

## CONSILIUL LOCAL HUEDIN

### SPITALUL ORASENESC HUEDIN

Huedin, str. Spitalului, nr. 42, jud. Cluj, cod: 405400  
Telefon/fax 0264 351815, 0264 354175, cod fiscal: 4485618

IBAN:RO45TREZ2215041XXX000092 deschis la Trezoreria Huedin  
E-mail : [spitalul.huedin@cluj.astral.ro](mailto:spitalul.huedin@cluj.astral.ro); [spitalul.huedin@yahoo.com](mailto:spitalul.huedin@yahoo.com);

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



Nr. Ireg. 4455 / 03.10.2011

#### PROGRAMUL DE DEZVOLTARE A SISTEMULUI DE CONTROL INTERN/MANAGERIAL ACTUALIZAT LA DATA DE 1.10.2011

Controlul intern reprezinta totalitatea politicilor si procedurilor concepute si implementate de catre unitate, pentru a asigura: atingerea obiectivelor intr-un mod economic, eficient si eficace, respectarea regulilor externe si a politicilor si regulilor managementului, protejarea bunurilor si a informatiilor, prevenirea si depistarea fraudelor si greselilor, precum si calitatea documentelor financiar-contabile si producerea in timp util de informatii de incredere referitoare la segmentul financiar si management.

Controlul intern este un proces implementat in intreaga unitate, in cadrul caruia, fiecare persoana, de la conducator la ultimul angajat, este responsabila sa efectueze un anumit tip de control asupra propriilor activitati, procesul fiind coordonat de catre conducatorii tuturor compartimentelor prin procedurile operationale de lucru si se afla in responsabilitatea managerului, care monitorizeaza intreaga activitate a unitatii.

In elaborarea Programului de dezvoltare a sistemelor de control intern/managerial, s-au avut in vedere urmatoarele acte normative:

- Legea 500/2002 privind finantele publice
- Legea 273/2006 privind finantele publice locale, modificata si completata prin OUG 63/2010
- Legea 672/2002 privind auditul public intern
- Ordonanta 119/1999 privind controlul intern si controlul financiar preventiv modificata si completata prin Legea 234/2010
- Ordinul MFP nr. 946/2005 pentru aprobarea Codului intern, cuprinzand standarde de management/control intern la entitatile publice si pentru dezvoltarea sistemelor de control managerial, completat si modificat prin Ordinul 1389/2006 si Ordinul 1649/2011

- Indrumar metodologic pentru dezvoltare a controlului intern in unitatile publice elaborate de catre Ministerul Finantelor Publice.

In programul de dezvoltare a sistemului de control intern/managerial, se cuprind obiectivele, actiunile, responsabilitatile, termenele si alte componente ale masurilor necesare pentru elaborarea sistemului de control intern/managerial.

#### **I. Obiectivele generale ale controlului intern/managerial la nivelul Spitalului Orasenesc Huedin sunt:**

- Realizarea atributiilor la nivelul fiecarei sectii/compartiment/serviciu in mod economic, eficace si eficient
- Protejarea fondurilor publice
- Respectarea legilor, normelor, standardelor si reglementarilor in vigoare
- Dezvoltarea unor sisteme de colectare, stocare, actualizare si difuzare a datelor si informatiilor financiare si de conducere

Scopul controlului intern/managerial este de a constata abaterile de la indeplinirea obiectivelor, stabilirea cauzelor care le-au determinat si luarea masurilor ce se impun pentru inlaturarea acestora.

#### **II. Actiunile programului**

Pentru realizarea obiectivelor generale mentionate, Spitalul Orasenesc Huedin actioneaza in urmatoarele directii:

- Intensificarea activitatilor de monitorizare si control al tuturor activitatilor desfasurate in cadrul institutiei, in scopul eliminarii riscurilor existente si utilizarii cu eficienta a resurselor alocate
- Dezvoltarea activitatilor de prevenire si control pentru protejarea resurselor alocate impotriva pierderilor datorate risipei, abuzului, erorilor sau fraudelor
- Imbunatatirea comunicarii intre sectii/servicii/compartimente, in scopul asigurarii circulatiei informatiilor operativ, fara distorsiuni, astfel incat acestea sa poata fi valorificate eficient in activitatea de prevenire si control intern
- Proiectarea si implementarea la nivelul sectiilor/serviciilor/compartimentelor a standardelor de management/control intern care constituie un sistem de referinta in raport cu care se evalueaza activitatea acestora

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

Intre obiectivele generale ale controlului intern si standardele de management aplicabile fiecarei sectii/compartiment/serviciu, exista stranse legaturi de independenta.

Standardele de management/control intern sunt grupate in cinci elemente-cheie, componente ale controlului intern:

a. „Mediul de control”, care grupeaza sarcinile unitatii legate de organizare, managementul resurselor umane, etica, deontologie si integritate (Standardele 1-6).

#### **Standard 1. Etica, integritatea**

Salariatii trebuie sa aiba un nivel corespunzator muncii in mediul sanitar, in ceea ce priveste integritatea profesionala, personala, perfect responsabili de faptul ca lucreaza cu omul

suferind, atat la patul bolnavului cat si pentru asigurarea conditiilor de cazare, aprovizionare, alimentatie, microclimate, etc.

Prin intermediul ROI si ROF elaborate la nivel de unitate in luna Ianuarie 2011, aduse la cunostinta intregului personal, distribuite pe sectii, compartimente, cabinete, laboratoare, etc, s-au stabilit reglementari privind:

- comportamentul la locul de munca,
- prevenirea si raportarea fraudelor si neregulilor,
- necesitatea conformarii cu legile, regulamentele, regulile ce guverneaza sistemul sanitar,
- necesitatea respectarii politicilor specifice fiecarui loc de munca.

Sefii de sectii si compartimente, laboratoare, cabinete de ambulator vor stabili masuri specifice sectiei, compartimentului, serviciului, cabinetului, etc in functie de specificul fiecarui loc de munca

**Sarcini:**

1. Elaborarea de masuri specific de respectare a eticii si integritatii, in functie de specificul fiecarui loc de munca.

Raspund: *sefii de sectii, medicii coordonatori de compartimente, medicii din cabinetele din ambulator, sefii de birou, servicii, serviciul thnic* (pentru personalul de paza, fochisti, muncitori calificati), ec. Mocan Dorina pentru biroul Runos.

**Termen:** 1 februarie 2012

2. Reactualizarea ROI si ROF in functie de propunerile facute (vezi sarcina 1).

Raspunde: Ec. Mudure Marcela

**Termen:** 1 martie 2012

**Verifica:** grupul de lucru pentru monitorizarea, coordonarea si indrumarea metodologica privind elaborarea si dezvoltarea sistemelor de control managerial intern.

## **Srandard 2. Atributii, functii, sarcini**

Prin actualizarea ROI si ROF, precum si prin transmiterea acestora catre angajati, se realizeaza si precizarile din standardul 2 (atributii, sarcini, functii).

Pentru o mai buna cunoastere a ROI si ROF, acestea vor fi afisate pe site-ul spitalului, dupa reactualizare.

Fisele postului vor fi reactualizate in permanenta, functie de nevoi.

**Sarcini:**

1. Reactualizarea fiselor postului

- a. Pentru personalul tessa – Termen: pana la 15 noiembrie 2011. Responsabili: Ec. Flore Luminita Teodora – Director financiar contabil si ec. Mocan Dorina.
- b. Pentru portari – Termen- pana la 15 octombrie 2011. Responsabili: Subinginer Moldovan Ioan si ec Mocan Dorina.
- c. Pentru fochisti, muncitori calificati – Termen – pana la 15 noiembrie 2011. Responsabili: Subinginer Moldovan Ioan si ec. Mocan Dorina.
- d. Pentru personalul medical mediu si auxiliar care lucreaza pe sectii, compartimente, servicii, laboratoare, farmacie – Termen 1 decembrie 2011.

Raspund: Sefii de sectii si medicii coordonatori de compartimente, medicii coordonatori de laboratoare si medicii din cabinetele de ambulator.

- e. Pentru personalul medical superior si sefii de sectii, compartimente, laboratoare, etc. – Termen – pana la 1 decembrie 2011.

Raspunde; Dir. Medical Dr. Stefan Diana Mihaela.

2. Reactualizarea ROI si ROF cu modificarile de la sarcini punctul 1. Termen - 1 martie 2012.

Raspunde Ec. Mudure Marcela.

**Verifica:** grupul de lucru pentru monitorizarea, coordonarea si indrumarea metodologica privind elaborarea si dezvoltarea sistemelor de control managerial intern.

### **Standard 3. Competenta si performanta**

Ocuparea posturilor se face prin concurs, urmarindu-se ocuparea posturilor de catre persoane competente.

In limita incadrarii in bugetul de venituri si cheltuieli se asigura perfectionarea pregatirii profesionale a salariatilor. De asemenea se precizeaza necesitatea asigurarii participarii la cursuri de perfectionare, in conditiile platii de catre cursant si aducerea dovezii ca a participat la curs (foaie de prezenta) efectuandu-se plata retributiei de catre spital pe respectiva perioada in conditiile legii.

Anual se vor efectua evaluari ale performantelor salariatilor.

#### **Sarcini:**

1. Elaborarea de chestionare pentru aprecierea performantelor salariatilor. Termen 15 noiembrie 2011. Raspunde Ec Mocan Dorina;
2. Evaluarea performantelor salariatilor. Termen 1 decembrie 2011. Raspunde Ec Mocan Dorina. Pentru implementare va colabora cu sefii de sectii, compartimente, servicii, laboratoare, director medical si director financiar contabil;
3. Se va intocmi la 30 de zile dupa aprobarea bugetului de venituri si cheltuieli planul de pregatire profesionala, in conditiile in care vor putea fi prevazute sume la acest capitol. Raspunde: Director medical si ec Mocan Dorina:

4. Se va constitui in unitate Comisia privind pregatirea profesionala a salariatilor. Termen: 15 noiembrie 2011. Raspunde: managerul unitatii;

**Verifica:** grupul de lucru pentru monitorizarea, coordonarea si indrumarea metodologica privind elaborarea si dezvoltarea sistemelor de control managerial intern.

#### **Standard 4. Functii sensibile**

Se va intocmi lista cu functii sensibile in unitate si salariatii care ocupa aceste functii. Se apreciaza de catre manager, ca in Spitalul Orasenesc Huedin ar putea exista urmatoarele functii sensibile:

- a. presedinte comisia de disciplina,
- b. presedinte comisia medicamentului,
- c. presedintele comisiei etice.

Conform Ord. 946/2005, acesti salariatii trebuie rotati din aceste functii la un interval de 5 ani.

**Sarcini:**

1. Elaborarea unei liste complete cu propuneri noi de functii sensibile in unitate , daca se identifica, precum si numele angajatilor pe functiile respective. Termen 15 ianuarie 2012. Raspunde: Ec Mudure Marcela;

**Verifica:** grupul de lucru pentru monitorizarea, coordonarea si indrumarea metodologica privind elaborarea si dezvoltarea sistemelor de control managerial intern.

#### **Standard 5. Delegarea**

Pentru delegarea de competenta, trebuie sa se emita un act intern de delegare. Delegarea de competenta nu exonereaza pe manager de responsabilitate. Asumarea responsabilitatii de catre salariatul delegat, se confirma prin semnatura.

In cazul delegarii de atributiuni, acestea trebuiesc precizate in fisa postului, stabilindu-se limitele competentelor incredintate spre delegare.

Delegarea se aplica la toate nivelurile dupa aceleasi reguli.

**Sarcini:**

1. Orice delegari de atributiuni efectuate, se vor nota in prezinta aplicarii in fisa postului. Termen – permanent. Responsabili: comitet director, toti sefii de sectii si coordonatori de compartimente, sefi de servicii, laboratoare, birouri, cabinete, tehnic, etc.

**Verifica:** grupul de lucru pentru monitorizarea, coordonarea si indrumarea metodologica privind elaborarea si dezvoltarea sistemelor de control managerial intern.

## **Standard 6. Structura organizatorica**

Modificarea structurii organizatorice a Spitalului Orasenesc Huedin se aproba de catre Consiliul de Administratie al Spitalului Orasenesc Huedin, apoi de catre Consiliul Local al Orasului Huedin si se vizeaza de catre Ministerul Sanatatii.

Modificarea structurii organizatorice se efectueaza in urma unui referat justificativ, documentat, pertinent.

Sarcini:

1. Orice modificare in structura organizatorica a spitalului se aduce la cunostinta salariatilor prin cai specific de comunicare (raport de garda, sedinte pe sectii ale comitetului director, sedinte de sectie cu comunicari din partea sefilor de sectii si compartimente, inscrisuri, note interne, etc.). Termen – permanent. Raspunde: Comitetul Director si ec. Mocan Dorina.

**Verifica:** grupul de lucru pentru monitorizarea, coordonarea si indrumarea metodologica privind elaborarea si dezvoltarea sistemelor de control managerial intern.

**b. " Performante si managementul riscurilor" – este un sistem care urmareste:**

1. analizarea principalelor riscuri identificabile in ceea ce priveste obiectivele spitalului;
2. asigurarea existentei de proceduri de gestionare a acestor riscuri.

**Acest sistem este cuprins in standardele 7 – 11 si 15.**

## **Standard 7. Obiective**

Obiectivul principal al Spitalului Orasenesc Huedin este furnizarea de servicii medicale de calitate superioara in conditiile efectuarii de cheltuieli judicioase, eficient economic si eficace.

Fiecare sectie/ compartiment/ laborator/ cabinet/ etc, are obligatia de a face propuneri de buget de venituri si cheltuieli propriu tinand seama de specificul patologiei, necesarului si efectivului de personal, medicatie si materiale sanitare, toate acestea sub semnatura medicului sef de sectie, coordonator de compartiment, laborator, cabinet de ambulator, etc. Obiectivele se stabilesc la final de an pentru anul viitor.

Criteriile de stabilire a proiectului de buget de venituri si cheltuieli propriu trebuie sa fie:

- a. Precise
- b. Masurabile
- c. Verificabile

- d. Necesare
- e. Realiste
- f. Cu termen de realizare

**Sarcini:**

1 Elaborarea proiectului de buget de venituri si cheltuieli al sectiei/ compartimentului/ laboratorului/cabinetului. Termen 1 noiembrie 2011. Responsabili: sefi tuturor sectiilor, compartimentelor, laboratoarelor, cabinetelor.

2. Negocierea proiectului de BVC cu comitetul director. Termen – 1nov 2011- 15 nov 2011. Responsabil: director financiar contabil ec. Flore Luminita Teodora.

**Verifica:** grupul de lucru pentru monitorizarea, coordonarea si indrumarea metodologica privind elaborarea si dezvoltarea sistemelor de control managerial intern.

**Standard 8. Planificarea**

Pentru realizarea obiectivelor propuse se efectueaza planuri de alocare a resurselor, pentru a minimaliza riscul de a nu realiza obiectivele.

Principalele planuri elaborate de unitate sunt:

- a. Buget final de venituri si cheltuieli al unitatii (tinand seama de contractul cu CJAS),
- b. Bugetul final de venituri si cheltuieli al sectiilor/ compartimentelor/ cabinetelor, laboratoarelor, etc, (tinand seama de contractu
- c. I cu CJAS),
- d. Listele de investitii,
- e. Planul anual al achizitiilor publice,
- f. Statul de functii,
- g. Numar de externari DRG / an, luna, (sectii, compartimente) – contractate,
- h. Numar de externari - spitalizare de zi / spital, sectii/ camera de garda/ total/ lunar-contractate,
- i. Numarul de zile de spitalizare de lunga durata – contractate.

**Termen:** la inceputul fiecarui exercitiu financiar si pe masura aprobarii contractelor/ actelor aditionale privind indicatorii fizici contractati cu CJAS Cluj si DSP Cluj.

**Raspund:** director finaciar contabil (ec. Flore Teodora Luminita), birou achizitii publice (ec. Farcane Adriana), sef birou contabilitate (ec. Gabor Silvia), serviciul statistica (statistician Bara Mariana), director medical (Dr. Stefan Diana Mihaela), Manager (Dr. Costin Viorica Adriana).

**Verifica:** grupul de lucru pentru monitorizarea, coordonarea si indrumarea metodologica privind elaborarea si dezvoltarea sistemelor de control managerial intern.

### **Standard 9. Coordonarea**

Pentru atingerea obiectivelor, deciziilor si actiunilor sectiilor/ compartimentelor/ laboratoarelor/ cabinetelor de ambulator, etc, acestea trebuie sa fie coordonate, in scopul asigurarii convergentei si coerentei acestora.

Coordonarea impune consultari prealabile, stabilirea de protocoale de colaborare intre sectii si compartimente si cabinete de ambulator/ laboratoare, etc – *colaborare intre structurile interne.*

Se impune de asemenea colaborare cu structuri externe – spitale, laboratoare, societati non guvernamentate, scoli, forul coordonator (serviciul audit al Primariei), etc.

**Sarcini:**

1. Stabilirea de protocoale de colaborare interna. Raspund: director medical, sefii de sectii si compartimente, medici din ambulator. Termen 1 niembrie 2011
2. Stabilirea de protocoale de colaborare externa. Raspunde: comitetul director. Termen: permanent.

**Verifica:** managerul si grupul de lucru pentru monitorizarea, coordonarea si indrumarea metodologica privind elaborarea si dezvoltarea sistemelor de control managerial intern.

### **Standard 10. Monitorizarea performantelor**

Comitetul director trebuie sa primeasca periodic informatii cu privire la activitatile desfasurate de fiecare sectie/ compartiment/ laborator/ cabinet de ambulator.

Informatiile se prezinta sub forma de indicatori cantitativi si calitativi relevanti, inclusiv indicatori economici si de eficienta.

Informatiile primite se evalueaza si in conditiile aparitiei de abateri se stabilesc masuri corective dupa aprecierea cauzelor.

**Sarcini:**

1. Zilnic, biroul statistica prezinta la raportul de garda, in format scris, numarul de externari DRG pe sectii si compartimente, numarul de foi de zi pe sectii, compartimente si camera de garda, precum si numarul de servicii medicale efectuate in cabinetele de ambulator de specialitate.

Termen – permanent. Raspunde: statistician Bara Mariana si Jakob Elisabeta

2. Se va efectua un raport lunar in jurul datei de 15 ale fiecarei luni – analiza economic-financiara pe sectii/ compartimente / laboratoare/ cabinet ambulator si toatal spital.

Termen – permanent. Raspunde – Director finaciar contabil (Ec Flore Teodora Luminita).

3. Saptamanal, in fiecare zi de luni, se va prezenta managerului ICM-ul sectiei/ compartimentului, raportat la cazurile externate pana la acea data.

Termen- permanent. Raspund: Asistentii sefi de sectii si compartimente.

**Verifica** : managerul spitalului

### **Standard 11. Managementul riscului**

Pentru fiecare obiectiv stabilit la nivelul sectiilor/ compartimentelor/ serviciilor, etc este necesar sa se stabileasca riscurile ce ar putea crea disfunctionalitati in realizarea obiectivelor.

In general, conceptul de risc, se refera la:

- Folosirea incorecta a resurselor financiare, umane, materiale si tehnice,
- Neexecutarea corecta si eficienta a unor decizii bugetare,
- Frauda si eroarea,
- Neproducerea/ neprocesarea si necomunicarea unor informatii privind administrarea bunurilor material si banesti,
- Riscuri legate de natura datelor supuse contabilizarii.

#### **Sarcini**

1. Identificarea si evaluarea principalelor riscuri, proprii activitatii fiecarei sectii, compartiment, laborator, cabinet ambulator. Raspund : medicii sefi de sectii, medicii coordonatori de compartimente, laboratoare, medicii din cabinete de ambulator.

Prezentarea la managerul spitalului, in format electronic si pe suport de hartie a situatiei riscurilor in sectii, compartimente, laboratoare, cabinet de ambulator. Termen 15 ianuarie 2012. Raspund: toti sefi de sectii, compartimente, laboratoare si toti medicii din ambulator.

2. Stabilirea masurilor de gestionare a riscurilor identificate si evaluate – raport scris si in format electronic. Termen 20 ianuarie 2012. Raspunde: Director financiar contabil si managerul unitatii
3. Solicitarea scrisa la Primaria Orasului Huedin si la Consiliul Local Huedin a unui control de audit extern efectuat de catre auditul primariei, intrucat in structura aprobata pntu spitale sub 200 paturi nu figureaza compartiment de audit intern. Termen 10 decembrie 2011. Raspunde: Director finaciar contabil (ec. Flore Teodora Luminita)

**Verifica:** managerul si grupul de lucru pentru monitorizarea, coordonarea si indrumarea metodologica privind elaborarea si dezvoltarea sistemelor de control managerial intern.

c. "Informarea si comunicarea", grupeaza probleme care tin de crearea unui sistem informational adecvat si un sistem de rapoarte privind executia planului de management, a bugetului, a utilizarii resurselor, semnalarea abaterilor. Se refera de asemenea la probleme legate de conservarea si arhivarea documentelor. (standard 12, 13, 14, 16)

## Standard 12. Informarea

Informatiile - continutul acestora, calitatea, frecventa acestora sunt variate in Spitalul Orasenesc Huedin.

Informatiile au caracter multidirectional:

- Manager/ comitet director – restul comitetului director si invers;
- Manager/ comitet director - sefi de sectii, compartimente, laboratoare, medici din ambulator si invers;
- Manager/ comitet director – intreg personalul medical superior si invers
- Manager/ comitet director – asistenti sefi si invers
- Manager/ comitet director – intreg personal mediu si invers
- Manager / comitet director - personal auxiliar si invers;
- Manager / comitet director – personal tessa si invers;
- Manager / comitet director – intreg personalul

### Sarcini:

1. In fiecare prima zi de joi din luna sedinta cu asistentii sefi de sectii , compartimente, reprezentanti laboratoare si ambulator, etc. Termen – permanent. Raspunde: managerul.
2. Raportul de garda – moment zilnic de prezentare a informatiilor catre toti medicii angajati cu sarcini pentru sefi de sectii si compartimente, laboratoare, si cei din ambulator de a propaga informatiile angajatilor. Temen – permanent Raspunde: managerul, directorul medical.
3. Sedinte la solicitarea comitetului director pe sectii, compartimente, servicii, laboratoare, ambulator. Termen atunci cand se impune, permanent. Raspunde: comitetul director.
4. Sedinte de sectii organizate la solicitarea sefului de sectie, compartiment, etc. Termen – cel putin trimestrial. Raspund: sefi de sectii.
5. Note interne / Decizii/ Dispozitii – emise la nevoie. Termen – permanent. Raspunde: Comitetul director.
6. Note explicative la solicitare. Termen – permanent. Raspunde: Comitetul director.
7. Note telefonice la solicitarea Comitetului Director – Termen – permanent. Raspund: Comitetul Director, telefonistele.
8. *In cazul in care orice angajat al Spitalului Orasenesc Huedin doreste sa faca noi propuneri – se pot face in scris, la secretariatul unitatii, cu mentiunea: "In atentia comitetului director". Termen – permanent . Raspund: toti angajatii.*

**Verifica:** grupul de lucru pentru monitorizarea, coordonarea si indrumarea metodologica privind elaborarea si dezvoltarea sistemelor de control managerial intern.

### **Standard 13. Comunicarea**

Comunicarea in general, fie ca ne referim la cea interna sau la cea externa, trebuie sa asigure o difuzare rapida, fluenta si precisa a informatiilor, de asa maniera incat sa ajunga in varianta completa, corecta si la timp la utilizatori.

Comunicarea se suprapune in mare masura cu sistemul de transmitere a informatiilor deja prezentat, atat in forma orala cat si in cea scrisa pentru sistemul intern de comunicare (vezi standard 12).

Comunicarea externa pretinde persoane abilitate sa o faca. In acest sens, s-a dat o decizie „Decizia nr. 117/04.05.2011 – Responsabili cu politica externa a unitatii”

**Sarcini:**

1. Respectarea regulilor de comunicare verbala si scrisa, a cailor de transmitere a informariilor, conform normelor de deontologie profesionala si morala. Termen – permanent. Raspund: toti angajatii.
2. Neacceptarea comunicarii cu mass media decat in conditiile abilitarii de catre managerul unitatii. Raspund: managerul spitalului. Termen – permanent.

**Verifica:** grupul de lucru pentru monitorizarea, coordonarea si indrumarea metodologica privind elaborarea si dezvoltarea sistemelor de control managerial intern.

### **Standard 14. Corespondenta si arhivarea**

Spitalul organizeaza primirea, inregistrarea, arhivarea corespondentei, asa incat sistemul sa fie accesibil managerului, angajatilor si tertilor interesati cu abilitare in domeniu.

Orice act de corespondenta este notat cu numar de inregistrare in Registrul intrari/ iesiri de la secretariat, oferit spre analiza managerului, care dirijeaza actele functie de situatie, notandu-se in registrul persoana/ serviciul unde a fost dirijat (cu numar de iesire).

In conformitate cu Legea 182/2002, privind informatiile clasificate si neclasificabile, domeniu neglijat din anul 2009 la Spitalul Orasenesc Huedin, printr-o adresa oficiala adresata Serviciului Roman de Informatii se va solicita sprijin de specialitate pentru a pune la punct acest domeniu de activitate. Termen Octombrie 2011. Raspunde: Comitetul director.

Arhivarea documentelor se va efectua de catre arhivarul unitatii, respectand circuitul si specificitatea documentelor. Termen- permanent.

**Verifica:** grupul de lucru pentru monitorizarea, coordonarea si indrumarea metodologica privind elaborarea si dezvoltarea sistemelor de control managerial intern.

### **Standard 15. Ipoteze, reevaluari**

Fixarea unor obiective impune elaborarea de ipoteze teoretice, acceptate constient, prin consens.

Indeplinirea obiectivelor se apreciaza prin evaluari periodice, minim anual sau la nevoie.

Reevaluarile anuale se desfasoara la toate nivelurile de management (spital, sectii, compartimente, etc). Termen - permanent. Raspund: comitetul director, sefi de sectii si compartimente.

### **Standard 16. Semnalizarea neregularitatilor**

Orice salariat, in afara comunicarii pe care le realizeaza in legatura cu obiectivele fata de care sunt responsabili, au posibilitatea si obligatia de a semnala unele neregularitati despre care au aflat, fara ca aceste semnalari sa atraga un tratament inechitabil sau discriminatoriu.

Semnalarea neregularitatilor se face catre seful ierarhic superior, care are sarcina de a lua masurile care se impun pentru rezolvarea problemelor semnalate si a informa conducerea spitalului.

Acest standard se bazeaza pe faptul ca toti salariatii exercita diverse nivele de management si au aceleasi obiective:

1. De a realiza servicii de buna calitate, cu costuri minime, in folosul pacientilor si al salariatilor,
2. De a-si pastra locurile de munca.

Angajatii au sarcina ca in cazul in care identifica dovezi despre posibile fraude, coruptie sau orice activitate care aduce prejudiciu de imagine spitalului minora sau majora si care evident depasesc nivelul de management propriu sau chiar la propriul nivel descoperite, sa le aduca la cunostinta organelor abilitate ale statului.

Angajatii acestia nu pot fi sanctionati in nici un fel si nici recompensati de catre comitetul director sau alti sefi ierarhici.

Aceste actiuni sunt privite ca exercitarea unei indatoriri profesionale.

Sarcini:

1. Inscrierea acestei sarcini de serviciu in fisa postului fiecarui salariat.

Raspunde: Ec Mudure Marcela

Termen 1 decembrie 2011.

**Verifica:** grupul de lucru pentru monitorizarea, coordonarea si indrumarea metodologica privind elaborarea si dezvoltarea sistemelor de control managerial intern.

d. " Activitati de control " reprezinta activitati corespunzatoare de control pentru fiecare proces, activitati concepute pentru a reduce riscurile susceptibile, pentru a nu impieta asupra realizarii obiectivelor spitalului. (standardele 17 – 23).

### Standard 17. Proceduri

Procedurile reprezinta detalierea pasilor urmati de catre fiecare angajat al institutiei, pentru realizarea obiectivelor generale si specifice ale fiecarei sectii, compartiment, serviciu, laborator, cabinet de ambulator, birou din cadrul spitalului. In special, procedurile se refera la operatiuni care se efectueaza in fiecare din aceste sectoare de activitate.

Procedurile trebuie sa fie:

- scrise, respectiv formalizate,
- simple si specifice,
- actualizate in mod permanent, in functie de evolutia reglementarilor in materie,
- aduse la cunostinta executantilor si a persoanelor cu atributiuni de verificare, avizare si aprobare.

In general, in cadrul Spitalului Orasenesc Huedin, s-au elaborat procedurile principale, aplicabile fiecarui sector de activitate.

Urmeaza sa se realize urmatoarele activitati:

1. Inventarierea procedurilor deja elaborate pe toate sectoarele de activitate .

1. La sedinta cu toate sectiile/ compartimentele/ laboratoarele/reprezentanti servicii, etc. din 17 10 2011 ora 12, fiecare sector de activitate va prezenta lista cu proceduri elaborate , lista cu proceduri verificate si lista cu proceduri avizate si aprobate. Raspund: asistentii sefi, asistentii coordonatori, sefi de birou si servicii, reprezentanti ambulator, asistent igiena Radu Tripon.

2. Actualizarea procedurilor deja elaborate in functie de modificari legislative sau organizatorice survenite. Termen – permanent. Raspund: medicii sefi de sectii / compartimente/ cabinete ambulator / sefi birouri, servicii/ laboratoare, etc.

Termen 5 ianuarie 2012. Raspund: sefi de sectii, compartimente, sefi servicii, laboratoare, medicii din ambulator, asistentii sefi si coordonatori, asistentii din ambulator.

3. Stabilirea in cadrul sedintei din 17 octombrie 2011 a procedurilor care urmeaza a fi elaborate, persoanele care au sarcini precise, termenul de verificare si aprobare.

4. Finalizarea elaborarii procedurilor identificate – 1 martie 2012.

Raspunde:grupul de lucru pentru elaborarea procedurilor operationale.

**Verifica:** grupul de lucru pentru monitorizarea, coordonarea si indrumarea metodologica privind elaborarea si dezvoltarea sistemelor de control managerial intern.

## **Standard 18. Separarea atributiilor**

Elementele operationale si finaciare ale fiecarei actiuni sunt efectuate de persoane independente una fata de cealalta, respectiv functiile de initiere si cea de verificare trebuie sa fie separate.

Scopul acestei separari a atributiilor este de a reduce riscul de eroare, frauda, incalcare a legislatiei, precum si riscul de a nu se putea detecta aceste probleme. Prin separarea atributiilor si responsabilitatilor se creaza conditiile ca nici o persoana sau compartiment sa nu poata controla toate etapele importante ale unei operatiuni sau ale unui eveniment. In acest sens, potrivit legii 500/ 2002 privind finantele publice, angajarea, lichidarea si ordonantarea cheltuielilor se aproba de catre ordonatorul de credite, iar plata acestora se efectueaza de catre contabil.

In unitatea noastra, operatiunile privind angajarea, lichidarea si ordonantarea cheltuielilor sunt aprobate de manager, iar plata cheltuielilor se aproba de catre persoana din compartimentul financiar contabil conform deciziei privind angajarea, ordonantarea, lichidarea si plata cheltuielilor nr 143/2009.

De asemenea, potrivit Ordonantei nr. 119/ 1999, privind controlul intern si controlul financiar preventiv, " persoana care exercita controlul financiar preventiv propriu nu trebuie sa fie implicata, prin sarcinile de serviciu, in efectuarea operatiunii supuse controlului financiar preventiv propriu ". Si aceasta cerinta se respecta in cadrul institutiei noastre.

## **Standard 19. Supravegherea**

In spitalul Orasenesc Huedin se asigura masuri de supraveghere a desfasurarii operatiunilor, pentru a ne asigura ca procedurile elaborate si aprobate sunt respectate de catre salariati in mod efectiv si continu.

Pentru urmarirea respectarii procedurilor, se folosesc urmatoarele forme de control:

- autocontrolul exercitat de catre fiecare salariat. Termen permanent
- controlul ierarhic exercitat de catre conducatorii fiecarui compartiment/ sectie/ serviciu/ laborator/ cabinet ambulator/ etc, membrii comitetului director. Termen permanent.

NB ! Se vor redacta bianual procese verbale de control la toate nivelurile.

**Verifica:** grupul de lucru pentru monitorizarea, coordonarea si indrumarea metodologica privind elaborarea si dezvoltarea sistemelor de control managerial intern.

## **Standard 20. Gestionarea abaterilor**

Pentru toate situatiile in care datorita unor circumstante deosebite, apar abateri fata de politicile sau procedurile stabilite, se intocmesc documente adecvate, aprobate la un nivel corespunzator, inainte de efectuarea operatiunilor.

Abaterile de la procedurile existente trebuie sa fie documentate si justificate si apoi prezentate spre aprobare.

Raspund: sefii de sectii/ servicii/ compartimente/ laboratoare/ cabinete ambulator, etc.  
Termen permanent.

**Verifica:** grupul de lucru pentru monitorizarea, coordonarea si indrumarea metodologica privind elaborarea si dezvoltarea sistemelor de control managerial intern.

### **Standard 21. Continuitatea activitatii**

Unitatea trebuie sa creeze conditiile necesare pentru ca activitatea acesteia sa poata continua in orice moment, in toate planurile, atat in asigurarea serviciilor medicale, dar si in cel economico - financiar cat si tehnic si administrativ.

In acest sens, se iau urmatoarele masuri:

1. in domeniul resurselor umane:

- planificarea concediilor de odihna
- pe cererea de plecare in concediu de odihna este trecuta persoana care indeplineste sarcinile de serviciu ale celei plecate
- pe perioada de concediu medical prelungit se pot dirija persoane de pe alte sectii/ compartimente
- pe perioada de concediu medical prelungit se pot efectua la nevoie angajari pe perioada determinate
- pentru personalul medical, prin graficul de prezenta se asigura continuitatea serviciilor, chiar cand unele persoane lipsesc din unitate pe diverse motive.

2. In domeniul administrativ si financiar contabil:

- pentru membrii comisiilor de receptie, fiecare titular are desemnat prin decizie interna un inlocuitor . In cazul in care acesta nu este nominalizat pentru anumite comisii , la data redactarii acestui document, Biroul Runos (ec. Mudure Marcela) are sarcina de a nominaliza membri supleanti.
- Pentru responsabilitatile privind angajarea, ordonantarea, lichidarea si plata cheltuielilor, este prevazuta prin decizie persoana care inlocuieste titularul de drept.

3. In domeniul tehnic:

- unitatea incheie contract de service pentru intretinerea echipamentelor din dotare, fiind inscise sarcini precise si cu termene scurte pentru remedierea defectiunilor.
- Pentru defectiuni neprevazute, care apar aleator, pot fi solicitati angajatii calificati ai spitalului (electricieni, fochisti, instalatori, tamplari, zugravi).

### **Standard 22. Strategii de control**

Se refera la toate formele de control efectuate cu scopul de a asigura desfasurarea activitatii spitalului in conditii de performanta, siguranta, eficienta si rentabilitate economica.

Se utilizeaza urmatoarele forme de control in cadrul institutiei:

- Autocontrolul
- Controlul realizat de conducatorii compartimentelor/ sectiilor/ serviciilor/ laboratoarelor/ cabinetelor de ambulator/ etc.
- Controlul financiar preventiv,
- Controlul exterior exercitat de forurile in drept: CJAS, DSP, Consiliul Local Huedin, Curtea de Conturi,
- Audit extern,
- Inventarierea patrimoniului este o forma de control asupra modului de pastrare si protejare a bunurilor si a fondurilor publice (anual).

**NB!** In unitatile sanitare cu sb 200 paturi nu este prevazut compartiment de audit intern.

**NB!** Autocontrolul si controlul ierarhic superior se realizeaza permanent. Aceste sarcini sunt incluse in fisa postului fiecarui angajat.

### **Standard 23. Accesul la resurse**

Unitatea a numit prin decizie interna persoanele care au calitatea de gestionar (pe care a constituit si garantii materiale in vederea acoperirii unor eventuale pagube).

Pana in trimestrul III 2011, nu exista o lista cu medicamente si materiale sanitare care pot fi prescrise doar cu avizul directorului medical, ci doar o contraparafare a condicilor de catre sefi de sectii.

Sarcini: Comisia medicamentului va elbora o lista cu medicatie care poate fi eliberata doar cu acordul diectorului medical, dupa prealabila consultare cu medicii sefi de sectii.

Termen: 18 octombrie 2011. Raspunde – comisia medicamentului:

Pentru protejarea resurselor informationale ale unitatii, fiecare sectie si compartiment, laborator, serviciu, are o parola proprie care-i permite accesarea doar a datelor legate de activitatea sa, fara a avea acces la toate informatiile unitatii.

Pentru activitatea de parolare si perfectionare a sistemului informatic raspunde Csucs Szabolcs.

e. " Auditarea si evaluarea " sau " monitorizarea ", consta intr-o supraveghere permanenta a dispozitivului de control intern, precum si o examinare a functionarii sale, in scopul asigurarii continuitatii procesului de perfectionare a acestuia (standardele 24, 25)

## **Standard 24. Verificarea si evaluarea controlului**

Managerul efectueaza:

1. controale inopinate cu diverse obiective
2. controale programate avand tematica prestabilita, functie de standardele de control managerial intern.

Programarea controalelor si a tematicii pentru anul 2012.

Ianuarie 2012 – Fisele postului angajatilor (prin sondaj)

Februarie 2012- Stadiul elaborarii procedurilor

Martie 2012 – Respectarea modalitatii de eliberare a medicamentelor cu avizul directorului medical

Aprilie 2012 – Identificarea si evaluarea principalelor riscuri, proprii activitati fiecarei sectii, compartiment, laborator, cabinet ambulator (prin sondaj)

Mai 2012 – Existenta si respectarea protocoalelor de colaborare interna.

Iunie 2012 – Existenta analizelor financiare pe sectii/ compartimente.

Iulie 2012 – Existenta contractelor de service pentru aparatura medicala si alte echipamente din dotare

August 2012 – Existenta si functionarea sistemului informatic d.p.d.v. al pastrarii secretului de serviciu

Septembrie 2012 – Respectarea standardelor de igiena in spital.

Octombrie 2012 – Existenta analizelor privind gradul de satisfactie al pacientilor

Noiembrie 2012 – Respectarea circuitelor functionale si procese verbale de control epidemiologic

Decembrie 2012 – Respectarea normelor de comunicare cadru medical – pacient si a indicatiilor la externare prezentate pacientilor.

## **Standard 25. Audit intern**

Tinand cont de faptul ca in spitalele sub 200 de paturi nu exista compartiment de audit intern, Spitalul Orasenesc Huedin va solicita in anul 2012 Consiliului Local Huedin (forul ierarhic superior si Ordonatorul principal de credite) , un audit extern.

Raspunde; comitetul director.

**Grup de lucru:**

1. Dr. Ponta Daniela
2. Dr. Moisiuc Paul
3. As. Gligan Cristina
4. Ec. Hurgoi Ionela
5. Ec Totelecan Ildiko
6. Subinginer Moldovan Ioan
7. Ec. Trif Felicia
8. Ec. Buzea Tamara
9. Statistician Bara Mariana
10. Informatician Czucza Szabolcs

Manager,

Dr. Costin Viorica Adriana

