



MINISTERUL TRANSPORTURILOR ȘI INFRASTRUCTURII

SPITALUL CLINIC CĂI FERATE IAȘI

Iași, Cod 700506, Str. Garabet Ibrăileanu, Nr. 1, C.I.F.: 4981239, E-mail: spitalcfiasi@yahoo.com

Tel.: 0232/216422 Secretariat Tel./Fax: 0232/264013 Web: www.spitaluniversitarcfiasi.ro

Nr. 1756 / data 09 02 2023

AVIZAT

Dr. Emilia SOLOMON

Președinte Comisia de monitorizare

APROBAT

Dr. Elena Cristina MITROFAN

Manager



PROGRAMUL

**de dezvoltare a sistemului de control intern managerial
la nivelul Spitalului Clinic Căi Ferate Iași, anul 2023**

Elaborat,

Ref. Andreea BĂHNĂREANU

SCOP, DOMENIUL DE APLICARE ȘI OBIECTIVE

1. **Programul de dezvoltare a sistemului de control intern managerial**, denumit în continuare *Program*, elaborat în baza art. 4 din *Ordinul secretarului general al Guvernului nr. 600/2018 privind aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice*, reprezintă documentul de lucru al Comisiei de monitorizare, în vederea consolidării sistemului de control intern managerial la nivelul Spitalului Clinic Căi Ferate Iași.
2. *Programul* are drept scop stabilirea activităților, a responsabililor și a termenelor pentru fiecare standard de control intern managerial, precum și alte elemente relevante în implementarea și dezvoltarea sistemului de control intern managerial.
3. *Programul* se aplică tuturor compartimentelor Spitalului Clinic Căi Ferate Iași.
4. **Obiectivele Spitalului Clinic Căi Ferate Iași în domeniul controlului intern managerial** sunt următoarele:
 - a) creșterea gradului de conformitate a sistemului de control intern managerial cu standardele de control intern managerial conform *Ordinului secretarului general al Guvernului nr. 600/2018 privind aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice*, prin planificarea activităților relevante, specifice fiecărui standard, care să asigure îndeplinirea cerințelor generale;
 - b) îmbunătățirea sistemului de monitorizare a performanțelor prin actualizarea permanentă a obiectivelor, activităților și a indicatorilor de performanță;
 - c) menținerea efectelor riscurilor la limita de toleranță aprobată la nivelul spitalului, printr-un proces de management al riscurilor adaptat dimensiunii, complexității și mediului specific spitalului;
 - d) dezvoltarea pregătirii profesionale a personalului în domeniul controlului intern managerial;
 - e) creșterea gradului de conștientizare asupra importanței controlului intern managerial la nivelul Spitalului Clinic Căi Ferate Iași.

Nr. stand.	Standarde de control intern managerial	Obiective	Activități	Responsabili	Termen de realizare	Indicatori de monitorizare/rezultat
MEDIUL DE CONTROL						
1	Etica și integritatea ▼ <i>Descrierea standardului</i> OSGG nr. 600/2018 <i>„Conducerea și salariații entității publice cunosc și susțin valorile etice și valorile entității, respectă și aplică reglementările cu privire la etică, integritate, evitarea conflictelor de interese, prevenirea și raportarea fraudelor, actelor de corupție și semnalarea neregulilor.”</i>					
		O1.1. consolidarea mecanismelor privind respectarea principiilor și a valorilor etice, a normelor de conduită, precum și prevenirea fraudelor, actelor de corupție și semnalarea neregulilor	A1.1.1. actualizarea <i>Codului de etică și deontologie profesională a personalului contractual al Spitalului Clinic Căi Ferate Iași</i> A1.1.2. monitorizarea respectării normelor de conduită de către întreg personalul spitalului	❶ Consiliul etic ❷ Birou R.U.S. ❶ Consiliul etic ❷ Conducătorii de compartimente	Semestrul I 2023 Permanent și anual	<i>Cod de etică și deontologie profesională a personalului contractual</i> , actualizat și aprobat prin decizie internă ❶ <i>Raportul anual al activității Consiliului etic</i> , aprobat ❷ <i>Fișa de evaluare a performanțelor profesionale individuale</i> , cu aprecieri de natură etică
		O1.2. asigurarea transparenței și promovării activității Consiliului etic	A1.2.1. afișarea pe pagina de internet a spitalului a informațiilor privind activitatea Consiliului etic (lista sesizărilor, a avizelor și hotărârilor etice, rezultatul mecanismului de feedback al pacientului)	❶ Consiliul etic ❷ Persoana responsabilă cu pagina de internet	Permanent	Tipul/număr de informații publicate pe pagina de internet a spitalului la secțiunea „Consiliul etic”
		O1.3. creșterea gradului de cunoaștere și asumare a valorilor etice în rândul personalului medico-sanitar, auxiliar și administrativ al spitalului	A1.3.1. introducerea în planurile de formare profesională/programul de instruire/formare profesională a personalului, a tematicii privind integritatea și valorile etice A1.3.2. desfășurarea sesiunilor de instruire privind integritatea și valorile etice și aplicarea instrumentelor necesare evaluării gradului de cunoaștere a reglementărilor în domeniul eticii	❶ Birou R.U.S. ❷ Conducătorii de compartimente ❸ Consiliul etic ❶ Consiliul etic ❷ Conducătorii de compartimente	Semestrul I 2023 Conform planificării	<i>Program de instruire/formare profesională 2023</i> , actualizat ❶ Nr. sesiuni de instruire integritate – valori etice/an ❷ Nr. angajați care au participat la sesiunile de instruire integritate – valori etice/nr. total angajați la nivelul spitalului ❸ Gradul de cunoaștere al reglementărilor în domeniul eticii (instrumente aplicate)
		O1.4. asigurarea transparenței în exercitarea demnităților publice, a funcțiilor publice și în mediul de afaceri, prevenirea corupției, conform Legii nr. 161/2003, cu modificările și completările ulterioare	A1.4.1. revizuirea procedurii PS 25 <i>Prevenirea și soluționarea conflictelor de interese și a situațiilor de incompatibilitate</i> A1.4.2. afișarea pe pagina de internet a spitalului a legislației privind declararea averilor, conflictul de interese, precum și regimul incompatibilităților	❶ Birou R.U.S. ❷ Compartiment Juridic ❶ Birou R.U.S. ❷ Persoana responsabilă cu pagina de internet	Semestrul I 2023 Permanent	Procedură revizuită și aprobată Nr. acte normative publicate pe pagina de internet a spitalului

Nr. stand.	Standarde de control intern managerial	Obiective	Activități	Responsabili	Termen de realizare	Indicatori de monitorizare/rezultat
		O1.5. implementarea metodologiei standard de evaluare a riscurilor de corupție și a metodologiei de evaluare a incidentelor de integritate	A1.5.1. constituirea, prin act de decizie internă, a Grupului de lucru pentru implementarea metodologiei de evaluare a riscurilor de corupție, conform H.G. nr. 599/2018	❶ Manager ❷ Birou R.U.S.	Semestrul I 2023	Decizie internă, existentă
2	Atribuții, funcții, sarcini ▼ Descrierea standardului OSGG nr. 600/2018 <i>„Conducerea entității publice asigură întocmirea și actualizarea documentului privind misiunea entității publice, a regulamentelor interne și a fișelor posturilor, pe care le comunică salariaților.”</i>					
		O2.1. asigurarea organizării și funcționării spitalului, având la bază documente actualizate și conforme cu legislația în vigoare	A2.1.1. actualizarea <i>Regulamentului de organizare și funcționare</i>	❶ Comitet Director ❷ Birou R.U.S.	Semestrul II 2023	<i>Regulament de organizare și funcționare</i> actualizat și aprobat prin ordin al Ministrului Transporturilor
			A2.1.2. actualizarea <i>Regulamentului intern</i>	❶ Comitet Director ❷ Birou R.U.S.	Semestrul I 2023	<i>Regulament intern</i> actualizat și aprobat prin decizie internă
			A2.1.3. întocmirea și actualizarea, după caz, a fișelor de post, precum și luarea acestora la cunoștință de către personalul spitalului	❶ Birou R.U.S. ❷ Conducătorii de compartimente	Permanent	❶ Nr. fișe de post aprobate/nr. total angajați spital ❷ Nr. fișe de post actualizate/nr. fișe de post aprobate/an
		O2.2. asigurarea unei politici adecvate de gestionare a funcțiilor sensibile	A2.2.1. întocmirea/actualizarea listei funcțiilor sensibile	Comisia de monitorizare	Semestrul I 2023	<i>Listă funcții sensibile la nivel de spital/compartiment</i> , aprobată/actualizată
			A2.2.2. stabilirea măsurilor de control pentru menținerea la un nivel acceptabil a riscurilor asociate funcțiilor sensibile	Comisia de monitorizare	Semestrul I 2023	❶ <i>Plan de măsuri pentru asigurarea diminuării riscurilor asociate funcțiilor sensibile</i> , aprobat (la nivel de spital/compartiment) ❷ Nr. măsuri de control implementate/parțial implementate/nr. total măsuri prevăzute în plan

Competența, performanța**▼ Descrierea standardului****OSGG nr. 600/2018**

„Conducerea entității publice asigură ocuparea posturilor de către persoane competente, cărora le încredințează sarcini potrivit competențelor și asigură condiții pentru îmbunătățirea pregătirii profesionale a salariaților. Performanțele profesionale ale salariaților sunt evaluate anual în raport cu obiectivele postului.”

O3.1. creșterea calității serviciilor de sănătate prin ocuparea posturilor cu personal competent, care să dețină cunoștințele, abilitățile și experiența necesară pentru îndeplinirea eficientă și efectivă a sarcinilor/atribuțiilor aferente postului	A3.1.1. monitorizarea aplicării corespunzătoare a următoarelor proceduri operaționale: <i>Evaluare posturi, Evaluare personal, Promovarea angajaților, Organizare și desfășurare a concursurilor pentru ocuparea posturilor vacante</i>	1 Birou R.U.S. 2 Conducătorii de compartimente	1 În cazul organizării concursurilor pentru ocuparea posturilor vacante și a examenelor pentru promovare 2 Evaluarea anuală	1 <i>Rapoarte de analiză privind aplicarea corectă a procedurilor, existente</i> 2 <i>Raport anual privind evaluarea performanțelor profesionale individuale, aprobat</i>
O3.2. dezvoltarea profesională continuă a salariaților	A3.2.1. evaluarea performanțelor profesionale ale salariaților	1 Birou R.U.S. 2 Conducătorii de compartimente	Anual	1 <i>Fișă de evaluare a performanțelor profesionale individuale, existentă</i> 2 <i>Raport anual privind evaluarea performanțelor profesionale individuale, aprobat</i>
	A3.2.2. identificarea nevoilor de pregătire profesională	1 Birou R.U.S. 2 Conducătorii de compartimente	Anual	1 <i>Raport de identificare a nevoilor de pregătire profesională (în urma evaluărilor performanțelor profesionale anuale), aprobat</i> 2 <i>Program de instruire/formare profesională a personalului, actualizat și aprobat</i>
	A3.2.4. participarea membrilor Comisiei de monitorizare (CM), a personalului implicat în implementarea standardelor de control intern managerial la sesiuni de instruire/cursuri de formare profesională privind implementarea și dezvoltarea sistemului de control intern managerial	1 Comitet Director 2 Secretariatul tehnic al Comisiei de monitorizare 3 Birou R.U.S.	Anual	1 <i>Certificate de participare, existente</i> 2 <i>Nr. membrii CM care au participat la cursuri/nr. total membrii CM</i> 3 <i>Program de instruire/formare profesională a personalului, actualizat și aprobat</i>
	A3.2.5. organizarea de acțiuni de îndrumare metodologică privind implementarea și dezvoltare sistemului de control intern managerial	Secretariatul tehnic al Comisiei de monitorizare	Permanent	Nr. acțiuni de îndrumare metodologică/an

Nr. stand.	Standarde de control intern managerial	Obiective	Activități	Responsabili	Termen de realizare	Indicatori de monitorizare/rezultat
4	Structura organizatorică ▼ <i>Descrierea standardului OSGG nr. 600/2018</i> „Conducătorul entității publice definește structura organizatorică, competențele, responsabilitățile, sarcinile, relațiile organizatorice și comunică salariaților documentele specifice ale structurii organizatorice. Conducătorul entității publice stabilește, în scris, limitele competențelor și responsabilităților pe care le delegă, în conformitate cu cerințele legale”	O4.1. asigurarea concordanței între structura organizatorică, structura de personal și obiectivele stabilite de către spital	A4.1. evaluarea gradului de adecvare a structurii organizatorice în raport cu misiunea și obiectivele stabilite/schimbările survenite în interiorul și/sau exteriorul spitalului, precum și adaptarea structurii de personal A4.2. actualizarea structurii organizatorice/organigramă/stat de funcții	❶ Comitet Director ❷ Birou R.U.S. ❸ Consiliul Medical ❹ Conducătorii de compartimente ❶ Comitet Director ❷ Birou R.U.S.	Permanent Semestrul II 2023	❶ Referate Birou R.U.S./alte compartimente, existente ❷ Rapoarte de analiză periodice, existente ❸ Hotărâri Comitet Director Structură organizatorică MS/organigramă/stat de funcții, actualizate și aprobate
PERFORMANȚE ȘI MANAGEMENTUL RISCULUI						
5	Obiective ▼ <i>Descrierea standardului OSGG nr. 600/2018</i> „Conducerea entității publice definește obiectivele generale, legate de scopurile entității, de fiabilitatea informațiilor, conformitatea cu legile, regulamentele și politicile interne, precum și obiectivele specifice și le comunică, după caz, tuturor salariaților și terților interesați. Obiectivele entității publice trebuie formulate clar, de o manieră care să permită monitorizarea îndeplinirii lor și să fie actualizate ori de câte ori este necesar.”	O5. îmbunătățirea performanțelor prin stabilirea de obiective S.M.A.R.T.	A5.1. actualizarea listei obiectivelor specifice pentru fiecare compartiment, astfel încât să răspundă pachetului de cerințe S.M.A.R.T. A5.2. stabilirea activităților (acțiunilor) necesare pentru realizarea obiectivelor specifice	Conducătorii de compartimente Conducătorii de compartimente	Semestrul I 2023 Semestrul I 2023	Listă obiective specifice la nivel de compartiment, aprobată Listă activități asociate obiectivelor specifice la nivel de compartiment, aprobată
6	Planificarea ▼ <i>Descrierea standardului OSGG nr. 600/2018</i> „Conducerea entității publice întocmește planuri sau alte documente de planificare prin care se pun în concordanță activitățile necesare pentru atingerea tuturor obiectivelor stabilite, cu resursele maxim posibil de alocate, se stabilesc termene de realizare și persoane responsabile, astfel încât riscurile susceptibile să afecteze realizarea	O6.1. asigurarea cadrului de planificare pentru îndeplinirea obiectivelor stabilite O6.2. îmbunătățirea gradului de îndeplinire a obiectivelor stabilite	A6.1.1. actualizarea Planului strategic A6.1.2. actualizarea Planului de management A6.2.1. repartizarea resurselor necesare realizării activităților prevăzute în documentele de planificare, pe baza unor analize fundamentate	Comitet Director Comitet Director Comitet Director	Semestrul I 2023 Semestrul I 2023 Cu ocazia elaborării/actualizării documentelor de planificare	Plan strategic actualizat și aprobat Plan de management actualizat și aprobat ❶ Analize fundamentate ❷ Documente de planificare elaborate/actualizate și aprobate ❸ Bugetul de venituri și cheltuieli, aprobat

Nr. stand.	Standarde de control intern managerial	Obiective	Activități	Responsabili	Termen de realizare	Indicatori de monitorizare/rezultat
	<i>obiectivelor entității să fie minime.”</i>		A6.2.2. stabilirea măsurilor necesare pentru încadrarea în resursele repartizate/realocarea resurselor, în situația modificării obiectivelor	Comitet Director	La modificarea obiectivelor	Documente de planificare actualizate
7	Monitorizarea performanțelor					
	▼ Descrierea standardului OSGG nr. 600/2018 „Conducătorul entității publice dispune monitorizarea performanțelor pentru obiectivele și/sau activitățile compartimentelor, prin intermediul unor indicatori cantitativi și/sau calitativi, inclusiv cu privire la economicitate, eficiență și eficacitate.”	O7. asigurarea unui sistem de monitorizare a performanțelor adaptat dimensiunii și specificului activității spitalului/compartimentelor	A7.1. actualizarea listei indicatorilor de performanță pentru fiecare activitate asociată obiectivelor specifice, la nivelul fiecărui compartiment A7.2. monitorizarea stadiului realizării obiectivelor specifice	Conducătorii de compartimente Conducătorii de compartimente Secretariatul tehnic al Comisiei de monitorizare	Semestrul I 2023 Anual Anual	Listă obiective specifice, activități și indicatori de performanță la nivelul compartimentelor, aprobată Raport anual privind monitorizarea performanțelor la nivel de compartiment, aprobat Informare anuală privind monitorizarea performanțelor la nivelul spitalului, aprobată
8	Managementul riscului					
	▼ Descrierea standardului OSGG nr. 600/2018 „Conducătorul entității publice organizează și implementează un proces de management al riscurilor, care să faciliteze realizarea obiectivelor acesteia în condiții de economicitate, eficiență și eficacitate.”	O8. asigurarea unui proces de management al riscurilor adaptat dimensiunii, complexității și mediului specific spitalului	A8.1. actualizarea Registrului riscurilor A8.2. monitorizarea riscurilor asociate activităților, mediului de îngrijire și situațiilor excepționale cu caracter nemedical, precum și a riscurilor asociate serviciilor de sănătate (riscuri clinice)	❶ Comisia de monitorizare ❷ Responsabilii cu riscurile Conducătorii de compartimente Secretariatul tehnic al Comisiei de monitorizare	Semestrul II 2023 Anual Anual	Registrul riscurilor, actualizat și aprobat Raport anual privind desfășurarea procesului de gestionare a riscurilor, aprobat Informare privind desfășurarea procesului de gestionare a riscurilor la nivelul spitalului, aprobată

Nr. stand.	Standarde de control intern managerial	Obiective	Activități	Responsabili	Termen de realizare	Indicatori de monitorizare/rezultat
ACTIVITĂȚI DE CONTROL						
9	Proceduri ▼ <i>Descrierea standardului OSGG nr. 600/2018</i> „Conducerea entității publice asigură elaborarea procedurilor documentate într-un mod unitar, pentru procesele majore sau activitățile semnificative desfășurate în cadrul entității și le aduce la cunoștință personalului implicat.”	O9. îmbunătățirea modului de desfășurare a activităților în cadrul spitalului, prin stabilirea pașilor de urmat, a sarcinilor și responsabilităților	A9.1. actualizarea listei activităților procedurale A9.2. revizuirea procedurilor de sistem și operaționale	Conducătorii de compartimente ❶ Comisia de monitorizare ❷ Conducătorii de compartimente	Anual Permanent/ atunci când este cazul	Listă activități procedurale la nivel de compartiment, aprobată ❶ Nr. proceduri revizuite/nr. total proceduri înregistrate în Registrul evidență ❷ Registrul evidență proceduri de sistem și operaționale, existent
10	Supravegherea ▼ <i>Descrierea standardului OSGG nr. 600/2018</i> „Conducerea entității publice inițiază, aplică și dezvoltă instrumente adecvate de supervizare și control a proceselor și activităților specifice compartimentului, în scopul realizării acestora în condiții de economicitate, eficiență, eficacitate, siguranță și legalitate.”	O10. asigurarea instrumentelor de supervizare și control a proceselor și activităților specifice compartimentelor	A10. supravegherea constantă a activităților desfășurate și monitorizarea respectării procedurilor	Conducătorii de compartimente	Permanent	Rapoarte periodice/anuale, în funcție de specificul activității
11	Continuitatea activității ▼ <i>Descrierea standardului OSGG nr. 600/2018</i> „Conducerea entității publice 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 amenințării.”	O11. asigurarea continuității activităților derulate în cadrul spitalului, în orice moment, în toate împrejurările și în toate planurile, indiferent care ar fi natura amenințării	A11.1. identificarea/actualizarea și inventarierea situațiilor generatoare care pot conduce la discontinuități în activitatea compartimentelor A11.2. elaborarea/actualizarea planului de continuitate a activității la nivelul fiecărui compartiment	Conducătorii de compartimente Conducătorii de compartimente	Permanent Semestrul II 2023	Inventarul situațiilor generatoare de discontinuitate a activității, aprobat Plan de continuitate a activității, aprobat

Nr. stand.	Standarde de control intern managerial	Obiective	Activități	Responsabili	Termen de realizare	Indicatori de monitorizare/rezultat
INFORMAREA ȘI COMUNICAREA						
12	Informarea și comunicarea ▼ <i>Descrierea standardului OSGG nr. 600/2018</i> <i>„În entitatea publică trebuie stabilite tipurile de informații, conținutul, calitatea, frecvența, sursele, destinatarii acestora și se dezvoltă un sistem eficient de comunicare internă și externă, astfel încât conducerea și salariații să își poată îndeplini în mod eficace și eficient sarcinile, iar informațiile să ajungă complete și la timp la utilizatori.”</i>	O12. asigurarea unui sistem de comunicare (internă/externă) flexibil, accesibil, rapid, precis și cu respectarea regulilor de securitate a datelor	A12.1. revizuirea procedurii privind comunicarea internă și externă A12.2. elaborarea procedurii privind accesul la informațiile de interes public A12.3. respectarea standardului general privind publicarea informațiilor de interes public pe pagina de internet a spitalului	Comisia de monitorizare ❶ Comisia de monitorizare ❷ Persoana responsabilă cu aplicarea Legii nr. 544/2001 ❶ Coordonatorul planului de integritate ❷ Persoana responsabilă cu publicarea documentelor pe pagina de internet a spitalului	Semestrul I 2023 Semestrul I 2023 Permanent	Procedură revizuită și aprobată Procedură elaborată și aprobată Gradul de implementare a modelului de structurare a informațiilor de interes public pe pagina de internet a spitalului
13	Gestionarea documentelor ▼ <i>Descrierea standardului OSGG nr. 600/2018</i> <i>„Conducătorul entității publice organizează și gestionează procesul de creare, revizuire, organizare, stocare, utilizare, identificare și arhivare a documentelor interne și a celor provenite din exteriorul entității, oferind control asupra ciclului complet de viață al acestora și accesibilitate conducerii și salariaților entității, precum și terților abilitați.”</i>	O13. asigurarea accesului la documentele interne	A13.1. revizuirea procedurii privind controlul documentelor A13.2. stabilirea măsurilor de securitate pentru protejarea documentelor împotriva distrugerii, furtului, pierderii, incendiului etc., cât și măsuri de respectare a reglementărilor privind protecția datelor cu caracter personal	Comisia de monitorizare ❶ Conducătorii de compartimente ❷ Compartiment SSM-PSI ❸ Responsabilul cu protecția datelor	Semestrul II 2023 Permanent	Procedură revizuită și aprobată ❶ Proceduri/ instrucțiuni elaborate și aprobate ❷ Număr/tip măsuri de securitate la nivelul spitalului, identificate și implementate

Nr. stand.	Standarde de control intern managerial	Obiective	Activități	Responsabili	Termen de realizare	Indicatori de monitorizare/rezultat
14	Raportarea contabilă și financiară ▼ <i>Descrierea standardului OSGG nr. 600/2018</i> „Conducătorul entității publice asigură buna desfășurare a proceselor și exercitarea formelor de control intern adecvate, care garantează că datele și informațiile aferente utilizate pentru întocmirea situațiilor contabile anuale și a rapoartelor financiare sunt corecte, complete și furnizate la timp.”	O14. asigurarea calității informațiilor financiar-contabile utilizate, care să reflecte în mod real activele și pasivele entității publice	A14.1. organizarea și ținerea la zi a contabilității, prezentarea la termen a situațiilor financiare asupra situației patrimoniului aflat în administrare, precum și a execuției bugetare A14.2. exercitarea controlului financiar preventiv propriu (CFP)	❶ Director Financiar-Contabil ❷ Compartiment financiar-contabilitate Responsabil CFP	Periodic/la termenele prevăzute de legislația în vigoare Permanent	Situații financiare, elaborate și aprobate Rapoarte privind activitatea de control financiar preventiv

EVALUARE ȘI AUDIT

15	Evaluarea sistemului de control intern managerial ▼ <i>Descrierea standardului OSGG nr. 600/2018</i> „Conducătorul entității publice atribuie responsabilități de evaluare a controlului intern managerial conducătorilor compartimentelor elaborând, în acest scop, politici, planuri și programe. Conducătorul entității publice dispune și monitorizează evaluarea controlului intern managerial prin intermediul compartimentelor, în conformitate cu Anexa 3 și Anexa 4. Conducătorul entității publice elaborează, anual, prin asumarea responsabilității manageriale, un raport asupra propriului sistem de control intern managerial.”	O15. îmbunătățirea gradului de conformitate cu standardele de control intern managerial	A15.1. realizarea operațiunii de autoevaluare a sistemului de control intern managerial A15.2. redactarea Raportului anual asupra sistemului de control intern managerial A15.3. elaborarea informării cu privire la stadiul implementării și dezvoltării sistemului de control intern managerial prevăzută de OSGG nr. 600/2018 A15.4. actualizarea Programului de dezvoltare a sistemului de control intern managerial	❶ Comisia de monitorizare ❷ Conducătorii de compartimente ❷ Secretariatul tehnic al Comisiei de monitorizare Secretariatul tehnic al Comisiei de monitorizare Secretariatul tehnic al Comisiei de monitorizare Comisia de monitorizare	Anual Anual Anual Anual/ atunci când este cazul	❶ Chestionar de autoevaluare a stadiului de implementare a standardelor de control intern managerial, completat ❷ Situația sintetică a rezultatelor autoevaluării, aprobată Raport asupra sistemului de control intern managerial la data de 31.12.2023, aprobat Situație centralizatoare privind stadiul implementării și dezvoltării sistemului de control intern managerial, aprobată Program de dezvoltare, actualizat și aprobat
----	---	---	---	---	---	---

Nr. stand.	Standarde de control intern managerial	Obiective	Activități	Responsabili	Termen de realizare	Indicatori de monitorizare/rezultat
16	Auditul intern ▼ Descrierea standardului OSGG nr. 400/2015 „Entitatea publică înființează un compartiment de audit public intern (sau are acces la o capacitate de audit competentă), organizat în scopul îmbunătățirii managementului entității publice prin activități de asigurare și consiliere	O16. asigurarea capacității de consiliere a structurii de audit intern asupra implementării și dezvoltării sistemului de control intern managerial	A16.1. participarea Compartimentului de Audit Public Intern la pregătirea operațiunii de autoevaluare a sistemului de control intern managerial	❶ Comisia de monitorizare ❷ Compartiment Audit Public Intern	Anual	<i>Minute ședință</i> Comisie de monitorizare, aprobate
			A16.2. realizarea misiunilor de audit public intern planificate, inclusiv în domeniul controlului intern managerial	Compartiment Audit Public Intern	Conform planificării	❶ <i>Plan anual de audit intern</i> , aprobat ❷ <i>Raport audit intern</i> , aprobat ❸ Nr. misiuni realizate SCIM/nr. misiuni planificate
			A16.3. stabilirea măsurilor pentru eliminarea punctelor slabe/deficiențelor constatate în cadrul misiunilor de audit public intern privind sistemul de control intern managerial	❶ Comitet Director ❷ Comisia de monitorizare	Atunci când este cazul (după finalizarea misiunilor de audit public intern)	❶ Nr. recomandări cuprinse în rapoartele de audit ❷ Nr. măsuri implementate/nr. recomandări cuprinse în rapoartele de audit

Întocmit,

Ref. Andreea BĂHNĂREANU