



## SPITALUL DE PNEUMOFTIZIOLOGIE GALATI

Str. Stiintei nr. 117

Tel.:0236/460.712, 0236/460.713; Tel/Fax:0236/460.771,0236/460.207

e-mail:spitalultbc@gmail.com

adresa web:w.w.w. pneumogalati.ro

Operator de date cu caracter personal inregistrat sub numarul 17498

NR. 2291 / 15.02.2018

APROBAT  
MANAGER-DR.NECULA MONICA



### PROGRAMUL

#### de dezvoltare a sistemului de control intern managerial pentru anul 2018

- \* Obiectivul programului: Implementarea / dezvoltarea standardelor de control intern managerial la nivelul Spitalului de Pneumoftiziologie Galați
- \* Include planul de acțiune pentru zonele vulnerabile identificate, instrumentele de control necesar a fi utilizate, precum și direcțiile de acțiune pentru implementarea și dezvoltarea SCIM.
- \* Anexă la hotărârea aferentă ședinței Comisiei de Monitorizare din data de 15.02.2018 (Minuta nr. 2264 / 15.02.2018)

Nr. Crt.	Standardul	Direcții de acțiune	Plan de acțiune	Cine răspunde	Termen
0	1	2	3	4	5
<b>I. MEDIUL DE CONTROL</b>					
1.	Etica, integritatea	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Asigurarea condițiilor necesare cunoașterii, de către salariații spitalului, a prevederilor actelor normative care reglementează comportamentul acestora la locul de muncă, precum și prevenirea și raportarea fraudelor și neregulilor.</li> <li>* Promovarea de către conducere, prin deciziile sale și puterea exemplului personal, a valorilor etice și a integrității personale și profesionale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Gestionarea paginii web a institutiei, astfel incat sa se asigure transparenta decizionala, sa fie disponibile principalele acte normative, protocoale, regulamente, proceduri etc.</li> <li>*Revizuirea Codului de etica si comunicarea acestuia catre angajati</li> <li>*Revizuirea Regulamentului de Ordine Interioara</li> <li>* Monitorizarea respectării normelor de conduită de către toți angajații spitalului.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Structurile interesate</li> <li>- Persoana desemnata cu administrarea paginii web a spitalului</li> <li>-Comisia de Monitorizare, cu consultarea Consiliului de Etica</li> <li>-Conducerea, prin Serviciul de Management al Calitatii</li> <li>-Consiliul de Etica</li> <li>-Conducatorii de structuri</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Permanent</li> <li>Ori de câte ori este cazul</li> <li>Ori de cate ori este cazul</li> <li>Permanent</li> <li>Dcaă este cazul</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>* Crearea unui cadru formal pentru semnalarea, de către angajați, a neregularităților apărute, pe baza unei proceduri, fără ca astfel de semnalări să atragă un tratament inechitabil sau discriminatoriu față de salariatul care</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Reeditarea procedurii de sistem privind semnalarea neregularităților.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compartimentul Juridic, cu avizare în Comisia de Monitorizare</li> </ul>	

Nr. Crt.	Standardul	Direcții de acțiune	Plan de acțiune	Cine răspunde	Termen
0	1	2	3	4	5
		se conformează unei astfel de proceduri	* Întreprinderea, de către conducătorul compartimentului, de cercetări adecvate, în scopul elucidării neregularităților semnalate și aplicării măsurilor corective.	- Conducătorii de structuri	Ori de câte ori se impune acest lucru
2.	Atribuții, sarcini funcții,	* Actualizarea, permanentă, a ROF și a fișelor de post, pentru menținerea concordanței între atribuțiile entității și cele ale angajaților și pentru asigurarea cunoașterii acestora de către angajați	* Stabilirea atribuțiilor asociate fiecărui post, în concordanță cu competențele decizionale necesare realizării acestora, conform nivelurilor de responsabilitate și a competențelor decizionale de execuție specifice fiecărui post.	- Conducătorii structurilor	Periodic
			* Revizuire ROF	- Serviciul de Management al Calității	Ori de câte ori este cazul
			* Actualizarea fișelor de post și informarea angajaților cu privire la acestea, în concordanță cu prevederile legale și cele ale ROF.	- Conducătorii structurilor	Ori de câte ori necesitățile impun acest lucru
			*Reinventarierea funcțiilor considerate ca fiind în mod special expuse la corupție, cu instituirea unui sistem de gestionare a riscurilor asociate funcțiilor identificate și a măsurilor aferente	- Comisia de Monitorizare	Dacă este cazul
3.	Competența, performanța	* Asigurarea ocupării posturilor cu personal competent, cu pregătire de specialitate necesară îndeplinirii atribuțiilor prevăzute în fișa postului; asigurarea continuă a pregătirii profesionale a personalului angajat.	* Efectuarea de analize pentru stabilirea cunoștințelor și abilităților necesare în vederea îndeplinirii sarcinilor/atribuțiilor fiecărui post.	- Conducătorii structurilor	Ori de câte ori este cazul
			*Elaborarea planului de recrutare și selecție/2018	-Conducere/Serv.Runos	Trim.I/2018
			* Identificarea nevoilor de perfecționare a pregătirii profesionale a personalului, atât pentru îndeplinirea sarcinilor și atribuțiilor specifice fiecărui post, dar și pentru implementarea standardelor de control intern managerial, implicând dezvoltarea ulterioară a sistemului de control intern managerial, în ansamblul său	- Conducătorii structurilor -Serviciul RUNOS	Anual, cu ocazia elaborării Planului de formare profesională
			*Includerea în planul de pregătire profesională a instruirii în domeniul SCIM și managementul riscurilor a persoanelor desemnate	- Conducerea - Serviciul RUNOS	Data adoptării planului de pregătire profesională /2018

Nr. Crt.	Standardul	Direcții de acțiune	Plan de acțiune	Cine răspunde	Termen
0	1	2	3	4	5
			*Elaborarea planului de pregătire profesională a personalului, conform nevoilor identificate (conform prevederilor legale, în plan se va cuprinde și asigurarea pregătirii profesionale a personalului în domeniul controlului intern managerial)	- Serviciul Resurse Umane, Salarizare, Formare Profesională.	Anual prin planul de formare profesională elaborat, pe baza nevoilor de perfecționare a pregătirii profesionale identificate și cu încadrarea în BVC aprobat
			*Monitorizarea gradului de realizare a planului de recrutare și selecție	-Conducere/Serv.Runos	Prin îndeplinirea planului de recrutare și selecție -analiza se face în trim.I pentru anul încheiat
			*Monitorizarea gradului de realizare a programelor de pregătire profesională, în special pentru personalul de specialitate care este obligat prin lege să participe la programe de pregătire profesională.	- Serviciul RUNOS	Prin îndeplinirea planului anual de formare profesională. -analiza se face în trim.I pentru anul încheiat
4.	Structura organizatorică	* Stabilirea structurii organizatorice în concordanță cu organigrama aprobată	* Efectuarea de analize, la nivelul principalelor activități, în scopul identificării eventualelor disfuncționalități în fixarea sarcinilor de lucru individuale prin fișele posturilor și în stabilirea atribuțiilor structurilor	- Conducerea / - Conducătorii de structuri/ - Serviciul de Management al Calității - Serviciul RUNOS	Ori de câte ori se impune
			* Asigurarea funcționării circuitelor și fluxurilor informaționale(neformalizate) necesare supravegherii și realizării activităților proprii ale structurilor spitalului, în scopul luării deciziilor.	- Conducere/ - Conducătorii structurilor	Permanent

<i>Nr. Crt.</i>	<i>Standardul</i>	<i>Direcții de acțiune</i>	<i>Plan de acțiune</i>	<i>Cine răspunde</i>	<i>Termen</i>
0	1	2	3	4	5
			*Asigurarea concordanței permanente între structura aprobată prin organigramă și structura funcțională	-Serviciul RUNOS	Permanent
			*Actualizarea periodică a documentelor de organizare și funcționare, în funcție de modificările intervenite	-Serviciul RUNOS	Permanent
		* Stabilirea și comunicarea, în scris, a limitelor competențelor și responsabilităților pe care managerul le delegă	* Întocmirea documentelor prin care se efectuează delegarea competențelor și responsabilităților, precum și a limitelor acestora(fișe de post/dispoziții interne).	- Conducătorii de structuri - Serviciul RUNOS	Ori de câte ori este cazul
			* Comunicarea, în scris, către cei în drept, a documentelor privind efectuarea delegării competențelor/ responsabilităților și a limitelor acestora.	- Serviciul RUNOS	Ori de câte ori este cazul
<b>II. PERFORMANȚA ȘI MANAGEMENTUL RISCULUI</b>					
5.	Obiective	* Definirea și reevaluarea obiectivelor generale și specifice , care decurg din legislație, regulamente, proceduri elaborate etc.	* Stabilirea activităților individuale, pentru fiecare angajat, care să conducă la atingerea obiectivelor specifice fiecărei structuri din cadrul spitalului	- Conducătorii structurilor	-Permanent prin fișele de post și - Anual ,la momentul evaluării performanțelor profesionale individuale
			* Reevalurea obiectivelor specifice, când se constată modificări ale ipotezelor/ premiselor care au stat la baza formulării acestora.	- Comisia de Monitorizare, prin conducătorii de structuri	Anual sau ori de câte ori este necesar

Nr. Crt.	Standardul	Direcții de acțiune	Plan de acțiune	Cine răspunde	Termen
0	1	2	3	4	5
			*Evaluare periodică a realizării obiectivelor propuse	-Conducătorii de structuri	Anual, în etapa de evaluare a performanțelor profesionale, inclusiv a obiectivelor individuale
6.	Planificarea	* Întocmirea planurilor prin care se pun în concordanță activitățile necesare pentru realizarea obiectivelor cu resursele alocate, astfel încât riscurile de a nu realiza obiectivele să fie minime	*Elaborarea Programului de dezvoltare SCIM anterior datei de 15.03, cu includerea în programul de dezvoltarea a standardelor de control intern managerial și stabilirea de acțiuni concrete, termene și responsabili	- Comisia de Monitorizare	Anual până la data de 15 martie
			*Recentralizarea planurilor/programelor de activitate stabilite de către fiecare structură.	- Comisia de Monitorizare - Structurile	Dacă este cazul
			Întocmirea planurilor de activitate specifice, pornind de la stabilirea nevoilor pentru realizarea obiectivelor și adoptarea unor măsuri de coordonare a deciziilor, în scopul asigurării convergenței și coerenței acestora, implicit prin corelarea acestora cu sumele alocate prin BVC.	-Conducătorii structurilor	Permanent
			*Monitorizarea periodică a stadiului de realizare a programului de dezvoltare	- Comisia de Monitorizare, prin secretar	Semestrial
7.	Monitorizarea performanțelor	* Monitorizarea performanțelor pentru fiecare politică și activitate, utilizând indicatori cantitativi și calitativi, inclusiv cu privire la economicitate, eficiență și eficacitate	* Stabilirea/reevaluarea indicatorilor asociați obiectivelor specifice, atunci când situația o impune, în vederea operării ajustărilor convenite.	- Structurile -Comisia de Monitorizare	După finalizarea reeditării procedurilor de lucru, se va proceda la centralizarea indicatorilor asociați obiectivelor specifice activităților procedurate

<b>Nr. Crt.</b>	<b>Standardul</b>	<b>Direcții de acțiune</b>	<b>Plan de acțiune</b>	<b>Cine răspunde</b>	<b>Termen</b>
0	1	2	3	4	5
			<p>* Instituirea unui sistem de monitorizare și raportare a performanțelor, pe baza indicatorilor asociați obiectivelor specifice.</p>	<p>- Conducătorii structurilor - Comisia de Monitorizare</p>	Anual – prin evaluarea performanțelor profesionale individuale.
			<p>*Îmbunătățirea, implementarea și/sau dezvoltarea permanentă a SCIM la nivelul spitalului, prin implicarea permanentă a fiecărui conducător de loc de muncă, independent de calitatea sa de membru al Comisiei de Monitorizare, în cazul în care o deține.</p>	<p>- Conducerea - Conducătorii structurilor - Comisia de Monitorizare</p>	Permanent
			<p>*Revizuirea procedurii de management al riscurilor și îmbunătățirea acesteia</p>	<p>- Serviciul de Management al Calității, cu avizare de către Comisia de Monitorizare</p>	Dacă este cazul
			<p>*Identificarea și evaluarea riscurilor aferente activităților asociate obiectivelor specifice stabilite</p>	<p>-Conducătorii structurilor, cu sprijinul responsabililor de riscuri</p>	Anual
8.	Managementul riscului	<p>* Analiza sistematică a riscurilor asociate obiectivelor specifice, legate de desfășurarea activităților în structură, elaborarea planurilor corespunzătoare, limitării posibilelor consecințe negative ale acestor riscuri și desemnarea persoanelor cu responsabilități în aplicarea acestor planuri</p>	<p>* Completarea/ actualizarea/revizuirea registrului riscurilor(se vor prelua doar riscurile medii și mari și se vor stabili măsuri adecvate de control) * Completarea/actualizarea registrului riscurilor pe structuri</p>	<p>- Conducătorii structurilor -Responsabilii cu riscurile -Echipa de gestionare a riscurilor - Comisia de Monitorizare</p>	Anual

Nr. Crt.	Standardul	Direcții de acțiune	Plan de acțiune	Cine răspunde	Termen
0	1	2	3	4	5
			*Stabilirea măsurilor de gestionare a riscurilor identificate	- Conducerea - Conducători structuri - Echipa de gestionare a riscurilor	Anual
<b>III. INFORMAREA SI COMUNICAREA</b>					
9.	Informarea și comunicarea	* Asigurarea unui flux al informațiilor, atât în interior, cât și în/din exterior, stabilirea tipurilor de informații, a conținutului, calității, frecvenței, surselor și destinatarilor acestora, care să permită îndeplinirea corespunzătoare a sarcinilor de serviciu.	*Asigurarea unui flux de informații adecvat (neformalizat), pentru supravegherea activităților proprii în scopul luării deciziilor	- Conducerea - Conducătorii de structuri	Permanent
			*Întreprinderea măsurilor necesare astfel încât circuitele informaționale să asigure o difuzare rapidă, fluentă, practică și oportună a informațiilor.	- Conducătorii de structuri	Permanent
		* Dezvoltarea unui sistem eficient de comunicare internă și externă, care să asigure difuzarea rapidă, fluentă și precisă a informațiilor, astfel încât acestea să ajungă complete și la timp la utilizatori	*Stabilirea canalelor adecvate de comunicare, prin care conducerea și personalul de execuție din cadrul structurilor să fie informați cu privire la proiectele de decizii sau inițiative, adoptate la nivelul altor compartimente, care le-ar putea afecta sarcinile și responsabilitățile.	Conducerea/ Conducătorii de structuri	Permanent

<i>Nr. Crt.</i>	<i>Standardul</i>	<i>Direcții de acțiune</i>	<i>Plan de acțiune</i>	<i>Cine răspunde</i>	<i>Termen</i>
0	1	2	3	4	5
			*Revizuire P.S. de la nivelul spitalului a documentelor de interes public, circuitul acestora și accesul autorizat al persoanelor la acest tip de documente	- Compartimentul Juridic, cu avizare în Comisia de Monitorizare	Ori de câte ori este necesar
10.	Gestionarea documentelor	* Organizarea primirii/ expedierii, înregistrării și arhivării corespondenței, astfel încât sistemul să fie accesibil managerului, angajaților și terților abilitați	* Revizuirea procedurii de sistem privind înregistrarea și circuitul documentelor	- Secretariat, cu avizare în Comisia de Monitorizare	Dacă este cazul
			*Revizuirea procedurii de sistem privind arhivarea documentelor	- Persoane cu atribuții, cu avizare în Comisia de Monitorizare	Ori de câte ori este necesar
			*Revizuirea inventarului documentelor gestionate la nivelul unității și actualizarea de către fiecare structură, pornind de la nomenclatorul arhivistic	- Conducătorii de structuri, cu prezentare în Comisia de Monitorizare	Ori de câte ori este necesar
			*Revizuirea circuitului documentelor specifice activității Comisiei de Monitorizare	-Comisia de Monitorizare	Ori de câte ori este cazul
			*Elaborarea circuitului documentelor specifice structurilor, după inventariere și conform procedurilor	-Conducătorii de structuri, cu adoptare de către Comisia de Monitorizare	Trim.IV -după inventariere documentelor gestionate de structuri

Nr. Crt.	Standardul	Direcții de acțiune	Plan de acțiune	Cine răspunde	Termen
0	1	2	3	4	5
11.	Raportarea contabilă și financiară	*Organizarea și conducerea contabilității, astfel încât să se asigure calitatea informațiilor și a datelor contabile utilizate la realizarea situațiilor contabile.	<p>*Utilizarea programelor informatice pentru conducerea contabilității spitalului</p> <p>*Aplicarea procedurilor de angajare, lichidare, ordonanțare și plată a cheltuielilor ( ALOP)</p> <p>*Asigurarea exercitării controlului financiar preventiv propriu</p> <p>*Asigurarea calității informațiilor și datelor contabile utilizate la realizarea situațiilor contabile</p> <p>*Realizarea raportărilor contabile</p> <p>*Revizuirea procedurilor specifice Biroului Contabilitate, în concordanță cu prevederile normative aplicabile</p> <p>*Verificarea permanentă a aplicării corespunzătoare a procedurilor contabile și a controalelor contabile documentate, vizând corecta aplicare a actelor normative din domeniul financiar-contabil și a controlului intern</p>	- Director Financiar-Contabil, structura specialitate prin de	Permanent
<b>IV. ACTIVITĂȚI DE CONTROL</b>					
12.	Proceduri	*Elaborarea /revizuirea procedurilor de sistem și operaționale privind activitățile procedurabile și aducerea acestora la cunoștință	*Actualizarea/revizuirea inventarului aprobat al activităților procedurabile	- Comisia de Monitorizare	Dacă este cazul
			*Elaborarea/ revizuirea procedurilor scrise	- Conducătorii de structuri - Avizare în Comisia de Monitorizare	Conform termenelor stabilite de conducere/ Comisia de Monitorizare sau ori de câte ori

<i>Nr. Crt.</i>	<i>Standardul</i>	<i>Direcții de acțiune</i>	<i>Plan de acțiune</i>	<i>Cine răspunde</i>	<i>Termen</i>
0	1	2	3	4	5
					este necesar, conform prevederilor legale
			*Monitorizarea aplicării corecte a procedurilor scrise	Conducerea	Permanent
		* Asigurarea separării atribuțiilor și responsabilităților în privința elementelor operaționale și financiare, prin proceduri, ale fiecărei acțiuni.	*Aplicarea principiului separării funcțiilor de inițiere, verificare și aprobare a operațiunilor.	- Conducerea - Conducătorii structurilor - Comisia de Monitorizare	Permanent
13.	Supravegherea	* Asigurarea măsurilor adecvate de supraveghere a operațiunilor, pe baza unor proceduri/politici prestabilite, în scopul realizării, în mod eficace, a acestora	*Revizuirea Codului de control intern managerial	- Comisia de Monitorizare	Dacă este cazul
			*Revizuirea/actualizarea/corelarea/ armonizarea permanentă a regulamentelor interne, care reprezintă documente-cadru, menite să reglementeze modul de desfășurare, în bune condiții, a activității instituționale.	- Conducerea - Serviciile de specialitate	Permanent

Nr. Crt.	Standardul	Direcții de acțiune	Plan de acțiune	Cine răspunde	Termen
0	1	2	3	4	5
			<p>*Pentru activitățile cu grad ridicat de expunere la risc sau cu impact crescut al riscurilor, se vor stabili și vor fi incluse în proceduri, măsuri de supervizare și instrumente de control, care să contribuie la diminuarea efectului producerii riscului</p>	-Coducători structuri	Ori de câte ori este cazul
			<p>*Aplicarea și dezvoltarea instrumentelor de control adecvate și a măsurilor de supraveghere a activităților, operațiunilor și tranzacțiilor, în scopul realizării eficiente a acestora.</p>	<p>- Manager - Comitet Director - Conducătorii structurilor - Consiliu Medical - Comisia de Monitorizare - Alte comisii specifice</p>	Permanent
14.	Continuitatea activității	* Asigurarea măsurilor corespunzătoare pentru ca activitatea spitalului să poată continua în orice moment, în toate împrejurările și în toate planurile	<p>• Reinventarierea situațiilor generatoare de întreruperi în derularea unor activități.</p> <p>• Aplicarea măsurilor adecvate pentru asigurarea continuității activității (planul aferent), în cazul apariției unor situații generatoare de întreruperi.</p>	<p>- Comisia de Monitorizare, prin conducătorii de structuri</p> <p>- Comisia de Monitorizare - Conducătorii de structuri</p>	<p>Ori de câte ori este cazul</p> <p>Permanent</p>
<b>IV. AUDITAREA SI EVALUEA</b>					
15.	Verificarea evaluarea controlului și	* Instituirea funcției de autoevaluare a controlului intern managerial, la nivelul fiecărui compartiment, precum și la nivelul spitalului.	<p>• Pregătirea și realizarea autoevaluării subsistemului de control intern managerial la nivel spitalului, implicând structura, avându-se în vedere toate acțiunile care trebuie desfășurate pentru această etapă, conform prevederilor legale în vigoare.</p> <p>*La elaborarea chestionarelor de autoevaluare de către structuri, Comisia de monitorizare va pune în vedere structurilor ca fiecare răspuns să fie motivat și probat de documente justificative</p> <p>*Analiza stadiului implementării și dezvoltării SCIM la nivelul unității, cu întocmirea Situației sintetice și transmiterea acesteia, conform cerințelor legale</p>	<p>- Conducătorii structurilor - Comisia de Monitorizare.</p> <p>- Conducătorii structurilor - Comisia de Monitorizare</p> <p>- Comisia de Monitorizare</p>	<p>Anual</p> <p>Anual</p> <p>Anual</p>

<b>Nr. Crt.</b>	<b>Standardul</b>	<b>Direcții de acțiune</b>	<b>Plan de acțiune</b>	<b>Cine răspunde</b>	<b>Termen</b>
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
			* Utilizarea datelor, informațiilor și constatărilor autoevaluării subsistemului de control intern managerial la nivelul compartimentelor, precum și la nivelul întregii unități, prin asumarea Raportului asupra sistemului de control intern/managerial la 31 decembrie a anului încheiat.	- Conducerea spitalului	Anual
16.	Auditul intern	Unitatea nu dispune de structură proprie de audit intern			

**Președinte**

**Comisie de Monitorizare**

**PAMFIL ALISTIȚA**

**Secretar comisie**  
**Țurcașiu Anamaria Lavinia**