



CONSILIUL LOCAL HUEDIN
SPITALUL ORASENESC HUEDIN

Huedin, str. Spitalului, nr. 42, jud. Cluj, cod: 405400

Telefon/fax 0264 351815, 0264 354175, cod fiscal: 4485618

E-mail : secretariat@spitaluhuedin.ro; spitalul.huedin@yahoo.com;

Web : www.spitaluhuedin.ro



Cert.no: 11227

NR 744 din 13.02.2016

**PROGRAMUL DE DEZVOLTARE A CONTROLULUI
INTERN MANAGERIAL AL SPITALULUI ORASENESC
HUEDIN
Pentru anul 2017**

Se aprobă:

MANAGER

EC.Resteman Ana-Silvia

PREȘEDINTE COMISIA DE MONITORIZARE

Director medical Dr.Moisiuc Vasile Paul

Consilier Juridic

Giurgiu Marinela

Controlul intern reprezintă ansamblul politicilor și procedurilor concepute și implementate de către managementul și personalul entității publice, în vederea furnizării unei asigurări rezonabile pentru:

- atingerea obiectivelor entității publice într-un mod economic, eficient și eficace; respectarea regulilor externe și a politicilor și regulilor managementului; protejarea bunurilor și a informațiilor;
- prevenirea și depistarea fraudelor și greșelilor; calitatea documentelor de contabilitate și producerea în timp util de informații de încredere, referitoare la segmentul financiar și de management;

Standardele de control intern/managerial definesc un minimum de reguli de management, pe care toate entitățile publice trebuie să le urmeze. Obiectivul standardelor este de a crea un model de control intern managerial uniform și coerent. De asemenea, standardele constituie un sistem de referință, în raport cu care se evaluează sistemele de control intern managerial, se identifică zonele și direcțiile de schimbare.

Sistemul de control intern managerial are rolul de a asigura îndeplinirea misiunii instituției în condiții de:

- realizare a atribuțiilor stabilite în concordanță cu misiunea instituției, în condiții de regularitate, eficacitate, economicitate și eficiență;
- protejare a bunurilor, informațiilor și fondurilor publice împotriva pierderilor datorate erorii, abuzului sau fraudei;
- respectare a legilor, a regulamentelor interne și a deciziilor conducerii;

Programul de dezvoltare a Sistemului de Control Intern Managerial are ca obiectiv luarea măsurilor necesare pentru elaborarea și/sau dezvoltarea sistemului de control intern/managerial, inclusiv a procedurilor formalizate pe activități, presupune stabilirea obiectivelor, acțiunilor, responsabilităților, termenelor, precum și altor componente ale măsurilor respective.

1. Stabilirea sferei și a ariilor de cuprindere a sistemului de control intern managerial

Obiectivul acestei etape este stabilirea ariei de cuprindere a sistemului de control intern managerial din punct de vedere al compartimentelor implicate, activităților controlate, etc.

Sistemul de control intern managerial asupra instituției se va dezvolta și implementa în mod distinct de SCIM conform Ordinului 400 din 12 mai 2015 pentru aprobarea „Codului controlului managerial al entității”, modificat de Ordinul secretarului General al Guvernului nr 200/2016. și în baza standardelor, protejarea fondurilor publice, respectarea legilor, normelor standardelor și reglementărilor în vigoare.

Obiectivele generale ale controlului intern managerial urmăresc realizarea obiectivelor stabilite la nivel de compartiment, secție, birou serviciu.

Standardele de management/control intern managerial definesc un minim de reguli de management care au ca obiectiv crearea unui control managerial uniform și corect.

Pentru realizarea obiectivelor generale Spitalul Orășenesc Huedin va acționa în următoarele direcții:

- Intensificarea activităților de monitorizare și control al tuturor activităților desfășurate în cadrul instituției, pentru eliminarea riscurilor existente și utilizarea cu eficiență a resurselor alocate;
- Îmbunătățirea comunicării între secții/compartimente/servicii în vederea asigurării circulației informației;
- Verificarea și îmbunătățirea implementării la nivelul secțiilor/compartimentelor/serviciilor a controlului intern managerial, revizuirea procedurilor și instrucțiunilor conform legislației în vigoare;
- Realizarea obiectivelor controlului intern managerial pentru anul 2017;

Responsabili: *Comisia de monitorizare, Comitet Director și șefii secțiilor/compartimente/ serviciilor, /birouri;*

Termen: *permanent*

Standard 1. Etică și integritate

În cadrul acestui standard se va urmări:

1. Promovarea Codului de etică-prelucrarea cu angajații spitalului

Prin intermediul ROI și ROF care au fost actualizate în anul 2016 s-au stabilit reglementări privind :

- Comportamentul la locul de muncă;
- Prevenirea și raportarea fraudelor și neregulilor ce guvernează sistemul sanitar;
- Necesitatea conformării cu legile, regulamentele, regulile ce guvernează sistemul sanitar;
- Necesitatea respectării politicilor specifice fiecărui loc de muncă;
- Respectarea procedurilor de sistem implementate privind mediul de control;

Sarcini

1. Elaborarea de măsuri de respectare a eticii și integrității, în funcție de specificul fiecărui loc de muncă;

Răspund: *Șefii de secții, medicii coordonatori de compartimente, medicii din cabinetele din ambulator, șefii de birou, servicii, serviciul tehnic, comisia de monitorizare*

Termen *20 februarie 2017*

Standard 2. Atribuții, funcții sarcini

Prin actualizarea ROI și ROF precum și prin transmiterea acestora către angajați, se realizează obiectivele din Standardul 2-**Atribuții, sarcini, funcții**.

1. Pentru o mai bună cunoaștere a ROI și ROF, acestea vor fi afișate pe site-ul spitalului

2. Fisele de post vor fi reactualizate în permanență în funcție de modificările efectuate în structura de personal sau a modificărilor legislative.

Răspunde: *Ec. Mocanu Dorina - termen permanent.*

3. Identificarea funcțiilor sensibile la nivelul entității, stabilirea listei cu salariații care ocupă funcții sensibile - Comisia de monitorizare, Comitet director, Șef serviciu RUNOS.

Verifică: Comisia de monitorizare, coordonare și îndrumarea metodologică privind elaborarea și dezvoltarea sistemului de control managerial.

Standard 3. Competență și performanță

Ocuparea posturilor se face prin concurs. În baza Bugetului de Venituri și Cheltuieli se asigură perfecționarea salariaților. Participarea la cursuri de perfecționare se va face în baza **Planului anual de perfecționare** întocmit de serviciul RUNOS.

Anual se efectuează evaluări ale performanțelor salariaților

Sarcini:

1. Elaborarea de chestionare pentru aprecierea performanțelor salariaților. termen 15 noiembrie 2017 -
Răspunde Ec. Mocan Dorina

2. Evaluarea performanțelor salariaților. Termen 20 Decembrie 2017. -*Răspunde Ec. Mocan Dorina*

3. Se va întocmi în termen de 30 de zile după aprobarea Bugetului de venituri și Cheltuieli Planul de Pregătire Profesională, în condițiile în care vor fi prevăzute sume la acest capitol

Răspunde : Șef serviciu RUNOS și Ec. Mocan Dorina

Verifică: Comisia de monitorizare, coordonare și îndrumare metodologică privind elaborarea și dezvoltarea Sistemului de Control intern Managerial

Standard 4. Structura organizatorică

Modificarea structurii organizatorice a Spitalului Orășenesc Huedin se aprobă de către Consiliul de Administrație al Spitalului Orășenesc Huedin, apoi de către Consiliul Local al Orașului Huedin. Modificarea structurii organizatorice se efectuează în conformitate cu legislația în vigoare. Modificările în structura organizatorică se aduce la cunoștința salariaților prin căi specifice de comunicare: Raport de gardă, sedințe pe secții, comunicări, etc

Termen permanent

Verifică Comisia de monitorizare

Standardul 5. Obiective

Obiectivul principal al Spitalului Orășenesc Huedin este furnizarea de servicii medicale de calitate superioară în condițiile în condiții de eficiență economică.

Fiecare structură din cadrul SOH are obligația de a face propuneri de Buget de Venituri și Cheltuieli propriu ținând seama de specificul activității, necesarului de personal, medicație, materiale sanitare, toate acestea sub semnătura șefului de secție/serviciu/compartiment.

Termen 1 noiembrie 2017 pentru întocmirea BVC pe anul 2018.

Verifică: Comisia de Monitorizare a SCIM

Standard 6. Planificarea

Pentru realizarea obiectivelor propuse se efectuează planuri de alocare a resurselor pentru minimalizarea riscurilor de a nu realiza obiectivele.

Principalele planuri elaborate sunt

- BVC al unității;
- BVC pe secții/compartimente ținându-se seama de contractul cu CJSA
- Liste de investiții;
- Planul anual de achiziții;
- Statul de funcții;
- Numărul de externări DRG/an/lună/secții, compartimente)-contractate
- Numărul de externări-spitalizare de zi, de lungă durată-contractate

Termen: La începutul fiecărui exercițiu financiar și pe măsura aprobării contractelor/actelor adiționale privind indicatorii fizici contractați

Răspund: Comitetul Director

-șef birou achiziții, -Ec. Buzea Tamara

-Director financiar contabil - Ec. Fărcane Adriana-

-Serviciu statistică, -statistician Bara Mariana și Jakob Elisabeta

-Director medical - Dr. Moisiuc Vasile Paul

-Manager - Ec. Resteman Ana Silvia

Verifică: Comisia de monitorizare SCIM

Standardul 7. Monitorizarea performanțelor

Comitetul director va solicita periodic informații cu privire la activitățile desfășurate de fiecare secție/compartiment/laborator /cabinet de ambulator. Informațiile se prezintă sub formă de de indicatori cantitativi și calitativi relevanți, inclusiv indicatori economici și de eficiență.

Informațiile primite se evaluează și în condițiile apariției de abateri se stabilesc măsuri corective după analizarea cauzelor.

Obiectivul acestei etape este de a asigura aplicarea efectiva de catre personalul institutiei a procedurilor operationale de lucru si asigurarea ca SCIM-ul este actualizat in conformitate cu modificari- le legislative

Managerul ,Președintele Comisiei de Monitorizare trebuie să asigure verificarea și evaluarea în mod continuu a funcționării sistemului de control intern și a elementelor sale. Disfuncționalitățile sau alte probleme identificate trebuie rezolvate operativ, prin măsuri corective.

Verificarea operațiunilor garantează contribuția controalelor interne la realizarea obiectivelor.

Actiunile ce se vor intreprinde in cadrul acestei etape sunt:

- Controalele de supraveghere care implică revizuiți în ceea ce privește munca depusă de salariați, rapoarte despre excepții, testări prin sondaje sau orice alte modalități care confirmă respectarea procedurilor;

Sarcini:

1.La fiecare rapor de gardă se analizează numărul de externări DRG pe secții și compartimente, numărul de foi de zi pe secții,compartimente și Camera de gardă,precum și numărul de servicii medicale efectuate în cabinetele de ambulatoriu de specialitate;

Termen permanent.*Răspunde Directorul medical,Biroul de statistică pentru furnizarea datelor*

2.Se va efectua un raport trimestrial privind analiza economico-financiară pe spital și fiecare compartiment

Răspunde.*Director financiar Ec,Fărcane Adriana*

3.Săptămânal ,în fiecare zi de luni se va prezenta managerului ICM-ul secție/compartiment,raportat la cazurile externate

Termen permanent;*-Răspund.Sefii de secție /compartimente*

Verifică *Manager-Ec Resteman Ana -Silvia*

Standardul 8.Managementul riscurilor

Obiectivul acestei etape este analiza riscurilor spitalului, raportate si la activitatile acestuia si cu precadere a activitatilor procedurabile si determinarea cailor de reducere a la nivelul spitalului.

Actiunile intreprinse vor fi inventarierea riscurilor la nivelul secțiilor /compartimentelor / serviciilor /birourilor ,se va actualiza Registrului de Riscuri.,

Sarcini:

1.Identificarea și evaluarea principalelor riscuri,proprii activității fiecărei secții,compartiment,laborator,cabinet ambulator.

Răspund .*Director medical, medicii șefi de secții, medicii coordonatori de compartimente,laborator,medicii din cabinete de ambulator,compartiment CPCIN*

Termen 30 martie 2017 și permanent:

2.Prezentarea la Directorul medical în format electronic și pe suport de hârtie a situației riscurilor în secții,compartimente,laboratoare,cabinet de ambulator.

Răspund :șefii de secție,compartimente laboratoare și toți medicii din ambulator

Termen 30.03.2017

2.Identificarea riscurilor privind activitatea financiar contabilă a spitalului pe fiecare sebirou serviciu

Răspunde Director Financiar contabil-Ec.Fărcane Adriana, șef serviciu RUNOS-Ec.Mudure Marcela,șef birou contabilitate –Ec Holobiuc Constantin, șef serviciu achiziții Ec.Buzea Tamara,șef serviciu Statistică-Bara Mariana

3.Întocmirea Registrului Riscurilorpe spital pe baza Riscurilor stabilite pe compartimente

-Răspunde Consiler Juric Giurgiu Marinela

Termen 30 mai 2017.

Verifică: Comisia de monitorizare,Comitet Director,Manager

Termen: permanent

ST.9.Proceduri

Pentru activitățile din cadrul spitalului și, în special, pentru operațiunile economice, se elaborează proceduri scrise, care se comunică tuturor salariaților implicați

În cadrul spitalului s-au elaborat proceduri aplicabile fiecărui sector de activitate.

Sarcini:

1.Inventarierea activitatilor procedurabile

Actiunile necesare in cadrul acestei etape:

- Grupurile de lucru aferente fiecarui sectii/compartiment/serviciu/birouri isi vor inventaria activitatile proprii;
- Activitatile inventariate de catre fiecare structură vor fi centralizate, analizate si aprobate de catre sefii de secții / serviciu/compartimente/birouri si vor fi aprobate de Manager,Presedinte Comisie de Monitorizare,Comitet Director
-

Responsabili: Comisia de monitorizare,Comitet Director sefii de secții/compartimente/ serviciu,/ birouri;

Termen: permanent

2.Elaborarea procedurilor operationale si revizuirea acestora

Obiectivul acestei etape este verificarea a elaborarea și actualizarea procedurilor operationale , a instrucțiunilor de lucru pentru fiecare activitate

Responsabili Comisia de monitorizare,Comitet Director,Echipa de gestionare Riscuri , sefii de secții/compartimente/ serviciu,/ birouri;

Termen: 01.03.2016 si permanenet

3.Aprobarea si comunicarea procedurilor operationale

Obiectivul acestei etape este insusirea de catre intreg personalului institutiei a procedurilor operationale de lucru.

Actiunile derulate in cadrul acestei etape vor fi:

- a) Aprobarea de catre Manager/Presedinte Comisia de Monitorizare a procedurilor operationale si a datei de aplicare;
- b) Instruirea de catre Presedintele Comisiei de Monitorizare a procedurilor operationale si aplicarea sistemului de control managerial intern pentru personalul din cadrul institutiei.
- c) Distribuirea si comunicarea procedurilor operationale prin mijloace electronice(publicarea pe intranetul Spitalului Orășenesc Huedin).

Responsabili: *Comisia de monitorizare,Comitet Director,Echipa de gestionare Riscuri , sefi de secții/compartimente/ servicii,/ birouri;Secretarul comisiei de monitorizare*

Termen permanent

-Răspund:medicii șefi de secții/compartimente/cabinet ambulator/șefi servicii /secții/compartimente/cabinet ambulator/laborator/consilier juridic.

4.Stabilirea în cadrul sedintelor lunare a procedurilor care urmează a fi elaborate,persoanele care au sarcini precise,stabilirea termenelor de verificare și aprobare.-

Termen permanent -Răspunde Președinte comisia de Monitorizare

5.Publicarea Procedurilor pe intranetul spitalului sau comunicarea sub un format acceptat pentru luare la cunoștință și utilizare-

Raspunde :informatician , secretara,consilier juridic

Standard 10 Supravegherea

În cadrul Spitalului Orășenesc Huedin se asigură măsuri de supraveghere a desfasurării operațiunilor, pentru a ne asigura ca procedurile elaborate și aprobate sunt respectate de către salariați în mod continuu.

Pentru urmărirea respectării procedurilor, se folosesc următoarele forme de control:

1.autocontrolul exercitat de către fiecare salariat.

Termen permanent

2.controlul ierarhic exercitat de către conducătorii fiecărui compartiment /secție/ serviciu/ laborator/ cabinet ambulator /,membrii comitetului director

Termen permanent

Se vor redacta procese verbale de control la toate nivelurile

Răspunde: Comisia de monitorizare,coordonare și îndrumare metodologică privind elaborarea și dezvoltarea sistemului de control managerial,Comitetul Director

ST.11 Continuitatea activității

Unitatea trebuie să asigure condițiile necesare pentru continuarea activității atât în asigurarea serviciilor medicale, dar și în cel economico-financiar și administrativ.

În acest sens, se iau următoarele măsuri:

- planificarea concediilor de odihnă;
- aprobarea cererii de concediu se va face numai după desemnarea persoanei care înlocuiește titularul postului pe perioada de concediu;
- pe perioada concediului medical prelungit se pot dirija persoane de pe alte secții/compartimente sau la nevoie se pot face angajări pe perioada determinată.
- pentru personalul medical,prin graficul de prezență se asigură continuitatea serviciilor, chiar când unele persoane lipsesc din unitate pe diverse motive.
- unitatea încheie contracte de service pentru întreținerea echipamentelor din dotare,fiind înscrise sarcini precise si cu termene scurte pentru remedierea defecțiunilor;

Termen permanent:

Răspunde:șef serviciu RUNOS,Sef serviciu Achizitii publice,responsabil Compartiment tehnic

Standard 12 Informarea și comunicare

- Inventarierea documentelor gestionate la nivel de spital(tipologie,frecvență,drepturi,reguli de acces,destinatari,sursa și intermediari,etc)
- Respectarea regulilor de comunicare conform normelor de deontologie profesională și morală,respectarea procedurilor privind comunicarea internă și externă

Termen permanent:

Răspund: toți angajații spitalului

Verifică:Comisia de monitorizare,Comitet Director

Standard13 Gestionarea documentelor

Conducătorul spitalului 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 accesibilitatea conducerii și angajaților entității, precum și terților, astfel:

- respectarea circuitului documentelor conform procedurilor operationale existente la nivel de unitate,secție/compartiment/birou serviciu/

- respectarea măsurilor privind păstrarea documentelor împotriva distrugerii, furtului, pierderii, incendiului, etc.
- arhivarea documentelor de către arhivarul unității respectând circuitul și specificitatea documentelor

Termen permanent

Răspund: Toți angajații spitalului

Verifică: Comisia de monitorizare și Comitetul director

Standard 14. Raportarea contabilă și financiară

Conducătorul entității publice asigură buna 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. Elaborarea de proceduri și controale contabile documentate în mod corespunzător, vizând corecta aplicare a actelor normative din domeniul financiar-contabil și al controlului intern managerial

Termen permanent:

Răspunde: Comitetul Director, Directorul Financiar-Contabil

Standard. 15. Evaluarea sistemului de control intern managerial

Stabilirea unui sistem de autoevaluare a implementării sistemului de control intern managerial la nivel de structură

Managerul dispune

- Controale inopinate cu diverse obiective;
- Controale programate având tematica prestabilită, în funcție de standardele de control;
- Verificarea fișelor de post ale angajaților prin sondaj;
- Stadiul elaborării procedurilor ;
- Respectarea modalității de eliberare a documentelor cu avizul directorului medical;
- Identificarea și evaluarea principalelor riscuri, proprii activității fiecărei secții, compartiment, laborator, cabinet ambulator (prin sondaj)
- Existența și respectarea protocoalelor de colaborare internă;
- Existența analizelor financiare pe secții, compartimente;
- Existența contractelor de service pentru aparatura medicală și alte echipamente din dotare;
- Respectarea standardelor de igienă din spital;
- Existența analizelor privind grul de satisfacție al pacienților
- Respectarea circuitelor funcționale și procese verbale de control epidemiologic;
- Respectarea normelor de comunicare cadru-medical-pacient și indicațiilor la externare prezentate pacienților;

Răspunde: Comisia de monitorizare, Comitet Director

Termen permanent:-Analize semestriale în Comisia de Monitorizare și Comitet Director

Verifică: Manager

Standard16 Audit intern

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

2.Derularea misiunilor de audit intern avînd ca obiectiv evaluarea sistemului de control implementat.

Tinînd cont de faptul ca în spitalele sub 200 de paturi nu există compartiment de audit intern,Spitalul Orășenesc Huedin va solicita Consiliului Local Huedin (forul ierarhic superior și Ordonatorul principal de credite) un audit extern.

Raspunde: Comitet Director

Termen permanent:-Analize semestriale în Comisia de Monitorizare și Comitet Director

Verifică: Manager