

APROBAT MANAGER,  
Ec. George Adrian POPA




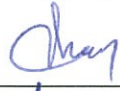

**MANUAL de PROCEDURI INTERNE**  
in conformitate cu  
**CODUL CONTROLULUI INTERN**  
COD : MCCL.SJB  
editia:3, revizia: 0

Ordinul Secretariatul General al Guvernului nr. 600/2018  
privind aprobarea Codului Controlului Intern

Exemplar controlat: Da  Nu

Exemplar nr. 1

**CAPITOLUL 0 – DATE PRIVIND EDITIA**
**0.1 Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea și aprobarea ediției**

Nr. Crt.	Operațiunea	Numele / prenumele	Funcția	Data	Semnătura
	1	2	3	4	5
1.1	Elaborat	Gabriel DRUG	RMC	21.06.2018	
1.2	Verificat	Gabriel DRUG	RMC	21.06.2018	
1.3	Aprobat	George Adrian POPA	MANAGER	21.06.2018	

**0.2 Situația edițiilor**

Nr. crt.	Ediția	Componenta modificata	Descrierea modificarii	Data de la care se aplică prevederile ediției
	1	2	3	4
2.1	Editia 1		Manual nou introdus	
2.2	Ediția a 2-a		S-a aplicat formatul cerut de Codul controlului Intern	02.03.2015
2.3	Editia a 3-a	Header, toate capitolele	Implementarea standardelor conform OSGG 600/2018	02.07.2018

**0.3 Lista de difuzare a ediției**

Nr. Crt.	Scopul difuzării	Ex. nr.	Birou/ Serviciu	Funcția	Nume/ prenume	Data primire	Semnătura
	1	2	3	4	5	6	7
3.1.	Aplicare	1	Comitet Director	Director medical	Ioana Raluca DINU		
	Aplicare	1	Comitet Director	Director ingrijiri	Gianina PRICOPI		
	Aplicare	1	Comitet Director	Director financiar contabil	Adriana Florentina ANTON		

## **CAPITOLUL 1 – CODUL CONTROLULUI INTERN**

### **1.1. Generalitati**

#### **1.1.1. Conceptul de control intern/managerial**

Legislația comunitară în domeniul controlului intern este alcătuită, în mare parte, din principii generale de bună practică, acceptate pe plan internațional și în Uniunea Europeană. Modalitatea în care aceste principii se transpun în sistemele de control intern este specifică fiecărei țări, fiind determinată de condițiile legislative, administrative, culturale etc.

În contextul principiilor generale de bună practică regăsite în legislația comunitară, controlului intern i se asociază o accepție mai largă, acesta fiind privit ca o funcție managerială și nu ca o operațiune de verificare. Prin exercitarea funcției de control, conducerea constată abaterile rezultatelor de la țintele stabilite, analizează cauzele care le-au determinat și dispune măsurile corective sau preventive care se impun.

Necesitatea și obligativitatea organizării controlului intern în entitățile publice sunt reglementate prin Ordonanța Guvernului nr. 119/1999 privind controlul intern/managerial și controlul financiar preventiv, republicată, cu modificările și completările ulterioare. Conform acestui act normativ, controlul intern/managerial este definit ca reprezentând ansamblul formelor de control exercitate la nivelul entității publice, inclusiv auditul intern, stabilite de conducere în concordanță cu obiectivele acesteia și cu reglementările legale, în vederea asigurării administrării fondurilor publice în mod economic, eficient și eficace. Acesta include, de asemenea, structurile organizatorice, metodele și procedurile asociate activitatilor/proceselor identificate.

Proiectarea și implementarea sistemului de control intern managerial – CIM a avut în vedere respectarea următoarelor cerințe:

- a) să fie adaptat dimensiunii, complexității și mediului specific spitalului;
- b) să vizeze toate nivelurile de conducere și toate activitățile/operațiunile;
- c) să fie construit cu același "instrumentar" în toate entitățile publice;
- d) să ofere asigurări rezonabile că obiectivele vor fi atinse;
- e) costurile aplicării sistemului de control intern să fie inferioare beneficiilor rezultate din acesta;
- f) să fie guvernat de regulile minimale de management cuprinse în standardele de control intern/managerial.

Sistemul de control intern/managerial operează cu o diversitate de procedee, mijloace, acțiuni, dispoziții, care privesc toate aspectele legate de activitățile spitalului, fiind stabilite și implementate cu scopul detinerii de către management a unui bun control asupra funcționării spitalului atât în ansamblul lui, cât și a fiecărei activități/operațiuni în parte.

Instrumentarul de control intern/managerial poate fi clasificat în șase grupe mari:

- obiective;
- mijloace;
- sistem informațional;
- organizare;
- proceduri;
- control.

Construirea unui sistem de control intern solid este un proces de durată, care necesită eforturi importante din partea întregului personal și în mod deosebit din partea angajaților cu funcții de conducere. Controlul intern/managerial este în responsabilitatea conducătorilor, care au obligația de a-l defini, proiecta, implementa și de a-l perfecționa continuu.

Activitățile de control intern/managerial fac parte integrantă din procesul de gestiune orientat spre realizarea obiectivelor stabilite și includ o gamă diversă de politici și proceduri privind: autorizarea și aprobarea, separarea atribuțiilor, accesul la resurse și documente, verificarea, reconcilierea, analiza performanței de funcționare, revizuirea operațiilor, proceselor și activităților, supravegherea.

#### **1.1.2. Scopul și definirea standardelor de control intern/managerial**

Standardele de control intern/managerial definesc un minimum de reguli de management pe care spitalul trebuie să le urmeze. Scopul standardelor este de a crea un model de control intern/managerial uniform și coerent care să permită

comparații între entități de același fel sau în cadrul aceleiași entități, la momente diferite, și să facă posibilă evidențierea rezultatelor entității și a evoluției sale.

Standardele constituie un sistem de referință în raport cu care se evaluează sistemele de control intern/managerial, se identifică zonele și direcțiile de schimbare. Stabilirea sistemelor de control intern/managerial intră în responsabilitatea conducerii și trebuie să aibă la bază standardele de control intern promovate de *Secretariatul General al Guvernului*, în temeiul legii. Formularea cât mai generală a acestora a fost necesară pentru a da posibilitatea tuturor conducătorilor să le aplice, în pofida deosebirilor semnificative între diferitele entități publice.

Sistemele de control intern/managerial au fost dezvoltate ținând cont de specificul legal, organizațional, de personal, de finanțare etc. al spitalului.

## CAPITOLUL 2 - SCOP

Scopul manualului de proceduri interne este descrierea sistemului de control intern din cadrul **SPITALULUI JUDEȚEAN DE URGENȚA BACAU**. Acesta reprezintă ansamblul politicilor și procedurilor concepute și implementate de către management în vederea furnizării unei asigurări rezonabile pentru:

- atingerea obiectivelor într-un mod eficient și eficace;
- respectarea regulilor externe și a politicilor și regulilor managementului;
- protejarea bunurilor și a informațiilor;
- prevenirea și depistarea fraudelor și greselilor;
- calitatea documentelor de contabilitate și producerea în timp util de informații de încredere, referitoare la segmentul financiar și de management.

## CAPITOLUL 3 - CADRUL LEGISLATIV

- Ordinul Secretariatul General al Guvernului - Ordin nr. 600/2018 din 20.04.2018 pentru aprobarea Codului controlului intern, cuprinzând standardele de management/control intern la entitățile publice și pentru dezvoltarea sistemelor de control managerial;
- Legea 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății;
- Legea nr. 672/2002 privind auditul public intern;
- Legea nr. 500/2002 privind finanțele publice;
- Ordonanța nr. 119/1999 privind auditul intern și controlul financiar preventiv;
- Legea nr. 53/2003 - Codul muncii, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
- Ordinul nr. 1792/2002 pentru aprobarea Normelor metodologice privind angajarea, lichidarea, ordonantarea și plata cheltuielilor instituțiilor publice, precum și organizarea, evidența și raportarea angajamentelor bugetare și legale.
- Legea nr. 477/2004 privind Codul de conduită a personalului contractual din autoritățile și instituțiile publice; - codul de conduită al entității publice;
- Legea nr. 7/2004 privind Codul de conduită a funcționarilor publici, republicată;
- Legea nr. 78/2000 pentru prevenirea, descoperirea și sancționarea faptelor de corupție, cu modificările și completările ulterioare;
- Legea nr. 115/1996 privind declararea și controlul averii demnitarilor, magistraților, funcționarilor publici și a unor persoane cu funcții de conducere, cu modificările și completările ulterioare;
- Legea nr. 161/2003 privind unele măsuri pentru asigurarea transparenței în exercitarea demnităților publice, a funcțiilor publice și în mediul de afaceri, prevenirea și sancționarea corupției, cu modificările și completările ulterioare;
- Legea nr. 176/2010 privind integritatea în exercitarea funcțiilor și demnităților publice, pentru modificarea și completarea Legii nr. 144/2007 privind înființarea, organizarea și funcționarea Agenției Naționale de Integritate, precum și pentru modificarea și completarea altor acte normative, cu modificările ulterioare;
- Legea nr. 251/2004 privind unele măsuri referitoare la bunurile primite cu titlu gratuit cu prilejul unor acțiuni de protocol în exercitarea mandatului sau a funcției;

- Legea nr. 571/2004 privind protecția personalului din autoritățile publice, instituțiile publice și din alte unități care semnaleză încălcări ale legii;
- Hotărârea Guvernului nr. 215/2012 privind aprobarea Strategiei naționale anticorupție pe perioada 2012-2015, a Inventarului măsurilor preventive anticorupție și a indicatorilor de evaluare, precum și a Planului național de acțiune pentru implementarea Strategiei naționale anticorupție 2012-2015
- Legea Arhivelor Naționale nr. 16/1996, republicată;
- Legea nr. 182/2002 privind protecția informațiilor clasificate, cu modificările și completările ulterioare;
- Legea nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată;
- Ordonanța Guvernului nr. 27/2002 privind reglementarea activității de soluționare a petițiilor, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 233/2002;
- Ordonanța Guvernului nr. 119/1999 privind controlul intern/manAGERIAL și controlul financiar preventiv, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
- Hotărârea Guvernului nr. 1.007/2001 pentru aprobarea Strategiei Guvernului privind informatizarea administrației publice;
- Hotărârea Guvernului nr. 1.259/2001 privind aprobarea Normelor tehnice și metodologice pentru aplicarea Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, cu modificările ulterioare;
- Hotărârea Guvernului nr. 1.349/2002 privind colectarea, transportul, distribuirea și protecția, pe teritoriul României, a corespondenței clasificate, cu modificările și completările ulterioare.

## **CAPITOLUL 4 – DESCRIEREA CODULUI CONTROLULUI INTERN**

### **4.1. OBIECTIVELE CONTROLULUI INTERN**

Organizarea sistemului de control intern/manAGERIAL al spitalului are în vedere realizarea a trei categorii de obiective permanente, care pot fi grupate astfel:

**1. obiective cu privire la eficacitatea și eficiența funcționării** - cuprind obiectivele legate de scopurile entității publice și de utilizarea în condiții de economicitate, eficacitate și eficiență a resurselor, incluzând și obiectivele privind protejarea resurselor spitalului de utilizare inadecvată sau de pierderi, precum și identificarea și gestionarea pasivelor;

**2. obiective cu privire la fiabilitatea informațiilor externe și interne** - includ obiectivele legate de ținerea unei contabilități adecvate, de calitatea informațiilor utilizate în spital sau difuzate către terți, precum și de protejarea documentelor împotriva a două categorii de fraude: disimularea fraudei și distorsionarea rezultatelor;

**3. obiective cu privire la conformitatea cu legile, regulamentele și politicile interne** - cuprind obiectivele legate de asigurarea că activitățile spitalului se desfășoară în conformitate cu obligațiile impuse de legi și de regulamente, precum și cu respectarea politicilor interne.

### **4.2. ETAPELE SISTEMULUI MANAGERIAL DE CONTROL**

Sistemul de management al controlului intern implica definirea, implementarea și monitorizarea proceselor care influențează obiectul de activitate al spitalului, respectiv actul medical.

#### **4.2.1 Obiective specifice**

Astfel, obiectivele generale, strategice stabilite de management se descompun în obiective derivate, care, la rândul lor, se descompun în obiective specifice (individuale), formând un ansamblu coerent. Formularea obiectivelor poate fi calitativa sau cantitativa, însă, trebuie definiți indicatori de performanță măsurabili.

#### **4.2.2. Planificare**

Realizarea obiectivelor implica alocarea de resurse. Expresia valorică a resurselor se reflectă în buget, care reprezintă planul financiar. Obiectivele, activitățile esalonate în timp și resursele aferente constituie planul de management. Planificarea constituie un element fundamental al sistemului de control managerial, deoarece, prin plan, se stabilește baza de referință în raport cu care aceasta se exercită.

#### **4.2.3. Organizare**

Activitățile prin care se realizează obiectivele (individuale, derivate și generale) sunt transpuse în sarcini (componenta elementară), atribuțiuni și funcțiuni (componente agregate) și sunt atribuite spre efectuare componentelor structurale ale organizației (posturi și compartimente). Aceasta conduce la definirea unei structuri organizatorice -

organigrame adecvate îndeplinirii obiectivelor. Controlul managerial nu poate opera în afara unui plan și a unei structuri organizatorice adecvate.

#### **4.2.4. Identificare riscuri**

Evenimentele care pot afecta realizarea obiectivelor constituie riscuri care trebuie identificate. Managementul are obligația de a identifica riscurile și de a întreprinde acele acțiuni care plasează și mențin riscurile în limite acceptabile. Trebuie menținut un echilibru între nivelul acceptabil al riscurilor și costurile pe care le implică aceste acțiuni.

#### **4.2.5. Elaborare proceduri**

Pentru realizarea obiectivelor trebuie să se asigure un echilibru între sarcini, competența (autoritate decizională conferită prin delegare) și responsabilități (obligația de a realiza obiectivele) și să se definească proceduri. Procedurile reprezintă pașii ce trebuie urmați (algoritm) în realizarea sarcinilor, exercitarea competențelor și angajarea responsabilităților.

În acest context controlul intern:

- este integrat în sistemul de management al fiecărei componente structurale a spitalului;
- intra în grija personalului de la toate nivelurile;
- oferă o asigurare rezonabilă a atingerii obiectivelor, începând cu cele individuale și terminând cu cele generale.

#### **4.2.6. Activități de control**

Controlul este prezent pe toate palierele entității publice și se manifestă sub forma autocontrolului, controlului în lanț (pe faze ale procesului) și a controlului ierarhic. Din punct de vedere al momentului în care se exercită, controlul este concomitent (operativ), ex-ante (feed-forward) și ex-post (feed-back).

Printre activitățile de control curente se regăsesc: observarea, compararea, aprobarea, raportarea, coordonarea, verificarea, analiza, autorizarea, supervizarea, examinarea, separarea funcțiilor și monitorizarea. În afara activităților de control integrate în linia de management, pot fi organizate controale specializate, efectuate de componente structurale anume constituite (comisii, compartimente de control etc.), a căror activitate se desfășoară în baza unui plan conceput prin luarea în considerare a riscurilor.

Prin mijloacele de control intern aplicate, managerul constată abaterile de la îndeplinirea obiectivelor, cauzele care le-au determinat și măsurile ce se impun pentru înlăturarea acestora și îndeplinirea obiectivelor.

### **CAPITOLUL 5 - SCOPUL ȘI DEFINIREA STANDARDELOR DE CONTROL INTERN**

Standardele sunt grupate în cadrul a cinci elemente-cheie ale controlului managerial:

- **Mediul de control** - cuprinde problemele legate de organizare, managementul resurselor umane/etica, deontologie și integritate.
- **Performanța și managementul riscurilor** - cuprinde problematica managementului legată de fixarea obiectivelor, planificare (planificarea multianuală), programare (planul de management) și performanța (monitorizarea performanței).
- **Informarea și comunicarea** - cuprinde problemele ce tin de crearea unui sistem informațional adecvat și a unui sistem de rapoarte privind executia planului de management, a bugetului, a utilizării resurselor, semnalarea abaterilor. De asemenea, se are în vedere conservarea și arhivarea documentelor
- **Activități de control** - cuprinde problematica documentării procedurilor, continuității operațiilor, înregistrării excepțiilor (abaterilor de proceduri), separării atribuțiilor, supravegherii (monitorizării) etc.
- **Auditarea și evaluarea** - cuprinde problematica privind dezvoltarea capacității de evaluare a controlului managerial, în scopul asigurării continuității procesului de perfecționare a acestuia.

Fiecare standard este structurat pe 3 componente:

- **Descrierea standardului** - prezintă trăsăturile definitorii ale domeniului de management la care se referă standardul, domeniu fixat prin titlul acestuia;
- **Cerinte generale** - anunță direcțiile determinante în care trebuie acționat, în vederea respectării standardului;

- **Referințe principale** - listează actele normative reprezentative, care cuprind prevederi aplicabile standardului.

## **5.1. MEDIUL DE CONTROL** (*standardele 1-4*)

### **5.1.1. Etica și integritatea** (*standard 1*)

Managerul și salariații spitalului cunosc și susțin valorile etice și valorile organizației, respectă și aplică reglementările cu privire la etică, integritate, evitarea conflictelor de interese, prevenirea și raportarea fraudelor, actelor de corupție și semnalarea neregularităților.

In acest sens:

- Managerul adoptă un cod etic/cod de conduită, dezvoltă și implementează politici și proceduri privind integritatea, valorile etice, evitarea conflictelor de interese, prevenirea și raportarea fraudelor, actelor de corupție și semnalarea neregularităților;
- Managerul și salariații trebuie să aibă un nivel corespunzător de integritate profesională și personală și să fie conștienți de importanța activității pe care o desfășoară;
- Managerul înlesnește comunicarea deschisă de către salariați a preocupărilor acestora în materie de etică și integritate, prin crearea unui mediu adecvat;
- Managerul, prin deciziile sale și exemplul personal, sprijină și promovează valorile etice și integritatea profesională și personală a salariaților;
- Acțiunea de semnalare de către salariați a neregularităților trebuie să aibă un caracter transparent pentru eliminarea suspiciunii de delațune și trebuie privită ca exercitarea unei îndatoriri profesionale;
- Salariații care semnalează neregularități de care, direct sau indirect, au cunoștință sunt protejați împotriva oricăror discriminări, iar managerii au obligația de a întreprinde cercetările adecvate, în scopul elucidării celor semnalate, și de a lua, dacă este cazul, măsurile ce se impun;
- Conducerea și salariații au o abordare pozitivă față de controlul intern/managerial, a cărui funcționare o sprijină în mod permanent.

Responsabilitatea pentru instruirea și monitorizarea angajaților revine managementului (managerului, directorului medical, directorului de îngrijiri și directorului financiar) și tuturor sefiilor de secții, compartimente, servicii.

### **5.1.2. Atributii, functii, sarcini** (*standard 2*)

Managementul asigură întocmirea și actualizarea permanentă a documentului privind misiunea spitalului, a regulamentelor interne și a fișelor posturilor, pe care le comunică tuturor angajaților.

Regulamentul de organizare și funcționare - ROF-ul spitalului cuprinde sarcinile rezultate din actul normativ de organizare și funcționare, precum și din alte acte normative, sarcini care se comunică salariaților și se publică pe pagina de internet a spitalului.

Fiecare salariat trebuie să cunoască misiunea, obiectivele și atribuțiile spitalului și ale compartimentului din care face parte, rolul său în cadrul compartimentului, stabilit prin fișa postului, precum și obiectivele postului pe care îl ocupă.

Conducătorii compartimentelor din spital au obligația de a întocmi și de a actualiza, ori de câte ori este cazul, fișele posturilor pentru personalul din subordine. De asemenea, trebuie să identifice sarcinile noi și dificile ce revin salariaților și să le acorde sprijin în realizarea acestora.

Sarcinile trebuie să fie clar formulate și strâns relaționate cu obiectivele postului, astfel încât să se realizeze o deplină concordanță între conținutul sarcinilor și conținutul obiectivelor postului.

### **5.1.3. Competența, performanța** (*standard 3*)

Managerul 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 scopul confirmării cunoștințelor profesionale, aptitudinilor și abilităților necesare îndeplinirii sarcinilor și responsabilităților încredințate.

Astfel, trebuie avute în vedere următoarele:

- managerul și salariații dispun de cunoștințele, abilitățile și experiența care fac posibilă îndeplinirea eficientă și efectivă a sarcinilor, precum și buna înțelegere și îndeplinire a responsabilităților legate de controlul intern/managerial conducerea interviurilor de recrutare, pe baza unui document de evaluare definit;
- definirea cunoștințelor și deprinderilor necesare pentru fiecare loc de muncă;

- conducerea interviurilor de recrutare, pe baza unui document de evaluare prestabilit;
- întocmirea planului de pregătire profesională a noului angajat, încă din timpul procesului de recrutare;
- revederea necesităților de pregătire profesională și stabilirea cerințelor de formare profesională în contextul evaluării anuale a angajaților, precum și urmărirea evoluției carierei acestora;
- asigurarea faptului că necesitățile de pregătire identificate sunt satisfăcute;
- dezvoltarea capacității interne de pregătire complementară formelor de pregătire externe.

Monitorizarea nivelului de instruire și a nivelului de performanță implică proceduri de evaluare a angajaților cel puțin o dată pe an în raport cu obiectivele anuale individuale. Responsabilitatea instruirilor și evaluărilor anuale revine șefilor de compartimente și servicii. Aceștia au datoria comunicării criteriilor de performanță și a modului de evaluare a activităților fiecărui angajat în parte.

Competența și performanța trebuie susținute de instrumente adecvate, care includ tehnica de calcul, programele informatice, brevetele, metodele de lucru etc.

Conducătorii compartimentelor spitalului asigură fiecărui angajat participarea în fiecare an la cursuri de pregătire profesională în domeniul său de competență.

#### **5.1.4. Structura organizatorică (standard 4)**

Managerul definește structura organizatorică, competențele, responsabilitățile, sarcinile, liniile de raportare pentru fiecare componentă structurală și comunică salariaților documentele de formalizare a structurii organizatorice. Acesta stabilește, în scris, limitele competențelor și responsabilităților pe care le delegă.

Structura organizatorică este stabilită astfel încât să corespundă scopului și misiunii spitalului și să servească realizării în condiții de eficiență, eficacitate și economicitate a obiectivelor stabilite.

În temeiul actului normativ privind organizarea și funcționarea spitalului, managerul aprobă structura organizatorică: departamente, direcții generale, direcții, servicii, birouri, posturi de lucru. Încadrarea cu personal de conducere și personal de execuție a acestor structuri se regăsește în statul de funcții al spitalului și se realizează cu respectarea concordanței dintre natura posturilor și competențele profesionale și manageriale necesare îndeplinirii sarcinilor fixate titularilor de posturi. Competența, responsabilitatea, sarcina și obligația de a raporta sunt atribute asociate postului; acestea trebuie să fie bine definite, clare, coerente și să reflecte elementele avute în vedere pentru realizarea obiectivelor stabilite.

Managerul analizează și determină periodic gradul de adaptabilitate a structurii organizatorice la modificările intervenite în interiorul și/sau exteriorul spitalului, pentru a asigura o permanentă relevanță și eficiență a controlului intern.

**Delegarea** se realizează, în principal, prin regulamentul de organizare și funcționare, fișele posturilor și, în unele cazuri, prin ordine exprese de a executa anumite operațiuni. Delegarea este condiționată în principal de potențialul și gradul de încărcare cu sarcini a conducerii entității și a salariaților implicați.

Actul de delegare este conform atunci când:

- respectă raportul dintre complexitatea sarcinilor/atribuțiilor delegate și cunoștințele, experiența și capacitatea necesară efectuării actului de autoritate încredințat;
- sunt precizate în cuprinsul acestuia termenul-limită de realizare și criteriile specifice pentru îndeplinirea cu succes a sarcinilor/atribuțiilor delegate;
- sunt furnizate de către manager toate informațiile asupra responsabilității ce va fi încredințată;
- este confirmat, prin semnătură, de către salariatul căruia i s-au delegat sarcinile/atribuțiile.

Salariatul delegat răspunde integral de realizarea sarcinii, iar managerul care a delegat își menține în fața superiorilor responsabilitatea finală pentru realizarea acesteia.

## **5.2. PERFORMANȚE ȘI MANAGEMENTUL RISCULUI (standardele 5-8)**

### **5.2.1. Obiective (standard 5)**

Managerul definește obiectivele determinante, legate de scopurile spitalului, precum și pe cele complementare, legate de fiabilitatea informațiilor, conformitatea cu legile, regulamentele și politicile interne, și comunică obiectivele definite tuturor salariaților și terților interesați.



Managerul stabilește *obiectivele generale* astfel încât acestea să fie concordante cu misiunea și să se refere la realizarea unor servicii publice de bună calitate, în condiții de eficiență, eficacitate și economicitate.

Managementul spitalului (directorii, șefii de secții/compartimente/servicii/birouri) transpune obiectivele generale în obiective specifice și în rezultate așteptate pentru fiecare activitate și le comunică salariaților. *Obiectivele specifice* trebuie astfel definite încât să răspundă pachetului de cerințe "S.M.A.R.T.\*). \*) S - Precise (în limba engleză: Specific); M - Măsurabile și verificabile (în limba engleză: Measurable and verifiable); A - Necesare (în limba engleză: Appropriate); R - Realiste (în limba engleză: Realistic); T - Cu termen de realizare (în limba engleză: Time-dependent). Responsabilitatea realizării obiectivelor specifice este atât a conducerii, cât și a salariaților.

Stabilirea obiectivelor are la bază formularea de ipoteze/premise acceptate conștient prin consens. Managementul actualizează/reevaluează obiectivele ori de câte ori constată modificarea ipotezelor/premiselor care au stat la baza fixării obiectivelor, ca urmare a transformării mediului intern și/sau extern.

### **5.2.2 Planificarea (standard 6)**

Managementul întocmește planuri prin care se pun în concordanță activitățile necesare pentru atingerea obiectivelor cu resursele maxim posibil de alocate, astfel încât riscurile susceptibile să afecteze realizarea obiectivelor entității să fie minime.

Managementul elaborează planuri/programe de activitate pentru toate obiectivele, identifică și repartizează resursele, pornind de la stabilirea nevoilor pentru realizarea obiectivelor, și organizează procesele de muncă în vederea desfășurării activităților planificate.

Repartizarea resurselor necesită decizii cu privire la cel mai bun mod de alocare, dat fiind caracterul limitat al resurselor. Schimbarea obiectivelor, resurselor sau a altor elemente ale procesului de fundamentare impune actualizarea planului/programului.

Pentru atingerea obiectivelor, managerul asigură coordonarea deciziilor și acțiunilor compartimentelor spitalului și organizează consultări prealabile atât în cadrul compartimentelor cât și între compartimentele respective.

### **5.2.3. Monitorizarea performanțelor (standard 7)**

Monitorizarea performanțelor reprezintă procesul de supraveghere, urmarire, de către management a performanțelor activității aflate în coordonare, prin intermediul unor indicatori cantitativi și calitativi relevanți, inclusiv cu privire la economicitate, eficiență și eficacitate.

Managementul stabilește se asigură că pentru fiecare obiectiv specific există cel puțin un indicator de performanță cu ajutorul căruia se raportează realizările.

Sistemul de monitorizare a performanțelor este influențat de mărimea și complexitatea activităților, de modificarea/schimbarea obiectivelor sau/și a indicatorilor, de modul de acces al salariaților la informații. Conducerea evaluează performanțele, constată eventualele abateri de la obiective și ia măsurile corective ce se impun.

### **5.2.4. Managementul riscului (standard 8)**

Managementul riscului reprezintă un ansamblu de metode și principii care vizează asigurarea unui control global al riscului, control ce permite menținerea unui nivel acceptabil al expunerii la risc cu costuri minime. Managementul riscului cuprinde o gamă largă de activități riguros definite și organizate, plecând de la condițiile de existență și obiectivele fundamentale ale spitalului, precum și analiza factorilor de risc într-o concepție de funcționare optimă și eficientă.

Echipa de management își definește clar obiectivele, în vederea identificării și definirii riscurilor asociate acestora. Managerul are obligația creării și menținerii unui sistem eficient de management al riscurilor, în principal, prin:

- a) 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 care ar putea conduce la săvârșirea unor fapte de corupție și fraude;
- b) 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 toleranța la risc stabilită de conducerea spitalului;
- c) stabilirea celor mai adecvate modalități de tratare a riscurilor, astfel încât acestea să se încadreze în limitele toleranței la risc stabilite, și delegarea responsabilității de gestionare a riscurilor către cele mai potrivite niveluri decizionale;

d) monitorizarea implementării măsurilor de control, precum și a eficacității acestora;

e) 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 analizează mediul extins de risc în care acționează și stabilește modul în care acesta îi afectează strategia de gestionare a riscurilor.

### **5.3. ACTIVITATI DE CONTROL (standardele 9-11)**

#### **5.3.1. Proceduri (standard 9)**

Pentru toate tipurile de activitati - procese ce se deruleaza in cadrul spitalului se elaboreaza proceduri scrise care se avizeaza de responsabilul activitatii si de conducatorul compartimentului implicat si se comunica angajatilor.

Prin implementarea sistemului de control managerial, managementul s-a asigurat ca pentru toate procesele majore, activitățile, acțiunile și/sau evenimentele semnificative există o documentație adecvată și că operațiunile sunt consemnate în documente. Deasemenea s-a întocmit o lista cu documentele în vigoare si cu toate tipurile de inregistrari care se întocmesc atat pentru uzul intern cat si la cererea institutiilor statului abilitate in acest sens.

Documentatia este completa, precisa si corespunde structurilor si politicilor spitalului. Aceasta cuprinde politici administrative, manuale, instructiuni operationale, check-list-uri sau alte forme de prezentare a procedurilor.

Documentatia se actualizeaza ori de cate ori este cazul, este utila, precisa, usor de examinat, disponibila si accesibila managerului, salariatilor si tertilor. Documentatia asigura continuitatea activitatii indiferent de fluctuatia personalului sau de conditiile externe. Absenta acesteia, caracterul incomplet sau/si neactualizarea ei constituie riscuri în realizarea obiectivelor si politicii stabilite.

Procedura de controlul documentelor stabileste modalitatea de elaborare, modificare, avizare, aprobare, difuzare, retragere, arhivare si distrugere a tuturor tipurilor de documente din cadrul spitalului.

Procedurile întocmite în Spitalul Județean de Urgență Bacău sunt:

- scrise, respectiv documentate;
- asigura o separare corectă a funcțiilor de inițiere, verificare, avizare și aprobare a operațiunilor;
- simple, complete precise și adaptate activității procedurate;
- procedurile scrise se constituie în instrument de lucru, pentru ca executantii să cunoască normele legale ce trebuie respectate, pentru fiecare domeniu al spitalului;
- actualizate permanent, în funcție de evoluția reglementărilor în materie;
- aduse la cunoștința executanților.

Procedurile concepute și aplicate de personalul spitalului trebuie să asigure o separare a funcțiilor de inițiere și verificare, astfel încât atribuțiile și responsabilitățile de aprobare, efectuare și control al operațiunilor să fie încredințate unor persoane diferite. În acest mod se reduc considerabil riscul de eroare, fraudă, încălcare a legislației, precum și riscul de nedetectare a acestor probleme.

Accesul la resursele materiale, financiare și informaționale, precum și protejarea și folosirea corectă a acestora se reglementează prin acte administrative, care se aduc la cunoștința salariaților. Restrângerea accesului la resurse reduce riscul utilizării inadecvate a acestora.

#### **5.3.2. Supravegherea (standardul 10)**

Managementul spitalului stabilește, pentru fiecare nivel de organizare, atribuțiile ce îi revin pe linia supravegherii curente a activității, condițiile de exercitare a acesteia și responsabilitățile asociate. Deasemenea, a identificat, procedurat și monitorizat forme de control (supraveghere) flexibile și eficiente, bazate în principal pe autocontrol, controlul mutual și controlul ierarhic al angajaților.

Managerul monitorizează (prin persoane desemnate în acest sens) efectuarea controalelor de supraveghere, pentru a se asigura că procedurile sunt respectate în mod efectiv și continuu de către angajați. Controalele de supraveghere pot conduce la revizuirea procedurilor în ceea ce privește atribuțiile, responsabilitățile personalului implicat și/sau la modificarea derulării activităților în concordanță cu cerințele legale și de reglementare din domeniul sanitar.

Managerul analizează și verifică fișele de post, contractele de muncă, procedurile operaționale, manualul proceduri, politica și obiectivele generale și specifice, elaborează deciziile necesare minimizării erorilor, eliminării fraudei, respectării legislației. De asemenea, primește feedback-ul din funcționarea sistemului de control și încurajează înțelegerea și aplicarea instrucțiunilor și procedurilor.

Supravegherea activităților este adecvată, în măsura în care:

- angajații cunosc atribuțiile, responsabilitățile și limitele de competență atribuite;
- se evaluează sistematic munca fiecăruia;
- rezultatele muncii obținute în diverse etape ale realizării operațiunii sunt avizate și aprobate de funcțiile corespunzătoare.

### **5.3.3. Continuitatea activității (standardul 11)**

Managementul identifică principalele amenințări cu privire la continuitatea derulării proceselor și activităților și asigură măsurile corespunzătoare pentru ca activitatea acestora să poată continua în orice moment, în toate împrejurările și în toate planurile, indiferent care ar fi natura unei perturbări majore.

Spitalul Județean de Urgență Bacău este o organizație a cărei activitate trebuie să se deruleze continuu, prin structurile componente în vederea îndeplinirii obiectivelor propuse.

Managementul spitalului a elaborat o procedură care a luat în considerare situații diferite care afectează continuitatea activității: fluctuația personalului, disfuncționalități ale aparaturii medicale, a echipamentelor și instalațiilor din dotare, riscuri legate de unii prestatori de servicii, modificări ale legislației, modificări ale procedurilor, etc.

Procedura a identificat și modalitățile de acționare corespunzătoare acestor situații care afectează derularea activităților:

- angajarea de personal în locul celor pensionați sau plecați;
- delegarea responsabilităților, în cazul absenței temporare (concedii, plecări în misiune etc.);
- contracte de servicii pentru mentenanța și service-ul echipamentelor, instalațiilor și aparaturii medicale din dotare;
- largirea listei furnizorilor de servicii, medicamente, parafarmaceutice, produse, echipamente și aparatură medicală;
- achiziția de echipamente IT, software specializat, instruirea personalului;
- elaborarea, implementarea și monitorizarea unui sistem de management al calității, sănătății și securității ocupaționale și securității informației.

Planul de continuitate a activității trebuie să fie cunoscut, accesibil și aplicat în practică de salariații care au stabilite sarcini și responsabilități în implementarea acestuia.

## **5.4. INFORMAREA ȘI COMUNICAREA (standardele 12-14)**

### **5.4.1. Informarea și comunicarea (standardul 12)**

Managementul stabilește tipurile de informații, conținutul, calitatea, frecvența, sursele și destinatarii acestora, astfel încât angajații prin primirea și transmiterea informațiilor să-și poată îndeplini sarcinile.

Informația este indispensabilă atât managementului prin identificarea riscurilor și prin monitorizări eficiente, cât și angajaților în derularea activităților proprii. Informația trebuie să fie corectă, credibilă, clară, completă, oportună, utilă, ușor de înțeles și receptivă. În același timp ea trebuie să fie disponibilă tuturor acelor care au nevoie de ea.

Managementul trebuie să dezvolte un sistem eficient de comunicare internă și externă, care să asigure o difuzare rapidă, fluentă și precisă a informațiilor, astfel încât acestea să ajungă complete și la timp la utilizatori. De asemenea, sistemul de comunicare trebuie să fie flexibil și rapid atât în exterior cât și în interior de sus în jos cât și de jos în sus.

Procesul de comunicare trebuie să fie adaptat la capacitatea utilizatorilor, în ceea ce privește prelucrarea informațiilor și achitarea de responsabilități în materie de comunicare.

Managementul reevaluează sistematic și periodic cerințele de informații și stabilește natura, dimensiunea și sursele de informații și date care corespund satisfacerii nevoilor de informare a entității.

#### **5.4.2. Gestionarea documentelor (standardul 13)**

Managerul organizează și administrează procesul de creare, revizuire, organizare, stocare, utilizare, identificare și arhivare a documentelor interne și a celor provenite din exterior, oferind control asupra ciclului complet de viață al acestora și accesibilitate conducerii și angajaților entității, precum și terților abilitați.

Au fost definite reguli clare și sunt stabilite proceduri cu privire la înregistrarea, expedierea, redactarea, clasificarea, îndosărierea, protejarea și păstrarea documentelor. Există 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.

Au fost implementate măsuri de securitate pentru protejarea documentelor împotriva distrugerii, furtului, pierderii, incendiului etc, iar managementul spitalului asigură condițiile necesare cunoașterii și respectării de către angajați a reglementărilor legale privind accesul la documentele clasificate și modul de gestionare a acestora.

S-a elaborat o procedura de *Arhivare* și un sistem de păstrare/arhivare exhaustiv și actualizat a documentelor în vederea asigurării conservării lor în bune condiții și pentru a fi accesibile personalului competent în a le utiliza.

#### **5.4.3. Raportarea contabilă și financiară (standardul 14)**

Managerul 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.

Managerul este responsabil de organizarea și ținerea 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.

Directorul financiar-contabil asigură calitatea informațiilor și datelor contabile utilizate la realizarea situațiilor contabile, care reflectă în mod real activele și pasivele entității publice. 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.

Au fost elaborate proceduri și controale contabile documentate în mod corespunzător, vizând corecta aplicare a actelor normative din domeniul financiar- contabil și al controlului intern.

### **5.5. EVALUARE SI AUDIT (standardele 15-16)**

#### **5.5.1. Evaluarea sistemului de control intern/managerial (standardul 15)**

Managerul spitalului instituie o funcție de evaluare a controlului intern, desemnează o persoană cu competențe în evaluare și verificare și împreună cu echipa de management elaborează politici, planuri și programe de derulare a acțiunilor de verificare și evaluare a controlului intern. Managerul elaborează anual, prin asumarea responsabilității manageriale, un raport asupra propriului sistem de control intern/managerial.

Managerul asigură verificarea și evaluarea în mod continuu a funcționării sistemului de control intern și a elementelor sale. Neconformitățile identificate trebuie rezolvate operativ, prin măsuri corective. Evaluarea eficacității controlului se poate referi atât la ansamblul obiectivelor cât și la unele dintre acestea, în conformitate cu decizia scrisă a managementului.

Managementul efectuează, cel puțin o dată pe an, pe baza unui program/plan de evaluare și a unei documentații adecvate, o verificare și autoevaluare a propriului sistem de control intern/managerial, pentru a stabili gradul de conformitate a acestuia cu standardele de control intern/managerial.

Managerul ia măsuri adecvate și prompte pentru remedierea deficiențelor/slăbiciunilor identificate în procesul de autoevaluare a sistemului de control intern/managerial. Acesta 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.

#### **5.5.2. Auditul Intern (standardul 16)**

Spitalul Județean de Urgență Bacău are un compartiment de *Audit Intern* și își desfășoară activitatea în conformitate cu programele elaborate pe evaluarea riscului. Astfel, se îndeplinesc condițiile privind evaluarea independentă și obiectivă a sistemului de control intern al spitalului.

La nivelul spitalului există un compartiment de managementul calității care se subordonează de asemenea managerului și este independent de procesele care se derulează la nivelul spitalului. În cadrul compartimentului își desfășoară activitatea auditorii pentru sistemul de management al calității, buni cunoscători ai proceselor și documentelor din spital. Astfel, auditurile desfășurate de compartimentul *Audit Intern* vor include în componența echipei de audit și auditorii independenți din cadrul compartimentului *Managementul Calității*.

Auditul intern se finalizează cu un raport de audit, în care se menționează punctele slabe identificate în sistem și se formulează recomandări pentru eliminarea acestora. Managerul analizează neconformitățile și recomandările auditorului și dispune măsurile necesare în scopul eliminării acestora.

Responsabilitatea stabilirii programului de acțiuni corective și preventive, a politicii privind reducerea riscurilor și a implementării măsurilor revine managerului spitalului.