimum 60%</i>			Evidența în registrul de consiliere juridică din compartimentul juridic	
2	Prevenirea unor incidente ca urmare a nerespectării circuitului documentelor juridice ale pacienților internați (citații, sentințe penale, rapoarte de expertiză medicale, etc)		Număr sancțiuni primite de unitate/manager ca urmare a pierderii unor documente, netransmiterii în timp util a informațiilor la instanțe, secții medicale, conducere, etc. datorate compartimentului juridic	<i>zero</i>			Evidența la conducere	
3	Creșterea acurateții în procesul de completare/elaborare documente care		Număr documente cu viză juridică primită în unitate care au fost respinse de instituții, pentru	<i>zero</i>			Evidența la conducere	

	primesc viza juridică în comp jurdic		neconformități legate de aplicarea normelor juridice					
4	Însușirea atribuțiilor din fișa postului, a prevederilor regulamentelor interne, etc.		Număr prezentări ale persoanei la Comisia de disciplină, Consiliul etic, Consilierul de etică	<i>zero</i>			Evidența la RUNOS	
5	Creșterea gradului de satisfacție al pacienților		Număr reclamații/ petiții depuse la conducere sau în instanțe la adresa consilierului juridic	<i>Maxim 4/an</i>			Evidența la conducere și reponsabilul cu gestionarea petițiilor	

21. Obiective și indicatori utilizați pentru evaluarea anuală a economistului, referentului de specialitate, secretarului din cadrul Serviciului RUNOS

Nr. crt	Obiective în perioada evaluată	% din timp	Indicatori de performanță	Valoare ideală	Valori realizate	Realizați (ponderale)	Evidențe, documente	Notare
1	Prevenirea erorilor de întocmire/completare		Numărul situațiilor greșite constatate anual	<i>Sub 10% din total situații controlate</i>			Se verifică aleator de către seful ierarhic activitatea prestată și se consemnează trimestrial în procesul verbal de evaluare a activității serviciului	
2	Respectarea termenelor de îndeplinire a sarcinilor		Numărul de lucrări soluționate cu întârziere sau nesoluționate	<i>Sub 5% din total situații controlate</i>			Se verifică aleator de către seful ierarhic activitatea prestată și se consemnează trimestrial în procesul verbal de evaluare a activității serviciului	

3	Îndeplinirea atribuțiilor din fișa postului cu respectarea procedurilor interne/regulamentelor/legislației în vigoare		Număr prezentați ale persoanei la Comisia de disciplină, Consiliul etic, Consilierul de etică	<i>zero</i>			Evidența la RUNOS	
4	Creșterea gradului de pregătire profesională		Procentajul de participări/an la sesiuni/cursuri de instruire organizate de spital	<i>Cel puțin 1 curs/instruire pe an</i>			Certificat/diploma de participare	
5	Menținerea la zero a absenteismului nemotivat la locul de muncă		Nr. absențe nemotivate de la serviciu și la ședințele cu personalul secției	<i>zero</i>			Condiții de prezență	

22. Obiective și indicatori utilizați pentru evaluarea anuală a Șefului de Serviciu RUNOS								
Nr. crt	Obiective în perioada evaluată	% din timp	Indicatori de performanță	Valoare ideală	Valori realizate	Realizat (pondere)	Evidențe, documente	Notare
1	Creșterea volumului cunoștințelor de management și expertiză ; profesionalism și experiența în domeniul de activitate		Ponderea neconformităților constatate din total activități controlate în structură anual de către instituții abilitate	Sub 10%/an din total activități controlate			Rapoartele de control / instiintari din partea unor instituții	
2	Îndeplinirea atribuțiilor din fișa postului cu respectarea procedurilor interne/regulamentelor/legislației în vigoare		Număr prezentări ale persoanei la Comisia de disciplină, Consiliul etic, Consilierul de etică	<i>zero</i>			Evidența la RUNOS	

3	Respectarea termenelor de îndeplinire a sarcinilor		Numărul de înștiințări/notificări de întârziere din partea unor instituții	<i>Maxim 5/an</i>			Evidența la conducerea unității	
4	Creșterea gradului de pregătire profesională		Număr participări la cursuri/instruiri/an	<i>Minim 1 curs/instruire pe an</i>			Certificat/diploma de participare	
5	Monitorizarea și controlul activităților în cadrul structurii		Număr controale/evaluări în structură	<i>Minim 4/an</i>			Procese verbale de control/evaluare	

23.Obiective si indicatori utilizati pentru evaluarea anuala a statisticianului medical

Nr. crt.	Obiective in perioada evaluata	% din timp	Indicatori de performanta	Valoare ideala	Valori realizate	Realizat (pondere)) %	Evidente si documente	Notare
1	Respectarea legislației privind înregistrarea și raportarea serviciilor medicale furnizate de spital situațiile lunare, dările de seamă trimestriale și anuale		Număr raportări servicii medicale /an	1 raportare pe lună, 1 raportare pe trim, 1 raportare pe semestru, 1 raportare final de an Total/an:minim 16			Evidența în Comp statistică medicală și la conducere	
2	Prevenirea erorilor de calcul și de prelucrare a indicatorilor statistici ai activităților medicale, indicatorilor manageriali și a altor indicatori solicitați de conducere sau instituții		Număr erori/neconformități identificate și notificate la controale ale unor instituții abilitate, privind calculul indicatorilor	Maxim 5/an			Evidența la conducerea unității	
3	Asigurarea unei baze de date complete și actualizate în programul ICMED privind internările și externările, alte date		Număr de pacienți omiși în platforma ICMED	zero			Evidența în notificări ale CJAS, organe de control	

4	Menținerea la zero a absenteismului nemotivat la locul de muncă		Nr. absențe nemotivate de la serviciu	zero			Evidențe la Serviciul RUNOS	
5	Îndeplinirea atribuțiilor din fișa postului cu respectarea procedurilor interne/regulamentelor/legislației în vigoare		Nr. prezentări la Comisia de disciplină, la Consiliul etic sau la Consilierul de etică, ca urmare a nerespectării fișei postului, a procedurilor specifice, regulamentelor, legislației, etc.	zero			Evidențe la Serviciul RUNOS	

24. Obiective si indicatori utilizati pentru evaluarea anuala a registratorului medical

Nr. crt.	Obiective in perioada evaluata	% din timp	Indicatori de performanta	Valoare ideala	Valori realizate	Realizat (pondere) %	Evidente si documente	Notare
1	Asigurarea corectitudinii și acurateții datelor completate în documente (FOCG, Registre, repertoar, etc.)		Număr FOCG incomplete în cadrul setului minim de date, depistate la controlul lunar al comisiei de control al FOCG, din unitate	maxim 5/an			Evidența în Comp statistică medical și la conducere	
2	Informarea și comunicarea în timp util a unor date/ documente (inclusiv corespondență) către secțiile medicale, medicul de garda, conducere, alte compartimente din spital		Număr incidente înregistrate la conducere/ notificări/sanțiuni primite de unitate din partea unor instituții ca urmare a depășirii unor termene sau pierderii unor documente	Maxim 5/an			Evidența la conducerea unității	
3	Păstrarea confidențialității datelor cu caracter personal/medical ale pacienților		Număr petiții/sesizări din partea pacienților, aparținătorilor sau altor instituții, privind nerespectarea confidențialității datelor	zero			Evidența în notificări ale CJAS, organe de control	
4	Menținerea la zero a absenteismului nemotivat la locul de muncă		Nr. absențe nemotivate de la serviciu	zero			Evidențe la Serviciul RUNOS	

25. Obiective si indicatori utilizati pentru evaluarea anuala a Șefului Serviciului ADMINISTRATIV

Nr. crt	Obiective în perioada evaluată	% din timp	Indicatori de performanță	Valoare ideală	Valori realizate	Realizat (pondere)	Evidențe, documente	Notare
1	Asigurarea calitatii serviciilor/activitatilor și respectarea termenelor de executie a oricaror sarcini repartizate de conducerea unitatii sau prevăzute de legislație		Ponderea neconformităților constatate din total activități controlate în structură anual de către instituții abilitate/ conducere	Maxim 10%/an din total neconformitati constatate la nivelul spitalului			Procese verbale/înștiințări/ notificări în urma controalelor unor instituții abilitate sau ale conducerii spitalului	

2	Îndeplinirea atribuțiilor din fișa postului cu respectarea procedurilor interne/regulamentelor/legislației în vigoare		Număr prezentați ale persoanei la Comisia de disciplină, Consiliul etic, Consilierul de etică	<i>zero</i>			Evidența la RUNOS	
3	Respectarea termenelor de îndeplinire a sarcinilor în sectoarele administrative		Numărul de înștiințări/notificări de întârziere din partea unor instituții	<i>Maxim 5/an</i>			Evidența la conducerea unității	
4	Creșterea gradului de pregătire profesională		Număr participări ale angajatului la cursuri/instruiri/an	<i>Minim 1 curs/instruire pe an</i>			Certificat/diploma de participare	
5	Monitorizarea și controlul activităților în cadrul sectoarelor din serviciului administrativ		Număr controale/evaluări efectuate de șeful serviciului administrativ în sectoarele pe care le coordonează	<i>Minim 4/an/sector</i>			Procese verbale de control/evaluare pastrate în Serviciul Administrativ	

--	--	--	--	--	--	--	--	--

26. Obiective si indicatori utilizati pentru evaluarea anuala a ADMINISTRATORULUI

Nr. crt	Obiective în perioada evaluată	% din timp	Indicatori de performanță	Valoare ideală	Valori realizate	Realizat (pondere)	Evidențe, documente	Notare
1	Asigurarea calitatii serviciilor/activitatilor și respectarea termenelor de executie a oricaror sarcini repartizate de conducerea unitatii sau prevăzute de legislație		Ponderea neconformităților constatate din total activități controlate în structură anual de către instituții abilitate/șeful ierarhic	maxim 10%/an din total neconformități constatate la nivelul spitalului			Procese verbale/înștiințări/notificări în urma controalelor unor instituții abilitate sau ale conducerii spitalului	
2	Îndeplinirea atribuțiilor din fișa postului cu respectarea procedurilor interne/regulamentelor/legislației în vigoare		Număr prezentări ale persoanei la Comisia de disciplină, Consiliul etic, Consilierul de etică	<i>zero</i>			Evidența la RUNOS	

3	Respectarea termenelor de îndeplinire a sarcinilor în sectoarele administrative		Numărul de înștiințări/notificări de întârziere din partea unor instituții	<i>Maxim 5/an</i>			Evidența la conducerea unității	
4	Monitorizarea și controlul activităților în cadrul sectoarelor din serviciului administrativ		Număr controale/evaluări efectuate de administrator în sectoarele pe care le coordonează	<i>Minim 4/an/sector</i>			Procese verbale de control/evaluare pastrate în Serviciul Administrativ	

27. Obiective și indicatori utilizați pentru evaluarea anuală a personalului din sectorul Paza Poarta

Nr. Crt.	Obiective în perioada evaluată	% din timp	Indicatori de performanță	Valoare ideală	Valori realizate	Realizat (ponder e%)	Evidențe și document e	Notare
1	Asigurarea securitatii spitalului si a bunurilor aflate in patrimoniul acestuia. Controlul accesului in spital al persoanelor si vehiculelor.		Numarul de incidente de Securitate(ex:furturi,spargerii, agresioni, etc.)	<i>zero</i>			Evidența la conducere, serviciu administra tiv	
2	Asigurarea controlului la intrarea și ieșirea din unitate a persoanelor		Nr. nereguli/incidente an constatate în spital ca urmare a omiterii controlului la poarta unității	<i>maxim 5/an</i>			Evidența la conducere, serviciu administra tiv	
3	Menținerea la zero a absenteismului nemotivat la locul de muncă		Nr. absențe nemotivate de la serviciu și la ședințele cu personalul secției	<i>zero</i>			Evidența la serviciul RUNOS serviciu administra tiv	

4	Respectarea fișei postului, a procedurilor și regulamentelor interne, a dispozițiilor șefului ierarhic sau ale conducerii		Nr. de prezentări ale angajaților din subordine la Comisia de disciplină,	<i>zero</i>			Evidența la serviciul RUNOS , Consiliu etic, serviciu administrativ	
5	Îmbunătățirea gradului de instruire/informare privind activitățile proprii		Pondere participări /an la ședințe de instruire/informare organizate de șefii ierarhici din total ședințe organizate	<i>minim 80%</i>			procese verbale de ședință ale sectorului	
6	Menținerea la zero a numărului de părăsiri neavizate a spitalului de către pacienți prin poarta de acces în spital		Nr. părăsiri neavizate pe poarta spitalului de către pacienți/tura angajatului/an	<i>zero</i>			Evidența la conducere, serviciu administrativ	

28. Obiective și indicatori utilizați pentru evaluarea anuală a Magazinerului

Nr. crt	Obiective în perioada evaluată	% din timp	Indicatori de performanță	Valoare ideală	Valori realizate	Realizat (pondere %)	Evidențe, documente	Notare
1.	Respectarea fișei postului, a procedurilor și regulamentelor interne, a dispozițiilor șefului ierarhic sau ale conducerii		Nr. nereguli/an constatate în sector la controlul periodic al șefului ierarhic legat de activitatea persoanei	<i>maxim 3/an din totalul neregulilor constatate</i>			procesele verbale ale controalelor periodice făcute de șeful de compartiment	
2.	Menținerea la zero a absenteismului nemotivat la locul de muncă		Nr. absențe nemotivate de la serviciu și la ședințele cu personalul compartimentului	<i>zero</i>			Pe baza proceselor verbale de ședință și a condiții de prezență	
3.	Prevenirea sancțiunilor ca urmare a încălcării normelor legislative, a unor proceduri		Nr. prezentări la Comisia de disciplină, la Consiliul etic sau la Consilierul de etică	<i>Zero</i>			Evidențe la Serviciul RUNOS	

	sau regulamente interne, alte abateri.		Nr. Sancțiuni aplicate persoanei de instituții de control abilitate	<i>zero</i>			Evidența la conducerea unității
4.	Asigurarea calității alimentelor, altor materiale și bunuri, prin depozitare corectă a acestora conform normelor în vigoare		Nr. nereguli/an constatate în sector la controlul periodic al sefului ierarhic legat de activitatea persoanei	<i>Maxim 5/an</i>			Procesele verbale ale controalelor periodice făcute de seful de compartiment

29. Obiective și indicatori utilizați pentru evaluarea anuală a Lenjerului

Nr. crt.	Obiective în perioada evaluată	% din timp	Indicatori de performanță	Valoare ideală	Valori realizate	Realizat (pondere)	Evidențe, documente	Notar e
1.	Respectarea fișei postului, a procedurilor și regulamentelor interne, a dispozițiilor șefului ierarhic sau ale conducerii		Nr. nereguli/an constatate în sector la controlul periodic al șefului ierarhic legat de activitatea persoanei	<i>maxim 3/an din totalul neregulilor constatate</i>			Procesele verbale ale controalelor periodice făcute de șeful de compartiment	
2.	Utilizarea eficientă și corectă a echipamentelor și materialelor		Nr. incidente înregistrate privind manipularea incorectă a echipamentelor/materialelor.	<i>maxim 5/an</i>			Evidența la șeful Serviciului Administrativ	
3.	Menținerea la zero a numărului de sancțiuni		Nr. prezentări la Comisia de disciplină, la Consiliul etic sau la Consilierul de etică	<i>zero</i>			Evidențe la Serviciul RUNOS	
4.	Menținerea la zero a absenteismului nemotivat la locul de muncă		Nr. absențe nemotivate de la serviciu .	<i>zero</i>			Pe baza condiției de prezenta.	

30. Obiective și indicatori utilizați pentru evaluarea anuală a Frizerului								
Nr. crt	Obiective în perioada evaluată	% din timp	Indicatori de performanță	Valoare ideală	Valori realizate	Realizat (pondere)	Evidențe, documente	Notare
1	Asigurare a calității prestațiilor oferite pacienților		Numărul pacienților care se declară nemulțumiți de calitatea prestațiilor oferite de angajat	<i>maxim 5 reclamații /an</i>			Evidența tuturor plângerilor depuse la adresa angajatului, atât în cutia de reclamații din secții, cât și la conducerea unității	
2	Respectarea fișei postului, a procedurilor și regulamentelor interne, a dispozițiilor șefului ierarhic sau ale conducerii		Nr. nereguli/an constatate în Frizeria unitatii la controlul periodic al sefului ierarhic legat de activitatea persoanei	<i>maxim 3/an din totalul neregulilor constatate</i>			Evidența în procesele verbale ale controalelor periodice facute de seful ierarhic.	
3	Prevenirea unor accidente/incidente prin manipularea incorectă a echipamentelor de tuns/ras la pacienți		Nr.incidente/accidente înregistrate, cu afectarea pacientului	<i>Zero</i>			Evidența în secții și în registrul frizeriei	

4	Menținerea la zero a absenteismului nemotivat la locul de muncă		Nr. absențe nemotivate de la serviciu și la ședințele cu personalul compartimentului	<i>zero</i>			Pe baza proceselor verbale de ședință și a condiții de prezență	
5	Menținerea la zero a numărului de sancțiuni		Nr. prezentări la Comisia de disciplină, la Consiliul etic sau la Consilierul de etică ca urmare a nerespectării fișei postului, a unor proceduri sau regulamente interne, alte abateri.	<i>zero</i>			Evidențe la Serviciul RUNOS	

31. Obiective și indicatori utilizați pentru evaluarea anuală a <u>Soferului</u>								
Nr. Crt.	Obiective în perioada evaluată	% din timp	Indicatori de performanță	Valoare ideală	Valori realizate	Realizat (pondere)	Evidențe, documente	Notare
1.	Respectarea fișei postului, a procedurilor și regulamentelor interne, a dispozițiilor șefului ierarhic sau ale conducerii		Nr. nereguli/an constatate la controlul periodic al șefului ierarhic legat de activitatea persoanei	<i>Maxim 3/an din totalul neregulilor constatate</i>			procesele verbale ale controalelor periodice facute de șeful ierarhic.	
2.	Prevenirea accidentelor de circulație prin respectarea regulilor și actualizarea cunoștințelor din domeniul legislației rutiere		Nr. accidentelor rutiere sau a evenimentelor nedorite în care se dovedește vinovat șoferul	<i>Maxim 3/an</i>			Evidența la Serviciul Administrativ	
3.	Implementarea și respectarea legislației naționale privind transportul pe drumurile publice		Numarul de sanctiuni aplicate in trafic cu ocazia controalelor efectuate de organelle	<i>zero</i>			Evidența la Serviciul Administrativ	

	in trafic intern al transportului in cont propriu de persoane.		abilitate (Politie, ARR, RAR. ISCTR.).					
4.	Menținerea la zero a absenteismului nemotivat la locul de muncă		Nr. absențe nemotivate de la serviciu .	<i>zero</i>				Pe baza condicii de prezență
5.	Prevenirea incidentelor cu repercusiuni asupra pacientilor in timpul transportului cu microbusul spitalului		Nr.incidente in care sunt implicati/afectati pacientii ca urmare a neglijentei soferului sau gestionarii incorecte a unor situatii.(Ex :lasat microbus nesupravegheat, usi/geamuri deschise, nesecurizate, uitat cheia in bordul masinii, neverificare centuri de siguranta la pacienti, comunicare defectuoasa cu pacientii, etc)	<i>maxim 3/an</i>				Evidenta la Serviciul Administrativ

32. Obiective și indicatori utilizați pentru evaluarea anuală a „focistului” din Centrala termica								
Nr. Crt.	Obiective în perioada evaluată	% din timp	Indicatori de performanță	Valoarea ideală	Valori realizate	Realizat (ponderare %)	Evidențe, documente	Notare
1.	Asigurarea furnizării agentului termic și funcționării eficiente și sigure a centralei termice.		Numarul de incidente sau accidente / angajat care au loc din vina acestuia, în centrala termica, pe parcursul anului	<i>maxim 2/an</i>			Evidența la conducere, serviciu administrativ	
2.	Prevenirea sancțiunilor pentru nerespectarea fișei postului, a procedurilor și regulamentelor interne, a Codului etic al unității și a lucrului în echipă	0%	Nr. de prezentari ale angajaților din subordine la Comisia de Disciplina și Consiliul Etic	<i>zero</i>			Evidențe la Serviciul RUNOS	

3.	Creșterea gradului de pregătire profesională		Procentajul de participări/an la sedintelor de instruire organizate în spital, de catre specialistul RSVTI	100% din totalul sedintelor			Pe baza chestionarelor de testare	
4.	Evitarea absenteismului nemotivat la locul de muncă		Nr. absențe nemotivate de la serviciu și la ședințele trimestriale cu personalul din Centrala termica	zero			Pe baza proceselor verbale de ședință și a condicii de prezență	
5	Respectarea atribuțiilor din fișa postului, a procedurilor și regulamentul or interne, a dispozițiilor șefului ierarhic sau ale conducerii		Nr. de nereguli constatate la controalele periodice efectuate de seful ierarhic	Maxim 3/an			Evidența în procese verbale de control din serviciul administrativ	

33. Obiective și indicatori utilizați pentru evaluarea anuală a „bucătarului” din Blocul - alimentar								
Nr. Cr t	Obiective în perioada evaluată	% din timp	Indicatori de performanță	Valoare ideală	Valori realizate	Realizat (ponder e)	Evidențe, documente	Notare
1.	Asigurarea calității hranei pacienților cu respectarea normelor de igienă a alimentației în procesul de preparare, cu respectarea necesarului caloric, a rețetarului și regimurilor stabilite în funcție de patologie		Nr. de focare de toxinfecții alimentare înregistrate la pacienți/an cu punct de plecare Blocul alimentar	<i>zero</i>			Evidența la Serviciul administrativ, CPIAAM	
2.	Respectarea fișei postului, a procedurilor și regulamentelor interne, a dispozițiilor șefului ierarhic sau ale conducerii		Nr. de nereguli constatate în Blocul alimentar la controalele efectuate de seful ierarhic superior precum și conducerea unitatii Număr sancțiuni aplicate angajatului sau spitalului din vina angajatului de către instituții de control	<i>Maxim 3/an</i> <i>zero</i>			Evidența la în procese verbale de control la conducere, în serviciul administrativ	

3.	Gestionarea și manipularea corectă a materiilor prime, a produselor alimentare finite, a instalațiilor, echipamentelor și ustensilelor		Nr. incidente/accidente înregistrate în Blocul alimentar din vina angajatului, cu prejudicierea persoanelor sau unității	<i>zero</i>			Evidențe la Serviciul administrativ	
4.	Prevenirea sancțiunilor pentru nerespectarea fișei postului, a procedurilor și regulamentelor interne, a Codului etic al unității și a lucrului în echipă		Nr. de prezentari ale angajaților din subordine la Comisia de Disciplina, Consiliul Etic, Consilierul de etică	<i>zero</i>			Evidența la conducere, serviciul administrativ	
5.	Evitarea absenteismului nemotivat la locul de muncă		Nr. absențe nemotivate de la serviciu și la ședințele cu personalul din Blocul alimentar	<i>zero</i>			Evidențe în condica de prezență și procese verbale de ședință	

34. Obiective și indicatori utilizați pentru evaluarea anuală a „muncitorului necalificat” din Blocul - alimentar

Nr. Cr t	Obiective în perioada evaluată	% din timp	Indicatori de performanță	Valoare ideală	Valori realizate	Realizat (ponder e)	Evidențe, documente	Notare
1.	Îndeplinirea sarcinilor trasate de bucătar pentru asigurarea calității hranei pacienților cu respectarea normelor de igienă a alimentației în procesul de preparare, cu respectarea necesarului caloric, a rețetarului și regimurilor stabilite în funcție de patologie		Număr de sesizări ale bucătarului la serviciul administrativ privind neîndeplinirea sarcinilor de către angajat/an	<i>Maxim 3/an</i>			Evidența la Serviciul administrativ	
2.	Respectarea fișei postului, a procedurilor și regulamentelor interne, a dispozițiilor șefului		Nr. de nereguli constatate la controalele efectuate de seful ierarhic superior precum si a conducerii unitatii, din vina angajatului	<i>Maxim 3/an</i>			Evidența la în procese verbale de control la conducere, în serviciul administrativ	

	ierarhic sau ale conducerii		Număr sancțiuni aplicate angajatului sau spitalului din vina angajatului de către instituții de control	<i>zero</i>				
3.	Gestionarea și manipularea corectă a materiilor prime, a produselor alimentare finite, a instalațiilor, echipamentelor și ustensilelor	0%	Nr. incidente/accidente înregistrate în Blocul alimentar din vina angajatului, cu prejudicierea persoanelor sau unității	<i>zero</i>				Evidențe la Serviciul administrativ
4.	Prevenirea sancțiunilor pentru nerespectarea fișei postului, a procedurilor și regulamentelor interne, a Codului etic al unității și a lucrului în echipă		Nr. de prezentari ale angajaților din subordine la Comisia de Disciplina, Consiliul Etic, Consilierul de etică	<i>zero</i>				Evidența la conducere, serviciul administrativ
5.	Menținerea la zero a absenteismului nemotivat la locul de muncă	0%	Nr. absențe nemotivate de la serviciu și la ședințele cu personalul din Blocul alimentar	<i>zero</i>				Evidențe în condica de prezență și procese verbale de ședință

35. Obiective și indicatori utilizați pentru evaluarea anuală a „spălătoresei” din Spalatorie

Nr. Cr t	Obiective în perioada evaluată	% din timp	Indicatori de performanță	Valoare ideală	Valori realizate	Realizat (ponder e)	Evidențe, documente	Notare
1.	Asigurarea calității procesului de spălare / igienizare și manipulare a lenjeriei pacienților, cu respectarea circuitelor, regulamentelor și procedurilor interne specifice		Nr. deficiențe constatate în spalatorie la controale periodice ale sefului ierarhic superior sau ale conducerii unitatii, din vina angajatului/an Număr sancțiuni aplicate angajatului sau spitalului din vina angajatului de către instituții de control	<i>Maxim 3/an</i> <i>zero</i>			Evidența în procese verbale de control conducere, serviciu administrativ	
2.	Gestionarea și manipularea corectă a materialelor, a instalațiilor și echipamentelor din splălătorie	0%	Nr. incidente/accidente înregistrate în Spălătorie, din vina angajatului, cu prejudicierea persoanelor sau unității	<i>zero</i>			Evidența la conducere, serviciu administrativ	
3.	Respectarea fișei postului, a procedurilor și regulamentelor interne, a		Nr. prezentări la Comisia de disciplină, la Consiliul etic sau la Consilierul de etică	<i>zero</i>			Evidența la Serviciul RUNOS, serviciu administrativ	

	dispozițiilor șefului direct sau ale conducerii							
4.	Menținerea la zero a absenteismului nemotivat la locul de muncă		Nr. absențe nemotivate de la serviciu și la ședințele cu personalul Spălătoriei	<i>zero</i>				Evidența în condica de prezență și procese verbale de ședință
5.	Evitarea conflictelor prin respectarea Codului etic al unității și a lucrului în echipă		Nr. sesizări/conflicte de muncă gestionate din vina angajatului	<i>zero</i>				Evidențe la Serviciul administrativ

36. Obiective și indicatori utilizați pentru evaluarea anuală a electricianului								
Nr. Cr t	Obiective în perioada evaluată	% din timp	Indicatori de performanță	Valoare ideală	Valori realizate	Realizat (ponder e)	Evidențe, documente	Notare
1.	Asigurarea functionarii în siguranta si eficiență a instalațiilor si		Nr. de incidente sau accidente înregistrate pe an, cu prejudicierea persoanelor, afectarea instalațiilor sau	<i>maxim 1/an</i>			Evidența la serviciul administrativ	

	rețelelor electrice din spital.		bunurilor/aparatelor din unitate, din vina angajatului,					
2.	Gestionarea și manipularea corectă și eficientă a materialelor, aparaturii și echipamentelor		Nr. incidente înregistrate privind deteriorarea de materiale/ aparatură din dotare, prin gestionare și utilizare defectuoasă de către angajat	<i>zero</i>				Evidența la conducere, serviciu administrativ
3.	Respectarea fișei postului, a procedurilor și regulamentelor interne, a dispozițiilor șefului direct sau ale conducerii		Nr. nereguli constatate la controlul periodic al șefului ierarhic superior	<i>maxim 3/an</i>				Evidența la Serviciul administrativ
4.	Evitarea absenteismului nemotivat la locul de muncă		Nr. absențe nemotivate de la serviciu și la ședințele cu personalul din Intretinere	<i>zero</i>				Pe baza proceselor verbale de ședință și a condiții de prezență
5.	Prevenirea sancțiunilor pentru nerespectarea fișei postului, a procedurilor și regulamentelor interne, a Codului etic al unității și a lucrului în echipă		Nr. prezentări la Comisia de disciplină, la Consiliul etic sau la Consilierul de etică ca urmare a nerespectării fișei postului, a unor proceduri sau regulamente interne, alte abateri.	<i>zero</i>				Evidențe la Serviciul RUNOS

37. Obiective și indicatori utilizați pentru evaluarea anuală a instalatorului

Nr. Cr t	Obiective în perioada evaluată	% din timp	Indicatori de performanță	Valoare ideală	Valori realizate	Realizat (ponder e)	Evidențe, documente	Notare
1.	Asigurarea funcționării optime a instalațiilor sanitare și termice din unitatea spitalicească;		Nr. de incidente sau accidente înregistrate pe an, cu prejudicierea persoanelor sau afectarea instalațiilor sau bunurilor din unitate, din vina angajatului	<i>maxim 3/an din totalul neregulilor constatate</i>			Evidența la conducere, serviciu administrativ	
2.	Remedierea în timp util a instalațiilor sanitare din spital (toailete, chiuvete, dusuri, etc.);		Pondere defecțiuni rezolvate /săptămână din total defecțiuni sesizate de secții/compartimente ce pot fi rezolvate de angajat cu materialele puse la dispoziție	<i>minim 80%</i>			Registru de sesizări privind defecțiunile aparute zilnic în unitate	
3.	Respectarea fișei postului, a procedurilor și regulamentelor		Nr. nereguli/an constatate la controlul periodic al activității persoanei, efectuat				Evidența la serviciul administrativ	

	interne, a dispozițiilor șefului direct sau ale conducerii	de către șeful ierarhic superior	<i>maxim 3/an</i>				
4.	Menținerea la zero a absenteismului nemotivat la locul de muncă	Nr. absențe nemotivate de la serviciu și la ședințele cu personalul din Intretinere	<i>zero</i>			Evidența în procese verbale de ședință	
5.	Prevenirea sancțiunilor pentru nerespectarea fișei postului, a procedurilor și regulamentelor interne, a Codului etic al unității și a lucrului în echipă	Nr. prezentări la Comisia de disciplină, la Consiliul etic sau la Consilierul de etică .	<i>zero</i>			Evidențe la Serviciul RUNOS, Serviciul administrativ	

38. Indicatori utilizați pentru evaluarea anuală a Directorului financiar contabil

Nr. Crt.	OBIECTIVE	% din timp	Indicatori de performanță	Valori ideale	Valori realizate	Realizat (pondere)	Evidențe, documente	Notare
1.	Elaborarea BVC-uri in conformitate cu prevederile legale		Numar BVC-uri elaborate (cu acoperirea minim a 80% din cerinte) și aprobate conform documentelor ce stau la baza intocmiri acestora/an	minim 12/an			Dosar BVC-uri in contabilitate	
2	Conducerea eficienta a contabilitatii extrapatrimoniale(angajamente bugetare, legale, credite de angajament)		Nr.de angajamente respinse de manager ca neconforme	zero			Evidenta manager si contabilitate	
3.	Intocmirea si depunerea la DSP a situațiilor privind monitorizarea cheltuielilor cu bunurile si serviciile si a cheltuielilor de capital		Număr formulare respinse	zero			Evidența în contabilitate	

4	Coordonarea si organizarea activitatii CFP si contabile		Nr.sedinte de lucru efectuate cu personalul din subordine, respectiv din compartiment administrativ, din compartiment achizitii, casierie , CFP	Minim 12 sedinte/an			Numar procese verbale de sedinte	
5	Monitorizarea si controlul atributiunilor prevazute in fisa postului pentru personalul aflat in coordonare		Nr.controale efectuate /an	Minim 1 control /compartiment/trimestru			Nr.procese verbale control	

39. Indicatori utilizați pentru evaluarea anuală a Persoanei desemnate cu CFP

Nr. Crt.	OBIECTIVE	% din timp	Indicatori de performanță	Valori ideale	Valori realizate	Realizat (pondere)	Evidențe, documente	Notare
1.	Intocmirea corectă a registrului privind operațiunile prezentate la viza CFP		Nr. erori de completare depistate la controalele efectuate de către seful ierarhic	Maxim 5 /an			Procese verbale control efectuate de director financiar	
2.	Verificarea judicioasă a operațiunilor supuse vizei CFP		Ponderea documentelor refuzate în mod nejustificat la cfp din total documente prezentate pentru cfp	Sub 1% din total documente prezentate la viza cfp			Procese verbale control director financiar	
3	Intocmirea Raportului privind exercitarea activității CFP ,trimestrial și anual		Nr.rapoarte anuale întocmite	Minim 5 /an %			Dosar Situatii Financiare	

4	Repectarea legislației privind deschiderea și repartizarea de credite bugetare	Pondere solicitări de deschidere credite pe bază de note de fundamentare, conform legislației, din totalul solicitărilor făcute de șeful ierarhic	100%			Registru CFP	
---	--	---	-------------	--	--	--------------	--

Indicatori utilizați pentru evaluarea anuală a angajatului din compartimentul de achizitii publice							
Nr. Crt.	OBIECTIVE	% din timp	Indicatori de performanță	Valori ideale	Valori realizate	Realizat (pondere)	Evidențe, documente
1.	Intocmirea PAAP anual conform legii		Numar de erori in realizarea PAAP	maxim 10%			PV control Director financiar-contabil
2.	Realizarea achizițiilor conform PAAP, cu respectarea atribuțiilor din fișa postului și a strategiei de dezvoltare		-Numar achiziții in care nu a fost respectat PAAP. -Nr. erori constatate la control Director financiar-contabil	Maxim 5% din total achiziții zero erori			PV control Director financiar-contabil
3	Asigurarea unei gestionări eficiente a riscurilor în procesul de achiziții publice.		Nr. neconformitati notificate/transmise de ANAP	zero			Evidenta la conducere si comp. Financiar-contabil
4.	Monitorizarea și gestionarea eficiență a bugetului alocat pentru achiziții publice.		Nereguli privind încadrarea în bugetul asigurat pentru fiecare procedură de achiziție.	Zero			Evidenta la Director financiar-contabil

5	Prevenirea fraudelor și corupției în desfășurarea procesului de achiziții publice.		Numărul de cazuri de fraudă sau corupție identificate la nivelul compartimentului de achiziții publice de către responsabilul în relația cu ANI	Zero			Evidența în registrul responsabilului cu integritatea
6	Asigurarea unei documentații complete și precise pentru toate procedurile de achiziții.		Pondere de proceduri de achiziții cu documentația neconformă din totalul de proceduri finalizate	Maxim 5% / an			Evidența la Director financiar-contabil

40. Indicatori utilizați pentru evaluarea anuală a <u>angajatului din compartimentul casierie</u>							
Nr. Crt.	OBIECTIVE	% din timp	Indicatori de performanță	Valori ideale	Valori realizate	Realizat (pondere)	Evidențe, documente
1.	Respectarea și aplicarea de către angajat a PO interne și a legislației		Nr incidente înregistrate în casieria unității sau la trezorerie	maxim 3 / an			Dosar acte casa
2.	Intocmirea registrului de casa cu aplicarea corectă a legislației în vigoare		Nr.nereguli/erori constatate la controlul șefului ierarhic sau al altor instituții de control privind registrul de casă	zero			Procese verbale de control
3	Respectarea atribuțiilor din fișa postului, a prevederilor regulamentului intern, Codului de conduită etică al unității		Nr de prezentări ale angajatului la comisia de disciplină, Consiliului etic	zero			Procese verbale ale comisiei de disciplină, consilierului de etică

41. Obiective și indicatori utilizați pentru evaluarea anuală a Referentului din compartiment SSM , cu atribuții suplimentare de Coordonator de transport.

Nr. Crt.	Obiective în perioada evaluată	% din timp	Indicatori de performanță	Valoare ideală	Valori realizate	Realizat (pondere%)	Evidențe și documente	Notare
1	Implementarea și respectarea legislației naționale și internaționale în vigoare privind Sanătatea și Securitatea în Munca		<p>Numarul de instructaje anuale pentru funcțiile de : muncitori, muncitori necalificați bucatarie și secții, infirmieri, sora medicală, lenjer, instructor ergoterapie, ingrijitor curatenie.</p> <p>Numarul de instructaje anuale pentru funcțiile de: asistenți medicali, asistenți șefi de secție, șefi de compartimente și ateliere.</p> <p>Numarul de instructaje anuale pentru funcțiile de conducere, personal TESA, medici, psihologi, ingineri.</p>	<p><i>12/an</i></p> <p><i>4/an</i></p> <p><i>2/an</i></p>			Evidențe în compartiment	
2	Implementarea și respectarea legislației naționale privind transportul		Numarul de sancțiuni aplicate în trafic cu ocazia controalelor efectuate de	<i>zero/ an</i>			Evidențe în compartiment	

	pe drumurile publice în trafic intern al transportului în cont propriu de persoane.		organele abilitate (Politie, ARR, RAR, ISCTR.).					
3	Investigarea corectă și întocmirea corespunzătoare a documentelor, în cazul unui accident de muncă în unitate, conform legislației ;		Pondere dosare neîntocmite/netransmise către ITM în procesul de investigare a accidentelor de muncă/din total accidente comunicate de unitate/an	<i>Zero/an</i>			Evidente în compartiment și la conducere	
4	Evitarea absenteismului nemotivat la locul de muncă		Nr. absențe nemotivate de la serviciu /an	<i>zero</i>			Evidențe la serviciul RUNOS	
5	Respectarea fișei postului, a procedurilor și regulamentelor interne, legislației		Număr sancțiuni aplicate angajatului sau spitalului din vina angajatului de către instituții de control	<i>zero</i>			Evidențe la conducerea unității	

Elaborat: Director medical- Dr. Negruț Sabina

Director de îngrijiri: As. Pr. Trîmbaci Geanina

Director financiar-contabil- Ec. Albeanu Gelu

Șef Serviciu RUNOS-Ec. Cacuci Adriana

Șef serviciu administrativ-Ing. Șerban Ionel

