

SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA
„SFÂNTUL IOAN CEL NOU” SUCEAVA

Bdul 1 Decembrie 1918 nr.21

E-mail: spital_suceava@clicknet.ro

Tel/fax: 0230 – 222098, 520412

Nr. 8453 din 2003 2011



PROGRAMUL DE DEZVOLTARE A SISTEMULUI DE CONTROL INTERN/MANAGERIAL ACTUALIZAT LA DATA DE 29.03.2011

Controlul intern reprezintă totalitatea politicilor și procedurilor concepute și implementate de către unitate, pentru a asigura: atingerea obiectivelor într-un mod economic, eficient și eficace, respectarea regulilor externe și a politicilor și regulilor managementului, protejarea bunurilor și a informațiilor, prevenirea și depistarea fraudelor și greșelilor, precum și calitatea documentelor financiar-contabile și producerea în timp util de informații de încredere referitoare la segmentul financiar și de management.

Controlul intern este un proces implementat în întreaga unitate, în cadrul căruia, fiecare persoană, de la conducător la ultimul angajat, este responsabilă să efectueze un anumit tip de control asupra propriilor activități, procesul fiind coordonat de către conducătorii tuturor compartimentelor prin procedurile operaționale de lucru și se află în responsabilitatea managerului, care monitorizează întreaga activitate a unității.

În elaborarea Programului de dezvoltare a sistemelor de control intern/managerial, s-au avut în vedere următoarele acte normative:

- Legea 500/2002 privind finanțele publice
- Legea 273/2006 privind finanțele publice locale, modificată și completată prin OUG 63/2010
- Legea 672/2002 privind auditul public intern

- Ordonanța 119/1999 privind controlul intern și controlul financiar preventiv modificată și completată prin Legea 234/2010
- Ordinul MFP nr.946/2005 pentru aprobarea Codului controlului intern, cuprinzând standardele de management/control intern la entitățile publice și pentru dezvoltarea sistemelor de control managerial, completat și modificat prin Ordinul 1389/2006 și Ordinul 1649/2011
- Ordinul MFP nr.1792/2002 pentru aprobarea Normelor metodologice privind angajarea, lichidarea, ordonanțarea și plata cheltuielilor instituțiilor publice, precum și organizarea, evidența și raportarea angajamentelor bugetare și legale.

Materiale suplimentare:

- îndrumar metodologic pentru dezvoltarea controlului intern în unitățile publice elaborat de către Ministerul Finanțelor Publice.

În programul de dezvoltare a sistemului de control intern/managerial, se cuprind obiectivele, acțiunile, responsabilitățile, termenele și alte componente ale măsurilor necesare pentru elaborarea sistemului de control intern/managerial.

I. Obiectivele generale ale controlului intern/managerial la nivelul Spitalului Județean de Urgență „Sfântul Ioan cel Nou” Suceava, sunt:

- realizarea atribuțiilor la nivelul fiecărei secții/compartiment/serviciu în mod economic, eficace și eficient;
- protejarea fondurilor publice;
- respectarea legilor, normelor, standardelor și reglementărilor în vigoare;
- dezvoltarea unor sisteme de colectare, stocare, actualizare și difuzare a datelor și informațiilor financiare și de conducere.

Scopul controlului intern/managerial este de a constata abaterile de la îndeplinirea obiectivelor, stabilirea cauzelor care le-au determinat și luarea măsurilor ce se impun pentru înlăturarea acestora.

II. Acțiunile programului

Pentru realizarea obiectivelor generale menționate, Spitalul Județean de Urgență „Sfântul Ioan cel Nou” Suceava acționează în următoarele direcții:

- intensificarea activităților de monitorizare și control al tuturor activităților desfășurate în cadrul instituției, în scopul eliminării riscurilor existente și utilizării cu eficiență a resurselor alocate;
- dezvoltarea activităților de prevenire și control pentru protejarea resurselor alocate împotriva pierderilor datorate risipei, abuzului, erorilor sau fraudelor;

- îmbunătățirea comunicării între secții/servicii/compartimente, în scopul asigurării circulației informațiilor operativ, fără distorsiuni, astfel încât acestea să poată fi valorificate eficient în activitatea de prevenire și control intern;
- proiectarea și implementarea la nivelul secțiilor/serviciilor/compartimentelor a standardelor de management/control intern care constituie un sistem de referință în raport cu care se evaluează activitatea acestora.

Standardele de management/control intern definesc un minim de reguli de management care au ca obiectiv crearea unui model de control managerial uniform și coerent.

Între obiectivele generale ale controlului intern și standardele de management aplicabile fiecărei secții/compartiment/serviciu, există strânse legături de interdependență.

Standardele de management/control intern sunt grupate în cinci elemente-cheie, componente ale controlului intern:

a. „**Mediul de control**”, care grupează sarcinile unității legate de organizare, managementul resurselor umane, etică, deontologie și integritate (Standardele 1-6).

Standardul 1 Etica, integritatea

Salariații trebuie să aibă un nivel corespunzător de integritate profesională și personală și să fie conștienți de importanța activității pe care o desfășoară. Prin intermediul ROI-ului și ROF-ului elaborat la nivel de unitate și adus la cunoștința întregului personal, se stabilesc reglementările care generează comportamentul la locul de muncă, prevenirea și raportarea fraudelor și neregulilor, conformitatea cu legile, regulamentele, regulile și politicile specifice. Șefii de secții/compartimente/servicii stabilesc măsuri suplimentare de respectare a standardului respectiv, în funcție de specificul fiecărui loc de muncă.

Sarcini:

- actualizarea ROI-ului și ROF-ului la nivel de unitate și aducerea la cunoștință întregului personal al unității. Răspunde șeful serv.RUNOS
- elaborarea de măsuri specifice de respectare a eticii și integrității, în funcție de specificul fiecărui loc de muncă. Răspund șefii de servicii/compartimente/secții

Termen: 30 aprilie 2011

Verifică: grupul de lucru pentru monitorizarea, coordonarea și îndrumarea metodologică privind elaborarea și dezvoltarea sistemelor de control managerial intern.

Standard 2 Atribuții, funcții, sarcini

Prin actualizarea ROI-ului și ROF-ului și transmiterea acestora către angajați, se realizează și sarcinile specifice acestui standard.

Pentru cunoașterea prevederilor din regulamentele de organizare și funcționare ale unității, acestea se vor publica pe pagina de internet a spitalului.

Fișele posturilor vor fi actualizate în permanență în funcție de nevoile impuse de funcționarea unității și de sarcinile rezultate din aplicarea actelor normative în vigoare sau de raportările solicitate de organele în drept. Actualizarea fișelor posturilor este o obligație permanentă a fiecărui nivel de management.

Răspunde: -șef serviciu RUNOS

-fiecare șef de secție/serviciu/compartiment pentru elaborarea fișei postului pentru fiecare angajat

Termen: 30 aprilie

Verifică: șef serv.RUNOS și grupul de lucru

Standard 3: Competență, performanță

Ocuparea posturilor se face prin concurs, urmărindu-se ocuparea posturilor de către persoane competente. În limita fondurilor incluse în bugetul de venituri și cheltuieli, se asigură perfecționarea pregătirii profesionale a salariaților.

Anual, se evaluează performanțele salariaților.

Răspunde: șef serviciu RUNOS

Termen: permanent

Pentru întocmirea planului de pregătire profesională, termenul este de 30 zile de la aprobarea bugetului de venituri și cheltuieli și se elaborează de către șeful serviciului RUNOS împreună cu comisia privind pregătirea profesională a salariaților constituită la nivelul unității.

Verifică: grupul de lucru

Standard 4: Funcții sensibile

Se întocmește lista de salariați care ocupă funcții sensibile și se elaborează planul pentru asigurarea rotației salariaților angajați pe aceste funcții.

Răspunde: șef serv.RUNOS

Termen: 30 aprilie

Verifică: grupul de lucru

Standard 5: Delegarea

Pentru delegarea de competență, trebuie să se emită un act intern de delegare. Delegarea de competență nu exonerează pe manager de responsabilitate. Asumarea responsabilității de către salariatul delegat, se confirmă prin semnătură.

În cazul delegării de atribuțiuni, trebuie să se stabilească prin fișa postului limitele competențelor încredințate spre delegare.

Răspund: șefii de secții/serviciu/compartiment

Termen: la nevoie

Verifică: conducătorul ierarhic al compartimentului care solicită delegarea de atribuțiuni.

Standard 6: Structura organizatorică

Modificarea structurii organizatorice a unității se aprobă de Consiliul Județean Suceava, în baza propunerii motivate a unității.

Entitatea publică definește atât structura organizatorică, cât și competențele, responsabilitățile, sarcinile și obligația de a raporta pentru fiecare componentă structurală și informează salariații.

Răspunde: șeful serv.RUNOS

Termen: 31 martie 2011

Verifică: grupul de lucru

b. „**Performanțe și managementul riscurilor**” este un sistem care urmărește, pe de o parte, analizarea principalelor riscuri identificabile în ceea ce privește obiectivele entității și, pe pe altă parte, asigurarea existenței de proceduri de gestionare a acestor riscuri (standardele 7-11 și 15).

Standard 7: Obiective

Obiectivul principal al activității unității, îl constituie furnizarea de servicii medicale de calitate în condiții de cheltuire a banilor eficient, economic și eficace.

Fiecare secție/compartiment/serviciu are sarcina de a stabili obiectivele specifice activității pe care o desfășoară. Pentru fiecare obiectiv stabilit, trebuie să fie stabilite resursele financiare, materiale și umane necesare.

Obiectivele trebuie să fie astfel definite încât să răspundă următoarelor cerințe: să fie precise; să fie măsurabile și verificabile; să fie necesare; să fie realiste; să aibă precizat termenul de realizare (cerințe SMART).

Răspund: șefii tuturor serviciilor/secțiilor/compartimentelor

Termen: 30 aprilie 2011

Verifică: grupul de lucru

Standard 8: Planificarea

Pentru realizarea obiectivelor propuse, este necesar să se întocmească planuri de alocare a resurselor, astfel încât riscurile de a nu se realiza obiectivele, să fie minime. Principalele planuri care se elaborează de unitate, sunt: bugetul de venituri și cheltuieli al unității, bugetul de venituri și cheltuieli/secții, listele de investiții, planul anual al achizițiilor publice, statele de funcții, numărul de pacienți/cazuri contractate pe fiecare secție și pe luni sau pe an. Planurile sus-menționate, vor fi afișate pe pagina de internet a unității.

Răspund: Directorul medical, directorul financiar-contabil, șeful serv.RUNOS, șef birou licitații, șef serv.contabilitate

Termen: la începutul fiecărui exercițiu financiar și pe măsura aprobării contractelor/actelor adiționale privind indicatorii fizici contractați cu CAS Suceava și DSP Suceava.

Verifică: grupul de lucru

Standard 9: Coordonarea

Pentru atingerea obiectivelor, deciziile și acțiunile secțiilor/compartimentelor/ serviciilor trebuie să fie coordonate, în scopul asigurării convergenței și coerenței acestora.

Coordonarea eficientă presupune consultări prealabile, atât în cadrul structurilor unității, cât și între structurile respective.

Pentru elaborarea standardelor de management/control intern se poate apela la consiliere din partea compartimentului de audit public intern al unității.

Răspund: șefii compartimentelor/secțiilor/serviciilor, membrii comitetului director și grupul de lucru

Termen: permanent

Verifică: șefii ierarhici superiori și managerul

Standardul 10: Monitorizarea performanțelor

Conducerea unității trebuie să primească periodic informații cu privire la activitățile desfășurate de fiecare secție/compartiment/serviciu. Informațiile respective se prezintă sub formă de indicatori cantitativi și calitativi relevanți, inclusiv cu privire la economicitate, eficiență și eficacitate.

Informațiile primite se evaluează, se stabilesc eventualele abateri de la obiective și se stabilesc măsurile corective ce se impun.

Răspund: șefii compartimentelor/secțiilor/serviciilor, comitetul director

Termen: permanent

Verifică: managerul

Standardul 11: Managementul riscului

Pentru fiecare obiectiv stabilit la nivelul secțiilor/compartimentelor/serviciilor, este necesar să se stabilească și riscurile care ar putea crea disfuncționalități în realizarea obiectivelor.

În general, conceptul de risc se referă la:

- folosirea incorectă a resurselor financiare, umane, materiale și tehnice
- neexecutarea corectă și eficientă a unor decizii bugetare
- fraudă și eroarea
- neproducerea/neprocesarea și necomunicarea unor informații privind administrarea bunurilor materiale și bănești
- riscuri legate de natura datelor supuse contabilizării

Acest standard, impune pentru fiecare secție/compartiment/serviciu, următoarele sarcini:

- identificarea și evaluarea principalelor riscuri, proprii activităților din cadrul compartimentului
- stabilirea măsurilor de gestionare a riscurilor identificate și evaluate la nivelul activităților din cadrul compartimentului
- completarea/actualizarea registrului riscurilor.

Prin centralizarea datelor prezentate în Registrul riscurilor de la fiecare compartiment, se întocmește registrul riscurilor la nivelul general al unității.

Răspund: șefii compartimentelor/secțiilor/serviciilor

Registrul riscurilor la nivel de unitate, va fi întocmit și actualizat de compartimentul de audit intern.

Termen: 31 mai

Verifică: grupul de lucru

Standardul 15: Ipoteze, reevaluări

Fixarea obiectivelor ia în considerare ipoteze acceptate conștient, prin consens. Reevaluarea obiectivelor concretizate în schimbări în ceea ce privește informațiile ce trebuie colectate, în conținutul rapoartelor transmise, impune o modificare a ipotezelor ce au stat la baza obiectivelor reevaluate.

c. „**Informarea și comunicarea**” care grupează problemele ce țin de crearea unui sistem informațional adecvat și a unui sistem de rapoarte privind execuția planului de management, a bugetului, a utilizării resurselor, semnalarea abaterilor. De asemenea, se referă și la problemele legate de conservarea și arhivarea documentelor (standardele 12-14 și 16).

Standard 12: Informarea

Fiecare secție/serviciu/compartiment trebuie să-și stabilească tipurile de informații, conținutul, calitatea, frecvența, sursele și destinatarii acestora, astfel încât managerul și salariații, prin primirea și transmiterea informațiilor să-și poată îndeplini sarcinile.

Informațiile trebuie să fie corecte, clare, complete, oportune, utile, ușor de înțeles și de receptat.

Răspund: șefii tuturor serviciilor/secțiilor/compartimentelor

Termen: 31 mai 2011

Verifică: grupul de lucru

Standard 13: Comunicarea

Fiecare secție/serviciu/compartiment 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.

Răspund: șefii serviciilor/secțiilor/compartimentelor

Termen: 31 mai 2011

Verifică: grupul de lucru

Standard 14: Corespondența și arhivarea

Unitatea organizează primirea/expedierea, înregistrarea și arhivarea corespondenței, astfel încât sistemul să fie accesibil managerului, angajaților și terților interesați cu abilitare în domeniu.

Răspund: -compartimentul relații cu publicul pentru asigurarea primirii, respectiv expedierii corespondenței, precum și a confirmării primirii și expedierii corespondenței

- șef serviciu administrativ pentru organizarea stocării și arhivării corespondenței

-șef comisie privind colectarea, transportul, distribuirea și protecția corespondenței clasificate, pentru documentele reprezentând informații clasificate

Termen: 30 aprilie 2011

Verifică: grupul de lucru

Standard 16: Semnalizarea neregularităților

Orice salariat, în afara comunicărilor pe care le realizează în legătură cu obiectivele față de care sunt responsabili, au posibilitatea și obligația de a

semnala unele neregularități de care au luat cunoștință, fără ca astfel de semnalări să atragă un tratament inechitabil sau discriminatoriu față de acesta.

Semnalarea neregularităților se face către șeful ierarhic superior, care are sarcina de a lua măsurile care se impun pentru rezolvarea problemelor semnalate, sau de a informa pe conducătorul acestora.

Acest standard se bazează pe faptul că toți salariații exercită diverse nivele de management și că au aceleași obiective:

- de a realiza servicii de bună calitate, cu costuri minime, în folosul pacienților sau al salariaților;
- de a-și păstra locurile de muncă.

Angajaților le revine sarcina ca, în cazul identificării unor dovezi în ceea ce privește existența unor posibile fraude, corupție sau orice altă activitate ce poate afecta în sens negativ interesele majore ale unității, care depășesc nivelul de competență al managementului propriu sau în cazul în care sunt implicate nivelele ale acestuia, să aducă respectivele dovezi la cunoștința organelor abilitate ale statului. În nici un caz un salariat care descoperă dovezi de acest gen acționează pentru scoaterea lor la lumină, nu va fi nici sancționat, nici recompensat. Acțiunea sa trebuie privită ca exercitarea unei îndatoriri profesionale. Pentru realizarea în practică a acestui standard, este necesar să se înscrie în fișa postului această obligație pentru fiecare salariat.

Răspunde: serv.RUNOS

Termen 30 aprilie 2011

Verifică: managerul

d. „**Activități de control**” reprezintă activități corespunzătoare de control pentru fiecare proces, concepute pentru a reduce riscurile susceptibile să afecteze realizarea obiectivelor unității (standardele 17-23).

Standardul 17: Proceduri

Procedurile reprezintă detalierea pașilor de urmat de către fiecare angajat al instituției, pentru realizarea obiectivelor generale și specifice ale fiecărui compartiment/secție/serviciu. În special procedurile se referă la operațiunile economice care se efectuează în cadrul fiecărui compartiment/secție/serviciu. Procedurile trebuie să fie:

- scrise, respectiv formalizate
- simple și specifice
- actualizate în mod permanent, în funcție de evoluția reglementărilor în materie
- aduse la cunoștința executanților și a persoanelor cu atribuțiuni de verificare, avizare și aprobare

În general, în cadrul Spitalului Județean de Urgență „Sfântul Ioan cel Nou” Suceava, s-au elaborat principalele proceduri aplicabile fiecărui compartiment/ secție/serviciu.

Urmează a se realiza următoarele activități:

- inventarierea procedurilor deja elaborate pentru operațiunile economice din cadrul unității. În acest sens, fiecare secție/serviciu/compartiment va transmite către secretariatul grupului de lucru, până la data de 8 aprilie lista procedurilor economice aprobate până la acea dată.

Răspund: șefii serviciilor/secțiilor/compartimentelor

- actualizarea procedurilor deja elaborate în funcție de modificările legislative sau organizatorice intervenite.

Răspund: șefii serviciilor/secțiilor/compartimentelor

Termen: 30 aprilie 2011

- stabilirea în cadrul următoarei ședințe a grupului de lucru, a procedurilor ce trebuie să mai fie elaborate, în funcție de obiectivele stabilite de fiecare secție/serviciu/compartiment conform Standardului 7.

Răspund: membrii grupului de lucru

Termen: 30 aprilie – 5 mai 2011

- elaborarea noilor proceduri operaționale

Răspund: șefii secțiilor/compartimentelor/serviciilor

Termen: 31 mai 2011

Verifică: membrii grupului de lucru

Standard 18: Separarea atribuțiilor

Elementele operaționale și financiare ale fiecărei acțiuni sunt efectuate de persoane independente una față de cealaltă, respectiv funcțiile de inițiere și cea de verificare trebuie să fie separate.

Scopul acestei separări a atribuțiilor este de a se reduce riscul de eroare, fraudă, încălcare a legislației, precum și riscul de a nu se putea detecta aceste probleme. Prin separarea atribuțiilor și responsabilităților se creează condițiile ca nici o persoană sau compartiment să nu poată controla toate etapele importante ale unei operațiuni sau ale unui eveniment. În acest sens, potrivit Legii 500/2002 privind finanțele publice, angajarea, lichidarea și ordonanțarea cheltuielilor se aprobă de către ordonatorul de credite, iar plata acestora se efectuează de către contabil.

În unitatea noastră, operațiunile privind angajarea, lichidarea și ordonanțarea cheltuielilor sunt aprobate de manager, iar plata cheltuielilor se aprobă de către persoane din compartimentul financiar-contabil conform Deciziei privind angajarea, ordonanțarea, lichidarea și plata cheltuielilor nr. 143/2009.

De asemenea, potrivit Ordonanței nr.119/1999 privind controlul intern și controlul financiar preventiv, „persoana care exercită controlul financiar preventiv propriu nu trebuie să fie implicată, prin sarcinile de serviciu, în efectuarea operațiunii supuse controlului financiar-preventiv propriu”. Și această cerință se respectă în cadrul instituției noastre.

Standard 19: Supravegherea

Unitatea asigură măsuri de supraveghere a desfășurării operațiunilor, pentru a se asigura că procedurile elaborate sunt respectate de către salariați în mod efectiv și continuu.

Pentru urmărirea respectării procedurilor, se folosesc următoarele forme de control:

- autocontrolul exercitat de către fiecare salariat
- controlul ierarhic exercitat de către conducătorii fiecărui compartiment/secție/serviciu, membrii comitetului director și manager
- controlul realizat de către compartimentul de audit intern

Răspund: conducătorii secțiilor/serviciilor/compartimentelor, membrii comitetului director

Termen: permanent

Standard 20: Gestionarea abaterilor

Pentru toate situațiile în care, datorită unor circumstanțe deosebite, apar abateri față de politicile sau procedurile stabilite, se întocmesc documente adecvate, aprobate la un nivel corespunzător, înainte de efectuarea operațiunilor. Abaterile de la procedurile existente trebuie să fie documentate și justificate și apoi prezentate spre aprobare.

Răspund: șefii secțiilor/serviciilor/compartimentelor

Termen: permanent

Standard 21: Continuitatea activității

Unitatea trebuie să creeze condițiile necesare pentru ca activitatea acesteia să poată continua în orice moment, în toate planurile, atât în asigurarea serviciilor medicale, dar și în cel economico-financiar.

În acest sens, se iau următoarele măsuri:

- în cazul absenței temporare de la serviciu (concedii de odihnă) pe cererea de plecare în concediu de odihnă este trecută persoana care îndeplinește sarcinile de serviciu ale celei plecate;
- pentru responsabilitățile privind angajarea, ordonanțarea, lichidarea și plata cheltuielilor, este prevăzută prin decizie internă persoana care înlocuiește titularul de drept;

- pentru membrii comisiilor de recepție, fiecare titular are desemnat prin decizie internă un înlocuitor;
- pentru personalul medical, prin graficul de prezență se asigură continuitatea serviciilor, chiar când unele persoane lipsesc din unitate din diverse motive.

Pentru a evita întreruperea activității din motive tehnice: defecțiuni ale echipamentelor din dotare, disfuncționalități produse de unii prestatori de servicii, unitatea încheie contract de service pentru întreținerea echipamentelor din dotare, fiind înscrise sarcini precise și cu termene scurte pentru remedierea defecțiunilor.

Standardul 22: Strategii de control se referă la toate formele de control efectuate cu scopul de a asigura desfășurarea activității unității în condiții de eficiență, eficacitate și economicitate.

Se utilizează următoarele forme de control în cadrul instituției:

- autocontrolul
- controlul realizat de conducătorii compartimentelor/secțiilor/serviciilor
- controlul financiar preventiv
- controlul exercitat de compartimentul de audit intern
- controlul exterior exercitat de forurile în drept: Casa de Asigurări de Sănătate, Direcția de Sănătate Publică, Consiliul Județean, Curtea de Conturi.

Inventarierea patrimoniului este o altă formă de control asupra modului de păstrare și protejare a bunurilor și a fondurilor publice.

Pentru organizarea controlului prin inventariere, control financiar-preventiv, controlul efectuat de compartimentul de audit, există decizii interne aprobate de conducerea unității.

Autocontrolul și controlul ierarhic superior se realizează permanent, aceste sarcini fiind incluse în fișa postului fiecărui salariat.

Standard 23: Accesul la resurse

Managerul stabilește persoanele care au acces la resursele materiale, financiare și informaționale ale unității și numește persoanele responsabile pentru protejarea și folosirea corectă a acestor resurse.

În acest sens, unitatea a numit prin decizie internă persoanele care au calitatea de gestionari (pentru care a constituit și garanții materiale în vederea acoperirii unor eventuale pagube).

De asemenea, anual se emite lista cu medicamentele și materialele sanitare care pot fi prescrise de orice medic din unitate, precum și a acelor care se prescriu doar cu avizul șefului de secție sau al directorului medical,

pentru a preveni risipa și a crea posibilitatea efectuării unui control asupra consumului unor bunuri mai scumpe, sau a celor care pot fi utilizate cu anumite restricții.

Pentru protejarea resurselor informaționale ale unității, fiecare persoană are o parolă proprie care îi permite accesarea doar a datelor legate de activitatea sa, fără a avea acces la toate informațiile unității.

e. „**Auditarea și evaluarea**” sau „**monitorizarea**” constă într-o supraveghere permanentă a dispozitivului de control intern, precum și o examinare a funcționării sale, în scopul asigurării continuității procesului de perfecționare a acestuia (Standardele 24 și 25).

Standard 24: Verificarea și evaluarea controlului

Funcționarea sistemului de control intern trebuie să fie asigurată în permanență, iar managerul urmărește dacă apar disfuncționalități pentru a lua măsuri de rezolvare operativă a acestora, prin măsuri corective.

Managerul stabilește modul de realizare a evaluării eficacității controlului.

Răspunde: managerul

Termen: permanent

Standard 25: Auditul intern

Spitalul Județean Suceava are în structura sa un compartiment de audit intern, care are 1 salariat. Acesta își desfășoară activitatea în general în baza unor planuri de audit aprobate de managerul instituției, dar poate desfășura și activități de control în baza unor programe bazate pe evaluarea riscului, cu aprobarea managerului.

Auditul intern asigură evaluarea independentă și obiectivă a sistemului de control intern al unității.

Auditorul intern finalizează acțiunile sale prin rapoarte de audit, în care enunță punctele slabe identificate în sistem și formulează recomandări pentru eliminarea acestora.

Managerul dispune măsurile necesare, având în vedere recomandările din rapoartele de audit intern, în scopul eliminării punctelor slabe constatate de misiunile de auditare.

Răspunde: compartimentul de audit public intern


Termen: permanent

Verifică: managerul

Programul de dezvoltare a sistemului de control intern/managerial la nivelul Spitalului Județean de Urgență „Sfântul Ioan cel Nou” Suceava, este perfectibil și va fi actualizat ori de câte ori apar modificări în necesitățile de organizare a controlului intern sau în legislația care a stat la baza elaborării acestuia.


Programul de dezvoltare a sistemului de control intern/managerial, va fi afișat pe pagina de internet a Spitalului Județean de Urgență „Sfântul Ioan cel Nou” Suceava, pentru a putea fi cunoscut și aplicat de fiecare salariat, în sfera lui de competență.

Grupul de lucru pentru dezvoltarea sistemului de control managerial la Spitalul Județean de Urgență „Sfântul Ioan cel Nou” Suceava:

Dr.Ganea Doina-Elena 

Ec.Maruseac Paraschiva


As.Chirap Doina 

Ec.Timofticiuc C-tin 


Ec.Țugui Liviu 

Ec.Standolariu Lăcrămioara 

Ing.Ostafe Adriana 

Tehn.Buburuzan Gheorghe 

Ec.Crap Daniela 

Ec.Silache Mihaela 

Jr.Catană Corina 