



APROBAT,
MANAGER
GEORGETA RADULESCU

PROGRAMUL DE DEZVOLTARE A SISTEMULUI DE CONTROL INTERN MANAGERIAL AL SPITALULUI GENERAL CF PLOIEȘTI-2022

1. PREMISE CONCEPTUALE

In vederea aplicării prevederilor Ordinul secretarului general al Guvernului nr.600/2018, care aproba Codul controlului intern managerial, se va constitui o structura internă cu atribuții în monitorizarea, coordonarea și îndrumarea metodologică cu privire la sistemele proprii de control managerial.

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 masurile corrective sau preventive ce se impun.

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

2. SCOPUL PROGRAMULUI

Implementarea și dezvoltarea standardelor de management/control intern (cuprinse în Codul Controlului Intern, aprobat prin Ordinul 946/2005* - republicare) în cadrul Spitalului General CF Ploiești și elaborarea procedurilor formalizate pe activități, în acord cu specificul instituției.

3. OBIECTIVELE GENERALE ALE PROGRAMULUI DE DEZVOLTARE 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 reglementelor 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 adecvata prin rapoarte periodice.

4. OBIECTIVELE SPECIFICE ALE PROGRAMULUI DE DEZVOLTARE A SISTEMULUI DE CONTROL MANAGERIAL LA NIVELUL

SPITALULUI SUNT

- reflectarea in documente scrise a organizării controlului intern, a tuturor operațiunilor spitalului si a elementelor specifice, inregistrarea si păstrarea in mod adecat a documentelor;
- inregistrarea in mod cronologic a operațiunilor;
- asigurarea aprobărilor si efectuării operațiunilor exclusive de persoane special imputernicite in acest sens;
- separarea atribuțiilor privind efectuarea de opertiuni intre persoane, astfel incat 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 persoanele îndreptățite și responsabile în legătură cu utilizarea și păstrarea lor.

5. ABREVIERI UTILIZATE

Comisie	= Comisia de monitorizare
PV	= Proces verbal
CD	= Comitet Director
RUS	= Resurse umane, Salarizare
DS	= Direcția Sanitară

Nr. crt	OBIECTIV (ETAPA)	Standarde conform OSG nr. 600/2018	Măsura de realizare a etapei/ obiectivului.	Responsabil	Termen	Indicator	Rezultat asteptat	Stadiul de realizare la semestrul
---------	------------------	------------------------------------	---	-------------	--------	-----------	-------------------	-----------------------------------

a) MEDIUL DE CONTROL

STANDARDUL 1-ETICA ȘI INTEGRITATE

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

1.	Asigurarea unor condiții necesare cunoașterii de către salariați a prevederilor legale (acte normative și alte cerințe aplicabile) care reglementează comportamentul acestora la locul de munca precum și prevenirea și raportarea fraudelor	ST.1 Etica și integritatea	1.1 Revizia codului de etica (codului de conduită) la nivel de spital	Sef Birou RUS Consilier Juridic Director Medical	TRIM I		■ Cod de etica aprobat de comitetul director	
			1.2 Promovarea codului de etica (prelucrarea cu angajații spitalului).	Sef Birou RUS Consilier Juridic Director Medical	TRIM I	■ nr. angajati care cunosc prevederile codului de conduită/ nr.total de angajati	■ PV de prelucrare a codului de conduită ■ Publicarea codului de conduit pe site ■ Afisarea codului de conduit in locuri vizibile in cadrul spitalului	
			1.3 Extinderea atribuțiilor comisiei pentru cercetare disciplinara in vederea analizării cazurilor de nereguli (frauda)	Sef Birou RUS		PERMANENT	Extinderea atribuțiilor comisiei de cercetare disciplinara prin completarea deciziei	
			1.4 Elaborarea/revizia procedurii privind semnalarea și tratamentul neregulilor. (Procedura de etica)	Sef Birou RUS	Ori de cate ori este nevoie		Procedura privind semnalarea și tratamentul neregulilor aprobată de către comisie	
			1.5 Desfășurarea de activități de consiliere etica a personalului din partea consiliului de etica.	Consiliul de etica	Ori de cate ori este nevoie	■ nr. de persoane care au primit consiliere etica/ nr. total	Inregistrari privind rezultatele ale consilierii ale angajatorilor pe probleme de etica	

						<i>persoane care au solicitat consiliere etica</i>		
			<i>1.6 Monitorizarea respectării normelor de conduită de către toți angajații spitalului.</i>	<i>Consiliul de etica</i>	<i>Aplicabilitate permanentă</i>		<i>Inregistrari cu privire la monitorizarea respectării normelor de conduită de către toți angajații</i>	
			<i>1.7. Aplicarea de măsuri, după caz, pentru elucidarea neregularităților, luate de către conducătorii comportamentelor cu respectarea prevederilor Legii nr.571/2004 privind protecția personalului din autoritățile și instituțiile publice și din alte unități care semnalează încălcări ale legii.</i>	<i>Manager Consiliul de etică Avertizor de integritate Comisia de disciplină</i>	<i>Aplicabilitate permanentă</i>	<i>Gradul de soluționare a sesizărilor, privind neregulile semnalate</i>	<i>Proces verbal de constatare a neregulilor și luarea de măsuri</i>	
			<i>1.8. Se vor pune de acord regulamentele de ordine interioară cu prevederile Legii nr. 571/2004 privind protecția personalului din autoritățile și instituțiile publice și din alte unități care</i>	<i>Consilier juridic General C.F. Ploiești</i>	<i>30.06.2022</i>	<i>Respectarea prevederilor legale</i>	<i>Proces verbal constituire Consiliu Etic; Decizie Manager spital de constituire a Consiliului Etic</i>	

			semnalează încălcări ale legii.					
STANDARDUL 2-ATRIBUȚII, FUNCȚII, SARCINI								
„Conducerea entității publice asigură întocmirea și actualizarea documentului privind misiunea entității publice, a reglementelor interne și a fișelor posturilor, pe care le comunică salariaților!“								
2.	Asigurarea menținerii concordanței între atribuțiile spitalului ca instituție și cele ale angajaților; asigurarea cunoașterii atribuțiilor de către angajați	ST.2 Atribuții, funcții, sarcini	2.1 Actualizarea ROF 2.2 Prelucrarea prevederilor ROF cu angajații prin : ■ publicare pe site ■ instruire pe baza de proces verbal 2.3 Revizuirea procedurii cu privire la modul de întocmire a fișelor post. 2.4 Stabilirea atribuțiilor asociate fiecărui post. 2.5 Actualizarea fișelor post în concordanță cu atribuțiile stabilite pentru fiecare post; 2.6 Actualizarea fișelor post ori de cate ori este nevoie.	Sef Birou RUS Sef Birou RUS Sef Birou RUS Conducătorii de structuri Sef Birou RUS Conducătorii Conducătorii de structuri Sef Birou RUS	SEM I SEM I 30.06.2022 31.03.2021 31.03.2022 Ori de cate ori este necesara actualizarea fișelor post	■ nr. angajati care cunosc prevederile ROF / nr. total de angajati ■ Resp ectar ea term enul ui de actu aliza re	ROF elaborat/ actualizat și aprobat ■ ROF publicat pe site ■ PV de prelucrare a prevederilor ROF cu angajatii Procedura elaborata aprobată de comisie și adoptată cu privire la întocmirea fișelor post Atributii asociate posturilor in forma scrisa Fise post actualizate Fise post actualizate	

			2.7 Informarea angajaților cu privire la modificările aduse în fișele post.	Sef Birou RUS	Ori de cate ori apar modificări în fișele post	■ nr. angajați care cunosc atributiile prevederile fisă codului de conduită/ nr.total de angajați	Fise post cu semnaturi de luare la cunoștința de către angajați
			2.8. Introducerea în fișele de post a persoanelor care fac parte din Comisia de monitorizare a atribuțiilor cu privire la controlul intern managerial	Sef Birou RUS	30.06.2022	■ nr. fise post actualizate/ nr. fise post ce necesita actualizari	Fise post actualizate
			<i>Elaborarea procedurii de sistem privind funcțiile sensibile, inclusiv a celor expuse la corupție, care cuprinde:</i> <i>a) Inventarul funcțiilor sensibile inclusiv a celor expuse la corupție;</i> <i>b) Elaborarea registrului cu salariații care ocupă funcții sensibile;</i> <i>c) Elaborarea Planului pentru asigurarea diminuării riscurilor asociate funcțiilor sensibile;</i>	-Comitet director; -Sefi structuri/coordonatori compartimente organizatorice;	30.06.2022	■ Respectarea termenului de realizare -Listă funcții sensibile la nivelul compartimentului; -Listă funcții sensibile la nivelul entității publice; -Registrul salariaților care ocupă funcții sensibile la nivelul entității; -Plan pentru asigurarea diminuării riscurilor asociate funcțiilor sensibile la nivelul compartimentului;	

						-Plan pentru asigurarea diminuării riscurilor asociate funcțiilor sensibile la nivelul entității publice; -Procedură de sistem privind funcțiile sensibile.	
STANDARDUL 3-COMPETENȚĂ, PERFORMANȚĂ							
Conducerea entității publice asigură ocuparea posturilor de către persoane competente, cărora le încredințează sarcini potrivit competențelor, și asigură condiții pentru îmbunătățirea pregătirii profesionale a salariaților.”							
3.	1. Asigurarea ocupării posturilor cu personal competent, cu pregătire de specialitate necesara indeplinirii atribuțiilor prevăzute în fisele post. 2. Asigurarea continuă a pregătirii profesionale a personalului angajat	ST.3 Competență, performanță	3.1 Efectuarea analizei pentru stabilirea cunoștiințelor și abilităților necesare pentru realizarea atribuțiilor/ sarcinilor din fisile post (evaluarea performantei angajaților conform Ordinului 974/2020)	Conducătorii de structuri Sef Birou RUS	SEM II	■ nr. angajați evaluati/ nr.total de angajați	Evaluarea personalului de conducere și executie, formulare de evaluare completate și semnate ca asumare de către personalul angajat
			3.2 Identificarea nevoilor de perfecționare a pregătirii profesionale a personalului	Conducătorii compartimentelor	Permanent, în funcție de evoluția mediului de lucru	■ nr. structuri care au stabilit necesarul de instruire/ nr. total de instruire	Elaborarea planului de pregătire profesională
			3.3 Elaborarea unei proceduri documentate privind metodologia identificării și stabilirii nevoilor de formare ale personalului.	Sef Birou RUS	30.06.2022	Respectarea termenului de realizare	Procedura elaborată și aprobată de către Comisie
			3.5 Elaborarea „Planului de pregătire/formare	Sef Birou RUS	31.03.2022	Gradul de realizare a	Plan de pregătire/ Formare profesională

			<i>profesională".</i>				<i>planului de pregătire/for mare profesională</i>	<i>aprobat de CD, care va cuprinde în mod obligatoriu și instruirile cu privire la controlul intern managerial</i>	
			<i>3.6. Analiza de către fiecare conducător de comportament privind necesitatea posturilor și stabilirea cunoștințelor, abilităților, competențelor necesare pentru fiecare loc de muncă.</i>	<i>Conducătorii de structuri</i>	<i>Ori de cate ori este necesar</i>	<i>-Gradul de ocupare a posturilor stabilite prin statele nominale de funcții</i>	<i>-Referat de necesitate ocupare posturi; Fișe de post</i>		
			Informarea tuturor angajaților din cadrul compartimentului referitor la atribuțiile care le revin conform fișei postului, semnarea fișelor de post de către fiecare angajat, datarea fișelor de post și semnarea de către fiecare angajat în „Registrul de evidență al fișelor de post”.	Şeful structurii sau coordonatorul activității acesteia(la structuri tip compartiment)	<i>Ori de câte ori apar modificări sau în cazul în care există personal nou</i>	<i>Fișele de post actualizate, inclusiv cu atribuțiile, sarcinile și responsabilitățile care decurg din implementarea și dezvoltarea Sistemului de Control Intern Managerial, aprobată și însușite prin</i> ▪ semnată ră.	<i>✓ Fișe de post</i>		

STANDARDUL 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 deleagă, în conformitate cu cerințele legale.

4.	<p>1. Asigurarea unei structuri organizatorice cu responsabilități, competente și sarcini asociate posturilor astfel încât să se asigure realizarea obiectivelor spitalului</p> <p>2. Asigurarea unei structuri organizatorice funcționale pentru monitorizare, coordonare și îndrumare metodologică a dezvoltării sistemului de control managerial.</p>	ST. 4 Structura organizatorică	4.1. Elaborarea unei proceduri cu privire la întocmirea organigramei.	Sef Birou RUS	30.04.2022	Respectarea termenului de realizare	Procedura elaborată, aprobată și adoptată cu privire la elaborarea organigramei	
			4.2 Reactualizarea organigramei astfel încât să fie în concordanță cu misiunea și scopul spitalului.	Conducătorii de structuri Referent RUNOS CD	30.06.2022	Respectarea termenului de realizare	Organograma actualizată, aprobată în CD, comunicată și aprobată de către MTIC	
			4.3 Conducerea entității publice analizează periodic gradul de adaptabilitate a structurii organizatorice la modificările intervenite în interiorul și/sau exteriorul entității publice.	Sef Birou RUS	Ori de cate ori este necesar	■ nr. angajați care cunosc organograma/nr. total angajați	■ PV ale sedintelor de lucru, privitor la analizele efectuate; ▪ Fise post;	
			4.4. Realizarea delegării de atribuții prin Regulamentul de organizare și Funcționare, Fișe de Post, Ordin, Decizie, după caz.	Sef Birou RUS Conducătorii de structuri	30.04.2022	Gradul de realizare a delegării atribuțiilor pentru fiecare activitate identificată	-ROF -Fișe de post -Ordine, Decizii privind delegarea -PS privind delegarea atribuțiilor și competențelor	
			4.5. Respectarea raportului dintre complexitatea	Compartiment RUS Conducători structuri	30.04.2022	Stabilirea gradului de încărcare a	-Analiza volumului de muncă pe entitate;	

			<p>atribuțiilor delegate și cunoștințele, experiența și capacitatea necesară efectuării actului de autoritate încredințat; Repartizarea atribuțiilor în funcție de gradul de încărcare a personalului delegat să le realizeze.</p>			<p>personalului pentru activitățile delegate</p>	<p>-PS privind analiza volumului de muncă; -Procedura de sistem privind delegarea atribuțiilor și competențelor -ROF -Fișe de post, -Decizii privind delegarea</p>	
			<p>4.6. Precizarea, în cuprinsul deciziei de delegare a termenelor limită de realizare a sarcinilor atribuite și a criteriilor specifice pentru îndeplinirea cu succes a sarcinilor/atribuțiilor delegate.</p>	Compartiment RUS Conducători structuri	30.04.2022	<p>Gradul de realizare a sarcinilor atribuite prin deciziile de delegare a atribuțiilor</p>		
			<p>4.7. Furnizarea de către conducerator respectiv persoana care predă atribuțiile, persoanei delegate, a tuturor informațiilor în legătură cu atribuțiile delegate.</p>	Compartiment RUS Conducători structuri	Ori de cate ori este necesar	<p>Gradul de realizare a sarcinilor atribuite prin deciziile de delegare a atribuțiilor</p>		
			<p>4.8. Confirmarea, prin semnătură, de către salariatul căruia i s-au delegat atribuțiile.</p>	Compartiment RUS Conducători structuri	Ori de cate ori este necesar	<p>Gradul de realizare a sarcinilor atribuite prin deciziile de delegare a atribuțiilor</p>		

			4.9. Luarea la cunoștință de către personalul entității a prevederilor PS privind delegarea și postarea acesteia pe site-ul intranet al entității.	<i>Compartiment RUS Conducători structuri</i>	<i>Ori de cate ori este necesar</i>	<i>Gradul de realizare a sarcinilor atribuite prin deciziile de delegare a atribuțiilor</i>		
			4.10. Soluționarea/ realizarea atribuțiilor delegate. Evidență privind realizarea atribuțiilor delegate.	<i>Compartiment RUS Conducători structuri</i>	<i>Ori de cate ori este necesar</i>	<i>Gradul de realizare a sarcinilor atribuite prin deciziile de delegare a atribuțiilor</i>	<i>-Proces verbal de luare la cunoștință a prevederilor PS privind delegarea; -Site intranet.</i>	
						<i>Gradul de realizare a sarcinilor atribuite prin deciziile de delegare a atribuțiilor</i>	<i>-Documente de delegare, după caz (ordin – la nivelul APC, decizii, dispoziții, etc – la nivelul APL); -Listă cu documentele realizate de persoanele delegate.</i>	

b) PERFORMANCE SI MANAGEMENTUL RISCURILOR

STANDARDUL 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 comunică, după caz, tuturor salariaților 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.

5.	<i>Definirea obiectivelor generale în concordanță cu misiunea spitalului, precum și a celor specifice în concordanță cu prevederile legale și</i>	<i>ST.5 Obiective</i>	<i>5.1. Stabilirea obiectivelor generale ale spitalului cu respectarea principiului SMART.</i>	<i>Comisia CD</i>	<i>SEM I</i>	<i>■ nr. de obiective stabilite</i>	<i>Obiective generale stabilite aprobate în CD și adoptate de spital.</i>	
----	---	---------------------------	--	-------------------	--------------	-------------------------------------	---	--

	<i>alte cerințe aplicabile.</i>		5.2. Stabilirea obiectivelor specifice fiecărei structuri în parte pe baza analizei SWOT.	<i>Conducătorii de structuri.</i>	<i>SEM I</i>	<ul style="list-style-type: none">■ nr. de structuri care au stabilită obiective/nr. total structuri	<ul style="list-style-type: none">■ Analiza SWOT pentru fiecare structură cu rezultat propunerile de imbunatatire.■ Propunerile de obiective specifice fiecărei structuri în parte înaintate spre analiza către CD.■ Obiective specifice fiecărei structuri susținute de masura de imbunătățire aprobată în CD	
			5.3. Stabilirea de activități individuale pentru fiecare angajat care să conducă la atingerea obiectivelor specifice fiecărei structuri.	<i>Conducătorii de structuri.</i>	<i>IN FIECARE SEDINTA LUNARA</i>	<ul style="list-style-type: none">■ nr. de structuri care au stabilită activități individuale/nr. total structuri	<i>Fise post actualizate în care sunt menționate atributii pentru atingerea obiectivelor specifice sau alte acte organizaționale (Decizii, Note interne, etc) prin care sunt trasate atributii individuale</i>	
			5.4. Actualizarea Planului de integritate a spitalului și comunicarea către angajați.	<i>CD/ Comisie/ Manager</i>	<i>LA INCEPUTUL ANULUI</i>		<ul style="list-style-type: none">■ Plan strategic elaborat, aprobat în CD și adoptat de către spital.■ Comunicarea pe orice cale a prevederilor planului strategic către angajați.	

			Informarea tuturor angajaților din cadrul compartimentului cu privire la Planul de management, și consemnarea acestui fapt în „Procesul verbal de instruire și luare la cunoștință” sub luare de semnătură.	Conducătorii de structuri.	septembrie 2022	. ■ nr. de structuri care au întocmit proces verbal de luare la cunoștință	Proces verbal de informare și luare la cunoștință cu privire la planul de management al compartimentului	
--	--	--	---	----------------------------	-----------------	--	--	--

STANDARDUL 6-PLANIFICARE

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

6.	<i>Corelarea activităților pentru realizarea obiectivelor din Planul strategic cu strategia bugetara si strategia de personal.</i>	ST.6 Planificare	<i>6.1. Alocarea de resurse financiare și umane pentru fiecare măsura stabilită pentru atingerea unui obiectiv.</i>	<i>Director Financiar Contabil Referent RUNOS Comisie CD</i>	<i>TRIMESTRIAL IN BVC</i>	<i>Gradul de realizare a obiectivelor asumate</i>	<i>Stabilirea termenelor de realizare a masurilor pentru atingerea obiectivelor specifice cu atribuire de termene responsabilitati si resurse (recomandare-utilizarea graficului calendaristic GANTT)</i>	
			<i>Actualizarea strategiei instituționale sau a planului strategic de management (alt document de management) care să includă obiectivele entității publice și planificarea activităților / acțiunilor necesare pentru realizarea obiectivelor</i>	<i>Conducerea entității publice elaborează planuri/programe de activitate pentru toate obiectivele entității</i>	<i>31.12.2022</i>	<i>Gradul de realizare a obiectivelor asumate</i>	<i>-Plan strategic instituțional pe termen mediu (PSI), Plan operațional, Lista de activități sau un alt document de management organizațional.</i>	

			<p><i>Organizarea proceselor de muncă, astfel încât activitățile planificate să se desfășoare în cele mai bune condiții.</i></p>	<p><i>Pentru atingerea obiectivelor, conducătorul entității publice asigură coordonarea deciziilor și acțiunilor compartimentelor entității și organizează consultări prealabile, atât în cadrul compartimentelor entității, cât și între compartimentele respective.</i></p>	<p><i>La termenele stabilite în Planificările periodice.</i></p>	<p><i>Gradul de realizare al activităților planificate.</i></p>	<p><i>-Diagrame de proces; -Proceduri operaționale sau de sistem, după caz; Plan de activitate specific compartimentului, Plan anual de achiziții publice PAAP, Plan de investiții, Plan anual și multianual de audit public internetc.</i></p>	
			<p><i>Actualizarea obiectivelor, reallocarea resurselor, în funcție de schimbările survenite în cadrul entității.</i></p>	<p><i>-Conducerea entității publice elaborează planuri/programe de activitate pentru toate obiectivele entității, identifică și repartizează resursele, pornind de la stabilirea nevoilor pentru realizarea obiectivelor și organizează procesele de muncă</i></p>	<p><i>31.12.2022</i></p>	<p><i>Gradul de realizare al activităților planificate</i></p>	<p><i>-PSI actualizat, -Lista obiective; -Minute ședințe; -Plan de măsuri; -Plan de continuitate a activității.</i></p>	

			<p><i>în vederea desfășurării activităților planificate.</i></p> <p><i>-Repartizarea resurselor necesită decizii cu privire la cel mai bun mod de alocare, dat fiind caracterul limitat al resurselor.</i></p> <p><i>-Schimbarea obiectivelor, resurselor sau a altor elemente ale procesului de fundamentare impune actualizarea planului/ programului.</i></p> <p><i>-Pentru atingerea obiectivelor, conducătorul entității publice asigură coordonarea deciziilor și acțiunilor compartimentelor entității și organizează consultări</i></p>			
--	--	--	---	--	--	--

				<i>prealabile, atât în cadrul compartimentelor entității, cât și între compartimentele respective.</i>				
--	--	--	--	--	--	--	--	--

STANDARDUL 7-MONITORIZAREA PERFORMANȚELOR

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

7.	<i>Asigurarea monitorizării performanțelor obiectivelor stabilite prin utilizare de indicatori cantitativi și calitativi, inclusiv cu privire la economicitate, eficiență și eficacitate.</i>	ST. 7 Monitorizarea performanțelor	<i>7.1 Stabilirea de indicatori acolo unde este posibil pentru obiectivele specifice stabilite.</i>	<i>Conducătorii de structuri Responsabil Plan strategic</i>	SEM I	<i>■ nr. de structuri care au stabilit indicatori / nr. total structuri</i>	<i>Indicatori stabiliți, aprobați și adoptați pentru fiecare obiectiv specific (acolo unde se poate).</i>	
			<i>7.2 Stabilirea unui sistem de monitorizare și raportare a performanțelor pe baza indicatorilor stabiliți pentru obiectivele specifice.</i>	<i>Conducătorii de structuri Responsabil Plan strategic</i>		<i>Realizare sistem de monitorizare pe baza indicatorilor de performanță</i>	<i>Metodologie (procedura) aprobată și adoptată de raportarea stadiului de realizare a obiectivelor către conducerea unității</i>	
			<i>7.3 Reevaluarea relevantei indicatorilor asociați obiectivelor specifice, atunci când situația o impune în vederea operării ajustărilor cuvenite.</i>	<i>Conducătorii de structuri Responsabil Plan strategic</i>	TRIMESTRIAL	<i>Gradul de realizare a indicatorilor asociați obiectivelor</i>	<i>Analize periodice a relevantei indicatorilor și modificarea acestora atunci când situația o impune</i>	
			<i>7.4 Actualizarea de către managementul entității publice a obiectivelor și realocarea resurselor în vederea remedierii eventualelor disfuncționalități/ abateri</i>	<i>Manager Conducătorii de structuri</i>	ANUAL	<i>Gradul de realizare a obiectivelor stabilite</i>	<i>-PSI sau alt document de management organizațional actualizat și agreat de conducerea entității;</i>	

			<i>constatație, sau funcție de schimbările survenite în cadrul entității.</i>				<i>Plan de implementare a eventualelor abateri/ disfuncționalități identificate în procesul de monitorizare a rezultatelor activității/ performanțelor.</i>	
			7.5.. Asocierea la fiecare obiectiv specific smart stabilit la nivelul comportamentelor a cel puțin unui indicator de performanță. Dacă se consideră necesar, se pot atasa fiecarui obiectiv mai mulți indicatori pentru a avea un control mai eficient asupra evoluției obiectivelor comportamentalui pe parcursul realizării lor; elaborarea de propuneri.	Manager Conducătorii de structuri	Trim. IV 2022	■ nr.de structuri care au stabilit indicatori / nr. total structuri	Raport privind reevaluarea relevantei indicatorilor asociați obiectivelor specifice. Acest raport va fi întocmit în cazul modificării uneia sau mai multor obiective, deoarece și indicatorii acestora se modifică.	
			7.6.. Evaluarea stadiului de realizare al indicatorilor de performanță și întocmirea unui raport în acest sens.	Manager Conducătorii de structuri	Ianuarie 2023 pentru 2022	Gradul de realizare a indicatorilor de performanță	Centralizator indicatorii de performanță	

STANDARDUL 8-MANAGEMENTUL RISCULUI

„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.”

8.	<i>Asigurarea unui sistem de management a riscurilor pentru a preveni nerealizarea obiectivelor specifice stabilite.</i>	ST. 8 Managementul riscului	<i>8.1 Analiza sistematică a riscurilor asociate obiectivelor specifice, legate de desfășurarea activităților, elaborarea planurilor corespunzătoare, în direcția limitării posibilelor consecințe negative ale acestor riscuri și desemnarea persoanelor cu responsabilități în aplicarea acestor planuri.</i>	Comisia Responsabili riscuri	Noiembrie 2022	<i>Actualizare/Realizare procedură</i>	<i>Actualizare procedura privind managementul riscurilor elaborata si aprobată</i>	
			<i>8.2 Instruirea personalului angajat inclusiv a top managementului in domeniul managementului riscurilor.</i>	Comisia		<i>TRIMESTRIAL</i>	<i>■ nr.de angajati care cunosc procedura managementul riscurilor/nr. total de angajati</i>	
			<i>8.3.Identificarea riscurilor proprii activităților identificate din cadrul structurilor funcționale conform organigramei Spitalului General C.F. Ploiești</i>	Conducătorii de structuri.	<i>Ori de câte ori este cazul</i>			
			<i>Elaborarea notei privind nivelul limitelor de toleranță la risc și formularea de propuneri privind revizuirea acestora</i>	Conducătorii de structuri.	<i>Noiembrie 2022</i>	<i>■ nr.de structuri care au stabilit indicatori / nr. total structuri</i>	<i>Liste de activitati cu riscuri asociate , aprobată de catre conducatorii de structuri</i>	
			<i>Completarea /actualizarea Registrului de riscuri pentru anul 2022</i>	<i>Conducătorii de structuri. Responsabil riscuri din cadrul Secretariatului tehnic al Comisiei de</i>	<i>31.12.2022</i>		<i>■ nr.de structuri care au evaluat riscurile / nr. total structuri</i>	<i>Liste de evaluare a riscurilor</i>
								<i>Liste de evaluare a riscurilor cu masuri de gestionare a riscurilor stabilite</i>

				<i>monitorizare</i>		<i>total structuri</i>		
			<i>8.8 Centralizarea riscurilor majore si elaborarea Registrului de riscuri la nivelul spitalului.</i>	<i>Responsabil cu registrul de riscuri.</i>	<i>Noiembrie 2022</i>	<i>Realizare actualizare registrul riscurilor</i>	<i>Registrul de riscuri completat si aprobat de catre Manager</i>	
			<i>8.9. Stabilirea masurilor de gestionare a riscurilor identificate si evaluate - identificare masuri/instrumente de control aplicabile si stabilirea responsabilitelor pentru gestionarea riscurilor identificate.</i>	<i>Conducătorii de structuri.</i>	<i>Noiembrie 2022</i>	<i>■ nr.de structuri care au stabilit masuri de gestionare a riscurilor / nr. total structuri</i>	<i>Liste de evaluare a riscurilor cu masuri de gestionare a riscurilor stabilite</i>	
			<i>8.10. Monitorizarea riscurilor si reevaluarea acestora.</i>	<i>Responsabil cu registrul de riscuri. Responsabil cu gestiunea riscurilor</i>	<i>Conform termenelor din Registrul de riscuri</i>	<i>■ nr. de riscuri monitorizare si reevaluate / nr. total de riscuri identificate</i>		
c) ACTIVITĂȚI DE CONTROL								
STABNDARDUL 9-PROCEDURI								
<i>„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.”</i>								
9.	<i>Asigurarea continuitatii activitatilor prin elaborarea unor proceduri privind desfasurarea activitatilor in cadrul compartimentelor din</i>	<i>ST.9 Proceduri</i>	<i>9.1Elaborarea/ Revizia procedurilor operaționale sau de sistem pentru activitățile identificate ca fiind procedurabile la nivelul tuturor structurilor funcționale ale spitalului.</i>	<i>Coordonator implementare</i>	<i>29.04.2022</i>	<i>■ Realizare procedură</i>	<i>Procedura privind controlul documentelor elaborata, aprobată si adoptată</i>	

	structura spitalului		9.2 Identificarea activităților la nivel de structuri care necesită elaborarea unor proceduri.	Conducatorii de structuri	31.03.2021	■ nr. structuri care au identificat activități procedurabile / nr. total structuri	Lista activitatilor procedurabile la nivelul fiecarei structuri din spital.	
			9.3 Stabilirea calendarului de elaborare și aprobare a procedurilor (clasificarea tipurilor de proceduri).	Conducatorii de structuri	31.03.2022	■ nr. structuri care au stabilit calendarul de elaborare a procedurilor/ nr. total structuri	Calendare de elaborare a procedurilor la nivelul fiecarei structuri care vor cuprinde funcția elaborului de procedura, data pana la care va fi elaborata si aprobată procedura	
			9.4 Derularea procesului de elaborare proceduri.	Elaboratorii de proceduri	Conform calendarului de elaborare proceduri	■ nr. structuri care au elaborat procedurile / nr. total structuri	Proceduri elaborate, aprobată si adoptate	
			9.5 Monitorizarea aplicării prevederilor procedurilor la nivelul structurilor.	Comisia	Trimestrial Anual	■ nr. structuri care respectă clauzele procedurilor/ nr. total structuri	Rapoarte de monitorizare ale comisiei	
			9.6 Revizuirea procedurilor.	Persoane responsabile cu elaborarea de proceduri	Ori de cate ori este necesar.		Proceduri revizuite	

STANDARDUL 10-SUPRAVEGHEREA

„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, eficacitate, siguranță și legalitate.

10.	Asigurarea unor masuri adecvate de supraveghere a operațiunilor pe bază	ST.10 Supraveghere a	10.1 Aplicarea de către conducerea structurilor funcționale din cadrul Spitalului General C.F.	Conducătorii structurilor funcționale	Permanent	Gradul de realizare și implementare a	Actualizare procedură privind Monitorizarea activitatii spitalului la nivel la nivel de	
-----	---	----------------------	--	---------------------------------------	-----------	---------------------------------------	---	--

	<i>unor proceduri prestabilite.</i>		<i>Ploiești a măsurilor de supraveghere și supervizare a activităților care intră în responsabilitatea lor directă.</i>			<i>aprocedurilor</i>	<i>structuri funcționale.</i>	
			<i>10.2.Identificarea la nivelul compartimentelor entității publice a activităților dificile cu expunere ridicată la risc.</i>	<i>Conducatorii de structuri</i>	<i>29.04.2022</i>	<i>Ponderea activităților cu expunere ridicată la risc, din totalul activităților entității publice</i>	<i>✓ Plan operațional; Lista de activități sau un alt document de management organizațional</i>	
			<i>10.3.Stabilirea unor forme adecvate de supraveghere și a responsabilitelor cu atribuții de supraveghere, supervizare a activităților.</i>	<i>Conducatorii de structuri</i>	<i>30.04.2022</i>	<i>Gradul de realizare a responsabilităților/atribuțiilor</i>	<i>✓ Act normativ de funcționare și organizare;</i> <i>✓ ROF entitate;</i> <i>✓ Ordine de competență;</i> <i>✓ Fișe de post;</i> <i>Documente de delegare a atribuțiilor</i>	
			<i>10.4.Supravegherea constantă de către conducătorii compartimentelor a activităților desfășurate de salariați.</i>	<i>Conducatorii de structuri</i>	<i>Permanent</i>	<i>Gradul de realizare a responsabilităților/atribuțiilor</i>	<i>✓ Instrucțiuni pentru realizarea sarcinilor;</i> <i>✓ Proceduri specifice aprobată;</i>	
			<i>10.5.Implementarea și monitorizarea procedurilor aprobată.</i>	<i>Conducatorii de structuri Tot personalul instituției</i>	<i>30.03.2022</i>	<i>Gradul de realizare a responsabilităților/atribuțiilor</i>	<i>✓ Proceduri operaționale ale activităților compartimentului</i>	

							<i>în care sunt prevăzute puncte de supervizare la fiecare nivel de management</i>	
							<i>Gradul de realizare al indicatorilor de performanță</i>	

STANDARDUL 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.”

11.	<i>Asigurarea măsurilor corespunzătoare pentru ca activitatea spitalului să poată continua în orice moment, în toate împrejurările și în toate</i>	<i>ST.11 Continuitatea activității</i>	<i>11.1 Inventarierea/actualizarea situațiilor cu risc major generatoare de intreruperi în derularea activităților spitalului (la</i>	<i>Conducători de structuri Comisia SCIM</i>	<i>Anual sau ori de câte ori este nevoie</i>	<i>■ nr. structuri care au identificat situațiile generatoare de risc major/</i>	<i>Lista riscurilor majore care pot conduce la intreruperi ale activitatii</i>	
-----	--	--	---	--	--	--	--	--

			<i>nivel de structuri si ulterior la nivel centralizat).</i>			<i>nr. total structuri</i>		
			<i>11.2 Stabilirea si aplicarea masurilor adevarate pentru asigurarea continuității activității, în cazul apariției unor situații generatoare de întreruperi.</i>	<i>Conducătorii de structuri Comisie Manager</i>	<i>Permanent</i>	<i>Gradul de realizare al activităților planificate</i>	<i>Elaborare plan de masuri pentru riscurile majore identificate</i>	
			<i>11.3. Elaborarea Planului de continuitate a activității Spitalului General C.F. Ploiești și aducerea acestuia la cunoștința angajaților.</i>	<i>Conducători de structuri Comisia SCIM</i>	<i>Anual</i>	<i>Gradul de realizare al activităților planificate</i>	<i>✓ Plan de continuitate a activității compartimentului; Proces verbal de luare la cunoștință</i>	
			<i>11.4. Revizuirea planului de continuitate a activității, astfel încât acesta să reflecte întotdeauna toate schimbările ce intervin în cadrul Spitalului General C.F. Ploiești</i>	<i>Conducători de structuri Comisia SCIM</i>	<i>Anual</i>	<i>Gradul de realizare al activităților planificate</i>	<i>✓ Plan de continuitate revizuit;</i>	

d) INFORMAREA ȘI COMUNICAREA

STANDARDUL 12-INFORMAREA ȘI COMUNICAREA

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

12.	<i>Asigurarea unui flux al informațiilor atât în interior cat și în/din exterior. Dezvoltarea unui sistem</i>	<i>ST.12 Informarea și comunicarea</i>	<i>12.1 Stabilirea documentelor și a fluxurilor de date și informații care intra și ies din fiecare compartiment, a conținutului, frecvenței, calității, surselor și</i>	<i>Conducătorii de structuri</i>	<i>29.04.2022</i>	<i>■ nr. de structuri care au stabilit fluxul de documente/ nr. total de</i>	<i>■ Grafice de circuit a documentelor aprobatelor și adoptate la nivelul fiecarei structuri ■ Grafic de circuit a documentelor la nivelul</i>	
-----	--	--	--	----------------------------------	-------------------	--	--	--

			<p>eficient de comunicare interna si externa, care sa asigure difuzarea rapida, fluenta si precisa a informatiilor astfel incat acestea sa ajungă complete si la timp la utilizatori</p>	<p>destinatarilor acestora, a raportării către nivelurile ierarhice superioare si către alte instituții astfel incat sa fie permisa realizarea corespunzătoare a sarcinilor de serviciu.</p>			<p>structuri</p>	<p>spitalului.</p>	
				<p>12.2 Stabilirea unor reguli de accesare/primire/prelucrare si stransmitere a informatiilor /documentelor - eventual procedura.</p>	<p>Comisia</p>	<p>29.04.2022</p>	<p>Realizare procedura de sistem</p>	<p>Procedura privind controlul documentelor aprobată și adoptată</p>	
				<p>12.3 Revizuire unei proceduri in vederea reglementarii activităților si acțiunilor de comunicare interna si externa. Care va cuprinde prevederi referitoare la:</p> <ul style="list-style-type: none">■ timpii alocăti pentru primirea/prelucrarea si transmiterea informatiilor/documentelor■ stabilirea responsabilităților de primirea/ transmiterea informatiilor/documentelor funcție de tipologia acestora■ stabilirea cailor/mijloacelor corespunzătoare pentru transmiterea fiecărui tip de informatie (e-mail, fax, telefon, cu sau fără semnătura electronică,etc.)	<p>Comisia</p>	<p>29.04.2022</p>	<p>Realizare procedura</p>	<p>Procedura privind comunicarea externa si interna elaborată,aprobată și adoptată.</p>	
				<p>12.4. Stabilirea și aprobarea inventarului documentelor și fluxurilor</p>	<p>Comisia Responsabil unități arhivistice Secretar/registrator/st</p>	<p>30.09.2022</p>	<p>Realizare inventar</p>	<p>✓ Inventarul documentelor pe categorii utilizate</p>	

			<i>de informații care intră/ies la nivel de compartimente și entitate,</i>	<i>atistician</i>			<i>în cadrul entității publiceNominalizarea personalului responsabil cu inventarierea documentelor; Lista documentelor de interes public;</i>	
			<i>12.5. Structurarea documentelor pe activități, precizându-se proveniența și tipul de prelucrare</i>	<i>Comisia Responsabil unități arhivistice Conducătorii de structuri</i>	<i>30.09.2022</i>	<i>Actualizare /Realizare nomenclator arhivistic</i>	<i>✓ Nomenclatorul arhivistic;</i>	
			<i>12.6. Organizarea și gestionarea site-lui intranet și paginii web al entității publice.</i>	<i>Comisia Responsabil programe informatice</i>	<i>Permanent</i>	<i>Realizarea site-lui</i>	<i>✓ Site intranet; ✓ Pagina web;</i>	
			<i>12.7. Organizarea unei platforme electronice de gestionare a documentelor într-un mod integrat</i>	<i>Comisia Responsabil programe informatice</i>	<i>30.12.2022</i>	<i>Realizare platformă</i>	<i>✓ Platforma electronică sistem informatic de management al documentelor;</i>	
			<i>12.8. Organizarea bazelor de date și stabilirea modului de utilizare a acestora.</i>	<i>Comisia Responsabil programe informatice</i>	<i>30.12.2022</i>	<i>Realizare bază de date și arhivă electronică</i>	<i>✓ Baze de date și Regulament de utilizare a acestora;</i>	
			<i>Întocmirea „Proiectului anual privind Dezvoltarea Sistemului de comunicare internă și externă” care va cuprinde 5 capitole:</i>	<i>Sef birou administrativ</i>	<i>Septembrie 2022</i>	<i>Realizare proiect</i>	<i>✓ Proiect anual privind „Dezvoltarea Sistemului de</i>	

			<p>Capitolul 1:</p> <p>I. Dotarea fizică actuală a compartimentelor pentru canale de comunicare (număr de telefoane, faxuri, adrese de email, progrese informaticе destinate comunicării și informării, etc).</p> <p>II. Propuneri privind dotarea fizică viitoare (necesară) a compartimentelor pentru canale de comunicare (număr de telefoane, faxuri, adrese de email, progrese informaticе destinate comunicării și informării, etc).</p> <p>Capitolul 2:</p> <p>I. Identificarea deficiențelor de comunicare în interiorul compartimentelor. Acestea pot fi: diferite tipuri de defecțiuni ale canalelor de comunicare (telefoane deranjate, disfuncționalități ale internetului, ale serviciilor de mailing intern și extern etc.)</p>					comunicare internă și externă”
--	--	--	---	--	--	--	--	--------------------------------

			<p>II. Propuneri de corectare a deficiențelor constatate. (de exemplu suplimentarea numărului de linii telefonice necesare compartimentelor)</p> <p>Capitolul 3:</p> <p>I. Identificarea deficiențelor de comunicare între compartimente. Acestea pot fi: diferite tipuri de defecțiuni ale canalelor de comunicare (telefoane deranjate, disfuncționalități ale internetului, ale serviciilor de mailing intern și extern etc.)</p> <p>II. Propuneri de corectare a deficiențelor constatate.</p> <p>Capitolul 4:</p> <p>I. Identificarea deficiențelor de comunicare între compartiment și exteriorul acestuia. Acestea pot fi: diferite tipuri de defecțiuni ale canalelor de comunicare (telefoane deranjate,</p>				
--	--	--	---	--	--	--	--

			<p>disfuncționalități ale internetului, ale serviciilor de mailing intern și extern etc.)</p> <p>II. Propuneri de corectare a deficiențelor constatare. Capitolul 5:</p> <p>I. Identificarea tipurilor de informații, a canalelor de comunicare prin care circulă acestea precum și identificarea fluxurilor informaționale care necesită proceduri specifice de comunicare</p>				
--	--	--	---	--	--	--	--

STANDARDUL 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 salariașilor entității, precum și terților abilități.”

13.	<i>Conducătorul spitalului organizează și administrează procesul de creare, revizuire, organizare, stocare, utilizare, identificare și arhivare a documentelor interne și a celor provenite din exteriorul organizației, oferind control asupra ciclului complet de viață al acestora și accesibilitate conducerii și angajaților entității, precum și terților abilități.</i>	ST.13 <i>Gestionarea documentelor</i>	<p><i>13.1 Fiecare spital define reguli clare și proceduri cu privire la înregistrarea, expedierea, redactarea, clasificarea, îndosarierea, protejarea și păstrarea documentelor.</i></p> <p><i>13.2 Conducătorul spitalului organizează un compartiment distinct pentru primirea, înregistrarea și expedierea documentelor, iar la nivelul fiecărui compartiment se ține, în mod obligatoriu, o evidență a documentelor primite și expediate.</i></p>	<p><i>Responsabil de compartiment/departament</i> <i>Administrator spital</i> <i>Secretar/registrator/statistician</i> <i>Responsabil cu arhiva</i></p>	<p><i>Permanent</i></p>	<p><i>Nr. de structuri care se ocupă cu administrarea, crearea, organizarea, arhivarea documentelor</i></p>	<p><i>Proceduri operationale</i> <i>Proces verbal CD</i> <i>Atentionari PV de control</i></p>
-----	--	--	--	--	-------------------------	---	---

			<p><i>13.3 În spital sunt implementate măsuri de securitate pentru protejarea documentelor împotriva distrugerii, furtului, pierderii, incendiului etc., precum și măsuri de respectare a reglementărilor privind protecția datelor cu caracter personal.</i></p> <p><i>13.4 Conducerea spitalului asigură condițiile necesare cunoașterii și respectării de către angajați a reglementărilor legale privind accesul la documentele clasificate și modul de gestionare a acestora.</i></p> <p><i>13.5 În spital este creat un sistem de păstrare/archivare a documentelor, potrivit unor proceduri stabilite, în vederea asigurării conservării lor în bune condiții și pentru a fi accesibile personalului competent în a le utiliza.</i></p>				
			<p><i>13.5. Întreprinderea măsurilor pentru organizarea activității de soluționare a petițiilor, a cererilor privind furnizarea de informații publice</i></p>	<p><i>Personal care are în atribuții soluționarea cererilor și petițiilor</i></p>	<p><i>Ori de câte ori este cazul</i></p>	<p><i>Nr. de petiții și cereri soluționate</i></p>	<p><i>Aplicarea reglementărilor legale cu privire la soluționarea petițiilor și furnizarea informațiilor publice</i></p>
<p>STANDARDUL 14-RAPORTAREA CONTABILĂ ȘI FINANCIARĂ</p> <p>„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.”</p>							

14.	<p><i>Conducătorul spitalului 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.</i></p>	<p><i>ST.14 Raportarea contabilă și financiară</i></p>	<p><i>14.1 Conducătorul spitalului este responsabil de organizarea și finarea la zi a contabilității și de prezentarea la termen a situațiilor financiare asupra situației patrimoniului aflat în administrarea sa, precum și a execuției bugetare, în vederea asigurării exactității tuturor informațiilor contabile aflate sub controlul său.</i></p> <p><i>14.2 Conducătorul compartimentului finanțier – contabil asigură calitatea informațiilor și datelor contabile utilizate la realizarea situațiilor contabile, care reflectă în mod real activele și pasivele spitalului.</i></p> <p><i>14.3 Situațiile financiare anuale sunt însoțite de rapoarte anuale de performanță, în care se prezintă pentru fiecare program obiectivele, rezultatele preconizate și cele obținute, indicatorii și costurile asociate.</i></p> <p><i>14.4 În spital sunt elaborate proceduri și controale contabile documentate în mod corespunzător, vizând</i></p>	<p><i>Director finanțier contabil Sef birou contabil</i></p> <p><i>Director finanțier contabil Sef birou contabil</i></p> <p><i>Director finanțier contabil Sef birou contabil</i></p> <p><i>Sef birou contabil</i></p>	<p><i>Permanent</i></p> <p><i>Permanent</i></p> <p><i>Trimestrial</i></p> <p><i>Permanent</i></p>	<p><i>Realizarea la termen a situațiilor financiare</i></p> <p><i>Fisa de cont Balanta de verificare</i></p> <p><i>Bilant contabil și anexe Rezultat patrimonial</i></p> <p><i>Procedura privind CFP Procedura privind intomirea situațiilor financiare</i></p>	<p><i>Raportari lunare/trimestrale /semestriale</i></p>

			<i>corecta aplicare a actelor normative din domeniul financiar-contabil și al controlului intern.</i>					
			<i>14.5. Elaborarea /actualizarea procedurilor contabile, potrivit actelor normative aplicabile domeniului financiar-contabil</i>	<i>Director finanțier contabil Sef birou contabil</i>	<i>Ori de câte ori este cazul</i>	<i>Gradul de realizare al procedurilor</i>	<i>Proceduri actualizate</i>	
			<i>14.6. Efectuarea unor analize periodice pentru a asigura corecta aplicare a normelor și procedurilor contabile</i>	<i>Director finanțier contabil Sef birou contabil</i>	<i>trimestral/semenestrial/anual</i>	<i>Diminuarea erorilor</i>	<i>Situatii și analize periodice</i>	

e) Evaluare și audit

STANDARDUL 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.”

15.	<i>Conducătorul spitalului atribuie responsabilități de evaluare a controlului intern managerial conducerilor compartimentelor, elaborând în acest scop politici, planuri și programe. Conducătorul spitalului dispune și monitorizează evaluarea controlului intern managerial prin intermediul compartimentelor, în conformitate cu anexele nr. 3 și 4. Conducătorul spitalului elaborează, anual, prin asumarea</i>	<i>ST.15 Evaluarea sistemului de control intern managerial</i>	<i>15.1 Conducătorul spitalului asigură verificarea și evaluarea în mod continuu a funcționării sistemului de control intern managerial și a componentelor sale, pentru a identifica la timp punctele slabe, respectiv deficiențele controlului intern și pentru a lua măsuri de corectare și/sau eliminare în timp util a acestora. 15.2 Conducerea spitalului efectuează, cel puțin o dată pe an, o verificare și autoevaluare a propriului sistem de control intern managerial, pentru a stabili gradul de conformitate a acestuia cu standardele de</i>	<i>Manager și comisia de monitorizare</i>	<i>Lunar Semestrial Anual</i>	<i>Nr. de structuri unde se exercita control intern</i>	<i>Proces verbal al comisiei de monitorizare Proceduri de lucru Adrese de atenționare Rapoarte</i>	
-----	--	--	---	---	---------------------------------------	---	--	--

	<p><i>responsabilității manageriale, un raport asupra propriului sistem de control intern managerial.</i></p>		<p><i>control intern managerial.</i></p> <p><i>15.3 Conducătorii compartimentelor din cadrul spitalului iau măsuri adecvate și prompte pentru remedierea punctelor slabe, respectiv a deficiențelor identificate în procesul de autoevaluare a sistemului de control intern managerial; aceste măsuri se transpun anual într-un program de dezvoltare a sistemului de control intern managerial.</i></p> <p><i>15.4 Conducătorul spitalului elaborează anual un raport asupra sistemului de control intern managerial, ca bază pentru un plan de acțiune care să conțină zonele vulnerabile identificate, instrumentele de control necesar a fi implementate, măsuri și direcții de acțiune pentru creșterea capacității controlului intern managerial în realizarea obiectivelor spitalului.</i></p>					
			<p><i>Elaborarea și aprobarea Programului anual de dezvoltare a sistemului de control intern managerial la nivelul entității publice.</i></p>	<input checked="" type="checkbox"/> Manager și comisia de monitorizare	<i>Anual</i>	<i>Realizarea programului</i>	<i>Program anual de dezvoltare a sistemului de control intern managerial aprobat;</i>	

			<i>Monitorizarea implementării Programului de dezvoltare</i>	<i>Manager si comisia de monitorizare</i>	<i>Anual</i>	<i>Gradul de implementare a standardelor de control intern managerial</i>	<i>Minute, hotărâri ale ședințelor Comisiei de Monitorizare</i>	
--	--	--	--	---	--------------	---	---	--

STANDARDUL 16-AUDITUL INTERN

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

16.	<i>Asigurarea desfășurării activității de audit intern asupra sistemului de control intern/managerial, conform unor programe bazate pe evaluarea riscurilor.</i>	ST.16 Auditul intern	<i>16.1 Executarea misiunilor de consiliere privind pregătirea procesului de autoevaluare a sistemului de control intern managerial.</i>	<i>Auditor public intern</i>	<i>Trimestrul IV</i>	<i>-Nr recomandări formulate/nr. recomandări implementate</i>	<i>Consiliere in privinta raportarii stadiului de implementare a sistemului de control intern managerial</i>	
			<i>16.2 Derularea misiunilor de audit intern având ca obiectiv evaluarea sistemului de control implementat.</i>	<i>Auditor public intern</i>	<i>Conform programului de audit</i>	<i>Nr recomandări formulate/nr. recomandări implementate</i>	<i>Rapoarte incheiate in urma efectuarii misiunilor de audit public intern</i>	
			<i>Realizarea misiunilor de audit planificate inclusiv în domeniul controlului intern managerial</i>	<i>Auditor public intern</i>	<i>Conform planului de audit</i>	<i>Gradul de realizare a „Planului anual de audit public intern”</i>	<i>Rapoartele structurii de audit întocmite la sfârșitul misiunilor de audit;</i>	
			<i>Elaborarea Raportului anual de activitate a auditului public intern intern</i>		<i>31.01.2023</i>	<i>Raportarea la termenul stabilit prin legislația specifică</i>	<i>Raport anual de activitate;</i>	

	<p><i>funcționează cum s-a prevăzut și că permit realizarea obiectivelor și scopurilor propuse;</i></p> <p><i>b) a formula recomandări pentru îmbunătățirea funcționării activităților entității publice în ceea ce privește eficiența și eficacitatea.</i></p>						
--	---	--	--	--	--	--	--