

**PROGRAMUL DE DEZVOLTARE A SISTEMULUI DE CONTROL MANAGERIAL  
AL SPITALULUI JUDETEAN DE URGENTA ALEXANDRIA**

Nr. 2583      Data: 09-03-2022

Aprobat,  
Manager  
Dr. Dobre Alexandru



**1. PREMISE CONCEPTUALE**

In vederea aplicarii prevederilor Ordinului nr.600/2018 in ceea ce priveste aprobarea Codului controlului intern/manAGERIAL al entitatilor publice este constituita si actualizata o comisie interna cu atributii in monitorizarea, coordonarea si indrumarea metodologica cu privire la sistemele proprii de control intern/ managerial, conform deciziei nr.6/13.01.2022

Controlul este prezent pe toate sectiile/serviciile/compartimentele/birourile Spitalului Judetean de Urgenta Alexandria si se manifesta sub forma autocontrolului, controlului in lant si a controlului ierarhic.

**2. SCOPUL PROGRAMULUI**

Implementarea si mentinerea standardelor de control intern in cadrul Spitalului Judetean de Urgenta Alexandria si elaborarea, actualizarea si monitorizarea procedurilor formalizate pe activitati, in acord cu specificul institutiei.

**3. OBIECTIVELE GENERALE ALE PROGRAMULUI DE DEZVOLTARE A SISTEMULUI DE CONTROL INTERN/MANAGERIAL LA NIVELUL SPITALULUI JUDETEAN DE URGENTA ALEXANDRIA SUNT:**

- realizarea atributiilor stabilite in concordanta cu misiunea Spitalului Judetean de Urgenta Alexandria, in conditii de regularitate, eficacitate, economicitate si eficienta;
- respectarea prevederilor legale si a altor cerinte aplicabile entitatii, a regulamentelor si deciziilor conducerii;
- dezvoltarea si intretinerea unor sisteme de colectare, stocare, prelucrare, actualizare si difuzare a datelor si informatiilor financiare si de conducere, precum si a unor sisteme si proceduri de informare publica adecvata prin rapoarte periodice.

**4 OBIECTIVELE SPECIFICE ALE PROGRAMULUI DE DEZVOLTARE A SISTEMULUI DE CONTROL INTERN/MANAGERIAL LA NIVELUL SPITALULUI JUDETEAN DE URGENTA ALEXANDRIA SUNT**

- reflectarea in documente scrise a organizarii controlului intern, a tuturor operatiunilor entitatii si a elementelor specifice, inregistrarea si pastrarea in mod adecvat a documentelor;
- inregistrarea in mod cronologic a operatiunilor;
- asigurarea aprobarilor si efectuarii operatiunilor exclusiv de persoane special imputernicite in acest sens;
- separarea atributiilor privind efectuarea de operatiuni intre persoane, astfel incat atributiile de aprobare, control si inregistrare sa fie incredintate unor persoane diferite;
- asigurarea unei conduceri competente la toate nivelurile;
- accesarea resurselor si documentelor numai de catre persoane indreptatite si responsabile in legatura cu utilizarea si pastrarea lor.

**5. ABREVIERI UTILIZATE**

- 5.1 Comisie      = Comisia de monitorizare  
5.2 PV            = Proces verbal  
5.3 CJ TR        = Consiliul Judetean Teleorman

**PROGRAMUL DE DEZVOLTARE A SISTEMULUI DE CONTROL MANAGERIAL  
AL SPITALULUI JUDETEAN DE URGENTA ALEXANDRIA**

Nr. crt	OBIECTIV (ETAPA)	Standarde conf. Ord. 600/2018	Masura de realizare a etapei/obiectivului.	Responsabil	Termen	Indicator	Rezultat asteptat	Stadiul de realizare la trimestru
<b>I. MEDIUL DE CONTROL</b>								
1	Asigurarea unor conditii necesare cunoasterii de catre salariatii a prevederilor legale (acte normative si alte cerinte aplicabile) care reglementeaza comportamentul acestora la locul de munca precum si prevenirea si raportarea fraudelor.	ST.1 Etica si integritate	1.1 Revizuire Cod de conduita.	Sef Serviciu RUNOS Ristache Daniela	Ori de cate ori este nevoie	-	Cod de conduita.	
			1.2 Difuzarea codului de conduita catre angajatii Spitalului Judetean de Urgenta Alexandria.	Sef Serviciu RUNOS Ristache Daniela	- dupa fiecare revizie	-	Proces verbal de difuzare a Codului de conduita.	
2	Asigurarea mentinerii concordantei intre atributiile institutiei ca institutie si cele ale angajatilor ; asigurarea cunoasterii atributiilor de catre angajati.	ST.2 Atributii, functii, sarcini.	2.1 Actualizarea ROF/RI in concordanta cu structura oranzatorica a institutiei si cu includerea structurii cu atributii in domeniul sistemului de control intern/managerial.	Sef Serviciu RUNOS Ristache Daniela Compartiment Juridic Comitet Director	Ori de cate ori este nevoie	-	1. ROF /RI	
			2.2 Aprobarea ROF /Ride catre conducerea institutiei	Manager Dr.Dobre Alexandru	- Dupa fiecare revizie	-	1. ROF/RI aprobat	
			2.3 Prelucrarea prevederilor ROF/RI cu angajatii prin : - publicare pe site - instruire pe baza de proces verbal	Sef Serviciu RUNOS Ristache Daniela	- dupa fiecare revizie	- nr. angajati care cunosc prevederile ROF /nr total angajati.	1. ROF/RI publicat pe site. 2. PV de prelucrare a prevederilor ROF/RI cu angajatii.	
3.	1. Asigurarea ocuparii posturilor cu personal competent, cu pregatire de specialitate necesara indeplinirii atributiilor prevazute in fisele post. 2. Asigurarea continua a pregatirii profesionale a personalului angajat.	ST.3 Competenta, performanta	3.1 Efectuarea analizei pentru stabilirea cunostintelor si abilitatilor necesare pentru realizarea atributiilor/sarcinilor din fisele post.	Sefii de servicii/birouri/sectii	31.03.2022	- nr. de angajati evaluati /nr total angajati	1. Evaluarea personalului de conducere si executie – formulare de evaluare completate si semnate ca asumare de catre personalul angajat.	
			3.2 Identificarea nevoilor de perfectionare si pregatire profesionala a angajatilor.	Sef Serviciu RUNOS Ristache Daniela	15.03.2022	- nr. structuri care au stabilit necesarul de instruire/nr total structuri	1. Necesarul de instruire pentru fiecare structura in parte.	



**PROGRAMUL DE DEZVOLTARE A SISTEMULUI DE CONTROL MANAGERIAL  
AL SPITALULUI JUDETEAN DE URGENTA ALEXANDRIA**

Nr. crt	OBIECTIV (ETAPA)	Standarde conf. Ord. 600/2018	Masura de realizare a etapei/obiectivului.	Responsabil	Termen	Indicator	Rezultat asteptat	Stadiul de realizare la trimestru
			3.3 Elaborarea Planului de pregatire/formare profesionala	Sef Serviciu RUNOS Ristache Daniela	31.03.2022	-	2. Plan de pregatire/formare profesionala aprobat de manager	
4.	1. Asigurarea unei structuri organizatorice cu responsabilitati, competente si sarcini asociate posturilor astfel incat sa se asigure realizarea obiectivelor institutiei.	ST. 4 Structura organizatorica	4.1. Reactualizarea organigramei astfel incat sa reflecte cat mai bine cu putinta structura organizatorica a institutiei avand la baza statul de functii.	Sef Serviciu RUNOS Ristache Daniela	Ori de cate ori este nevoie	-	1. Organigrama actualizata, aprobata	
			4.2. Prelucrarea organigramei cu personalul angajat.	Sef Serviciu RUNOS Ristache Daniela	La fiecare modificare a organigramei	- nr. angajati care cunosc organigrama institutiei / nr total angajati	1. PV de aducere la cunostinta a organigramei angajatilor. 2. Publicarea pe site a organigramei.	
			4.4 Revizuirea procedurii pentru organizarea sedintelor comisiei.	Coordonator implementare Cristea Maria	Ori de cate ori este nevoie	-	1. Procedura cu privire la organizarea sedintelor comisiei.	
<b>II PERFORMANTA SI MANAGEMENTUL RISCURILOR</b>								
5.	Definirea obiectivelor generale in concordanta cu misiunea institutiei, precum si a celor specifice in concordanta cu prevederile legale si alte cerinte aplicabile.	ST.5 Obiective	5.1. Stabilirea obiectivelor generale ale Spitalului Judetean de Urgenta Alexandria pentru anul 2021	Comisia SCIM	31.03.2022	- nr. de obiective stabilite.	Obiective generale stabilite si adoptate de catre manager.	
			5.2. Stabilirea obiectivelor specifice fiecarei structuri pe principiul SMART.	Sefii de structuri sau reprezentanti ai structurilor	30.04.2022	- nr. de structuri care au stabilit obiective/nr total structuri.	1. Stabilire obiective specifice pentru structuri	
			5.3. Stabilire de activitati individuale pentru fiecare angajat care sa conduca la atingerea obiectivelor specifice fiecarei structuri.	Sefii de structuri sau reprezentanti ai structurilor	30.04.2022	- nr. de structuri care au stabilit activitati individuale/nr. total structuri.	1. Fise post actualizate in care sunt mentionate atributii pentru atingerea obiectivelor specifice SAU alte acte organizatorice (decizii, note interne, etc) prin care sunt trasate atributii individuale.	

**PROGRAMUL DE DEZVOLTARE A SISTEMULUI DE CONTROL MANAGERIAL  
AL SPITALULUI JUDETEAN DE URGENTA ALEXANDRIA**

Nr. crt	OBIECTIV (ETAPA)	Standarde conf. Ord. 600/2018	Masura de realizare a etapei/obiectivului.	Responsabil	Termen	Indicator	Rezultat asteptat	Stadiul de realizare la trimestru
6.	Corelarea activitatilor pentru realizarea obiectivelor din Planul strategic cu strategia bugetara si strategia de personal.	ST.6 Planificare	6.1. Alocarea de resurse financiare si umane pentru fiecare masura stabilita pentru atingerea unui obiectiv.	Comitet Director	30.04.2022	-	1. Stabilirea termenelor de realizare a masurilor pentru atingerea obiectivelor specifice cu atribuire de termene, responsabilitati si resurse.	
7.	Asigurarea monitorizarii performantelor obiectivelor stabilite prin utilizare de indicatori cantitativi si calitativi, inclusiv cu privire la economicitate, eficienta si eficacitate.	ST.7 Monitorizarea performantelor	7.1 Stabilirea de indicatori acolo unde este posibil pentru obiectivele specifice stabilite.	Sefii de structuri sau reprezentanti ai structurilor	30.04.2022	- nr. de structuri care au stabilit indicatori /nr total structuri	1. Indicatori stabiliti, aprobat si adoptati pentru fiecare obiectiv specific (acolo unde se poate).	
			7.2 Revizuirea procedurii de monitorizare a performantelor.	Sefii de structuri sau reprezentanti ai structurilor	Ori de cate ori este nevoie	-	Procedura aprobata si adoptata de rapoartare a stadiului de realizare a obiectivelor catre conducerea unitatii.	
8.	Asigurarea unui sistem de management a riscurilor pentru a preveni nerealizarea obiectivelor specifice stabilite.	ST.8 Managementul riscului	8.1 Revizuirea procedurii privind managementul riscurilor.	Responsabili riscuri	Ori de cate ori este nevoie		1. Procedura privind managementul riscurilor	
			8.2 Instruirea personalului angajat inclusiv a top managementului in domeniul managementului riscurilor.	Responsabili riscuri	Ori de cate ori este nevoie	- nr. de angajati care cunosc procedura privind managementul riscurilor/ nr total angajati.	1. PV de instruire a personalului cu privire la procedura Managementul riscurilor.	
			8.3 Identificarea riscurilor proprii activitatilor identificate din cadrul structurilor	Sefii de structuri sau reprezentanti ai structurilor	30.06.2022	- nr. de structuri care au identificat riscurile/nr total structuri.	1 Liste de activitati cu riscuri asociate aprobate de catre conducatorii de structuri.	
			8.5 Evaluarea riscurilor identificate utilizand metoda stabilita in Procedura Managementul riscurilor.	Sefii de structuri sau reprezentanti ai structurilor	30.06.2022	- nr. de structuri care au evaluat riscurile/nr total structuri.	1 Liste de evaluare a riscurilor .	



**PROGRAMUL DE DEZVOLTARE A SISTEMULUI DE CONTROL MANAGERIAL  
AL SPITALULUI JUDETEAN DE URGENTA ALEXANDRIA**

Nr. crt	OBIECTIV (ETAPA)	Standarde conf. Ord. 600/2018	Masura de realizare a etapei/obiectivului.	Responsabil	Termen	Indicator	Rezultat asteptat	Stadiul de realizare la trimestru
			8.6 Stabilirea masurilor de gestionare a riscurilor identificate si evaluate - identificare masuri/instrumente de control aplicabile si stabilirea responsabililor pentru gestionarea riscurilor identificate.	Sefii de structuri sau reprezentanti ai structurilor	15.06.2022	- nr. de structuri care au stabilit masuri de gestionare a riscurilor /nr total structuri.	1 Liste de evaluare a riscurilor cu masuri de gestionare a riscurilor stabilite.	
			8.7 Centralizarea riscurilor majore si elaborarea Registrului de riscuri la nivelul institutiei.	Responsabili riscuri	30.07.2022	-	1 Registrul de riscuri completat si aprobat de catre manager.	
			8.8 Monitorizarea riscurilor si reevaluarea acestora.	Responsabil EGR Sefii de structuri sau reprezentanti ai structurilor	Conform termenelor din Registrul de riscuri.	- nr. de riscuri monitorizate si reevaluate/ nr total de riscuri identificate	1 Registru de riscuri in care au fost reevaluate riscurile conform termenelor stabilite initial.	
<b>III. ACTIVITATI DE CONTROL</b>								
9.	Asigurarea continuitatii activitatilor prin elaborarea unor proceduri privind desfasurarea activitatilor in cadrul compartimentelor din structura Spitalului Judetean de Urgenta Alexandria	ST.9 Proceduri	9.1 Revizuirea procedurii pentru reglementarea activitatii de elaborare a tuturor procedurilor din cadrul Spitalului Judetean de Urgenta Alexandria	Responsbil RUNOS Compartm.Juridic	Ori de cate ori este nevoie	-	1. Procedura privind controlul documentelor	
			9.2 Identificarea activitatilor la nivel de structuri din care activitati procedurabile.	Sefii de structuri sau reprezentanti ai structurilor	30.06.2022	- nr. structuri care au identificat activitati procedurabile/nr total structuri	- Lista activitatilor procedurabile la nivelul fiecarei structuri din institutie.	
			9.3 Stabilirea calendarului de elaborare si aprobare a procedurilor. (Clasificarea tipurilor de proceduri).	Sefii de structuri sau reprezentanti ai structurilor	30.05.2022	- 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 functia elaboratorului de procedura, data pana la care va fi elaborata si aprobata procedura.	
			9.4 Monitorizarea aplicarii prevederilor procedurilor la nivelul structurilor.	Sefii de structuri sau reprezentanti ai structurilor	Periodic/ ori de cate ori este nevoie	-nr. structuri care respecta clauzele procedurilor/nr total structuri	- Rapoarte de monitorizare	

**PROGRAMUL DE DEZVOLTARE A SISTEMULUI DE CONTROL MANAGERIAL  
AL SPITALULUI JUDETEAN DE URGENTA ALEXANDRIA**

Nr. crt	OBIECTIV (ETAPA)	Standarde conf. Ord. 600/2018	Masura de realizare a etapei/obiectivului.	Responsabil	Termen	Indicator	Rezultat asteptat	Stadiul de realizare la trimestru
			9.5 Revizuirea procedurilor.	Elaboratorii de proceduri	Ori de cate ori este necesar (modificari legislative, de structura, modificari in desfasurarea activitatilor, etc)	-	- Proceduri revizuite.	
10	Asigurarea unor masuri adecvate de supraveghere a operatiunilor pe baza unor proceduri prestabilite .	ST.10 Supravegherea.	10.1 Stabilirea unor instrumente pentru monitorizarea activitatii la nivel central si la nivel de structuri si a modului de implementare a acestora. (revizie procedura).	Sefi structuri Responsabil MC	Ori de cate ori este nevoie	-	- Procedura privind Monitorizarea activitatii la nivel central si la nivel de structuri.	
11	Asigurarea masurilor corespunzatoare pentru ca activitatea institutiei sa poata continua in orice moment, in toate imprejurarile si in toate planurilor.	ST. 11 Continuitatea activitatii	11.1 Inventarierea situatiilor cu risc major generatoare de intreruperi in derularea activitatilor institutiei (la nivel de structuri si ulterior la nivel centralizat).	Responsabili riscuri structuri	31.05.2022	- nr. structuri care au identificat situatiile generatoare de risc major/nr total structuri	- Lista riscurilor majore care pot conduce la intreruperi ale activitatii	
<b>IV. INFORMARE SI COMUNICARE</b>								
12	Asigurarea unui flux al informatiilor atat in interior cat si in/din exterior .	ST.12 Informarea si comunicarea	12.1 Stabilirea documentelor si a fluxurilor de date si informatii care intra si ies din fiecare compartiment, a continutului, frecventei, calitatii, surselor si destinatarilor acestora, a raportarii catre nivelurile ierarhice superioare si catre alte institutii astfel incat sa fie permisa realizarea corespunzatoare a sarcinilor de serviciu	Sefii de structuri sau reprezentanti ai structurilor	30.06.2022	- nr. de structuri care au stabilit fluxul de doc. /nr total structuri	2. Grafic de circuit a documentelor la nivelul institutiei.	
			12.2 Stabilirea unor reguli de accesare/primire/prelucrare si transmitere a informatiilor /documentelor - revizie procedura	Responsabil RUNOS Compartiment Juridic	Ori de cate ori este nevoie	-	1 Procedura privind controlul documentelor aprobata si adoptata.	
			12.3 Revizuirea procedurii - in vederea	Responsabil RUNOS	Ori de cate ori	-	1. Procedura privind	

**PROGRAMUL DE DEZVOLTARE A SISTEMULUI DE CONTROL MANAGERIAL  
AL SPITALULUI JUDETEAN DE URGENTA ALEXANDRIA**

Nr. crt	OBIECTIV (ETAPA)	Standarde conf. Ord. 600/2018	Masura de realizare a etapei/obiectivului.	Responsabil	Termen	Indicator	Rezultat asteptat	Stadiul de realizare la trimestru
			reglementarii activitatilor si actiunilor de comunicare interna si externa. Care va cuprinde prevederi referitoare la: - timpii alocati pentru primirea/prelucrarea si transmiterea informatiilor/documentelor. - stabilirea responsabililor de primirea/transmiterea informatiilor /documentelor functie de tipologia acestora - stabilirea cailor/mijloacelor corespunzatoare pentru transmiterea fiecarui tip de informatie (e-mail, fax, telefon, cu sau fara semnatura electronica, etc.	Compartiment Juridic	este nevoie		comunicarea externa si interna elaborata, aprobata si adoptata.	
13	Asigurarea unui management optim al gestionarii documentelor in Spitalul Judetean de Urgenta Alexandria .	ST.13 Gestionarea documentelor	13.1 Revizuirea procedurii privind gestionarea documentelor	Sef serviciu RUNOS Ristache Daniela	Ori de cate ori este nevoie	-	1 Procedura gestionare documente	
14.	Asigurarea unui sistem eficient de raportare contabila si financiara	ST.14 Raportarea contabila si financiara	14.1 Revizuirea procedurii privind raportarea contabila si financiara	Director financiar-contabil Mirela Badita	Ori de cate ori este nevoie	-incadrarea in termen a raportarilor lunare/trimestriale/anuale	Procedura privind raportarea contabila si financiara elaborata ,aprobata si adoptata	
<b>V.Evaluare si audit:</b>								
15	Instituirea functiei de autoevaluare a controlului intern/managerial la nivelul fiecarei structuri	ST.15 Evaluarea sistemului de control intern managerial	15.1 Stabilirea unui sistem de autoevaluare a implementarii sistemului de control intern/managerial la nivel de structuri si la nivel de institutie – revizie	Presedinte comisie SCIM	Ori de cate ori este nevoie	-	1. Procedura de sistem "Evaluarea sistemului de control intern/ Managerial"	



**PROGRAMUL DE DEZVOLTARE A SISTEMULUI DE CONTROL MANAGERIAL  
AL SPITALULUI JUDETEAN DE URGENTA ALEXANDRIA**

Nr. crt	OBIECTIV (ETAPA)	Standarde conf. Ord. 600/2018	Masura de realizare a etapei/obiectivului.	Responsabil	Termen	Indicator	Rezultat asteptat	Stadiul de realizare la trimestru
	si la nivelul institutiei.		procedura.					
			15.2 Raportarea gradului de implementare a sistemului de control intern/managerial la ordonatorul principal de credite .	Manager Comisia SCIM	Semestrial/ Anual	-	1. Anexe completate in vederea raportarii conform anexelor la ordin	
16.		ST.16 Auditul intern	16.1 Asigurarea unui sistem de evaluare independenta si obiectiva a sistemului de control intern/managerial	Compartiment Audit intern	Ori de cate ori e nevoie	-	1.Asigurarea unei eficacitati in realizarea obiectivelor stabilite	

Data: 09.03.2022

Intocmit,  
Secretar Comisie SCIM  
Cristea Maria –Serviciul RUNOS



Avizat,  
Presedinte comisie SCIM  
Dr.Marcovici Cristina

