



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



unitate afiliată în
PROCES DE ACREDITARE



IAS
RAC CERTIFICATION
ACCREDITED
Certificate no. 0865

NR 1241/14.02.2020

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

Pentru anul 2020

Se aprobă:

MANAGER

EC. Resteman Ana-Silvia

PREȘEDINTE COMISIA DE MONITORIZARE

Director medical Dr. DANGILA IOAN

Intocmit Responsabil SCIM

Giurgiu Marinela

Data 14.02.2020



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 spitalului asigurarea de servicii medicale de calitate și în siguranță pentru pacienți, într-un mod economic, eficient și eficace; respectarea legislației în vigoare.
- Sistemul de control intern managerial are rolul de asigurare a protecției bunurilor, informațiilor și fondurilor publice împotriva pierderilor datorate erorii, abuzului sau fraudei;
- respectarea legilor, a regulamentelor interne și a deciziilor conducerii;

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

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

- 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
- Intensificarea activităților de monitorizare și control al tuturor activităților desfășurate în cadrul instituției, 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, aplicarea standardelor ANMCS în vederea acreditării;
- Realizarea obiectivelor controlului intern managerial pentru anul 2020

Responsabili: *Comisia de Monitorizare, Comitetul Director și șefii secțiilor/compartimentelor/serviciilor, birourilor;*

Termen: *permanent*

Standard 1. Etică și integritate

În cadrul acestui standard se va urmări:

1. Promovarea Codului de etică-prelucrarea cu angajații spitalului

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.

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

Termen: *Anul 2020*

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. Fișele 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 anul 2020

3. Identificarea funcțiilor sensibile la nivelul entității, stabilirea listei cu salariații care ocupă funcții sensibile, actualizarea listei funcțiilor sensibile -Comitet director, Sef serviciu RUNOS.

1. Stabilirea unor măsuri de verificare și monitorizare a funcțiilor sensibile

-răspunde Comitet Director

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 pentru anul 2020 . *Se va asigura participarea personalului la diferite forme de pregătire profesională, organizate de organisme abilitate, în domeniul specific de activitate*

1. Elaborarea de chestionare pentru aprecierea performanțelor salariaților .termen trimestrul I pentru anul anterior

2. analiza anuală a chestionarelor de satisfacție model ANMCs –pentru angajați

3.evaluarea și autoevaluarea anuală a personalului angajat- trimestrul I -2020 pentru anul încheiat

Răspunde Ec. Mocanu Dorina

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

Responsabilitati: Comitet Director , sefi servicii compartimente

Termen permanent –anul 2020

Standardul 5. Obiective

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

-se stabilesc obiective generale și specifice pe termen scurt de către fiecare structură

-sunt stabilite obiective generale și specifice în Strategia de dezvoltare a SOH pentru anul 2019-2020

Răspund: sefi serviciilor/compartimentelor /servicii /Comitet Director

Ec. Mocanu Dorina

Standard 6.Planificarea si 7 . Monitorizarea performanțelor

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;
- monitorizarea indicatorilor de eficienta si eficacitate care reflecta activitatea sectiilor /compartimentelor , cabinetelor din ambulatoriul integrat al spitalului .

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;

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

- analiza la nivelul Comitetului Director a veniturilor si cheltuielilor pe baza situatiilor financiar contabile

*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:*comitet Director

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:*Anul 2020

2. Identificarea riscurilor privind activitatea nemedicală

Răspunde șefii serviciilor, birouri

3. Întocmirea Registrului Riscurilor pe spital

-Răspunde Consilier Juric Giurgiu Marinela

Termen > cel puțin o dată pe an

Verifică: Comisia de monitorizare, Comitet Director, Manager

Termen: permanent Anul 2020

ST.9. Proceduri

1. Inventarierea activităților procedurabile

- Reluarea procesului de inventariere a activităților desfășurate la nivelul fiecărui compartiment/secție/serviciu, elaborarea și aplicarea procedurilor formalizate specifice (interne și după caz de sistem pentru activitățile procedurabile).

Responsabili: Comisia de monitorizare, Comitet Director șefii de secții/compartimente/ serviciilor/ birouri; RMC

Termen: permanent anul 2020

2. Asigurarea separării în toate procesele derulate la nivelul instituției, a funcțiilor de inițiere, verificare și aprobare a operațiilor, astfel încât exercitarea acestora să se realizeze de persoane diferite

Responsabili: Comisia de monitorizare, Comitet Director șefii de secții/compartimente/ serviciilor/ birouri;

Termen: permanent

3. Întocmirea de proceduri operationale/de sistem conform listei activităților procedurabile în vederea implementării Ciclului II de acreditare după indicatori ANMCS

- Revizuirea procedurilor pentru cuprinderea în procedura a Indicatorilor de structură/proces/rezultat/ pentru analizarea eficienței și eficacității activității medicale, menționarea în procedura a riscurilor care pot fi eliminate sau diminuate în cazul aplicării corecte a procedurii
- Stabilirea modului de analiză și monitorizare a activității reglementate în procedura/instrucțiune de lucru/protocol
- Analizarea procedurilor /reglementărilor /din punct de vedere a eficienței și eficacității pe baza indicatorilor stabiliți cel puțin o dată pe an –
Termen -primul trimestru pentru anul încheiat
Răspunde RMC ,

4. Asigurarea respectării normelor referitoare la utilizarea resurselor materiale, financiare și prin exercitarea controlului 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 respectării normelor privind accesul la informațiile confidențiale (date cu caracter personal, documente confidențiale, etc)*

Responsabili: *Comisia de monitorizare, Comitet Director,, șefii de secții/compartimente/ servicii,/ birouri;*

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.

2. autoevaluarea actualității întocmită de către șefii de servicii /birouri pentru anul încheiat

3. autoevaluarea calității serviciilor medicale –analiza anuală

Termen –primul trimestru pentru anul încheiat –răspunde RMC

4. analize lunare , trimestriale, semestriale întocmite la nivel de structuri în baza Standardelor de acreditare ANMCS pentru implementarea Ciclului II de acreditare

5. analize ale indicatorilor de eficiență și eficacitate , asigurațiilor financiare la nivel de CD

Răspunde: *Șefi servicii /birouri/șefi secții, /compartimente /Comitet Director /*

Termen permanent anul 2020

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 și cu termene scurte pentru remedierea defecțiunilor;

Termen permanent:

Răspunde: *șef serviciu RUNOS, Șef serviciu Achiziții publice, responsabil Compartiment tehnic*

Standard 12 Informarea și comunicare

-.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

Standard 13 Gestionarea documentelor

Masuri :

-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

-respectarea legislației și a reglementărilor interne privind eliberarea documentelor medicale ale pacienților , pastrarea datelor cu caracter personal

Termen permanent

Răspund: Toți angajații spitalului

Verifică: Comisia de monitorizare și Comitetul director

Standard 14. Raportarea contabilă și financiară

- Elaborarea /actualizarea procedurilor contabile în concordanță cu prevederile normative aplicabile domeniului financiar contabil

Termen permanent:

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

- 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

Se realizează prin

- Controale inopinate cu diverse obiective;
- Verificarea fișelor de post ale angajaților prin sondaj;
- Respectarea modalității de eliberare a documentelor conform legislației în vigoare privind respectarea datelor cu caracter personal și a reglementărilor interne.
- Identificarea și evaluarea principalelor riscuri, proprii activității fiecărei secții, compartiment, laborator, cabinet ambulator (prin sondaj) - Răspund responsabilii cu riscurile la nivelul fiecărei structuri , Echipa de gestionare a riscurilor
- 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,

urmarindu-se prezentarea prin raport anual asupra SCIM a datelor necesare aplicarii si dezvoltarii sistemului la nivelul spitalului

Termen permanent: Anul 2020

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

Standard16 Audit intern

Tinând cont de faptul ca în spitalele sub 400 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

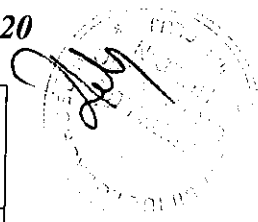
Termen permanent: Anul 2020 - Analize trimestriale / semestriale în Comisia de Monitorizare și Comitet Director

Verifică: Manager

Anexa Planul de masuri pentru diminuarea riscurilor semnificative pentru anul 2020

Data 14.02.2020

Plan de masuri pentru diminuarea riscurilor semnificative pentru anul 2020



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..Inițierea de acțiuni 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 activate pentru activitatea nemedicala
2	Spitalul asigură măsurile corespunzătoare pentru ca activitatea acestuia 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.	Comisia de monitorizare Comitet Director	Termen permanent	Exista identificate activitatile care pot duce la intreruperea activitatii . Se monitorizeaza aceste activitati.
3	Controlul documentelor	41.Se asigură condițiile necesare cunoașterii și respectării de către angajați a reglementărilor legale privind accesul la documentele interne,externe, și modul de gestionare a acestora. 4.2.este creat un sistem de păstrare și actualizare a documentelor, potrivit unor reguli	Comisia de monitorizare Comitet Director Șefi servicii/secții /compartimente Consilier Juridic	Termen permanent	1.Există compartiment distinct pentru primirea,înregistrare a și expedierea documentelor ,iar la nivelul fiecărui compartiment se ține în mod obligatoriu o evidență a documentelor primite și expediate; 2.Există în unitate implementate măsuri de Securitate pentru păstrarea documentelor

		și proceduri stabilite, în vederea asigurării conservării lor în bune condiții și pentru a fi accesibile personalului competent în a le utiliza.			nivel de unitate
4.	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 Anul 2020	1.Reguli privind accesul și gestionare resurse ; 2.Listă personal cu atribuții în gestionarea resurselor; 3.În entitatea publică sunt elaborate proceduri și controale contabile documentate în mod corespunzător, vizând corecta 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 unitatii,. 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 întocmeste 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	Lipsă structura Auditul se face de către Primaria Orasului Huedin	Termen permanent	Rapoarte încheiate în urma efectuării misiunilor de audit

RMC
Giurgiu Davuvela
pg. 10

Stana