



Nr. 68, 27.06.2018

RAPORT DE ACTIVITATE CONTROL INTERN MANAGERIAL

Sinteza pentru semestrul I anul 2018

În anul 2018 s-a continuat implementarea sistemului de management al calității, sistem care va fi certificat în conformitate cu prevederile standardului SR EN ISO 9001:2018 – "Sisteme de management al calității. Cerințe". Implementarea acestui sistem în cadrul spitalului se realizează în vederea respectării prevederilor legale privind și aprobarea Programului de acreditare. Sistemul de management al calității este mijlocul și garanția obținerii sistematice a calității serviciilor în cadrul entității noastre și asigură cadrul necesar alocării mijloacelor, resurselor și informațiilor necesare desfășurării tuturor activităților care concură la realizarea serviciilor. Acest sistem are ca referință standardul SR EN ISO 9001:2018, standard care cuprinde cerințele necesare pentru sistemul de management al calității și care este considerat adecvat pentru principalele activități care se desfășoară în cadrul instituției.

Documentele sistemului managementului calității în vigoare sunt:

- **Manualul calității**, va fi revizuit în conformitate cu prevederile din ISO 9001:2015.
- **Proceduri de sistem** - proceduri documentate aplicabile într-un număr mare de compartimente sau majorității serviciilor/birourilor în număr de **28**.
- **Proceduri de operationale** - proceduri documentate aplicabile în cadrul activităților relevante din compartimentele funcționale) în număr de **242**.
- **Strategia de control a Sistemului de management** pentru perioada ianuarie 2018 – iunie 2018.

Procedurile de control intern/managerial au fost introduse datorită necesității implementării în cadrul sistemului de management al calității a procedurilor potrivit **O.S.G.G. nr. 600/2018** pentru aprobarea Codului controlului intern, cuprinzând standardele de management/control intern la entitățile publice și pentru dezvoltarea sistemelor de control managerial.

În anul 2018 activitatea Responsabilului cu Managementul Calității s-a axat și pe:

- implementarea, coordonarea și îmbunătățirea Sistemului de Management al Calității;
- implementarea standardelor de control intern/managerial
- elaborarea de proceduri noi sub aspectul compatibilității cu cerințele specifice ale legislației în domeniu;
- organizarea și derularea activității de măsurare a satisfacției pacientilor;
- asigurarea informării și difuzării reglementărilor în domeniul calității;
- întocmirea periodică a rapoartelor cu privire la stadiul implementării Sistemului de Management al Calității și transmiterea acestora managerului instituției;

Pentru îmbunătățirea sistemului de control managerial, a cărui implementare a fost demarată încă din anul 2014, s-a pus un accent deosebit pe conștientizarea întregului personal din cadrul spitalului pentru respectarea cerințelor standardelor și dezvoltarea sistemului de management al calității implementat. Personalul este în mare parte conștient de necesitatea realizării obiectivelor calității și de



respectarea procedurilor din cadrul fiecărui compartiment.

Referitor la Standardul 1- Etică, integritate

În funcție de postul ocupat, salariaților spitalului le-au fost aduse la cunoștință prevederile următoarelor documente: Codul de etică al personalului contractual. La nivelul compartimentelor instituției au fost efectuate instruiriri în domeniul eticii, persoanele cu funcții de conducere din cadrul instituției au completat declarațiile de avere și declarațiile de interes, documente care sunt gestionate de Biroul Resurse Umane.

S-a elaborat și implementat procedura de sistem PS-CIM-01.00 privind Etica și integritatea.

Referitor la Standardul 2 - Atribuții, funcții, sarcini

Au fost întocmite fișe de post pentru fiecare dintre posturile nou înființate în statul de funcții al instituției. Biroul Resurse Umane a revizuit și actualizat fișele de post existente, precum și documentele de organizare și funcționare ale instituției. S-au stabilit atribuțiile și responsabilitățile pentru fiecare salariat și sarcinile precise de lucru prin realizarea fișelor de post individualizate, care au fost aduse la cunoștința salariaților în cauză.

Atribuțiile secțiilor/compartimentelor din spital sunt definite în mod clar în R.O.F., iar responsabilitățile și competențele profesionale pentru posturile aflate pe niveluri diferite sunt stabilite corect, luând în considerare calificările, aptitudinile și abilitățile. Fișele posturilor sunt întocmite, semnate și înregistrate, fiind respectată legislația în domeniu. Drepturile și obligațiile echipei care asigură managementul instituției și ale salariaților, precum și relațiile dintre aceștia, sunt prevăzute în Regulamentul intern.

Toate aceste documente (statul de funcții, ROF, RI) sunt aduse la cunoștința salariaților prin postarea lor pe site-ul instituției.

S-a elaborat și implementat procedura de sistem PS-CIM-02.00 privind Atribuții, funcții, sarcini.

Referitor la Standardul 3 - Competență, performanță

Au fost stabilite cunoștințele și aptitudinile necesare pentru îndeplinirea sarcinilor/atribuțiilor asociate fiecărui post nou înființat în cadrul instituției în anul 2018. Au fost identificate nevoile de pregătire și s-a întocmit Programul anual de pregătire profesională. Personalul din cadrul instituției a participat la cursuri specifice domeniului și funcției ocupate. S-au respectat prevederile legale specifice pentru concursurile de angajare, precum și cele de promovare.

În urma evaluării performanțelor profesionale ale angajaților s-a concluzionat că aceștia dispun de calificarea și experiența corespunzătoare realizării sarcinilor specifice. Fișele de evaluare sunt gestionate de Biroul Resurse Umane.

S-a elaborat și implementat procedura de sistem PS-CIM-03.00 privind Competență, performanță.



Referitor la Standardul 4 –Structura organizatorică

Este elaborat Regulamentul de organizare si functionare al entitatii, aprobat, postat pe site-ul spitalului si comunicat tuturor salariatilor.

Biroul Resurse Umane înaintează managerului entității propuneri privind modificarea structurii organizatorice (organograma, stat de funcții), astfel încât aceasta să corespundă scopului și misiunii entității, comunicându-se tuturor salariaților. Situația privind posturile vacante a fost analizată și s-au organizat concursuri pentru posturile vacante în cadrul personalului medical, auxiliar și TESA în conformitate cu posturile vacante din statul de funcții.

Au fost elaborate proceduri de sistem și operaționale privind implementarea standardului 4 structura organizatorică.

S-a elaborat și implementat procedura de sistem PS-CIM-04.00 privind Structura organizatorică.

Referitor la Standardul 5 – Obiective

Obiectivele generale care se referă la realizarea unor servicii medicale de bună calitate, în condiții de eficiență și eficacitate, cât și obiectivele determinante, legate de scopurile entității, precum și cele complementare, legate de fiabilitatea informațiilor, conformitatea cu legile, regulamentele și politicile interne sunt stabilite prin Regulamentul de Organizare și funcționare, care este adus la cunoștința salariaților instituției.

S-au menținut obiectivele generale și specifice ale unității potrivit Planului Strategic și stabilite de Comisia de monitorizare, coordonare și îndrumare metodologică a implementării și dezvoltării Sistemului de Control Intern Managerial din cadrul institutiei. Comisia monitorizează realizarea Planului anual, în cazul nerealizării obiectivelor prevazute în plan la termenul prevazut, sau urmare a apariției unor modificări legislative, se va efectua rectificare bugetară, actualizarea Planului anual și stabilirea de noi termene pentru îndeplinirea obiectivelor propuse.

S-a elaborat și implementat procedura de sistem PS-CIM-05.00- Standardul 5 Obiective.

Referitor la Standardul 6 – Planificarea

În perioada ianuarie-iunie 2018 bugetul instituției a fost elaborat astfel încât să se realizeze obiectivele și activitățile planificate. Compartimentele care gestionează resurse financiare, materiale și umane sau în care se derulează activități necesare atât pentru activitatea aparatului propriu, cât și pentru activitățile din celelealte compartimente ale spitalului, au planificat repartizarea acestora, pornind de la stabilirea nevoilor pentru realizarea obiectivelor generale și specifice.

În cursul anului 2018 resursele au fost alocate astfel încât să se asigure realizarea obiectivelor specifice, iar în cazul modificării acestora, au fost stabilite măsurile necesare pentru încadrarea în resursele repartizate.

S-a elaborat și implementat procedura de sistem PS-CIM-06.00 privind Planificarea.

Referitor la Standardul 7 - Monitorizarea performanțelor

Evaluarea performanțelor profesionale individuale ale funcționarilor publici de conducere și de execuție și a personalului contractual s-a realizat conform prevederilor legale, în raport cu realizarea obiectivelor individuale stabilite în baza atribuțiilor prevăzute în fișa postului



Pentru monitorizarea performanțelor au fost elaborate criterii obiective, tehnice (pertinență, creativitate, probitățe, aplicabilitate), economice și manageriale (eficiență, eficacitate, randament). Doamna manager a solicitat pentru monitorizarea performanțelor, raportări asupra desfășurării activității compartimentelor din structura instituției și a aprobat evaluările individuale întocmite de șeful ierarhic superior pentru fiecare salariat.

S-a elaborat și implementat procedura de sistem PS-CIM-07.00 Monitorizarea performanțelor.

Referitor la Standardul 8 – Managementul Riscului

În anul 2018 a continuat identificarea și evaluarea riscurilor, prin întocmirea fiselor de alertă și a fiselor de monitorizare a riscurilor. Fiecare compartiment din instituția noastră deține și în format electronic registrul de riscuri care poate fi completat de responsabilii cu risurile.

S-a elaborat și implementat procedura de sistem PS-CIM-08.00- Managementul Riscului.

Referitor la Standardul 9 – Proceduri

În anul 2018, la nivelul compartimentelor din spital s-a continuat procesul de întocmire a procedurilor, înregistrarea acestora, semnarea de persoanele responsabile și distribuirea conform cerințelor legale. Procedurile sunt păstrate de către fiecare emitent de procedură.

În fiecare compartiment șeful de compartiment se ocupă împreună cu responsabilul cu managementul calității de întocmirea și revizuirea procedurilor, astfel ca acestea să poată fi periodic revizuite, reevaluate sau modificate conform standardelor în vigoare. La data de 30.06.2018 în cadrul Spitalului Municipal „dr. Eugen Nicoară” Reghin existau un număr de 242 proceduri.

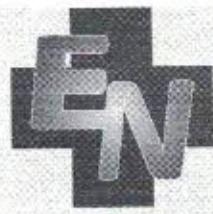
S-a elaborat și implementat procedura de sistem PS-CIM-09.00 privind Procedurile.

Referitor la Standardul 10 - Supravegherea

Fiecare șef de compartiment din structura instituției cunoaște atribuțiile ce îi revin pe linia supravegherii curente a activității, condițiile de exercitare a acesteia și răspunderile care îi revin, sarcini stabilite de către Managerul Spitalul Municipal „dr. Eugen Nicoară” Reghin. Șefii de compartimente împreună cu responsabilul de management al calității au efectuat controale inopinate, pentru a se asigura că procedurile sunt respectate de către salariați în mod efectiv și continuu și au dat instrucțiunile necesare pentru a minimiza erorile și a respecta legislația. Urmare acestor controale a fost înaintat un Raport managerului cu aspectele constatațe.

Analiza efectuată de management este planificată și organizată conform prevederilor legale privind sistemul de management al calității (semestrial sau cel puțin anual). La finalizarea analizei, RMC a întocmit un raport privind funcționarea SMC în care se face analiza sistemului pentru perioada analizată și un proces verbal referitor la analiza Sistemului de management pe care îl înaintează managerului instituției pentru a fi stabilite măsurile necesare pentru îmbunătățirea eficacității sistemului de management al calității și a proceselor sale. Totodată, RMC a elaborat Raportul asupra sistemului de control intern managerial la data de 30.06.2018.

S-a elaborat și implementat procedura de sistem PS-CIM-10.00 privind Supravegherea.



Referitor la Standardul 11 - Continuitatea activității

Deoarece Spitalul Municipal „dr. Eugen Nicoară” Reghin este o instituție a cărei activitate trebuie să se deruleze continuu, prin structurile componente, pentru asigurarea continuității funcționării, sub aspectul mobilității personalului, au fost elaborate proceduri pentru activitățile specifice, care asigură un echilibru între sarcini, competență (autoritate decizională conferită prin delegare) și responsabilități (obligația de a realiza obiectivele).

Și în 2018 managementul instituției a acordat o atenție deosebită prevenirii și rezolvării situațiilor care pot afecta continuitatea activității: mobilitatea salariaților, defecțiuni ale echipamentelor din dotare, disfuncționalități produse de unii prestatori de servicii, schimbări de proceduri etc.

A fost asigurat fluxul de personal, în acest an respectându-se procedura acordării concediilor de odihnă, deoarece în anul precedent nu au fost efectuate în totalitate zilele de concediu de odihnă. Programarea salariaților se face la sfârșitul anului pentru anul următor, de către conducătorii de servicii/birouri cu consultarea salariaților, avându-se în vedere, atât buna desfășurare a activității cât și interesele salariaților.

Biroul Aprovizionare, Achiziții publice și Administrativ va realizat dotarea instituției cu materialele și obiectele de inventar necesare desfășurării activității în bune condiții (birotică, papetarie, mobilier, materiale întreținere și curățenie, materiale P.S.I., etc.), asigurarea întreținerii și funcționării echipamentelor din dotare, a rețelelor telefonice, electrice, termice ale instituției.

Prin activitatea desfășurată în cadrul Biroului Finanțiar-Contabil s-au evitat disfuncționalitățile în domeniul economic, asigurându-se urmărirea zilnică a execuției bugetare pentru a se evita acumularea de arierate.

Referitor la Standardele 12 – Informarea și Comunicarea

În anul 2018 au fost stabilite și respectate responsabilități pe linia activităților de gestionare a acestora, de întocmire a răspunsurilor în termenele legale, de centralizare a informațiilor și datelor. Documentele care au circulat au fost consemnate în registrul de intrări- ieșiri a instituției.

Fluxul informațional din interior s-a stabilit atât între structurile organizatorice: compartimente, servicii, birouri, cât și direct între salariații din cadrul acestora, pentru realizarea în condiții de eficiență și calitate a atribuțiilor. Comunicarea în interiorul compartimentelor a fost rapidă, fluentă și precisă, iar informațiile au fost transmise cu operativitate la utilizatori.

Comunicarea în cadrul instituției s-a realizat pe mai multe căi: verbal (cu ocazia ședințelor de lucru organizate), în scris (prin afișarea notelor interne/referatelor/ și transmiterea dispozițiilor), informatizat (prin postarea pe site-ul instituției). A fost asigurat accesul la informații pentru angajații instituției.

A continuat comunicarea cu cetățenii/pacientii prin intermediul audiențelor acordate de managerul instituției, conform procedurii de acordare, care prezintă modul de programare și derulare a acestora.

Referitor la Standardul 13- Gestionarea documentelor

La nivelul instituției există reguli clare și sunt stabilite proceduri cu privire la înregistrarea, expedierea, redactarea clasificarea, îndosarierea, protejarea precum și păstrarea documentelor prin intermediul Secretariatului entității. Au fost implementate măsuri de securitate și protejare a



SPITALUL MUNICIPAL " DR. EUGEN NICOARA"

Str. Spitalului, nr. 20, 545300, Reghin, jud Mureș

Tel/Fax: 0265-512712 / 0265-512809

CUI 1235218

www.spitalreghin.ro

Unitate acreditată conform Ordinului M.S. nr. 440/ 04.08.2016



documentelor împotriva furtului, distrugerii, pierderii, incendiului, au fost instalate sisteme antiefractie și incendiu. Conducerea spitalului asigura condițiile necesar cunoasterii și respectării de către angajați a reglementarilor legale privind accesul la documentele instituției precum și la modul de gestionare a acestora.

Referitor la Standardul 14- Raportarea contabilă și financiară

Conducătorul entității împreună cu Biroul Finanțier-contabil asigură calitatea informațiilor și datelor contabile utilizate la realizarea situațiilor contabile, care reflectă în mod real activele și pasivele entității publice. Periodic se întocmesc situațiile financiare semestriale/anuale care sunt însoțite de rapoarte anuale de performanță în care se prezintă pentru fiecare program obiectivele, rezultatele preconizate și cele obținute, indicatorii și costurile asociate.

În entitatea publică sunt elaborate proceduri și controale contabile documentate în mod corespunzător, vizând corecta aplicare a actelor normative din domeniul finanțier-contabil și al controlului intern.

Referitor la Standardul 15 – Evaluarea controlului

La nivelul Spitalul Municipal „dr. Eugen Nicoară” Reghin în anul 2018 s-a continuat cu implementarea, monitorizarea, coordonarea și îndrumarea metodologică cu privire la sistemul proprii de control managerial, prin intermediul Comisiei de monitorizare, coordonare și îndrumare metodologică a implementării și dezvoltării controlului intern managerial din cadrul spitalului.

Referitor la Standardul 16 – Auditul intern

Spitalul Municipal „dr. Eugen Nicoară” Reghin nu are înființat un compartiment de audit. Au fost efectuate demersurile pentru înființarea compartimentului de Auditul intern.

CONCLUZII

În anul 2018 în Spitalul Municipal „dr. Eugen Nicoară” Reghin s-a urmărit respectarea unui minim de reguli de management pe care toate entitățile trebuie să le urmeze, continuându-se implementarea standardelor de control intern managerial. Obiectivul standardelor este de a crea un model de control intern managerial uniform și coerent.

**MANAGER/PREȘEDINTE COMISIE
DR. FARCAȘ NARCISA**

Întocmit,
Savu Alina Maria





SP JUZUL MUNICIPAL "DR. EUGEN NICODARĂ"
Str. Spitalului, nr. 20, 545300, Reghin, județ Mureș
Tel/Fax: 0265-512712 / 0265-512809
CUI 12352218

www.spitalreghin.ro

Unitate acreditată conform Ordinului M.S. nr. 440/ 04.08.2016

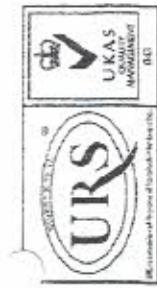
Nr. 2516/ 21.06.2018



CERTIFICATE NO. 393736

RAPORT PRIVIND MONITORIZAREA MODULUI DE IMPLEMENTARE ȘI FUNCȚIONARE A SISTEMULUI DE CONTROL INTERN MANAGERIAL ÎN ANUL - 2018

| Obiective | Acțiuni realizate pentru implementarea standardelor CIM | Termene/ Responsabili | Gradul de realizare | Observații/ Măsuri/Recomandări |
|--|---|--------------------------------|--------------------------------|---|
| 1. Asigurarea continuării implementării Standardului 1 ETICA ȘI INTEGRITATEA | 1. Instruirea privind etica și inegritatea Consiliului etic a avut loc realegerea membrilor, potrivit Ordinului Ministerului Sănătății nr. 1502/2016, potrivit art. 5, durata mandatului de membru permanent sau supleant este de 3 ani. 3. Întocmirea rapoartelor lunare și semestriale privind activitatea desfășurată, respectarea normelor de conduită de către angajați și prezentarea acestora managerului și Comisiei de monitorizare control intern managerial 4. Actualizarea declarațiilor de avere și de interese (iunie 2018) | Lunar/ Semestrial/ Anual | Realizat (până la 30.06.2018) | - au fost întocmite rapoarte lunare /semestriale și încărcate pe platforma informatică a Ministerului Sănătății |



| | | | |
|---|--|---|---|
| <p>2. Asegurarea continuării implementării Standardului 2</p> <p>ATRIBUTII, FUNCȚII, SARCINI</p> <p>1. Actualizarea fișelor de post, acolo unde a fost cazul</p> <p>2. Urmărirea, de către fiecare șef de sector de activitate, a sarcinilor din fișa postului și raportarea periodică, către manager și discutarea modului de îndeplinire a obiectivelor stabilite</p> <p>3. Realizarea de revizii la procedurile operaționale și elaborare de proceduri noi în concordanță cu activitățile procedurabile stabilite la nivelul entității.</p> <p>3. Îndeplinirea criteriilor pentru implementarea Standardului 3</p> <p>COMPETENȚĂ, PERFORMANCE</p> <p>1.Ocuparea posturilor prin concurs, potrivit normelor legale în vigoare, cu personal specializat conform cerințelor posturilor prevăzute în cadrul structurii organizatorice și la nivelul entității.</p> <p>2. Revizuirea Planului anual de pregătire profesională realizat la nivelul entității</p> <p>4.Monitorizarea Planului anual de pregătire profesională, în funcție de bugetul alocat</p> <p>4. Asegurarea continuării implementării Standardului 4</p> <p>STRUCTURA ORGANIZATORICĂ</p> | <p>Atunci când este cazul</p> <p>Partially realized (până la 30.06.2018)</p> <p>Permanent</p> <p>Comisia de monitorizare/ Şefii de sectoare de activitate</p> <p>Permanent</p> <p>Conducerea Spitalului/ Șefii de sectoare de activitate</p> | <p>-Nepredarea la termen a rapoartelor de activitate.</p> <p>Măsuri: elaborarea, de către conducerea instituției, a unui model de raportare unitar.</p> <p>Termen: septembrie 2018 Răspund: sefi de sectoare de activitate- membri ai Comisiei de monitorizare control intern managerial</p> <p>Partially realized (până la 30.06.2018)</p> <p>Permanent</p> <p>Comisia de monitorizare/ Şefii de sectoare de activitate</p> <p>În desfășurare</p> | <p>- Monitorizarea indicatorilor de performanță</p> <p>Termen: noiembrie 2018 Răspunde: Comisia de monitorizare/ Şefii de sectoare de activitate</p> <p>În luna septembrie 2018 se va realiza evaluarea personalului și se analizează principalele activități, în scopul identificării eventualelor disfuncționalități în fixarea sarcinilor de lucru</p> |
|---|--|---|---|



| | | | | | |
|---|--|--|---------------------------------------|---|--|
| | | | | Individuale prin fișele posturilor și în stabilirea atribuțiilor angajaților (actualizarea componentei comisiilor etc.) | |
| | | | | Termen: septembrie 2018 | |
| 5. Asegurarea continuării implementării Standardului 5 OBIECTIVE | 1. Stabilirea obiectivelor generale și specifice în acord cu misiunea instituției (planul pentru anul 2018) 2. Verificarea modului de definire a obiectivelor SMART 3. Stabilirea activităților individuale pentru responsabili, care să conducă la atingerea obiectivelor specifice ale structurii și implicit, la atingerea obiectivelor generale ale instituției 4. Actualizarea fișelor de post | ianuarie-Februarie 2018 Comisia de monitorizare/ Şefii de sectoare de activitate | Parțial realizat (până la 30.06.2018) | Răspunde: Conducerea Spitalului/ sefi de sectoare de activitate | Au fost stabilite obiectivele generale și specifice (program de management al calității, plan de management al calității/programul de dezvoltare Comisia de monitorizare). |
| | | | | | A fost întocmită analiza efectuată de managementul calității- analiza privind gradul de realizare a obiectivelor și activităților din programul stabilit pe anul 2018. |
| | | | | | Termen: decembrie 2018 |



SPI
Str. Spitalului, nr. 20, 545300, Reghin, jud Mureş
Tel/Fax: 0265-512712 / 0265-512809
CUI 1235218

www.spitalreghin.ro

Unitate acreditată conform Ordinului M.S. nr. 440/ 04.08.2016



CERTIFICATE NO. 33738

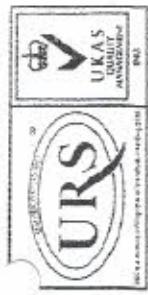
| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | Răspunde: Comisia de monitorizare /Şefii de sectoare de activitate | |
| 6. Asigurarea continuării implementării Standardului 6 PLANIFICAREA | 1. Conducerea instituției elaborează planuri / programe de activitate pentru obiectivele stabilită, identifică și repartizează resursele, pornind de la stabilirea nevoilor pentru realizarea obiectivelor și organizează procesele de muncă în vederea desfășurării activităților planificate 2. Realizarea planurilor manageriale la nivelul fiecărui compartiment/ inspector școlar, în concordanță cu atribuțiile prevăzute în ROF și în fișa postului- | Ianuarie Februarie 2018 Conducerea Spitalului +Comisia de monitorizare | Realizat | -S-a elaborat Planul de management al calității, iar în caz de nerealizare a tuturor obiectivelor stabilate pentru anul în curs, se va realiza revizie la Panul de management (Program de management al calității , program de dezvoltarea control intern managerial) |
| 7. Asigurarea continuării implementării Standardului 7 MONITORIZAREA PERFORMANȚELOR | 1.Monitorizarea desfășurării activităților, în vederea îndeplinirii obiectivelor specifice cu ajutorul indicatorilor de performanță / de rezultat asociați obiectivelor, definiti în Standardul 3 – Competența, performanța (calitate, cantitate, termene, costuri, eficiența conducerii, colaborare, lucru în echipă, mod de utilizare a resurselor etc.) 2. Evaluarea personalului anual, conform | Lunar Conducerea Spitalului/ Comisia de monitorizare | Partial realizat până la data de 30.06.2018) | Răspunde: Şefii de Şefii de sectoare de activitate/ Comisia de monitorizare -Este elaborat raport privind monitorizarea performanțelor. -Evaluarea personalului se realizează în perioada 1-15 septembrie, iar a personalului. |



SPI
Str. Spitalului, nr. 20, 545300, Reghin, jud Mureş
Tel/Fax: 0265-512712 / 0265-512809
CUI 1235218

www.spitalreghin.ro

Unitate acreditată conform Ordinului M.S. nr. 440/ 04.08.2016



CERTIFICATE NO.

333738

| | | | | |
|---|---|---|--|--|
| | metodologiei de evaluare 3. Elaborarea raportului anual privind monitorizarea performanței | | Răspunde: Comisia de monitorizare Conducerea Spitalului / | |
| 8. Îndeplinirea criteriilor pentru implementarea Standardului 8 | 1. Identificarea riscurilor în strânsă legătură cu obiectivele a căror realizare ar putea fi afectată de materializarea riscurilor 2. Ierarhizarea și prioritizarea riscurilor în funcție de toleranța la risc stabilită de managementul Spitalului MANAGEMENTUL RISCULUI 3. Stabilirea celor mai potrivite 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 4. Monitorizarea implementării măsurilor de control, precum și a eficacității acestora 5. Actualizarea registrului riscurilor pe comunitate și la nivelul instituție 6. Întocmirea Fiselor de siera și de monitorizare a riscurilor noi identificate | Anual (sau de cate ori e nevoie) Comisia de monitorizare /Fiecare angajat | Parțial realizat pana la data de 30.06.2018 | Este necesară o analiză periodică a riscurilor, astfel încât acestea să se încadreze în limitele toleranței la risc. Termen: septembrie 2018 |
| 9. Asigurarea continuării implementării Standardului 9 | 1. Conducerea instituției se asigură că pentru toate procesele majore, activitățile, acțiunile există o documentație adecvată și că operațiunile sunt consemnate în documente 2. Elaborarea procedurilor pentru toate activitățile procedureabile identificate, la nivelul tuturor compartimentelor/ domeniilor funcționale | Anual Conducerea Spitalului/ Şefii de Compartimente Comisia de monitorizare/ | Parțial realizat până la data de 30.06.2018) | Sunt identificate activități procedureabile pentru care se impune realizarea de proceduri operaționale. Termen: decembrie 2018 |



SPIAL MUNICIPAL "DR. EUGEN NICOARA
Str. Spitalului, nr. 20, 545300, Reghin, jud Mures
Tel/Fax: 0265-512712 / 0265-512809
CUI 1235218

www.spitaltreghin.ro

Unitate acreditată conform Ordinului M.S. nr. 440/ 04.08.2016



CERTIFICATE NO. 33738

| | | | | |
|---|--|---|---|--|
| | 3. Actualizarea anuală a procedurilor existente și difuzarea acestora tuturor angajaților | Fiecare angajat | | Răspunde: Comisia de monitorizare/ șefii de sectoare de activitate |
| 10. Îndeplinirea criteriilor pentru implementarea Standardului 10 SUPRAVEGHIEREA | 1. Efectuarea, de către managerul Spitalului și de către șefii de sectoare de activitate, a controlului inopinat al activităților, în vederea realizării obiectivelor stabile și implementarea sistemului de management al calității 2. Evaluarea sistematică a fiecărui angajat, în vederea verificării modului de îndeplinire a responsabilităților 4. Efectuarea supravegherii activităților prin control ierarhic, controlul de prevenire cât și prin controale inopinat | Periodic Managerul, șefii de sectoare de activitate și RMC-istul efectuează controale inopinat | Parțial realizat pana la data 30.06.2018 | Răspunde: Până la data de 30.06.2018 au avut loc 14 controale inopinatе în cadrul secțiilor /laboratoarelor, efectuate de asistent epidemiolog, asistent medical-statistică și RMC. |
| | | | Termen: permanent | Răspunde: Comisia de monitorizare/ șefii de sectoare de activitate |
| 11. Asigurarea continuării implementării Standardului 11 CONTINUITATEA | 1. Elaborarea listei cu evidența situațiilor care pot genera întreruperea activităților 2. Întocmirea Planurilor de asigurare a continuității activității, cu măsuri care să prevină apariția disfuncționalităților, care să se referă cu deosebire la: realizarea demersurilor de încadrare pe funcții disponibile la plecarea personalului; asigurarea existenței de contracte de service pentru întreținerea echipamentelor din dotare; existența de contracte de achiziții pentru înlocuirea unor | Februarie – martie 2018 Conducerea Spitalului/ Şefii de sectoare de activitate | Realizat | A fost elaborată procedura operațională privind delegarea de sarcini, în vederea asigurării desfășurării continue a activităților |
| | | | Termen: martie 2018 | Răspunde: Conducerea Spitalului/ Şefii |



SPJ "UL MUNICIPAL" DR. EUGEN NICOARA
Str. spitalului, nr. 20, 545300, Reghin, județ Mureș
Tel/Fax: 0265-512712 / 0265-512809

CUI 1235218

www.spitalreghin.ro

Unitate acreditată conform Ordinului M.S. nr. 440/ 04.08.2016



CERTIFICATE NO. 33738

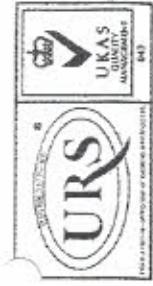
| echipamente din dotare etc. | | | | |
|--|---|--|----------------|---|
| 12. Asigurarea continuării implementării Standardului 12 | 1. Colectarea, prelucrarea și centralizarea informațiilor în sistem informatizat în cadrul fiecărei structuri din organograma instituției, pe nivele ierarhice, astfel încât, prin primirea și transmiterea informațiilor, sarcinile să poată fi îndeplinite 2. Actualizarea periodică a procedurilor privind comunicarea, fluxul de informații, accesul la informațiile publice, activitatea de registratură, modul de soluționare a petițiilor, proceduri aflate în uz | Permanent Conducerea Spitalului/ Comisia de monitorizare | În desfășurare | Sunt în curs de elaborare proceduri operaționale privind comunicarea, fluxul de informații, accesul la informațiile publice, activitatea de registratură, modul de soluționare a petițiilor. Termen: permanent |
| 13. Asigurarea continuării implementării Standardului 13 | 1. Verificarea, la nivelul fiecărui compartiment a măsurilor de securitate pentru protejarea documentelor împotriva distrugerii, furului, al accesărilor neautorizate 2. Selectarea anuală, de către Comisia de arhivare a documentelor, conform procedurii în uz | Anual/ la nevoie Conducerea Şefii de sectoare de activitate Comisia de arhivare | În desfășurare | Răspunde: Conducerea Spitalului/ Şefii de sectoare de activitate A fost elaborată procedura privind gestionarea documentelor și revizuită procedura privind arhivarea documentelor Termen: permanent |
| GESTIONAREA DOCUMENTELOR | | | | Răspunde: Conducerea Spitalului/ Şefii de sectoare de activitate/ Comisia de arhivare |



SP LUL MUNICIPAL "DR. EUGEN NICOARI"
Str. Spitalului, nr. 20, 545300, Reghin, jud. Mureş
Tel/Fax: 0265-512712 / 0265-512809
CUI 1235218

www.spitalreghin.ro

Unitate acreditată conform Ordinului M.S. nr. 440/ 04.08.2016



CERTIFICATE NO. 33730

| | | | |
|---|---|---|--|
| <p>14. Asigurarea continuării implementării Standardului 14 RAPORTAREA CONTABILĂ ȘI FINANCIARĂ</p> <p>1. Efectuarea execuției bugetare în vederea asigurării exercitării tuturor informațiilor contabile termen la zi a contabilității și prezentarea la termen a situațiilor financiare asupra situației patrimonialui</p> <p>2. Asigurarea de către managementul compartimentului financiar contabil, a calității informațiilor și a datelor contabile</p> | <p>Conform termenelor stabilește prin legislația aplicabilă</p> <p>Compartiment finanțări-contabil</p> | <p>Realizat conform termenelor</p> | <p>A fost aprobat proiectul de buget de către Consiliul de Administrație</p> <p>A fost prezentată în CA execuția bugetară</p> <p>Au fost elaborate/revizuite procedurile specifice compartimentului.</p> <p>Au fost transmise periodic Primariei toate documentele de raportare solicitate :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Situația centralizată - Raportul privind sistemul de control - Programul de dezvoltare control intern managerial <p>Termen : decembrie 2018</p> |
| <p>15. Asigurarea continuării implementării Standardului 15 EVALUAREA SISTEMULUI DE CONTROL INTERN/MANAGERIAL</p> | <p>1. Realizarea autoevaluării anuale a sistemului de control intern/ managerial la nivelul fiecărei structuri din organigramă</p> <p>2. Întocmirea Chestionarului de autoevaluare a stadiului de implementare a standardelor de control intern/managerial, în urma dispunerii demarării operațiunii de către conducătorul instituției (anual, înainte de raportarea la Primaria Municipiului Reghin)</p> <p>3. Întocmirea Situației centralizatoare;</p> <p>4. Asumarea responsabilității manageriale, conform SGG nr.600/2018;</p> <p>5. Implementarea măsurilor de remediere a deficiențelor constataate în funcționarea controlului intern.</p> | <p>Anual</p> <p>Semestrial</p> <p>Managerul/ Comisia de monitorizare/</p> | |



SP⁺ LUL MUNICIPAL "DR. EUGEN NICOARI"
Str. spitalului, nr. 20, 545300, Reghin, jud Mureş
Tel/Fax: 0265-512712 / 0265-512809

CUI 12335218

Unitate acreditată conform Ordinului M.S. nr. 440/ 04.08.2016
www.spitalreghin.ro



CERTIFICATE NO. 33738

| | | | | |
|---|---|-----------------------------------|----------------------|--|
| 16. Demersuri privind implementarea Standardului 16 AUDITUL INTERN | 1. Executarea de misiuni de consiliere privind pregătirea procesului de autoevaluare a sistemului de control intern managerial la nivelul entității | Managerul Comisia de monitorizare | În curs de realizare | Au fost efectuate demersurile pentru înființarea compartimentului de Auditul intern. |
|---|---|-----------------------------------|----------------------|--|

MANAGER /PREȘEDINTE COMISIE DE MONITORIZARE

DR . FARCAȘ NARCISA



Intocnit,
Savu Alina Maria