

**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](mailto:secretariat@spitalulhuedin.ro); [spitalul.huedin@yahoo.com](mailto:spitalul.huedin@yahoo.com);

Web : [www.spitalulhuedin.ro](http://www.spitalulhuedin.ro)



Cert.no: 11227

NR 1780/27.III.2019.

**PROGRAMUL DE DEZVOLTARE A CONTROLULUI  
INTERN MANAGERIAL AL SPITALULUI ORASEnesc  
HUEDIN  
Pentru anul 2019**

Se aprobă:

**MANAGER**

**EC.Resteman Ana-Silvia**

**PREȘEDINTE COMISIA DE MONITORIZARE**

**Director medical Dr.DANCILA IOAN**



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.

*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 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.

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 acționa în următoarele direcții:

- Crearea cadrului unitar stabilit la nivel de unitate pentru acțiuni derulate în vederea dezvoltării și aplicării corespunzătoare a Controlului Intern Managerial
- Acreditare ANMCS-Ciclul II

- Atribuțiile privind coordonarea sistemului vor fi realizate de Comisia de Monitorizare sub supravegherea strictă a Managerului unității;
- 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 2019

**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 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;
- Actualizarea ROI și ROF , verificarea fișelor de post

#### **Sarcini**

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

2. monitorizarea continuă a respectării de către angajații instituției a codului etic , intensificarea activităților de acordare de consultanță și asistență personalului pe probleme de etică și deontologie profesională.

3. Actualizarea ROI și ROF , verificarea fișelor de post ținându-se cont de indicatorii de acreditare Ciclul III și actualizarea lor în baza legilor în vigoare:

**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.

Verificarea fiselor de post ținându-se cont de indicatorii de acreditare Ciclul III și actualizarea lor în baza legilor în vigoare:

*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.

1. Stabilirea unor măsuri de verificare și monitorizare a funcțiilor sensibile  
- răspunde Comitet Director

*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 31.12.2019

Anual se efectuează evaluări ale performanțelor salariaților

#### **Sarcini:**

1. Elaborarea de chestionare pentru aprecierea performanțelor salariaților . termen luna decembrie pentru anul care se încheie

2. Introducerea chestionarelor de satisfacție ANMCs – pentru angajați,

3. Intocmirea procedurii operationale

4. Analizarea lunara a chestionarelor de satisfacție a angajatilor concretizat in Raport de analiza.

.

*Răspunde Ec. Mocan Dorina*

2. Evaluarea performanțelor salariaților. Termen 20 Decembrie 2019. -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 pregatire profesională, organizate de organisme abilitate, în domeniul specific de activitate*

*Termen: Anual, conform Planului de pregatire 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 în stabilirea atribuțiilor 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 in curs*

*Verifică: Comisia de Monitorizare a SCIM*

2.stabilirea obiectivelor generale ale instituției si prezentarea acestora cu consultarea 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 instituției*

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;
- 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 relevantă a indicatorilor de performanță asociați obiectivelor care să permită analiza pe baza unor criterii obiective.

Acțiunile ce se vor întreprinde în cadrul acestei etape sunt:

- Controalele de supraveghere care implică revizuirea 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 raport 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 semestrial 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.Statistica

**Verifică Manager-Ec Resteman Ana –Silvia**

4.Instituirea si dezvoltarea unui sistem de monitorizare si raportare a performantelor pe baza indicatorilor asociati obiectivelor specifice si a indicatorilor din cadrul listelor de verificare pentru Implementarea Ciclului II de Acreditare

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

5. Analizarea si monitorizarea activitatii conform indicatorilor de eficienta si eficacitate

### **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.Completarea /actualizarea Registrului de riscuri.

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

**Termen permanent:**

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

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

**Termen semestrial**

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

**Răspunde** Director Financiar contabil-Ec.Fărcane Adriana, sef serviciu RUNOS-Ec.Mudure Marcela,sef birou contabilitate –Todea Mariana , sef serviciu achiziții Ec.Buzea Tamara,sef serviciu Statistică-Bara Mariana

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

**-Răspunde** Consiler Juric Giurgiu Marinela

**Termen>** cel puțin o data pe an

**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**

- 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/ serviciu/ 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/ serviciu/ birouri;*

*Termen: permanent*

**3. Intocmirea de proceduri operationale/de sistem conform listei activitatilor procedurabile in vederea implementarii Cielului II de acreditare dupa indicatori ANMCS**

Revizuirea procedurilor pentru cuprinderea in procedura a Indicatorilor de structura/proces/rezultat/ pentru analizarea eficientii si eficacitatii activitatii medicale, mentionarea in procedura a riscurilor care pot fi eliminate sau diminuate in cazul aplicarii corecte a procedurii

Stabilirea modului de analiza si monitorizare a activitatii reglementate in procedura/instructiune de lucru/protocol

### **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:

- Analizarea procedurii /protocolului de diagnostic si tratament/instructiune de lucru de catre sefii de sectie/compartiment/serviciu , avizarea acesteia .
- Aprobarea de catre Manager/Director medical a procedurilor operationale si a datei de aplicare;
- Instruirea de catre Directorul Medical din cadrul institutiei.
- Distribuirea si comunicarea procedurilor operationale prin mijloace electronice(publicarea pe intranetul Spitalului Orășenesc Huedin ).



**Responsabili:** *Comisia de monitorizare,Comitet Director,Echipe de gestionare Riscuri , sefi de secții/compartimente/ servicii,/ birouri;responsabil Calitate*

**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 informațiile confidențiale(date cu caracter personal,documente confidențiale, etc)*

**Responsabili:** *Comisia de monitorizare,Comitet Director,, sefi de secții/compartimente/ servicii,/ 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 sefilor 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,Sef serviciu Achizitii 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 informationale la nivelul instituției în vederea

## **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 /actualizarea procedurilor contabile in concordanta cu prevederile normative aplicabile domeniului financiar contabil

**Termen permanent:**

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

- Aplicarea procedurilor contabile in mod corespunzator

**Termen permanent:**

**Răspunde:** Comitetul Director,Directorul Financiar-Contabil, angajatii 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,propriei activități 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;

## Plan de masuri pentru diminuarea riscurilor semnificative

1.	Masuri intreprinse pentru monitorizarea riscurilor	Actiuni intreprinse	Implementare masuri	Termen	Monitorizare activitati
	Pentru activitățile din cadrul spitalului și, în special, pentru operațiunile economice, se elaborează proceduri scrise, care se comunică tuturor salariaților implicați	1.Implementarea și revizuirea procedurilor 2..Initierea de actiuni de monitorizare a aplicării principiului de separare a funcțiilor de inițiere,verificare și aprobare a operațiilor .3.Publicarea Procedurilor pe intranetul spitalului sau comunicarea sub un format acceptat pentru luare la cunoștință și utilizare.	monitorizare Comitet Director	permanent	1.unitatea se asigură că operațiunile din cadrul unității sunt consemnate în proceduri,sau pentru evenimentele semnificative există o documentație adecvată și că operațiunile sunt consemnate. 2. Exista Proceduri formalizate elaborate/verificate -proceduri revizuite 3.exista rapoarte de autoevaluare activataei
2	Spitalul asigură măsuri de supraveghere adecvate a operațiunilor, pe baza unor proceduri prestabilite,	2.1.Stabilirea unor instrumente pentru monitorizarea activității la ,efectuarea controalelor de supraveghere	Comisia de monitorizare Comitet Director	Termen permanent	1.exista rapoarte de activitate medicale pe sectii compartimente 2.exista autoevaluarea calitatii serviviilor, analize semestriale,anuale
3	Spitalul asigură măsurile corespunzatoare pentru ca activitatea acesteia să poată continua în orice moment, în toate împrejurările și în toate planurile, cu deosebire în cel economico - financiar.	3.1. Identificarea principalelor amenintari cu privire la continuitatea activitatilor si asigurarea masurilor corespunzatoare pentru ca activitatea sa poata continua in orice moment. 2.Revizuirea periodică a acestora	Comisia de monitorizare Comitet Director	Termen permanent	Exista identificate activitatile care pot duce la intreruperea activitatii . Se monitorizeaza aceste activitati.
4	Conducătorul spitalului organizează și administrează procesul de creare, revizuire, organizare, stocare, utilizare,	41.Se asigură condițiile necesare cunoașterii și respectării de către angajați a reglementărilor legale privind accesul la	Comisia de monitorizare Comitet Director Șefi servicii/sectii /compartimente	Termen permanent	1.Există compartiment distinct pentru primirea,înregistrare a și expedierea documentelor ,iar la nivelul fiecărui compartiment se ține

	identificare și arhivare a documentelor interne și a celor provenite din exteriorul organizației,	documentele interne, externe, și modul de gestionare a acestora. 4.2. este creat un sistem de păstrare și actualizare a documentelor, potrivit unor reguli și proceduri stabilite, în vederea asigurării conservării lor în bune condiții și pentru a fi accesibile personalului competent în a le utiliza.	Consilier Juridic		în mod obligatoriu o evidență a documentelor primite și expediate;  2. Există în unitate implementate măsuri de Securitate pentru păstrarea documentelor împotriva distrugerii, furtului, pierderii, incendiului, etc. Reguli de păstrare
5.	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.	Exista implementat controlul financiar contabil la nivel de unitate	Comisia de monitorizare Comitet Director Director financiar contabil Șefi servicii/secții /compartimente	Termen permanent	1. Reguli privind accesul și gestionarea resurse; 2. Listă personal cu atribuții în gestionarea resurselor; 3. În entitatea publică sunt elaborate proceduri și controale contabile documentate în mod corespunzător, vizând corectă aplicare a actelor normative din domeniul financiar-contabil și al controlului intern
5	Managerul instituie o funcție de evaluare a controlului intern/managerial elaborează anual, prin asumarea responsabilității manageriale, un raport asupra propriului sistem de control intern/managerial	Exista autoevaluarea activității de control managerial al unității. Anual se aplica întocmeste chestionar de autoevaluare a stadiului de implementare a standardelor de control intern managerial	Comisia de monitorizare Comitet director	Termen permanent	Se întocmește raport asupra sistemului de control intern managerial la Spitalul Orasenesc Huedin la data de 31 decembrie pentru anul încheiat

.6	Asigurarea desfășurării activității de audit intern asupra sistemului de control managerial conform unor programe bazate pe evaluarea riscurilor .	6.1.Executarea misiunilor de consiliere privind pregătirea procesului de autoevaluare a sistemului de control intern managerial 6.2.derularea misiunilor de audit intern avînd ca obiectiv evaluarea sistemului de control implementat.	Lipsă structura  Auditul se face de către Primaria Orasului Huedin	Termen permanent	Rapoarte încheiate în urma efectuării misiunilor de audit
----	--	--	--	------------------	---

Intocmit

Responsabil Calitate

Giurgiu Marinela

