



ADMINISTRAȚIA SPITALELOR ȘI A SERVICIILOR MEDICALE BUCUREȘTI

SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECȚIOASE ȘI TROPICALE

„DR. VICTOR BABEŞ”

Șos. Mihai Bravu nr. 281, sector 3 Tel: 021.317.27.27, 021.317.27.28

Fax: 021.317.27.21

web site: www.spitalulbabes.ro; e-mail: office@spitalulbabes.ro

CUI: 4266049



SPITALUL CLINIC „Dr. V. BABEŞ”

BUCUREŞTI

ŞOS MIHAI BRAVU Nr. 281

Nr. 20757

Ziua.....09 Luna.....11.....20.....18.....

**PROGRAMUL
DE DEZVOLTARE ȘI MONITORIZARE A
SISTEMULUI DE CONTROL INTERN
MANAGERIAL
al
Spitalului Clinic de Boli Infectioase și
Tropicale
Dr. Victor Babeş**

2018

1. PREMISE CONCEPTUALE

În vederea aplicării prevederilor Ordinului nr 600/2018 pentru aprobarea Codului controlului intern managerial, s-a constituit o structură internă cu atribuții în monitorizarea, coordonarea și îndrumarea metodologică cu privire la sistemul propriu de control managerial care, va fi actualizată ori de câte ori este nevoie.

Controlul este privit ca o funcție managerială și nu ca o operațiune de verificare iar prin funcția de control, managementul constată abaterile rezultatelor de la obiective, analizează cauzele care le-au determinat și dispune măsurile corrective sau preventive ce se impun.

Controlul este prezent pe toate palierele spitalului și se manifestă sub forma autocontrolului, controlului în lanț și a controlului ierarhic.

2. SCOPUL PROGRAMULUI

- Monitorizarea și dezvoltarea permanentă a aplicării standardelor de control intern managerial (cuprinse în Codul Controlului Intern, aprobat prin Ordinul 600/2018, privind aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice) în cadrul Spitalului de Boli Infecțioase „Dr. Victor Babeș”;
- Elaborarea/revizia procedurilor formalizate pe activități, în acord cu specificul instituției.

3. OBIECTIVELE GENERALE ALE PROGRAMULUI DE DEZVOLTARE/

MONITORIZARE A SISTEMULUI DE CONTROL MANAGERIAL la nivelul spitalului sunt :

- Realizarea atribuțiilor stabilite în concordanță cu misiunea spitalului, în condiții de regularitate, eficacitate, economicitate și eficiență;
- Protejarea fondurilor spitalului împotriva pierderilor datorate erorii, abuzului sau fraudei;
- Respectarea prevederilor legale și a altor cerințe aplicabile spitalului, a regulaamentelor 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 adecvată prin rapoarte periodice.

4. OBIECTIVELE SPECIFICE ALE PROGRAMULUI DE DEZVOLTARE A SISTEMULUI DE CONTROL MANAGERIAL la nivelul spitalului sunt:

- 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 exclusive de persoane special împuternicate în acest sens;
- Separarea atribuțiilor privind efectuarea de operațiuni între persoane, astfel încât atribuțiile de aprobare, control și înregistrare să fie încredințate unor persoane diferite;
- Asigurarea unei conduceri competente la toate nivelurile; accesarea resurselor și documentelor numai de către persoane îndreptățite și responsabile în legătură cu utilizarea și păstrarea lor.

5. ABREVIERI UTILIZATE

- 5.1 Comisie** = Comisia de monitorizare,
- 5.2 PV** = Proces verbal
- 5.3 CD** = Comitet Director
- 5.4 RUNOS** = Resurse Umane, Normare, Organizare și Salarizare.

Fişa STANDARDULUI 1 – ETICA ȘI INTEGRITATEA

Conducerea și salariații entității publice cunosc și susțin valorile etice și valorile organizației, respectă și aplică reglementările cu privire la etică, integritate, evitarea conflictelor de interes, prevenirea și raportarea fraudelor, actelor de corupție și semnalarea neregulilor.

ACTIVITĂȚI ȘI DOCUMENTE NECESARE PENTRU DEZVOLTARE/MONITORIZARE

1. Revizuirea/actualizarea unui Codul etic (cod de conduită etică) din cadrul entității.

Codul etic stabilește reguli de comportament etic în realizarea atribuțiilor de serviciu, aplicabil atât personalului de conducere, cât și celui de execuție din cadrul entității, cum ar fi:

- practici acceptate sau care nu sunt acceptate în entitate (ex.: primirea de cadouri)
- conflicte de interes și incompatibilități (ex.: încheierea de contracte în dublă calitate director și furnizor sau cu rude)
- standarde etice și de comportament acceptate (cod de conduită achiziții)
- obligații stabilite prin lege sau doar la nivelul entității. Ex.: depunerea declarației de avere, a declarației privind prevenirea conflictului de interes.

Codul etic stabilește reguli de comportament etic în realizarea atribuțiilor de serviciu, aplicabil atât personalului de conducere, cât și celu de execuție din cadrul entității, cum ar fi (continuare):

- utilizarea email-ului, internetului și altor facilități doar pentru îndeplinirea atribuțiilor de serviciu;
- utilizarea resurselor entității, echipamentelor și altor active pentru îndeplinirea atribuțiilor (nu în scopuri personale)
- activitatea politică (interzicere sprijinire candidați, distribuire de însemne inscripționate)
- utilizarea imaginii instituției în scopuri comerciale (încheierea unui contract de colaborare)
- loialitate față de instituție (instruirea unui terț împotriva intereselor entității)

Observații:

- codul etic trebuie aprobat de conducătorul entității, care trebuie să dea tonul în respectarea lui
- codul etic trebuie să includă prevederi pentru toate categoriile de personal specifice entității în cauză, în raport cu atribuțiile desfășurate
- în afară de prevederile codului etic, anumite categorii de angajați trebuie să respecte coduri de etică specifice atribuțiilor desfășurate. de exemplu, auditorii interni sau personalul din structura de achiziții

2. Comunicarea periodică a codului etic personalului entității:

- la angajare, fiecare persoană trebuie să studieze codul etic
- trebuie să semneze un document de luare la cunoștință a prevederilor codului etic care se anexează în dosarul personal
- testarea periodică cu privire la prevederile codului etic (eventual)

- periodic (cel puțin anual), ar trebui prelucrate prevederile codului etic tuturor angajaților, la care să participe conducerea entității pentru a sublinia importanța respectării valorilor etice în organizație;

3. Furnizarea de consiliere etică angajaților. Aceștia cunosc:

- ce comportamente sunt acceptate în entitate
- ce comportamente sunt inacceptabile și vor fi sancționate
- cum să procedeze dacă sesizează un comportament inacceptabil
- în caz de incertitudine cu privire la modul în care trebuie să se comporte astfel încât să respecte valorile etice ale entității, angajatul trebuie să cunoască de unde poate obține sprijin și consiliere etică
- se poate stabili prin cumul sau distinct, un consilier pe linie de etică/ofițer de etică (la funcționari publici este obligatoriu)
- trebuie stabilite prin fișa postului atribuției privind consilierea etică a angajaților.

4. Stabilirea unui canal de comunicare privind aspectele de etică:

- discuțiile și comunicările pe linie de etică trebuie să fie deschise și încurajate de către conducerea entității
- angajații trebuie să aibă libertatea și accesul neîngrădit în comunicarea aspectelor de etică.

5. Stabilirea unui sistem de monitorizare a respectării normelor de etică: se stabilesc responsabilități prin fișa postului pentru monitorizarea comportamentului angajaților;

6. Stabilirea de măsuri în consecință în cazul încălcării codului etic:

- pentru comportamentele care nu sunt acceptate în entitate, conflicte de interes și incompatibilități trebuie stabilite sancțiuni, proporțional cu gravitatea încălcării
- obligatoriu, orice încălcare a codului etic sau semnalare a unui comportament inacceptabil trebuie sancționată, pentru a preveni în viitor perpetuarea acesteia;

7. Comunicare și prelucrarea în întreaga entitate a cazurilor de încălcare a codului etic și a măsurilor întreprinse (acțiunilor disciplinare) pentru corectare: are dublu scop - o acțiune menită să pregătească personalul cu privire la prevederile codului etic dar și să descurajeze eventuale tendințe de încălcare a acestuia

8. Integritatea și etica să facă obiectul evaluării personalului.

9. Semnalarea neregulilor

Fişa STANDARDULUI 2 – ATRIBUȚII, FUNCȚII, SARCINI

Conducerea entității publice asigură întocmirea și actualizarea permanentă a documentului privind misiunea entității publice, a reglementelor interne și a fișelor posturilor, pe care le comunică angajaților.

PRINCIPALELE ACȚIUNI PENTRU DEZVOLTARE/MONITORIZARE

Conducerea stabilește atribuțiile, funcțiile și sarcinile necesare îndeplinirii misiunii și obiectivelor entității. Trebuie elaborate și actualizate ROF și ROI și fișele postului. Se recomandă ca procesul de actualizare să aibă loc cel puțin anual.

1. Aducerea la cunoștința personalului a documentelor actualizate privind misiunea entității, reglementele interne și fișele posturilor, documentată prin procese verbale cu semnături.
2. „Inventarierea” tuturor activităților și operațiunilor desfășurate de angajați și eliminarea paralelismelor și incertitudinii, precum și completarea fișei posturilor cu operațiunile sau activitățile pe care le execută salariații dar nu au fost înscrise în aceste documente. Salariații să nu execute sarcini care nu sunt menționate în fișa postului;
3. Stabilirea sarcinilor/atribuțiilor asociate posturilor în concordanță cu competențele decizionale necesare realizării acestora. Se urmărește existența cazurilor în care angajații primesc sarcini care depășesc posibilitatea acestora de a lua deciziile necesare pentru îndeplinirea lor.
4. Sarcinile sunt încredințate și rezultatele sunt comunicate numai în raportul manager – salariat – manager (șef – subaltern – șef). Fiecare manager/șef trebuie să primească feed-back cu privire la îndeplinirea sarcinilor stabilite angajaților;
5. Managerii trebuie să identifice sarcinile în realizarea cărora salariații pot fi expuși unor situații dificile și care influențează în mod negativ managementul entității;
6. Managerul trebuie să susțină salariatul în îndeplinirea sarcinilor sale.
7. **Se identifică funcțiile sensibile.** Pentru aceasta se întocmesc următoarele documente:
 - inventarul funcțiilor sensibile;
 - lista cu salariații care ocupă funcții sensibile;
 - planul de gestionare a funcțiilor sensibile.

Funcțiile sensibile - caracteristici

- capacitatea de a lua decizii importante privind entitatea sau de a le influența (exemplu: pozițiile de conducere ale entității, directorul de resurse umane, directorul finanțier-contabil etc.).
- accesul la informații confidențiale/clasificate sau sensibile. (Exemplu: un cercetător de valoare într-o entitate implicat în proiecte importante sau un analist care elaborează sinteze și rapoarte ce conțin informații sensibile; directorul/experții IT, ofițerul de securitate etc.).
- funcții implicate în alocarea și gestionarea resurselor (materiale și financiare).

- funcții care presupun deținerea unui monopol, drepturi exclusive în anumite servicii de interes general. De exemplu, o entitate publică care acordă autorizații de funcționare într-un domeniu.
- funcții legate de evaluarea unor active. Acestea se referă la stabilirea anumitor prețuri de referință, a unor valori de pornire a unei licitații etc.
- funcții care vizează anumite evaluări. Exemple în acest sens sunt cele care au ca atribuții organizarea de concursuri pentru ocuparea unor posturi, evaluări ale unor persoane sau instituții, acordări de calificative etc.
- funcții (angajații) fără de care entitatea nu poate funcționa sau care pot determina perturbarea serioasă a activităților în caz de plecarea acestora. De exemplu, existența în cadrul entității a unei singure persoane care poate opera în programul informatic, fără de care entitatea nu poate funcționa
- funcții (angajații) care interacționează în mod frecvent cu terțe părți. Un exemplu în acest sens îl reprezintă angajații din compartimentele specializate de achiziții publice care atribuie și derulează contracte de valori foarte mari, cei care efectuează plăți etc.

Fișa STANDARDULUI 3 – COMPETENȚA, PERFORMANCE

Conducătorul entității publice asigură ocuparea posturilor de către persoane competente, cărora le încredințează sarcini potrivit competențelor, și asigură condiții pentru îmbunătățirea pregătirii profesionale a angajaților.

Performanțele profesionale individuale ale angajaților sunt evaluate anual în raport cu obiectivele postului.

PRINCIPALELE ACȚIUNI PENTRU MONITORIZARE/DEZVOLTARE

1. Formalizarea în scris a aspectelor principale privind managementul resurselor umane (aspectele privind angajarea personalului, mobilitatea, promovarea în carieră, pregătirea profesională, evaluarea performanțelor etc. să fie procedurate și comunicate angajaților).
2. Analizarea și stabilirea de către conducere a cunoștințelor și aptitudinilor/deprinderilor necesare pentru îndeplinirea sarcinilor/ atribuțiilor asociate fiecărui post.
3. Stabilirea și aplicarea unei proceduri pentru recrutarea/angajarea personalului (ocuparea posturilor trebuie să se facă prin concurs, iar procesul de recrutare trebuie să presupună obiectivitate în aprecierea candidaților; se va evita crearea postului pentru angajat).
4. Promovarea personalului pe principiul „meritocrației”, prin luarea în considerare a performanțelor acestuia. Se recomandă ca promovarea să se realizeze prin concurs, în baza unei proceduri prestabilite.
5. Identificarea nevoilor de pregătire profesională a personalului. În acest sens, se face o analiză a diferenței între nivelul competențelor și abilităților necesar îndeplinirii sarcinilor și cel existent la angajați.
6. Elaborarea și realizarea unui program de pregătire profesională conform nevoilor de perfecționare ale angajaților.
7. Stabilirea standardelor de performanță pentru personalul entității. (trebuie să fie realizabile)
8. Stabilirea și aplicarea unei proceduri pentru evaluarea personalului. Se recomandă evaluarea performanțelor și competenței angajaților cel puțin anual, precum și discutarea rezultatelor obținute cu aceștia. Această evaluare trebuie realizată în scris. Trebuie luate măsuri pentru îmbunătățirea performanțelor angajaților care se situează sub standardele de performanță stabilite. De asemenea, trebuie încurajate persoanele a căror performanță depășește nivelul standardului stabilit prin recunoașterea meritelor, stimulente sau premii (nu neapărat materiale). Se recomandă, cel puțin anual, verificarea faptului că salariații dețin cunoștințele profesionale, competențele și abilitățile necesare îndeplinirii sarcinilor.

Fişa STANDARDULUI 4 – STRUCTURA ORGANIZATORICĂ

Conducătorul entității publice definește structura organizatorică, competențele, responsabilitățile, sarcinile, relațiile organizatorice și comunică salariaților documentele specifice ale structurii organizatorice.

Conducătorul entității publice stabilește, în scris, limitele competențelor și responsabilităților pe care le delegă, în conformitate cu cerințele legale.

PRINCIPALELE ACTIUNI PENTRU MONITORIZARE/DEZVOLTARE

1. Elaborarea și aprobarea structurii organizatorice în concordanță cu misiunea, obiectivele și atribuțiile entității.
2. Structura organizatorică să asigure stabilirea clară a responsabilităților în entitate pentru realizarea obiectivelor, atribuțiilor și sarcinilor.
3. Să existe un echilibru între personalul de conducere și cel de execuție.
4. Periodic să fie evaluată adecvarea structurii organizatorice în relație cu schimbările intervenite în domeniu.
5. Existenta unui număr optim de angajați și aceștia au timpul necesar pentru îndeplinirea sarcinilor
6. Structura organizatorică să asigure funcționarea circuitelor și fluxurilor informaționale necesare supravegherii și realizării activităților proprii.
7. Stabilirea atribuțiilor/competențelor ce pot fi delegate și elaborarea unei proceduri privind delegarea.

ETAPELE NECESARE EFECTUĂRII DELEGĂRII

1. Elaborarea și aplicarea unei (unor) politici sau proceduri operaționale privind delegările/subdelegările de competență. (modalitatea de realizare a delegărilor și subdelegărilor, responsabilități, praguri valorice, limite, transferul de autoritate în cazul unor absențe ale persoanelor delegate, sarcini care nu pot fi delegate etc.)
2. Efectuarea unei analize privind deținerea de către angajații împăterniciți/delegați a cunoștințelor, experienței și capacitații necesare îndeplinirii sarcinilor delegate.
3. Stabilirea, în cadrul actelor de delegare, a limitelor competențelor, atribuțiilor și responsabilităților care se delegă. (Delegarea de competență trebuie să fie clar definită și efectuată în scris. Specimenele de semnături și aprobările necesare în procesul de desfășurare a activității trebuie stabilite și comunicate personalului).
4. Comunicarea actelor de delegare persoanelor din entitate (pe bază de semnătură).
5. Monitorizarea de către management a rezultatelor obținute de persoanele împăternicate ca urmare a delegărilor competențelor și responsabilităților către acestea.

6. Analizarea respectării principiului de delegare a responsabilității numai cu autoritatea necesară îndeplinirii acesteia. Are în vedere ca autoritatea delegată unei persoane să fie recunoscută de către angajații din subordine.

FLUXUL ACTIVITĂȚILOR:

ETAPA 1 – Pregătirea delegării

Identificarea sarcinilor delegabile - Lista sarcinilor în vederea delegării

Nominalizarea persoanelor delegate – pe baza Listei sarcinilor în vederea delegării

Obținerea acordului de voință al persoanei delegate, pe bază de semnătură

Informarea colectivului din care face parte persoana delegată în legătură cu statutul dublu al acesteia

Informarea și obținerea acordului managerului/ șefului ierarhic superior celui care deleagă

ETAPA 2- Transmiterea în scris, către persoana delegată, atât sarcinile, competențele și responsabilitățile delegate, cât și a rezultatelor ce se așteaptă și a criteriilor de evaluare.

ETAPA 3 - Derularea efectivă a delegării, în sensul de exercitare a sarcinilor, competențelor și responsabilităților delegate.

Fişa STANDARDULUI 5 – OBIECTIVE

Conducerea entității publice definește obiectivele generale, legate de scopurile entității, de fiabilitatea informațiilor, conformitatea cu legile, regulamentele și politicile interne, precum și obiectivele specifice și le comunic, după caz, tuturor salariajilor și terților interesați.

Obiectivele entității publice trebuie formulate clar, de o manieră care să permită monitorizarea îndeplinirii lor și să fie actualizate ori de câte ori este necesar.

PRINCIPALELE ACTIUNI PENTRU MONITORIZARE/DEZVOLTARE

1. Stabilirea obiectivelor strategice și operationale

Procesul de stabilire a obiectivelor unei instituții este o parte din sistemul de planificare strategică, care trebuie implementat la nivelul fiecărei organizații publice sau private. Planificarea prin stabilirea de obiective implică termene care clasifică obiective:

- pe termen lung – peste 10 ani
- pe termen mediu – peste 5 ani
- pe termen scurt – sub 1 an

2. Definirea obiectivelor. Cerințele generale privind definirea obiectivelor sunt:

- Obiectivele generale să fie concordante cu misiunea instituției publice;
- Obiectivele generale să fie detaliate în obiective specifice și în rezultate așteptate pentru fiecare activitate;
- Obiectivele trebuie astfel definite încât să răspundă setului de condiționalități "S.M.A.R.T.;"
- Stabilirea obiectivelor reprezintă atributul managementului, iar responsabilitatea realizării acestora revine atât managementului, cât și angajaților;
- Pentru fiecare obiectiv trebuie definite rezultatele așteptate (țintele);
- Obiectivele stabilite și rezultatele așteptate trebuie comunicate angajaților și părților interesate (stakeholderi).

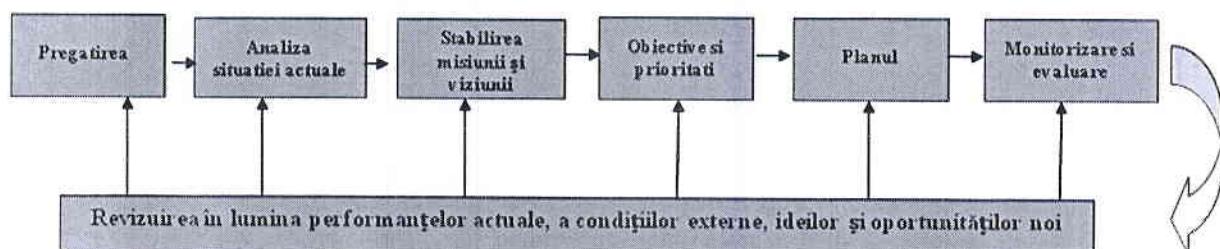
Fișă STANDARDULUI 6 – PLANIFICAREA

Conducerea entității publice întocmește planuri sau alte documente de planificare prin care se pun în concordanță activitățile necesare pentru atingerea tuturor obiectivelor cu resursele maxim posibil de alocate, se stabilesc termene de realizare și persoane responsabile, astfel încât riscurile susceptibile să afecteze realizarea obiectivelor entității să fie minime.

PRINCIPALELE ACTIUNI PENTRU MONITORIZARE/DEZVOLTARE

1. Elaborarea și aprobarea unui plan strategic/multianual (3-5 ani).
2. Întocmirea și aprobarea de planuri anuale care să realizeze corelația obiective-activități necesare pentru îndeplinire-resurse alocate.
3. Întocmirea și aprobarea de bugete/planuri financiare pentru realizarea obiectivelor și activităților planificate.
4. Comunicarea planurilor elaborate personalului responsabil pentru îndeplinirea lor.
5. Detalierea activităților din plan în sarcini alocate angajaților.
6. Modificarea resurselor trebuie să determine ajustarea corespunzătoare a obiectivelor sau rezultatelor așteptate și invers.

PROCESUL DE PLANIFICARE STRATEGICĂ



Planificarea înseamnă luarea unor decizii cu privire la:

- Ce acțiuni trebuie întreprinse
- În ce moment trebuie întreprinse aceste acțiuni
- Unde anume se acționează
- Cine trebuie să acționeze
- Care este modalitatea de acțiune
- Care sunt resursele cu care se acționează

Coordonarea activităților

1. Identificarea deciziilor și activităților necesare a fi coordonate.
2. Stabilirea măsurilor de coordonare a deciziilor și activităților compartimentului cu cele ale altor compartimente. De obicei, măsurile de coordonare ale compartimentelor sunt stabilite în cadrul ședințelor de lucru.
3. Realizarea, în cadrul compartimentului, a consultărilor prealabile în vederea coordonării activităților.

Asigurarea accesului la resurse

1. Stabilirea resurselor necesare îndeplinirii activităților de către cei în drept. În acest sens, pot fi elaborate norme de consum (de exemplu, norme de consum pentru birotică), praguri valorice aferente diferitelor activități, în funcție de specificul entității etc.
2. Emiterea, de către conducerea entității, a actelor administrative necesare prin care să se reglementeze accesul salariaților din compartiment la resursele materiale, financiare și informaționale necesare îndeplinirii sarcinilor și responsabilităților. Accesul la resurse reglementat prin aceste acte trebuie să aibă în vedere stabilirea unor praguri pe niveluri ierarhice sau de decizie.
3. Efectuarea periodică de verificări privind respectarea actelor care reglementează accesul la resurse. Astfel, în cadrul verificărilor efectuate de conducerea entității și auditul intern se va analiza respectarea normelor de acces aprobate de management.

Fișa STANDARUDLUI 7 – MONITORIZAREA PERFORMANȚELOR

Conducătorul entității publice dispune monitorizarea performanțelor pentru obiectivele și/sau activitățile compartimentelor, prin intermediul unor indicatori cantitativi și/sau calitativi relevanți, inclusiv cu privire la economicitate, eficiență și eficacitate.

PRINCIPALELE ACȚIUNI PENTRU MONITORIZARE/DEZVOLTARE

1. Definirea, pentru fiecare obiectiv, a unor indicatori cantitativi și calitativi relevanți de monitorizare a performanțelor.
2. Comunicarea indicatorilor de monitorizare a performanțelor stabiliți tuturor angajaților.
3. Stabilirea unui sistem funcțional de monitorizare și raportare a performanțelor.
4. Evaluarea periodică a performanțelor obținute, iar în cazul existenței unor abateri de la obiective să se dispună măsurile corective care se impugnă.
5. Analizarea de către management a impactului măsurilor corective asupra performanțelor și să decidă, dacă este cazul, ajustarea obiectivului.
6. Analizarea periodică a relevanței indicatorilor de monitorizare ai performanțelor.

Indicatorii de performanță

Indicatorul reprezintă o măsurare cantitativă, calitativă sau după alt criteriu prin care sunt evaluate performanțele unui proces, adesea prin comparare cu un standard sau obiectiv, agrat în prealabil. Definirea corectă a indicatorilor de performanță înseamnă evaluarea eficientă a strategiei unei instituții publice, deoarece permite:

- cunoașterea gradului de realizare al obiectivelor stabilite prin strategie;
- monitorizarea și evaluarea performanțelor fiecărui proces;
- analiza sistemului și proceselor din interiorul său după mai multe criterii/variabile, care pot fi ce pot fi combinate: cantitatea, calitatea, costul și timpul;

Indicatorii de performanță sunt utilizăți pentru a măsura progresul și realizările politicilor și a programelor. De obicei, aceștia măsoară progresul în calea atingerii obiectivelor și a scopurilor. Indicatorii de performanță sunt formulați în legătură directă cu obiectivul.

Indicatorii pot fi revizuiți și sunt eficienți din punct de vedere al costului. Indicatorii de performanță constau din două părți: o parte textuală și una valorică. Textul abordează un produs sau un rezultat care urmează a fi obținut prin realizarea obiectivului. Valorile indică ținta indicatorului și valorile reale. Acestea pot fi:

- (i) numerice (formate din date comparabile cronologic, adică valoarea numerică sau nivelul realizat ce urmează a fi realizat într-o perioadă de timp măsurabilă)
- (ii) logice (pot oferi un rezultat pozitiv/negativ).

Scopul utilizării indicatorilor de performanță:

- Evaluarea, la anumite momente de timp a stadiului îndeplinirii obiectivelor.
- Implementarea unui sistem de avertizare timpurie privind apariția unor probleme, care să permită luarea în timp util de măsuri corective.
- Creșterea responsabilității manageriale în entitățile publice prin stabilirea unor criterii obiective de evaluare a performanțelor activității.
- Efectuarea de comparații pentru a identifica oportunități de îmbunătățire a activităților.
- Promovarea îmbunătățirii activităților prin publicarea nivelurilor de performanță realizate de către entități etc.

Categorii de indicatori utilizați în practică:

Indicatorii de produs/serviciu

Indicatorii de produs măsoară cantitatea. Aceștia se referă la cantitatea de unități produse; care este volumul de lucru efectuat.

Indicatorii de eficiență

Cuantifică relația dintre produse (sau rezultate) și resurse, adică prezintă costul aferent produselor și rezultatelor, în termeni de bani sau ore lucrate per unitate. Aceștia pot, totodată, fi descriși ca producerea efectelor sau a rezultatelor dorite prin utilizarea minimă de timp, efort sau competențe.

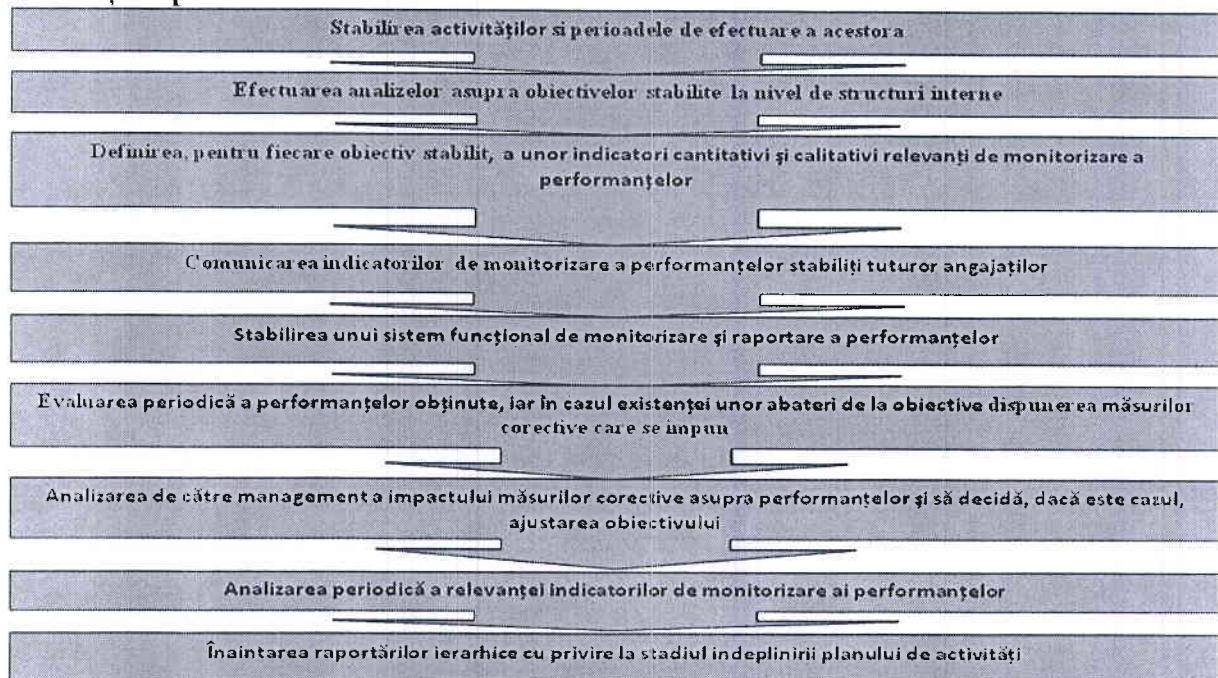
Indicatorii de rezultat

Indicatorii de rezultat reflectă nivelul realizării scopului și obiectivelor planului de activități și descriu calitatea implementării acestuia. Sunt de o importanță deosebită pentru analiza activităților și obiectivelor din cauza faptului că evaluează impactul și scot în evidență progresele înregistrate.

Caracteristicile indicatorilor de performanță

- **Consistență** - să asigure compararea în timp și pentru diferite entități cu aceeași activitate;
- **Claritatea** - indicatorii trebuie să fie simpli, bine definiți și ușor de înțeles;
- **Controlabilitatea** - performanța trebuie măsurată în domeniile care pot fi controlate de manageri. Practic pot fi mulți alți factori care influențează performanța și care nu se află sub controlul managementului;
- **Aria de cuprindere** - indicatorii trebuie să acopere toate aspectele importante ale activității. Totuși, folosirea excesivă de indicatori poate genera confuzii și conduce la disiparea analizelor;
- **Credibilitatea** - indicatorii definiți trebuie să fie acceptați ca fiind potriviti pentru măsurarea performanței și trebuie să se bazeze pe surse adecvate de informare.

Fluxul de monitorizare a performanțelor și a gradului de îndeplinire al obiectivelor și activităților planificate



Fişa STANDARDULUI 8 – MANAGEMENTUL RISCOLUI

Conducătorul entității publice organizează și implementează un proces de management al riscurilor care să faciliteze realizarea obiectivelor acesteia în condiții de economicitate, eficiență și eficacitate.

Fiecare entitate publică trebuie să își definească propria strategie în privința riscurilor cu care se poate confrunta și să asigure documentarea completă și adecvată a strategiei, precum și accesibilitatea documentației în întreaga organizație.

Conducerea entității publice trebuie să își definească clar obiectivele, în vederea identificării și definirii riscurilor asociate acestora.

Conducătorul entității publice are obligația creării și menținerii unui sistem eficient de management al riscurilor, în principal, prin:

1. Identificarea riscurilor în strânsă legătură cu obiectivele a căror realizare ar putea fi afectată de materializarea riscurilor; identificarea amenințărilor/vulnerabilităților prezente în cadrul activităților curente ale entității care ar putea conduce la săvârșirea unor fapte de corupție și fraude.
2. Evaluarea riscurilor, prin măsurarea probabilității de apariție și a impactului asupra obiectivelor în cazul în care acestea se materializează; ierarhizarea și prioritizarea riscurilor în funcție de toleranță la risc stabilită de conducerea entității.
3. Stabilirea celor mai adecvate modalități de tratare a riscurilor, astfel încât acestea să se încadreze în limitele toleranței la risc stabilită, și delegarea responsabilității de gestionare a riscurilor către cele mai potrivite niveluri decizionale.
4. Monitorizarea implementării măsurilor de control, precum și a eficacității acestora.
5. Revizuirea și raportarea periodică a situației riscurilor.

Toate activitățile și acțiunile inițiate și puse în aplicare în cadrul procesului de gestionare a riscurilor sunt riguros documentate, iar sinteza informațiilor/datelor și deciziilor luate în acest proces este cuprinsă în Registrul riscurilor, document care atestă că în organizație s-a introdus un sistem de management al riscurilor și că acesta funcționează.

Conducerea entității publice analizează mediul extins de risc în care acționează și stabilește modul în care acesta îi afectează strategia de gestionare a riscurilor.

Fişa STANDARDULUI 9 – PROCEDURI

Conducerea entității publice asigură elaborarea procedurilor documentate într-un mod unitar pentru procesele majore sau activitățile semnificative desfășurate în cadrul entității și le aduce la cunoștință personalului implicat.

Proceduri operaționale și de sistem

Pentru activitățile din cadrul entității publice și, în special, pentru operațiunile economice, aceasta elaborează proceduri scrise, care se comunică tuturor salariaților implicați.

Cerințele generale privind elaborarea de proceduri sunt:

- Entitatea publică trebuie să se asigure că, pentru orice acțiune și/sau eveniment semnificativ, există o documentație adecvată și că operațiunile sunt consemnate în documente.
- Documentația trebuie să fie completă, precisă și să corespundă structurilor și politicilor entității publice.

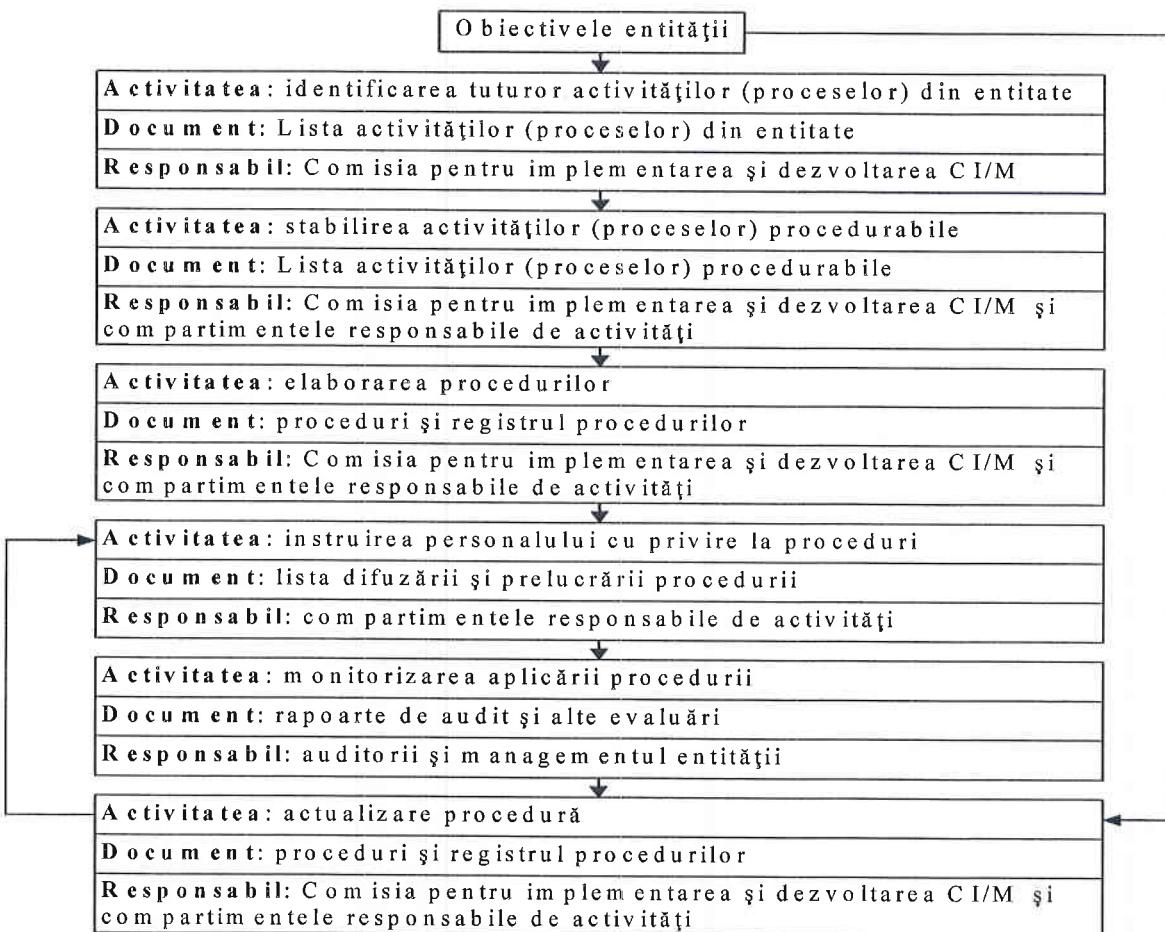
Indiferent dacă ne-am referi la o procedură internă, instituită prin act administrativ al unei instituții publice, sau la o procedură cu caracter general, prevăzută printr-un act normativ, aceasta trebuie să îndeplinească șapte cerințe importante:

- Sa fie definită specific pentru un tip de activitate care se desfășoară în cadrul instituției publice.
- Sa fie integrată deplin în componentele sistemului de organizare al instituției publice; să fie cuprinsă într-un document scris.
- Forma și conținutul ei să fie simple, complete, precise și adaptate obiectului său specific;
- Să fie actualizată în mod regulat.
- Să fie adusă la cunoștință personalului implicat în implementarea, inclusiv sub formă de documente informatizate.
- Să fie înțeleasă de angajați și, mai ales, să fie bine aplicată.

PRINCIPALELE ACȚIUNI PENTRU MONITORIZARE/DEZVOLTARE

1. Inventarierea proceselor și activităților entității.
2. Revizuirea proceselor și activităților entității ce vor fi procedurate.
3. Elaborarea procedurilor operaționale noi.
4. Comunicarea și prelucrarea periodică cu personalul a procedurilor elaborate.
5. Monitorizarea periodică a aplicării procedurilor.
6. Actualizarea periodică a procedurilor.
7. Analizarea și reducerea cazurilor de supraprocedurizare sau de proceduri inaplicabile.

Fluxul de realizare al procedurilor operaționale



Asigurarea separării atribuțiilor

- Identificarea proceselor, activităților și operațiunilor în care funcțiile de inițiere, verificare și aprobare a operațiunilor nu sunt separate și exercitate de persoane diferite. (se poate elabora diagrama activității/procesului, sau graficul de circulație a documentelor în care este prezentată succesiunea operațiunilor și a documentelor)
- Analizarea procedurilor elaborate din punct de vedere al asigurării separării atribuțiilor (pct. 8 „Responsabilități” din modelul de procedură stabilit în anexa nr. 2 la OSGG nr. 600/2018 din care rezultă cazurile de suprapunere a atribuțiilor);
- Actualizarea fișelor postului sau chiar reorganizarea unor activități pentru asigurarea separării atribuțiilor (redistribuire a unor sarcini și responsabilități unor persoane sau compartimente);
- Efectuarea unor analize de risc în cazul în care nu se poate realiza separarea atribuțiilor și stabilirea unor controale suplimentare pentru a compensa această limitare. Există cazuri în care, din cauza unor limitări (de exemplu numărul de personal, arhitectura structurii organizatorice etc.) nu este posibilă separarea atribuțiilor. În acest caz, se efectuează o analiză de risc și în baza acesteia sunt stabilite controale suplimentare, cum ar fi aprobarea operațiunilor de către o altă persoană, verificări încrucișate etc.

Controale interne cheie care asigură separarea atribuțiilor:

Nicio persoană nu trebuie să:

1. Înregistreze tranzacțiile și să reconcilieze soldurile.
2. Să mânuiască numerarul și să verifice depunerea/retragerea acestuia.
3. Să mânuiască active și să verifice “scripticul cu fapticul” la inventariere.

Observații:

1. Este esențială într-un SCIM.
2. Reduce riscul erorilor și acțiunilor neadecvate.
3. Reduce riscul apariției unei fraude.
4. În cazul în care nu se poate realiza, e necesar un control compensator asupra operațiunilor (supervizare etc.)

Gestionarea abaterilor de la proceduri

1. Elaborarea unei proceduri operaționale/sistem privind documentarea, analizarea și gestionarea abaterilor de la politicile sau procedurile stabilite.
2. Identificarea și raportarea abaterilor de la proceduri. Se poate realiza prin stabilirea, în cadrul procedurilor operaționale elaborate, a unor prevederi privind raportarea devierilor de la aceste proceduri (raport de semnalare a abaterii de la procedură), precum și a nivelurilor de aprobat corespunzătoare pentru derularea activităților în condițiile neaplicării unor aspecte procedurale/nerespectării unor controale interne.
3. Analizarea abaterilor. Presupune elaborarea unui raport care să cuprindă principalele elemente necesare stabilirii măsurilor de corectare și prevenire a apariției în viitor a devierii identificate. Acest raport trebuie aprobat de conducătorul entității sau la un alt nivel decizional.
4. Monitorizarea aplicării măsurilor corrective. În acest sens, se poate întocmi un *raport de implementare a măsurilor de corectare a cauzelor abaterii*.

Ce se înțelege prin “abatere de la proceduri”?

- Se referă la cazurile în care anumite aspecte ale unor proceduri nu sunt respectate/aplicate în totalitate în desfășurarea operațiunilor sau activităților, ca urmare a apariției unor circumstanțe deosebite
- Vizează descurajarea tendinței de încălcare a procedurilor operaționale sau controalelor interne stabilite.
- A nu se confunda cu *semnalarea neregularităților* (cuprinsă în st. 2)
- Conducerea trebuie să analizeze cazurile în care nu se respectă/aplică controalele interne stabilite, în baza următoarelor considerente:
 - nerespectarea procedurilor instituite de către management sau a unor controale interne care pot determina personalul entității să nu mai respecte deciziile și regulile stabilite de acesta;
 - procedurile operaționale presupun respectarea unor prevederi legale, instrucțiuni de siguranță, dimensiuni, specificații etc.
- Nerespectarea unor controale interne sau a procedurilor instituite trebuie să fie interzise la nivelul următor să fie imediat notificată în asemenea cazuri, iar circumstanțele analizate.

Fișă STANDARDULUI 10 – SUPRAVEGHAREA

Conducerea entității publice inițiază, aplică și dezvoltă instrumente adecvate de supervizare și control al proceselor și activităților specifice compartimentului, în scopul realizării acestora în condiții de economicitate, eficiență și legalitate.

PRINCIPALELE ACȚIUNI PENTRU DEZVOLTARE/MONITORIZARE

1. Identificarea activităților/operațiunilor având un grad ridicat de expunere la risc (operațiunile care în caz de nerealizare, pot determina neîndeplinirea unui obiectiv al entității; exemplu: alegerea unei proceduri de atribuire).
2. Stabilirea unor forme adecvate de supraveghere a activităților/operațiunilor având un grad ridicat de expunere la risc.
3. Actualizarea fișei postului cu responsabilitățile ce le revin titularilor pe linie de supraveghere și supervizare.
4. Asigurarea, de către conducerea entității, a supervizării sau implementării altor forme de control cu privire la aplicarea procedurilor și direcțiilor de acțiune stabilite.

Categorii de Controle:

Preventive: previn materializarea unei situații nedorite.

Detective: semnalează și corectează evenimentele nedorite după materializarea acestora (pierdere, eroare etc.) dar nu le previne apariția.

Directive: încurajează materializarea unui anumit deziderat.

Corective: controale care compensează lipsa unui control așteptat.

Un sistem de control intern trebuie să cuprindă o combinație a celor 4 tipuri de controale

Controale Preventive

- separarea atribuțiilor
- autorizarea și aprobată
- documentații adecvate
- parole de securitate (PC)
- încuietori la uși
- acces controlat

Controale Detective

- rapoartele privind rezultatele obținute
- control pe flux
- controale inopinate
- inventarieri
- audituri interne
- verificări contabile

Controale Directive

- politici și proceduri
- programe de instruire
- planuri
- standarde
- obiective, ținte
- bonusuri acordate angajaților

Controale Corective

- supervizarea
- validarea datelor
- contrasemnarea documentelor

Cel mai bun control de multe ori nu poate fi pus în practică sau are un cost care depășește beneficiile

Fișa STANDARDULUI 11 – CONTINUITATEA ACTIVITĂȚII

Conducerea entității publice identifică principalele amenințări cu privire la continuitatea derulării proceselor și activităților și asigură măsurile corespunzătoare pentru ca activitatea acesteia să poată continua în orice moment, în toate împrejurările și în toate planurile, indiferent care ar fi natura amenințării.

PRINCIPALELE ACȚIUNI PENTRU DEZVOLTARE/MONITORIZARE

1. Stabilirea activităților/proceselor/funcțiilor esențiale entității.
2. Inventarierea situațiilor/evenimentelor care pot genera întreruperi în derularea activităților esențiale ale entității și a consecințelor/impactului acestora.
3. Elaborarea de planuri de continuitate a operațiunilor pentru asigurarea desfășurării activităților esențiale în cazul manifestării evenimentelor generatoare de întreruperi.
4. Instruirea personalului și testarea periodică a planurilor de continuitate a operațiunilor cu privire la punerea în practică.
5. Actualizarea periodică a planurilor de continuitate a operațiunilor. Informațiile cuprinse în aceste planuri se modifică în timp (de exemplu, numere de telefon, locații alternative etc.) și periodic trebuie actualizate.

Fişa STANDARDULUI 12 – INFORMAREA ŞI COMUNICAREA

În entitatea publică sunt stabilite tipurile de informații, conținutul, calitatea, frecvența, sursele, destinatarii acestora și se dezvoltă un sistem eficient de comunicare internă și externă, astfel încât conducerea și salariații să își poată îndeplini în mod eficace și eficient sarcinile, iar informațiile să ajungă complete și la timp la utilizatori.

PRINCIPALELE ACTIUNI PENTRU DEZVOLTARE/MONITORIZARE

1. Se identifica și stabilesc permanent tipurile de informații, conținutul, calitatea, frecvența, sursele și destinatarii acestora, necesare personalului de conducere și de execuție pentru îndeplinirea sarcinilor.
2. Se obțin atât informații din mediul extern entității cât și din mediul intern.
3. Se analizează dacă informațiile sunt furnizate la nivelul necesar luării decizilor adecvate.
4. Se analizează dacă informațiile sunt oportune, corecte și permit monitorizarea activităților, precum și luarea de decizii pentru remedierea problemelor apărute.
5. Se analizează dacă informațiile transmise de la vârf la baza entității și invers nu sunt întârziate sau distorsionate la diferite niveluri .
6. Se analizează dacă sunt alocate resursele necesare (financiare, umane) pentru dezvoltarea și îmbunătățirea sistemelor informaționale.
7. Se analizează calitatea informațiilor dintre compartimentele existente în entitate (ex.: achiziții-contabilitate).
8. Se dezvoltă un sistem de comunicare internă și externă.
9. Sistemul trebuie să asigure circuite informaționale adecvate, care permit o difuzare rapidă, oportună, fluentă și precisă a informațiilor la utilizatori.
10. Se stabilesc canale adecvate de comunicare prin care managerii și personalul de execuție din cadrul unui compartiment să fie informați cu privire la proiectele de decizii sau inițiative, adoptate la nivelul altor compartimente, care le-ar putea afecta sarcinile și responsabilitățile.
11. Se analizează eficacitatea comunicării către angajați a sarcinilor și responsabilităților.
12. Se analizează receptivitatea conducerii la sugestiile angajaților de îmbunătățire.
13. Se analizează dacă există canale de comunicare între vârful entității și bază (și invers).
14. Angajații trebuie să fie receptivi la problemele comunicate de diferite părți.

Fișă STANDARULUL 13 – GESTIONAREA DOCUMENTELOR

Conducătorul entității publice organizează și gestionează procesul de creare, revizuire, organizare, stocare, utilizare, identificare și arhivare a documentelor interne și a celor provenite din exteriorul entității, oferind control asupra ciclului complet de viață al acestora și accesibilitate conducerii și salariilor entității, precum și terților abiliți.

PRINCIPALELE ACȚIUNI PENTRU DEZVOLTARE/MONITORIZARE

Actualizarea procedurilor privind primirea/expedierea, înregistrarea și arhivarea corespondenței.
Asigurarea funcționării compartimentului de arhivă în cadrul entității.

Actualizarea sistemului de management al documentelor.

Monitorizarea periodică a funcționării sistemului de management al documentelor.

În cazul în care entitatea deține și utilizează informații clasificate:

1. Implementarea unei structuri de securitate (funcționar de securitate).
2. Autorizarea accesului la informații clasificate (registru de evidență a autorizațiilor acordate personalului).
3. Actualizarea procedurilor cu privire la manipularea și depozitarea informațiilor clasificate.
4. Organizarea anuală și ori de câte ori este nevoie de controale interne privind gestionarea informațiilor clasificate. Aceste controale interne trebuie să fie parte integrantă a elementului cheie „Activități de control” și trebuie să aibă la bază un plan bazat pe riscuri.

Fişa STANDARDULUI 14 – RAPORTAREA CONTABILĂ ŞI 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.

PRINCIPALELE ACȚIUNI PENTRU DEZVOLTARE/MONITORIZARE

1. Elaborarea și implementarea unor proceduri privind :
 - a. ținerea registrelor de contabilitate obligatorii (registrul jurnal, registrul Cartea Mare, registrul inventar, registrul de casă).
 - b. angajarea, lichidarea, ordonanțarea și plata cheltuielilor.
 - c. controlul finanțier preventiv propriu.
 - d. întocmirea situațiilor financiare anuale; etc.
2. Întocmirea graficului de circulație al documentelor finanțier - contabile.
3. Întocmirea planului de control intern în domeniul finanțier - contabil.
4. Monitorizarea periodică a funcționării sistemului finanțier- contabil.

Fişa STANDARDULUI 15 – EVALUAREA SISTEMULUI DE CONTROL INTERN

MANAGERIAL

Conducătorul entității publice atribuie responsabilități de evaluare a controlului intern managerial conducerilor compartimentelor, elaborând în acest scop politici, planuri și programe.

Conducătorul entității publice elaborează anual, prin asumarea responsabilității manageriale, un raport asupra propriului sistem de control intern/managerial.

PRINCIALELE ACȚIUNI PENTRU DEZVOLTARE/MONITORIZARE

1. Actualizarea procedurilor de evaluare a sistemului de control intern/managerial (responsabilitățile).
2. Actualizarea fișelor posturilor cu atribuții și sarcini referitoare la verificarea și evaluarea controlului.
3. Realizarea, cel puțin anual, de către conducătorul entității, a operațiunii de autoevaluare a sistemului de control intern/managerial.
4. Raportarea pe cale ierarhică a deficiențelor privind controlul intern/ managerial. Pentru orice deficiență identificată trebuie stabilită cauza apariției acesteia, respectiv elementul de control intern necesar a fi implementat sau care nu a funcționat. Aferent acestor elemente vor fi stabilite măsuri de remediere, prin elaborarea unor planuri de acțiune.
5. Implementarea măsurilor de remediere a deficiențelor constatare cu privire la sistemul de control intern/managerial. Se va urmări implementarea planurilor de acțiune, precum și prevenirea apariției ulterioare a disfuncțiilor/deficiențelor semnalate.

Fişa STANDARDULUI 16 – AUDITUL INTERN

Entitatea publică înființează un compartiment de audit public intern (sau are acces la o capacitate de audit competență), organizat cu scopul îmbunătățirii managementului entității publice prin activități de asigurare și consiliere.

PRINCIPALELE ACTIUNI PENTRU DEZVOLTARE/MONITORIZARE

1. Asigurarea unei organizări și independențe adecvate structurii de audit (poziționarea structurii de audit intern în organigramă; nivelul de raportare; sfera activităților; neimplicarea în funcții executive; asigurarea de resurse suficiente).
2. Sprijinirea de către conducătorul entității a structurii de audit intern în cadrul organizației. Dacă structura de audit nu se bucură de sprijinul direct și deplin al conducătorului entității, standardul acesta este de facto neimplementat.
3. Dimensionarea structurii organizatorice în raport cu mărimea și complexitatea entității. De multe ori, structurile de audit intern sunt organizate în mod formal din 1-2 auditori, doar pentru că reprezintă o cerință imperativă a legii.
4. Asigurarea competențelor necesare auditorilor interni.
5. Furnizarea de asigurări și consiliere conducătorului entității prin efectuarea de misiuni de audit în baza unei planificări bazate pe riscuri.
6. Dispunerea de către managementul entității a măsurilor necesare de remediere pe baza recomandărilor auditorilor.

SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECȚIOASE ȘI TROPICALE DR. VICTOR BABEŞ

PROGRAM DE DEZVOLTARE CONTROL INTERN MANAGERIAL 2018

Nr. crt	OBIECTIV (ETAPA)	Standarde conf. Ordin 600/2018	Măsura de realizare a etapei/ obiectivului.	Responsabil	Termen	Indicator	Rezultat așteptat	Stadiul de realizare
I. MEDIUL DE CONTROL								
1	Asigurarea unor condiții necesare cunoașterii de către salariați a prevederilor legale (acte normative și alte cerinte aplicabile) care reglementează comportamentul acestora la locul de munca precum și prevenirea și raportarea fraudelor.	STANDARD 1 Etica și integritate	Revizuirea Codului de etică de la nivelul spitalului.	Consiliul Etic	Revizie Iunie 2018	Procentul angajaților care nu cunosc prevederile codului de etică (%)	Cod de etică aprobat de către Manager.	
			Promovarea codului de etică (prelucrarea cu angajații).	Consiliul Etic	Iunie 2018	Nr angajați care cunosc prevederile codului de conduită /nr total angajați	PV de prelucrare a codului de etică. Afisarea Codului de conduită în locuri vizibile în cadrul spitalului și în rețeaua internă.	
			Elaborarea unei proceduri privind semnalarea și tratamentul neregulilor.	Coordonator implementare	Iunie 2018	Ponderea neregulilor / fraudelor confirmate (%)	Procedura privind semnalarea și tratamentul neregulilor aprobată de către comisie. 2. Sunt întreprinse	

Nr. crt	OBIECTIV (ETAPA)	Standarde conf. Ordin 600/2018	Măsura de realizare a etapei/ obiectivului.	Responsabil	Termen	Indicator	Rezultat așteptat	Stadiul de realizare
2	Asigurarea menținerii concordanței între atribuțiile spitalului ca instituție și cele ale angajaților ; asigurarea cunoașterii atribuțiilor de către angajați.	STANDARD 2 Atribuții, funcții, sarcini.					cercetări în vederea elucidării neregularităților semnalate și sunt aplicate măsuri corective.	
			Desfășurarea de activități de consiliere etică a personalului din partea consiliului de etică.	Consiliul Etic	Ori de câte ori este nevoie	Nr persoane care au primit consiliere etică /nr total persoane care au solicitat consiliere etica	Înregistrări privind rezultate ale consilierii angajaților pe probleme de etică.	
			Monitorizarea respectării normelor de conduită de către toți angajații spitalului.	Consiliul Etic	Cu aplicabilitate permanentă	Procentul de angajați care nu au respectat prevederile codului de conduită (%)	Înregistrări cu privire la monitorizarea respectării normelor de conduită de către toți angajații.	
2			Actualizarea ROF cu menționarea structurii pentru dezvoltarea/ monitorizarea CIM la nivelul spitalului.	RUNOS	Decembrie 2018	Procentul angajaților care nu au luat cunoștință de prevederile ROF (%)	ROF elaborat/actualizat și aprobat	
			Prelucrarea prevederilor ROF cu angajații prin : - publicare pe site - instruire pe baza de proces verbal - prelucrare după fiecare actualizare	RUNOS	Decembrie 2018	Nr angajați care cunosc prevederile ROF /nr total angajați.	ROF publicat pe site. PV de prelucrare a prevederilor ROF cu angajații.	

Nr. crt	OBIECTIV (ETAPA)	Standarde conf. Ordin 600/2018	Măsura de realizare a etapei/ obiectivului.	Responsabil	Termen	Indicator	Rezultat așteptat	Stadiul de realizare
			Elaborarea unei proceduri cu privire la modul de întocmire a fișelor post.	Şef RUNOS	Decembrie 2018	Procentul de fișe de post neactualizate (%)	Procedura elaborată, aprobată de comisie și adoptată cu privire la întocmirea fișelor post.	
			Actualizarea fișelor post cu menționarea de atribuții și responsabilități în domeniul CIM.	Conducătorii de structuri Şef RUNOS	Ori de câte ori este necesar	Nr de fișe post actualizate /nr fișe post ce necesită actualizări	Fișe post actualizate/nr membri CIM	
			Actualizarea fișelor de post ori de câte ori este nevoie.	Conducătorii de structuri. Şef RUNOS	Ori de câte ori este necesară actualizarea fișelor post	Nr de fișe post actualizate/nr fișe post ce necesită actualizări	Fișe post actualizate	
			Informarea angajaților cu privire la modificările aduse în fișele de post	Şef RUNOS	Ori de câte ori apar modificări în fișele post	Nr de angajați care cunosc atribuțiile din fișa post/nr total angajați	Fișe post cu semnături de luare la cunoștința de către angajați.	
			Identificarea/ actualizarea funcțiilor sensibile pe baza factorilor de risc, centralizarea acestora și stabilirea unei politici adecvate de gestionare a acestora prin elaborarea de măsuri.	CD	Anual		Sistem de gestionare a riscurilor funcțiilor identificate și a măsurilor privind diminuarea acestora.	
3.	1. Asigurarea ocupării posturilor cu personal competent, cu	STANDARD 3 Competență, performanță	Efectuarea analizei pentru stabilirea cunoștințelor și abilităților necesare pentru realizarea atribuțiilor/sarcinilor din	Conducătorii de structuri Manager	Februarie 2018	Nr de angajați evaluati/nr total angajați	Evaluarea personalului de conducere și execuție – formulare de	

Nr. crt	OBIECTIV (ETAPA)	Standarde conf. Ordin 600/2018	Măsura de realizare a etapei/ obiectivului.	Responsabil	Termen	Indicator	Rezultat așteptat	Stadiul de realizare
	pregătire de specialitate necesară îndeplinirii atribuțiilor prevăzute în fișele post.		fișele post (evaluarea performanței angajaților conform Ordinului 1229/2011).				evaluare completate și semnate ca asumare de către personalul angajat.	
	2. Asigurarea continuă a pregătirii profesionale a personalului angajat.		Elaborarea unei proceduri cu privire la modalitatea de organizare și derulare a concursurilor privind ocuparea posturilor vacante.	Sef RUNOS	Conform calendarului de elaborare proceduri	Numărul de concursuri organizate conform procedurii/nr total de concursuri organizate	Procedura elaborată și aprobată de către Comisie.	
			Elaborarea unei proceduri de sistem privind metodologia identificării și stabilirii nevoilor de formare ale personalului.	Sef RUNOS	Conform calendarului de elaborare proceduri	Nr personal identificat / nr personal format	Procedura elaborată și aprobată de către Comisie.	
			Identificarea nevoilor de perfectionare și pregătire profesională a angajaților.	Sef RUNOS	Martie 2018	Nr structuri care au stabilit necesarul de instruire/nr total structuri	Liste cu necesarul de instruire pentru fiecare structură în parte.	
			Elaborarea „Planului de pregătire / formare profesională”.	Sef RUNOS	Martie 2018	Nr. de personal format / nr. de personal cuprins în program	Plan de pregătire /formare profesională aprobat de CD, care va cuprinde în mod obligatoriu și instruire cu privire la controlul intern/managerial	
4	1. Asigurarea unei structuri organizatorice cu	STANDARD 4 Structura organizatorică	Elaborarea unei proceduri cu privire la întocmirea organigramei.	Sef RUNOS	Conform calendarului de elaborare	Număr de încălcări ale procedurii	Procedura elaborată și aprobată și	

Nr. crt	OBIECTIV (ETAPA)	Standarde conf. Ordin 600/2018	Măsura de realizare a etapei/ obiectivului.	Responsabil	Termen	Indicator	Rezultat așteptat	Stadiul de realizare
	responsabilități , competente și sarcini asociate posturilor astfel încât să se asigure realizarea obiectivelor spitalului.				proceduri formalizate	adoptată cu privire la elaborarea organigramei.		
	2. Asigurarea unei structuri organizatorice funcționale pentru monitorizare, coordonare și îndrumare metodologică a dezvoltării sistemului de control managerial.		Prelucrarea organigramei cu personalul angajat.	Sef RUNOS	Ori de câte ori apar modificări ale organigramei	Nr. angajați care cunosc organograma instituției / nr. total angajați	PV de aducere la cunoștiință a organigramei angajaților. Publicarea pe site a organigramei.	
			Numirea unei comisii pentru monitorizare, coordonare și îndrumare metodologică a dezvoltării sistemului de control managerial.	Manager	Actualizare ori de câte ori este nevoie	Nr. de sarcini îndeplinite	Decizie numire Comisie adoptata.	
			Stabilirea unui regulament de funcționare a comisiei stabilite.	Comisie	Actualizare ori de câte ori este nevoie	Nr. de încălcări a regulamentului	Regulament întocmit, aprobat și adoptat.	
			Stabilirea unei proceduri pentru organizarea ședințelor comisiei. Revizuirea periodică a documentelor prin care se efectuează delegarea competențelor și responsabilităților, precum și limitele acestora.	Coordonator implementare Permanent	Ori de câte ori e nevoie	Nr. de ședințe organizate	Procedura cu privire la organizarea ședințelor comisiei. Fișe de post Dispoziții interne Procedură operațională.	

II. PERFORMANȚA ȘI MANAGEMENTUL RISCURILOR

Definirea obiectivelor generale în		Stabilirea obiectivelor generale ale spitalului.	Comitetul director Manager Comisie	Iunie 2018	Nr de obiective stabilite.	Obiective generale stabilite aprobatate in CD si adoptate de spital.	
------------------------------------	--	--	------------------------------------	------------	----------------------------	--	--

Nr. crt	OBIECTIV (ETAPA)	Standarde conf. Ordin 600/2018	Măsura de realizare a etapei/ obiectivului.	Responsabil	Termen	Indicator	Rezultat așteptat	Stadiul de realizare
5.	concordanță cu misiunea spitalului, precum și a celor specifice în concordanță cu prevederile legale și alte cerințe aplicabile.	STANDARD 5 Obiective	Stabilirea/ actualizarea obiectivelor specifice fiecărei structuri în parte, după cerințele SMART (specifice, măsurabile, acceptate, realiste, cu termen de realizare) .	Conducătorii de structuri.	Ori de câte ori e nevoie	Nr de structuri care au stabilit obiective / nr total structuri.	Analiza pentru fiecare structură cu rezultat propunerii de îmbunătățire. Propunerii de obiective specifice fiecărei structuri în parte înaintate spre analiză către CD. Obiective specifice fiecărei structuri susținute de măsuri de îmbunătățire aprobată în CD.	
			Stabilire de activități individuale pentru fiecare angajat care să conducă la atingerea obiectivelor specifice fiecărei structuri.	Conducătorii de structuri.	Aprilie 2018	Nr de structuri care au stabilit activități individuale /nr total structuri.	Fișe de post în care sunt menționate atribuții pentru atingerea obiectivelor specifice sau alte acte organizatorice (decizii, note interne, etc) prin care sunt trasate atribuții individuale.	
			Elaborarea Planului strategic (de dezvoltare instituțională) a spitalului	Comitetul Director	Revizie Iunie 2018	Nr obiective îndeplinite / nr total obiective	Plan strategic elaborat, aprobat în CD și CA și adoptat de către spital.	

Nr. crt	OBIECTIV (ETAPA)	Standarde conf. Ordin 600/2018	Măsura de realizare a etapei/ obiectivului.	Responsabil	Termen	Indicator	Rezultat așteptat	Stadiul de realizare
			și comunicarea către angajați.				Comunicarea pe orice cale a prevederilor planului strategic catre angajati.	
6.	Corelarea activităților pentru realizarea obiectivelor din Planul strategic cu strategia bugetară și strategia de personal.	STANDARD 6 Planificarea	Alocarea de resurse financiare și umane pentru fiecare măsură stabilită pentru atingerea unui obiectiv. Sunt adoptate măsuri de coordonare a deciziilor și activităților unui comportament cu cele ale altor compartimente, în scopul asigurării convergenței și coerenței acestora	Director Financiar Contabil Sef RUNOS CD	Lunar, în funcție de necesități	-	Stabilirea termenelor de realizare a măsurilor pentru atingerea obiectivelor specifice cu atribuire de termene, responsabilități și resurse (recomandare - utilizarea graficului calendaristic GANTT)	
7.	Asigurarea monitorizării performanțelor obiectivelor	STANDARD 7 Monitorizarea performanțelor	Stabilirea de indicatori acolo unde este posibil pentru obiectivele specifice stabilite.	Conducătorii de structuri	Permanent.		Măsuri prompte stabilite în ședințele zilnice de "Raport de gardă".	

Nr. crt	OBIECTIV (ETAPA)	Standarde conf. Ordin 600/2018	Măsura de realizare a etapei/ obiectivului.	Responsabil	Termen	Indicator	Rezultat așteptat	Stadiul de realizare
	stabilite prin utilizare de indicatori cantitativi și calitativi, inclusiv cu privire la economicitate, eficiență și eficacitate.						unde se poate).	
			Stabilirea unui sistem de monitorizare și raportare a performanțelor pe baza indicatorilor stabiliți pentru obiectivele specifice.	Comitet Director	Iulie 2018		Metodologie (procedură) aprobată și adoptată de raportare a stadiului de realizare a obiectivelor către Conducerea spitalului	
			Evaluarea periodică a performanțelor și constatarea eventualelor abateri de la obiective.	Conducătorii de structuri.	Ori de câte ori este nevoie		Analize periodice a relevanței indicatorilor și modificarea acestora atunci când situația o impune. Plan de măsuri preventive și corective.	
8.	Asigurarea unui sistem de management a riscurilor pentru a preveni nerealizarea obiectivelor specifice stabilite.	STANDARD 8 Managementul riscurilor	Stabilirea unei proceduri (metodologii) privind managementul riscurilor.	Coordonator implementare	Mai 2018	Nr de structuri care respectă procedura/ total structuri	Procedura privind managementul riscurilor elaborată și aprobată.	
			Instruirea personalului angajat inclusiv a top managementului în domeniul managementului riscurilor.	Coordonator implementare	Iunie 2018	Nr de angajați care cunosc procedura de managementul riscurilor/ nr total angajați.	PV de instruire a personalului cu privire la procedura Managementul riscurilor.	

Nr. crt	OBIECTIV (ETAPA)	Standarde conf. Ordin 600/2018	Măsura de realizare a etapei/ obiectivului.	Responsabil	Termen	Indicator	Rezultat așteptat	Stadiul de realizare
			Stabilirea activităților și subactivităților (sarcini elementare) pentru fiecare structură în parte.	Conducătorii de structuri. Responsabil riscuri	Iunie 2018	Nr de structuri care au stabilit activitățile /nr total structuri.	Liste de obiective /activități (sarcini elementare) identificate pentru fiecare structură în parte aprobate de către conducătorul structurii.	
			Identificarea riscurilor proprii activităților identificate din cadrul structurilor	Conducătorii de structuri. Responsabil riscuri	Iunie 2018	Nr de structuri care au identificat risurile /nr total structuri.	Liste de activități cu riscuri asociate aprobate de către conducătorii de structuri.	
			Reevaluarea principalelor riscuri asociate obiectivelor specifice de câte ori se impune acest lucru, dar cel puțin anual.	Conducătorii de structuri. Responsabil riscuri	Permanent	Nr de structuri care au evaluat risurile/nr total structuri.	Liste de evaluare a risurilor .	
			Stabilirea măsurilor de gestionare a riscurilor identificate și evaluate - identificare măsuri/instrumente de control aplicabile și stabilirea responsabilitelor pentru gestionarea risurilor identificate.	Conducătorii de structuri Responsabil riscuri	Iunie 2018	Nr de structuri care au stabilit masuri de gestionare a risurilor /nr total structuri.	Liste de evaluare a risurilor cu măsuri de gestionare a risurilor stabilite.	
			Nominalizarea unei persoane responsabile cu Registrul de riscuri de către conducătorii compartimentelor cuprinse în primul nivel de conducere din structura organizatorică.	Conducătorii de structuri.	Iunie 2018		Decizie numire responsabil registrul de riscuri.	

Nr. crt	OBIECTIV (ETAPA)	Standarde conf. Ordin 600/2018	Măsura de realizare a etapei/ obiectivului.	Responsabil	Termen	Indicator	Rezultat așteptat	Stadiul de realizare
			Centralizarea riscurilor medii și grave și elaborarea/actualizarea Registrului de riscuri la nivelul spitalului.	Responsabil cu registrul de riscuri.	Junie 2018	Registrul de riscuri al instituției	Registrul de riscuri completat și aprobat de către Manager.	
			Monitorizarea riscurilor și reevaluarea acestora.	Resp. Registrul de riscuri. Resp. cu gestiunea riscurilor	Conform termenelor din Registrul de riscuri.	Nr de riscuri monitorizate și reevaluate / nr total de riscuri identificate	Registrul de riscuri în care au fost reevaluate riscurile conform termenelor stabilite inițial.	

III. ACTIVITĂȚI DE CONTROL

9	Asigurarea continuității activităților prin elaborarea unor proceduri privind desfășurarea activităților în cadrul compartimentelor din structura spitalului	STANDARD 9 Proceduri	Elaborarea unei proceduri pentru reglementarea activității de elaborare a tuturor procedurilor din cadrul spitalului.	Coordonator implementare/monitorizare	Revizie Junie 2018	Nr de angajați instruiți/ nr total angajați	Procedura privind controlul documentelor elaborată, aprobată și adoptată.	
			Identificarea/actualizarea activităților procedurabile la nivel de structuri	Conducătorii de structuri.	Junie 2018	Nr structuri care au identificat activitati procedurabile/nr total structuri	Lista activităților procedurabile la nivelul fiecărei structuri din spital.	
			Stabilirea calendarului de elaborare și aprobatore a procedurilor. (Clasificarea tipurilor de proceduri).	Conducătorii de structuri	Junie 2018	Nr structuri care au stabilit calendarul de elaborare a procedurilor/nr total structuri	Calendar de elaborare a procedurilor la nivelul fiecărei structuri .	

Nr. crt	OBIECTIV (ETAPA)	Standarde conf. Ordin 600/2018	Măsura de realizare a etapei/ obiectivului.	Responsabil	Termen	Indicator	Rezultat așteptat	Stadiul de realizare
			Derularea procesului de elaborare proceduri.	Elaboratorii de proceduri SMC	Conform calendarului de elaborare proceduri	Nr de structuri care au elaborat procedurile/ nr total structuri	Proceduri elaborate, aprobatе și adoptate.	
			Monitorizarea aplicării prevederilor procedurilor la nivelul structurilor.	Comisia	Permanent	Nr structuri care respectă clauzele procedurilor/nr total structuri	Rapoarte de monitorizare ale comisie/ Rapoarte în urma auditurilor publice interne efectuate	
			Revizuirea procedurilor.	Elaboratorii de proceduri SMC	Ori de câte ori este necesar (modificări legislative, de structură, modificări în desfășurarea activităților, etc)	Nr de angajați care cunosc programul de revizie al procedurilor	Proceduri revizuite, aprobatе și adaptate.	
10	Conducerea unității publice inițiază, aplică și dezvoltă controale adecvate de supraveghere a activităților, operațiunilor și tranzacțiilor în scopul realizării eficace a acestora.	STANDARD 10 Supravegherea	Managerii supraveghează și supervizează activitățile care intră în responsabilitatea lor directă. Sunt instituite controale suficiente și adecvate de supraveghere pentru activitățile care implică un grad ridicat de expunere la risc. Managerii acordă asistență salariaților necesară pentru realizarea sarcinilor trasate și verifică activitatea	Comisia Manager	Permanent		Rapoarte de monitorizare. Rapoarte ale organismelor abilitate de control. Proceduri formalizate în care se identifică expunerea la risc	

Nr. crt	OBIECTIV (ETAPA)	Standarde conf. Ordin 600/2018	Măsura de realizare a etapei/ obiectivului.	Responsabil	Termen	Indicator	Rezultat așteptat	Stadiul de realizare
			acestora cu privirea la realizarea sarcinilor trasate.				și minimalizarea riscurilor.	
11.	Asigurarea măsurilor corespunzătoare pentru ca activitatea spitalului să poată continua în orice moment, în toate împrejurările și în toate planurile.	STANDARD 11 Continuitatea activității	Inventarierea situațiilor cu risc major generatoare de întreruperi în derularea activităților spitalului (la nivel de structuri și ulterior la nivel centralizat).	Conducătorii de structuri Comisie	Iunie 2018	Nr structuri care au identificat situațiile generatoare de risc major/nr total structuri	Lista riscurilor majore care pot conduce la întreruperi ale activității	
			Stabilirea și aplicarea măsurilor adecvate pentru asigurarea continuității activității, în cazul apariției unor situații generatoare de întreruperi și aducerea acestora la cunoștința salariaților implicați.	Conducătorii de structuri Comisie Manager	Iunie 2018		Elaborare plan de măsuri pentru risurile majore identificate. PV de instruire a personalului implicat cu privire la planul de măsuri.	

IV . INFORMAREA SI COMUNICAREA

12	Asigurarea unui flux al informațiilor atât în interior cât și din exterior.	STANDARD 12 Informarea și comunicarea	Stabilirea documentelor și a fluxurilor de date și informații care intră și ies din fiecare compartiment, a conținutului, frecvenței, calității, surselor și destinatarilor acestora a raportării către nivelurile ierarhice superioare și către alte instituții astfel încât să fie permisă realizarea corespunzătoare a sarcinilor de serviciu.	Conducători de structuri	Iunie 2018	Nr de structuri care au stabilit fluxul de doc/ nr total structuri	Grafiice de circuit a documentelor aprobată și adoptată la nivelul fiecărei structuri și la nivelul spitalului Procedura privind managementul site-ului spitalului și a conținutului paginii web.	
	Dezvoltarea unui sistem eficient de		Stabilirea unor reguli de accesare /primire /prelucrare și transmitere a	Coordonator implementare /monitorizare	Iunie 2018	Nr de angajați instruiți/ nr total angajați	Procedura privind controlul documentelor	

Nr. crt	OBIECTIV (ETAPA)	Standarde conf. Ordin 600/2018	Măsura de realizare a etapei/ obiectivului.	Responsabil	Termen	Indicator	Rezultat așteptat	Stadiul de realizare
	comunicare internă și externă.		<p>informațiilor/documentelor.</p> <p>Elaborarea unei proceduri care reglementează comunicare internă și externă.</p> <p>Timpi alocați pentru primirea / prelucrarea și transmiterea informației.</p> <p>Stabilirea mijloacelor corespunzătoare pentru transmiterea fiecărui tip de informație (email, fax, tel, semnătura electronică, afișare etc)</p>	Coordonator implementare /monitorizare	Actualizare ori de câte ori este nevoie	Nr de angajați instruiți/ nr total angajați	Procedura privind comunicarea internă și externă și procedura privind relația spitalului cu mass-media.,	
13	Organizarea și administrarea procesului de creare, revizuire, organizare, stocare, utilizare, identificare și arhivare a documentelor interne și externe	STANDARD 13 Gestionarea documentelor	<p>Proceduri pentru înregistrarea, expedierea, redactarea, clasificarea, îndosarierea, protejarea și arhivarea documentelor interne și externe .</p> <p>Măsuri de securitate pentru protejarea documentelor împotriva distrugerii, furtului, pierderii, incendiului .</p> <p>Reglementări legale cu privire la manipularea și dezvoltarea informațiilor clasificate.</p>	Coordonator implementare /monitorizare	Actualizare ori de câte ori este nevoie	Nr de angajați instruiți/ nr total angajați	Elaborarea/ actualizarea de proceduri	

Nr. crt	OBIECTIV (ETAPA)	Standarde conf. Ordin 600/2018	Măsură de realizare a etapei/ obiectivului.	Responsabil	Termen	Indicator	Rezultat așteptat	Stadiul de realizare
14	Desfășurarea proceselor și exercitarea formelor de control intern adecvate, care garantează că datele și informațiile aferente utilizate pentru întocmirea situațiilor contabile anuale și rapoartelor financiare sunt corecte, complete și furnizate la timp.	STANDARD 14 Raportarea contabilă și financiară	<p>Procedurile contabile sunt elaborate/actualizate în concordanță cu prevederile normative aplicabile domeniului finanțier-contabil</p> <p>Proceduri contabile corespunzătoare</p> <p>Controale pentru aplicarea politicilor, normelor și procedurilor contabile și a prevederilor normative.</p>	<p>Coordonator implementare /monitorizare</p> <p>Coordonator implementare /monitorizare</p> <p>Coordonator implementare /monitorizare</p> <p>Organe de control externe</p>	<p>Actualizare ori de câte ori este nevoie</p> <p>Anual</p> <p>Permanent</p>	<p>Nr de angajați instruiți/ nr total angajați</p>	<p>Elaborarea/ actualizarea de proceduri</p> <p>Elaborarea/ actualizarea de proceduri</p>	
15	Evaluarea controlului intern managerial. Raport elaborat de conducătorul entității publice asupra propriului sistem de control intern/managerial	STANDARD 15 Evaluarea sistemului de control intern managerial	<p>Realizarea anuală a operațiunii de autoevaluare.</p> <p>Operațiunile de autoevaluare a sistemului de control intern managerial au drept rezultat date, informații și constatări pertinente necesare luării de decizii operaționale precum și raportări.</p> <p>Întocmirea raportului anual al conducătorului unității</p>	<p>Coordonator implementare</p> <p>Conducătorii de structuri Comisie Manager</p>	<p>Decembrie 2018</p> <p>Decembrie 2018</p>	<p>Nr de chestionare de autoevaluare distribuite / nr total de structuri</p> <p>Nr de structuri au completat chestionar de autoevaluare/ nr total de structuri</p>	<p>Raport asupra sistemului de control intern Chestionar de autoevaluare</p> <p>Evaluarea sistemului de control intern managerial</p>	

Nr. crt	OBIECTIV (ETAPA)	Standarde conf. Ordin 600/2018	Măsura de realizare a etapei/ obiectivului.	Responsabil	Termen	Indicator	Rezultat așteptat	Stadiul de realizare
16	Entitatea publică înființează sau are acces la o capacitate de audit competență a căror activitate se desfășoară, de regulă, conform unor programe bazate pe evaluarea riscurilor	STANDARD 16 Auditul intern	<p>Compartimentul de audit intern execută, în afară misiunilor de asigurare, planificate și aprobată de manager, și misiuni de consiliere privind pregătirea procesului de autoevaluare a sistemului de control intern managerial.</p> <p>Elaborarea planului și programului de audit intern.</p> <p>Întocmirea de rapoarte periodice cu privire la acțiunile/activitățile desfășurate.</p>	Compartiment de audit	Planificare anuală	Nr de structuri cuprinse în activitatea de audit/ nr total de structuri	Raport audit Plan anual de audit	

Aprobat,
Manager
Dr. EMILIAN I

Avizat,
Președinte CCIM
Dr. SIMIN AYSEL FLORESCU

Întocmit,
Secretar CCIM
Referent ALICE- MIHAELA ROTARU