

CONSILIUL LOCAL HUEDIN

SPITALUL ORASENESC HUEDIN

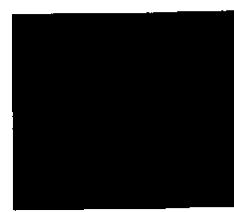


Huedin, str. Spitalului, nr. 42, jud. Cluj, cod: 405400

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

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

Web : www.spitalulhuedin.ro



NR 1115/280 2018

**PROGRAMUL DE DEZVOLTARE A CONTROLULUI
INTERN MANAGERIAL AL SPITALULUI ORASENESC
HUEDIN
Pentru anul 2018**

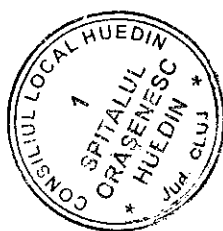
Se aprobă:

MANAGER

EC.Resteman Ana-Silvia

PREȘEDINTE COMISIA DE MONITORIZARE

Director medical Dr.Moisiuc Vasile Paul



Consilier Juridic

Giurgiu Marinela

Potrivit prevederilor art. 4 alin. (1) din *Ordonanța Guvernului nr. 119/1999 privind controlul intern managerial și controlul financiar preventiv, cu modificările și completările ulterioare*, conducătorul fiecărei entități publice trebuie să asigure elaborarea, aprobarea, aplicarea și perfecționarea structurilor organizatorice, reglementărilor metodologice, procedurilor și criteriilor de evaluare, pentru a satisface cerințele generale și specifice de control intern managerial.

Conform art. 2 lit. d) din același act normativ, controlul intern managerial reprezintă ansamblul formelor de control exercitate la nivelul entității publice, inclusiv auditul intern, stabilite de conducere în concordanță cu obiectivele acesteia și cu reglementările legale, în vederea asigurării administrării fondurilor în mod economic, eficient și eficace.

În acest sens, conform art. 2 alin. (1) din *Ordinul secretariatului general al guvernului nr. 400/2015 pentru aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice, cu modificările și completările ulterioare*, **conducătorul fiecărei entități publice dispune, ținând cont de particularitățile cadrului legal de organizare și de funcționare, precum și de standardele de control intern managerial, măsurile de control necesare pentru implementarea și dezvoltarea sistemului de control intern managerial, inclusiv pentru actualizarea registrelor de riscuri și a procedurilor formalizate pe procese sau activități, care pot fi proceduri de sistem și proceduri operaționale.**

Atribuțiile și responsabilitățile pe linia coordonării SCIM sunt stabilite prin Regulamentul de funcționare a Comisiei de Monitorizare

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;

Sistemul de control intern managerial are rolul de 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;

1.Stabilirea sferei si 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, activitatilor controlate, etc.

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

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

- Crearea cadrului unitar stabilit la nivel de unitate pentru actiuni derulate în vederea dezvoltării și aplicării corespunzătoare a Controlului Intern Managerial
- Atribuțiile privind coordonarea sistemului vor fi realizate de Comisia de Monitorizare sub supravegherea stricta a managerului unitatii;
- 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 2018

Responsabili: Comisia de monitorizare,Comitet Director i sefii desecții/compartimente/ servicii,/ birouri;

Termen: permanent

Standard 1.Etică și integritate

În cadrul acestui standar 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;

2.monitorizarea continua a respectarii de catre angajatii instituției a codului etic , intensificarea activitatilor de acordare de consultanță și asistență personalului pe probleme de etică și deontologie profesională.

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

Termen Permanent

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. ROI și ROF , 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 . Se va urmări corectarea disfuncțiilor identificate în procesul de implementare a controlului intern managerial rezultat în urma autoevaluării sistemului la 31.12.2017.

Anual se efectuează evaluări ale performanțelor salariaților

Sarcini:

1. Elaborarea de chestionare pentru aprecierea performanțelor salariaților . termen 15 noiembrie 2018

Răspunde Ec. Mocan Dorina

2. Evaluarea performanțelor salariaților. Termen 20 Decembrie 2018. -Răspunde Ec. Mocan Dorina

3. Identificarea nevoilor de perfecționare și pregătire profesională a personalului. 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

4. se va asigura participarea personalului la diferite forme de pregătire profesională, organizate de organisme abilitate, în domeniul specific de activitate

Termen: Anual, conform Planului de pregătire profesională.

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 Orasului 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

1.efectuarea unor analize a principalelor activitati în scopul identificarii eventualelor disfuncionalitati în fixarea sarcinilor de lucru și in stabilirea atributiilor compartimentelor organizatorice.

Responsabilitati: Comitet director , sefi servicii compartimente

Termen permanent

Standardul 5.Obiective

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

1.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 sefului de secție/serviciu/compartiment.

Termen luna ianuarie pentru întocmirea BVC pe anul 2018.

Verifică: Comisia de Monitorizare a SCIM

2.stabilirea obiectivelor generale ale instituției si prezentarea acestora cu consultatea sefilor serviciilor/compartimentelor și institutiei.

3.stabilirea activitatilor individuale pentru fiecare angajat care sa conduca la atingerea obiectivelor specifice -actualizarea fiselor de post

Raspund:sefi serviciilor/compartimentelor institutiei

Ec. Mocan Dorina

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

-sef 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

Obiectivul acestei etape este de a asigura un sistem unitar pentru fiecare activitate relevanta a indicatorilor de performanta asociati obiectivelor care să permita analizarea pe baza unor criterii obiective.

Actiunile ce se vor intreprinde in cadrul acestei etape sunt:

- Controalele de supraveghere care implică revizuire 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

4. Instituirea și dezvoltarea unui sistem de monitorizare și raportare a performanțelor pe baza indicatorilor asociați obiectivelor specifice

Termen permanent; -Răspund. Șefii de secție /compartimente

Standardul 8. Managementul riscurilor

Obiectivul acestei etape este analiza riscurilor spitalului, raportate și la activitățile acestuia și cu precădere a activităților procedurabile și determinarea cailor de reducere a la nivelul spitalului.

Acțiunile întreprinse vor fi inventarierea riscurilor la nivelul secțiilor /compartimentelor / serviciilor /birourilor, se va actualiza Registrul de Riscuri.,

Sarcini:

1. Identificarea și evaluarea principalelor riscuri, proprii activității fiecărei secții, compartiment, laborator, cabinet ambulator. Completarea /actualizarea Registrului de riscuri.

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

Termen 30 martie 2018 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 30.03.2018

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 Totelekan Ildiko, șef serviciu achiziții Ec. Buzea Tamara, șef serviciu Statistică-Bara Mariana

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

-Răspunde Consilier Juric Giurgiu Marinela

Termen 30 mai 2018.

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 activităților procedurabile

- Reluarea procesului de inventariere a activitatilor desfasurate la nivelul fiecărui compartiment/sectie/serviciu ,elaborarea și aplicarea procedurilor formalizate specifice(interne și dupa caz de sistem pentru activitatile procedurabile.

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

Termen: *permanent*

2.Asigurarea separarii în toate procesele derulate la nivelul instituției, a funcțiilor de initiere, verificare și aprobare a operatiunilor, astfel încat exercitarea acestora sa se realizeze de persoane diferite

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

Termen: *permanent*

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/Director medical a procedurilor operationale si a datei de aplicare;
- b) Instruirea de catre Directorul medical 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 , sefii de secții/compartimente/ serviciil/ birouri;*

Termen permanent

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

4.Asigurarea respectarii normelor referitoare la utilizarea resurselor materiale , financiare și prin exercitarea controlul și verificarea modului de utilizare a acestora

Se va asigura:

- *Instructaje cu personalul care utilizează resursele;*
- *Actiuni de inventariere a patrimoniului;*
- *Actiuni de control și verificare a respectarii normelor privind accesul la informatiile confidentiale(date cu caracter personal,documente confidentiale, etc)*

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

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 desfășurării 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.

Stabilirea pentru fiecare nivel de organizare și pentru fiecare proces derulat la nivelul spitalului a atribuțiilor ce revin șefilor de secții/compartimente/servicii pe linia supravegherii curente a activității.

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.Se vor lua masuri de supraveghere si supervizare, indeosebi pentru activitatile care indica un grad ridicat de expunere la risc.

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, Șef serviciu Achiziții publice, responsabil Compartiment tehnic

Standard 12 Informarea și comunicare

1.-Inventarierea documentelor gestionate la nivel de spital (tipologie, frecvență, drepturi, reguli de acces, destinatari, sursa și intermediari, etc)

2. 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

3. Dezvoltarea/îmbunătățirea unor circuite informaționale la nivelul instituției în vederea

Standard 13 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 /actualizarea procedurilor contabile în concordanță cu prevederile normative aplicabile domeniului financiar contabil

Termen permanent:

Răspunde: Comitetul Director, Directorul Financiar-Contabil, Sef birou contabilitate;

- Aplicarea procedurilor contabile în mod corespunzător

Termen permanent:

Răspunde: Comitetul Director, Directorul Financiar-Contabil, angajații compartimentului contabilitate;

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 grupul 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

- Realizarea autoevaluării anuale a sistemului de control intern managerial existent la nivelul spitalului în vederea stabilirii gradului de conformitate a sistemului în raport cu standardele, urmărindu-se prezentarea prin raport anual asupra SCIM a datelor necesare aplicării și dezvoltării sistemului la nivelul spitalului

Termen permanent:

Răspunde: Comitetul Director, Directorul Financiar-Contabil, Sef birou contabilitate;

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.

3.Punerea în practica a masurilor dispuse cu ocazia auditurilor realizate de structurile abilitate;

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