

NR. CM 1 / DATA 18.01.2022



Aprobat,  
**MANAGER**



Avizat,

Președinte Comisia de Monitorizare  
Dr. Udrea Larisa Cristina

## **PROGRAM DE DEZVOLTARE**

### **a sistemului de control intern managerial la nivelul Spitalului Orășenesc „Sfântul Dimitrie” Tîrgu Neamț pe anul 2022**

#### **I. INTRODUCERE**

**1.1.** Programul de dezvoltare a sistemului de control intern managerial **constituie:**

- ✓ Documentul principal de implementare în practică a sistemul de control intern managerial
- ✓ Planul de acțiune al Comisiei de Monitorizare, respectiv al membrilor comisiei de monitorizare.

**1.2.** Programul de dezvoltare a sistemului de control intern managerial **cuprinde:**

- ✓ Activitățile desfășurate de către persoanele responsabile de managementul comportamentelor/activităților în vederea implementării SCIM în cadrul fiecărui compartiment/sectie.
- ✓ Responsabilitățile personale și termenele privind realizarea activităților specifice sistemului de control intern managerial și de implementare în cadrul Spitalului Orășenesc Sf. Dimitrie Tg. Neamț.

#### **II. SCOPUL ȘI DOMENIUL DE APLICARE**

**2.1.** Implementarea și dezvoltarea standardelor de control intern managerial la nivelul Spitalului Orășenesc Sf. Dimitrie Tg. Neamț, **prin stabilirea, în mod unitar, a obiectivelor, acțiunilor, responsabilităților, termenelor, precum și alte componente** ale măsurilor necesare pentru dezvoltarea sistemului de control intern/managerial la nivelul Spitalului Orășenesc Sf. Dimitrie Tg. Neamț.

**2.2.** Programul de dezvoltare se aproba de Managerul Spitalului Orășenesc Sf. Dimitrie Tg. Neamț și se aplică de către toate serviciile, birourile, compartimentele, laboratoarele și secțiile din cadrul Spitalului Orășenesc Sf. Dimitrie Tg. Neamț.

**2.3.** Persoanele responsabile cu punerea în practică a « Programului de dezvoltare a SCIM sunt conducătorii structurilor de la primul nivel de conducere din cadrul Spitalului Orășenesc Sf. Dimitrie Tg. Neamț.

#### **III. CADRUL LEGAL**

**3.1.** Programul a fost întocmit în baza art.4 din **Ordinul secretariatului general al guvernului nr.**

**600/2018** privind aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice;

**3.2. Ordonanța Guvernului nr. 119/1999** privind controlul intern/managerial și controlul financiar preventiv, cu modificările și completările ulterioare;

**3.3. Ordin SGG Nr. 1054/2019** din 8 octombrie 2019 pentru aprobarea Normelor metodologice privind coordonarea și supravegherea prin misiuni de îndrumare metodologică a stadiului implementării și dezvoltării sistemului de control intern managerial la entitățile publice.

#### **IV. PERIOADA DE APLICARE ȘI EVALUAREA PROGRAMULUI**

**4.1.** Prezentul Program se va aplica, începând cu data aprobării sale, până la data de 31.12.2022.

**4.2.** După definitivarea procesului de autoevaluare a sistemului de control intern managerial, Spitalul Orășenesc Sf. Dimitrie Tg. Neamț **va realiza o evaluare a stadiului de implementare a acțiunilor astfel stabilite** și va transmite o raportare detaliată **Primăriei Orașului Tg. Neamț**.

#### **V. OBIECTIVELE GENERALE ale programului de dezvoltare a sistemului de control intern managerial la nivelul spitalului:**

- Realizarea atribuțiilor stabilite în concordanță cu misiunea spitalului, în condiții de regularitate, eficacitate, economicitate și eficiență;
- Realizarea atribuțiilor la nivelul fiecărei structuri în mod economic, eficace și eficient;
- Protejarea fondurilor spitalului împotriva pierderilor datorate erorii, abuzului sau fraudei;
- Respectarea prevederilor legale și a altor cerințe aplicabile spitalului, a regulamentelor și deciziilor conducerii;
- Dezvoltarea și întreținerea unor sisteme de colectare, stocare, prelucrare, actualizare și difuzare a datelor și informațiilor financiare și de conducere, precum și a unor sisteme și proceduri de informare publică și adecvată prin rapoarte periodice.

#### **VI. OBIECTIVELE SPECIFICE ale programului de dezvoltare a sistemului de control intern managerial la nivelul spitalului:**

- Îmbunătățirea comunicării între structurile Spitalului Orășenesc „Sf. Dimitrie” Tîrgu Neamț, în scopul asigurării circulației informațiilor operativ fără distorsiuni, astfel încât acestea să poată fi valorificate eficient în activitatea de prevenire și control intern.
- Reflectarea în documente scrise a organizării controlului intern, a tuturor operațiunilor spitalului și a elementelor specifice, înregistrarea și păstrarea în mod adecvat a documentelor;
- Înregistrarea în mod cronologic a operațiunilor;
- Asigurarea aprobărilor și efectuării operațiunilor exclusiv de persoane special împuernicite în acest sens;
- Separarea atribuțiilor privind efectuarea de operațiuni, astfel încât atribuțiile de aprobare, control și înregistrare să fie încredințate unor persoane diferite;
- Asigurarea unei conduceri competente la toate nivelurile; accesarea resurselor, documentelor și informațiilor numai de către persoane îndreptățite și responsabile în legătură cu utilizarea și păstrarea lor.

**Plan de acțiuni pentru implementarea programului**

Nr. crt.	Activități	Rezultate / Documente	Responsabili		Termen (planificat/ realizat)
			Participă	Răspunde	
<b>STANDARDUL 1 – ETICA ȘI INTEGRITATEA</b>					
	1.1.Prelucrarea cu angajații prevederilor Codului etic și de integritate al personalului contractual	Listă/Tabel semnat	*Conducere entității Toți angajații	Președinte Consiliu Etic / Şefi structuri	31.03.2022
	1.2.Prelucrarea cu persoanele nou-angajate a prevederilor Codului etic și de integritate al personalului contractual	Angajament de luare la cunoștință a prevederilor codului de conduită etică	Angajații noi	Şefi structuri	În maxim 15 zile de la data angajării
1.	1.3.Actualizarea Codului etic și de integritate al personalului contractual din cadrul Spitalului Orășenesc „Sfântul Dimitrie” Târgu Neamț.	Promovarea/difuzarea/ instruirea personalului privind Codul de etică și publicarea pe Site-ul și Intranet-ul Spitalului	Președintele și membrii Consiliului Etic	Președinte Consiliu Etic/ Responsabil site	31.03.2022
	1.4.Realizarea consilierii etice a angajaților	Spațiu pentru realizarea consilierii Registrul privind consemnarea consilierilor acordate	Beneficiarul consilierii	Consiliul etic	La momentul solicitării
	1.5.Depunerea, publicarea, monitorizarea și actualizarea declaratiilor de avere și interese	Declaratiile de avere și de interes declaratorilor acordate	Angajații care au obligația depunerii declaratiilor menționate	Responsabilul RUONS cu declarațiile de avere și interese	30.06.2022
	1.6.Elaborare Procedură de sistem privind semnalarea neregularităților la nivelul spitalului și comunicarea acesteia personalului	Procedură de sistem privind semnalarea neregulilor la nivelul spitalului Lista/tabel semnat	Comisia de Monitorizare	Consiliul etic /Sef serviciu RUONS	30.06.2022
<b>STANDARDUL 2 – ATTRIBUTII, FUNCȚII, SARCINI</b>					
2.	2.1. Actualizarea Regulamentului de organizare și funcționare (ROF) și a Regulamentului intern (RI)	ROF elaborat/actualizat și aprobat RI elaborat/actualizat și aprobat	Sef Serviciu RUONS	Sef Serviciu RUONS	Ori de câte ori este cazul
	2.2. Prelucrarea prevederilor ROF, RI	Listă/Tabel semnat/ ROF, RI cu	Toți angajații	Sef Serviciu	Ori de câte ori

	cu angajații și cu angajații noi, prin: - instruire pe bază de proces verbal - publicare pe site	angajații ROF publicat pe site	Responsabil site	RUONS/sefii de structuri	este cazul
2.3.	Actualizarea fișelor de post în concordanță cu atributiile stabilite pentru fiecare post, ori de cate ori este nevoie și informarea angajaților cu privire la modificările aduse	Fise post actualizate Fișe de post cu semnături de luare la cunoștință de către angajați	Sefii de structuri Toți angajații/ Sef Serviciu RUONS	Sefii de structuri/ Sef Serviciu RUONS	Ori de câte ori este cazul
2.4.	Întocmirea Inventarului privind funcțiile sensibile și al măsurilor necesare pentru reducerea riscurilor asociate acestora.	Inventarul privind funcțiile sensibile și al măsurilor pentru gestionarea acestora	Sefii de structuri Secretariatul Comisiei de monitorizare	Secretariatul Comisiei de monitorizare	31.03.2022
<b>STANDARDUL 3 – COMPETENȚA, PERFORMANȚA</b>					
3.	3.1. Actualizarea fișelor posturilor cu date privind cunoștințele și aptitudinile necesar a fi detinute de titulari în vederea îndeplinirii sarcinilor/atribuțiilor.  3.2. Identificarea nevoilor de perfecționare și pregătire profesională a angajaților	Fișa postului actualizată  Fișă necesar instruirii - formare profesională	Sefii de structuri Sef Serviciu RUONS	Sefii de structuri / Sef Serviciu RUONS	30.06.2022
	3.3. Elaborarea Planului de pregătire profesională a personalului pentru anul...  3.4. Participarea la cursuri de perfecționare profesională  3.5. Evaluarea performanțelor în raport cu obiectivele anuale individuale	Plan de pregătire profesională a personalului, aprobat de CD, care va cuprinde în mod obligatoriu și instruirea cu privire la controlul intern managerial.  Certificate de participare la curs  Fișa de evaluare	Director medical, sefi structuri, Serviciu RUONS  Personalul menționat	Sefii de structuri / Sef Serviciu RUONS  Personalul menționat	31.01.2022  31.12.2022  31.03.2022
<b>STANDARDUL 4 – STRUCTURA ORGANIZATORICĂ</b>					
	4.1. Actualizarea și aprobarea structurii organizatorice a spitalului în concordanță cu actul normativ de organizare și funcționare	Organigrama aprobată	Comitet Director	Manager	Ori de câte ori este cazul

	4.2.Prelucrarea organigramei cu personalul angajat	P-v instruire cu personalul angajat și actualizare site	Totii angajati/ Responsabil site	Sef Serviciu RUONS / Șefii de structuri	31.03.2022
4.	4.3.Stabilirea competențelor și a responsabilităților delegate și a limitelor acestora	Lista de delegare a responsabilităților delegate și a limitelor acestora	Şefii de structuri	Manager	30.09.2022
	4.4. Asumarea responsabilităților de către personalul delegat	Fișa postului actualizată cu activitățile delegate	Şefii de structuri	Manager	30.09.2022
	<b>STANDARDUL 5 - OBIECTIVE</b>				
5.	5.1.Elaborarea obiectivelor generale ale unității și comunicarea lor salariaților	Plan strategic	Comitet Director	Manager	31.03.2022
	5.2.Stabilirea de obiective specifice care răspund cerințelor SMART, pentru fiecare structură din spital și comunicarea lor salariaților	Plan anual	Şefii de structuri	Manager	31.03.2022
	5.3.Reevaluarea obiectivelor la modificarea ipotezelor stabile	Procese verbale ale sedintelor de lucru	Şefii de structuri	Manager	Dacă este cazul
	<b>STANDARDUL 6 - PLANIFICAREA</b>				
6.	6.1.Elaborarea/actualizarea, după caz, a planului strategic (punerea planului în concordanță cu previziunile privind bugetul)	Planul strategic	Comitet Director	Manager	31.03.2022
	6.2.Alocarea de resurse financiare și umane pentru fiecare măsură stabilită pentru atingerea unui obiectiv	Resursele umane - conform statului de funcții și organigrama Resurse financiare-conform Bugetului de venituri și cheltuieli Lista investițiilor Planul anual al achizițiilor publice Program de dezvoltare a sistemului de control intern managerial	Comitet Director, Sef serviciu RUONS/ Sef Serviciu AAPC	Comitet Director, Sef serviciu RUONS/ Sef Serviciu AAPC	Ori de cate ori este cazul
	<b>STANDARDUL 7 – MONITORIZAREA PERFORMANȚELOR</b>				
7.	7.1.Evaluarea performanțelor structurilor	Rapoarte privind activitatea structurilor	Şefii de structuri	Manager	31.01.2022

	7.2. Elaborarea și implementarea unui plan de măsuri în cazul constatării unor abateri de la obiective	Autoevaluarea stării structurii Plan de măsuri în cazul constatării unor abateri de la obiective	Şefii de structuri	
	Manager	31.12.2022		

## **STANDARDUL 8 – MANAGEMENTUL RISCULUI**

8.	8.1. Actualizarea Deciziei de constituire a Comisiei de Monitorizare	Decizie actualizată, adoptată	Secretariatul tehnic al Comisiei de monitorizare	Ori de cate ori este cazul
	8.2. Actualizarea responsabililor cu riscurile pe structuri	Decizie actualizată, adoptată	Secretariatul tehnic al Comisiei de monitorizare	Ori de cate ori este cazul
	8.3. Identificarea și evaluarea/reevaluarea principalelor riscuri asociate obiectivelor și activităților structurilor	Registrul riscurilor	Responsabili cu riscurile / Șefii de structuri	Comisia de monitorizare
	8.4. Stabilirea măsurilor de gestionare a riscurilor	Planul de implementare a măsurilor de control pentru risurile semnificative	Şefii de structuri	Comisia de monitorizare
	8.5. Informarea privind desfășurarea procesului de management al riscurilor la nivelul structurii	Raport anual privind desfășurarea procesului de management al riscurilor	Secretariatul tehnic al Comisiei de monitorizare	Comisia de monitorizare

## **STANDARDUL 9 – PROCEDURI**

9.	9.1. Elaborarea/revizuirea unei proceduri de sistem de elaborare a procedurilor documentate în conformitate cu legislația în vigoare	PS- 00 Elaborarea procedurilor și instrucțiunilor de lucru	Secretariatul tehnic al Comisiei de monitorizare	31.12.2022
	9.2. Identificarea activităților procedurabile și elaborarea / actualizarea procedurilor documentate la nivelul spitalului	Registru Inventar al activităților structurii Proceduri de sistem/operaționale Registrul pentru evidența procedurilor de sistem/operationale	Responsabili cu elaborarea/actualizare a procedurilor/ Șefii de structuri	31.03.2022
	9.3. Aducerea la cunoștința angajaților a prevederilor procedurilor documentate	Listă semnată	Secretariatul tehnic al Comisiei de monitorizare / Comisia de monitorizare	Permanent

	9.4.Efectuarea de analize anuale pentru procedurile documentate în vigoare	Analize, Rapoarte de analiză	Şefii de structuri	Secretariatul tehnic al Comisiei de monitorizare / Comisia de monitorizare	Permanent
<b>STANDARDUL 10 - SUPRAVEGHEREA</b>					
10.	10.1.Inițierea, aplicarea și dezvoltarea unor controale de supraveghere a activității desfășurate de către personalul de execuție	Plan de control	Şefii de structuri	Comisia de monitorizare	Permanent
<b>STANDARDUL 11 – CONTINUITATEA ACTIVITĂȚII</b>					
11.	11.1. Inventarierea situațiilor cu risc major generatoare de întreruperi în derularea activităților spitalului (la nivel de structuri și ulterior la nivel centralizat).	Lista riscurilor majore care pot conduce la întreruperi ale activității	Şefii de structuri	Şefii de structuri/ Comisia de monitorizare/	Ori de câte ori este cazul
11.	11.2. Stabilirea și aplicarea măsurilor adecvate pentru asigurarea continuității activității, în cazul apariției unor situații generatoare de întreruperi	Plan măsuri	Şefii de structuri / Comisia de monitorizare	Şefii de structuri / Comisia de monitorizare / Manager	Ori de câte ori este cazul
<b>STANDARDUL 12 – INFORMAREA ȘI COMUNICAREA</b>					
12.	12.1.Stabilirea metodelor și cailor de comunicare interne care să asigure transmiterea eficace a datelor și informațiilor	Intranet, email, sedinte de lucru	Comitet director/ Şefii de structuri	Comitet director/ Şefii de structuri	Permanent
12.	12.2.Elaborarea/revizuirea procedurii sistem privind comunicarea externă: cu mass-media	PS-23 Relația cu mass-media	Comitet director	Purtătorul de cuvânt desemnat	Ori de câte ori este cazul
12.	12.3.Stabilirea unor reguli de accesare / primire / prelucrare și transmisie a informațiilor / documentelor	Proceduri de sistem: -PS_02 Controlul documentelor aprobată și adoptată -PS-03 Controlul înregistranilor - aprobată și adoptată	Secretariatul tehnic al Comisiei de monitorizare	Comisia de monitorizare	31.12.2022

**STANDARDUL 13 – GESTIONAREA DOCUMENTELOR**

13.	13.1. Elaborarea/rezizuirea unei proceduri de sistem privind circuitul documentelor în cadrul spitalului	PS-24 Procedura de sistem redactarea, înregistrarea și circulul documentelor	Secretariatul tehnic al Comisiei de monitorizare	Comisia de monitorizare	31.12.2022
-----	--	--	--	-------------------------	------------

**STANDARDUL 14 – RAPORTAREA CONTABILĂ ȘI FINANCIARĂ**

14.	14.1.Organizarea și ținerea la zi a contabilității unității	Situații financiare	Directorul finanțier contabil /Sef serviciu finanțar-contabilitate/	Directorul finanțier contabil	Permanent
	14.2.Elaborarea, aprobarea și difuzarea procedurilor operaționale contabile	Proceduri contabile adoptate	Directorul finanțier contabil /Sef serviciu finanțar-contabilitate/	Directorul finanțier contabil	31.12.2022
	14.3.Întocmirea, aprobarea și transmiterea situațiilor financiare trimestriale și anuale	Situării financiare	Directorul finanțier contabil / Sef serviciu finanțar-contabilitate	Directorul finanțier contabil	Trimestrial și anual
	14.4.Organizarea controlului finanțiar preventiv propriu	Raportul privind exercitarea controlului finanțiar preventiv propriu, trimestrial și anual	CFP	Şef serviciu finanțar contabil	Permanent

**STANDARDUL 15 – EVALUAREA SISTEMULUI DE CONTROL INTERN MANAGERIAL**

15.	15.1. Realizarea autoevaluării	Chestionare de autoevaluare a stadiului implementării sistemului de control intern managerial Centralizarea datelor cu privire la rezultatul autoevaluării sistemului de control intern managerial; Situată sintetică a rezultatelor autoevaluării la nivelul spitalului; Raportul asupra sistemului de control intern managerial	Şefii de structuri/Comisia de Monitorizare	Manager	28.02.2022
	15.2. Elaborarea raportului anual	Raport anual	Secretariatul tehnic al Comisiei de monitorizare	Comisia de Monitorizare	28.02.2022

**STANDARDUL 16 – AUDITUL INTERN – N/A**

**Întocmit,**

**Secretariat tehnic al CM**

**Ec. Dediu Mihaela**



