

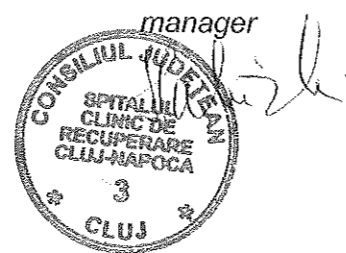
Spitalul Clinic de Recuperare Cluj Napoca

Compartiment Audit

Nr. 805 / 18.01.2022

Aprobat,

Dr. Sanda Patrichi



Raport

privind activitatea de audit public intern aferentă anului 2021

desfășurată la nivelul *Spitalului Clinic de Recuperare Cluj Napoca* precum și a entităților publice subordonate, aflate în coordonarea sau sub autoritatea acesteia

CUPRINS

Cuprins	2
Partea I-a – Informații generale	4
I.1. Identificarea instituției publice	4
I.2. Scopul raportului	4
I.3. Perioada de raportare	4
I.4. Persoanele care au întocmit raportul și calitatea acestora	4
I.5. Documentele analizate	4
Partea a II-a – Prezentarea activității de audit public intern aferente anului	6
II.1. Planificarea activității de audit public intern	6
II.2. Misiunile de audit public intern realizate	6
Partea a III-a – Situația actuală a auditului public intern	10
III.1. Înființarea și funcționarea auditului public intern	10
III.1.1. Înființarea auditului public intern	10
III.1.2. Funcționarea auditului public intern	10
III.2. Raportarea activității de audit public intern	11
III.3. Independența structurii de audit public intern și obiectivitatea auditorilor	11
III.3.1. Independența structurii de audit public intern	12
III.3.2. Obiectivitatea auditorilor interni	12
III.4. Asigurarea cadrului metodologic și procedural	12
III.4.1. Emiterea normelor proprii	13
III.4.2. Emiterea procedurilor scrise specifice activității de audit public intern	13
III.5. Asigurarea și îmbunătățirea calității activității de audit public intern	13
III.5.1. Elaborarea și actualizarea Programului de Asigurare și Îmbunătățire a Calității (PAIC)	13
III.5.2. Realizarea evaluării externe	14
III.6. Resursele umane alocate structurii de audit intern	14
III.6.1. Ocuparea posturilor la data de 31 decembrie a anului de raportare	14
III.6.2. Fluctuația personalului în cursul anului de raportare	15
III.6.3. Structura personalului și pregătirea profesională la data de 31 decembrie	16
III.6.4. Asigurarea perfecționării profesionale continue	17
Nu au fost întâmpinate probleme în cursul anului de raportare cu privire la realizarea numărului minim de zile de pregătire prevăzute de cadrul de reglementare	17
III.6.5. Analiza caracterului adecvat al dimensiunii compartimentului de audit public intern	17
Partea a IV-a. Activitatea de audit public intern derulată în anul de raportare	18
IV.1. Planificarea activității de audit intern	18
IV.2. Realizarea misiunilor de audit intern	19
IV.2.1. Realizarea misiunilor de asigurare	19

IV.2.2. Realizarea misiunilor de consiliere.....	20
IV.2.3. Realizarea misiunilor de evaluare a activității de audit intern	21
Partea a V-a – Comitetul de Audit Intern	21
Partea a VI-a – Concluzii.....	21
VI.1. Concluzii privind activitatea de audit public intern desfășurată la nivelul instituției publice	21
VI.2. Concluzii privind activitatea de audit public intern desfășurată la nivelul entităților subordonate, aflate în coordonare sau sub autoritate	22
Partea a VII-a – Propuneri pentru îmbunătățirea activității de audit public intern	22
VII.1. Propuneri privind îmbunătățirea activității de audit public intern desfășurată la nivelul instituției publice	22
VII.2. Propuneri privind îmbunătățirea activității de audit public intern desfășurată la nivelul entităților subordonate, aflate în coordonare sau sub autoritate.....	22

Partea I-a – Informații generale

I.1. Identificarea instituției publice

Raportul de activitate prezintă modul de organizare și desfășurare a activității de audit public intern la nivelul Spitalului Clinic de Recuperare Cluj Napoca, cu sediul în Cluj Napoca, str. Viilor, nr. 46-50.

Conducerea (directorul/șeful serviciului/biroului sau coordonatorul) structurii de audit public intern este asigurată de către domnul / doamna Turc Adrian cu următoarele date de contact:

- Telefon: 0264-207021 int. 270
- Email: audit@recuperarecluj.ro

În subordinea în coordonarea sau sub autoritatea Spitalului Clinic de Recuperare Cluj Napoca se regăsește un număr total de 0 entități publice.

I.2. Scopul raportului

Scopul raportului este de a prezenta activitatea de audit intern desfășurată atât la nivelul structurii de audit public intern din cadrul Spitalului Clinic de Recuperare Cluj Napoca cât și la nivelul structurilor de audit public intern din cadrul entităților aflate în subordinea, în coordonarea sau sub autoritatea acesteia.

Raportul este destinat atât conducerii Spitalului Clinic de Recuperare Cluj Napoca, care poate aprecia rezultatul muncii auditorilor publici interni, cât și UCAAPI și Curții de Conturi a României, fiind unul dintre principalele instrumente de monitorizare a activității de audit public intern.

I.3. Perioada de raportare

Prezentul raport anual de activitate prezintă stadiul organizării și funcționării structurii de audit public intern la data de 31 decembrie 2021 atât din cadrul Spitalului Clinic de Recuperare Cluj Napoca cât și din cadrul entităților aflate în subordinea, în coordonarea sau sub autoritatea Spitalului Clinic de Recuperare Cluj Napoca.

De asemenea, este prezentată activitatea de audit public intern desfășurată de structura de audit public intern din cadrul Spitalului Clinic de Recuperare Cluj Napoca în cursul anului 2021, cu respectarea cerințelor minime de raportare solicitate de UCAAPI în cadrul formatului standard al raportului anual aferent anului 2021.

I.4. Persoanele care au întocmit raportul și calitatea acestora

Prezentul raport anual de activitate a fost elaborat în cadrul structurii de audit intern din Spitalul Clinic de Recuperare Cluj Napoca. Persoanele implicate în acest proces, precum și datele de contact aferente acestora sunt prezentate în tabelul de mai jos:

Nr. crt.	Nume Prenume	Funcția	Telefon	E-mail
1	Dădulescu Ana Maria	auditor intern	0752-078211	audit@recuperarecluj.ro
2	Turc Adrian	auditor intern	0748-211408	audit@recuperarecluj.ro

I.5. Documentele analizate

Elaborarea raportului anual privind activitatea de audit intern, desfășurată în cadrul Spitalului Clinic de Recuperare Cluj Napoca, are la bază :

- Numărul rapoartelor anuale de activitate primite de la entitățile aflate în subordinea, în coordonarea sau sub autoritatea entității publice – nu a fost cazul;
- Documente referitoare la organizarea funcției de audit intern – la nivelul Spitalului Clinic de Recuperare Cluj Napoca este organizat compartimentul Audit, ca o structură proprie, independentă, de audit, în directă subordonare a managerului spitalului, conform OMS nr. 1224 / 2010 privind aprobarea normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească, precum și pentru modificarea și completarea OMS nr. 1778 / 2006 privind aprobarea normativelor de personal;
- Documente referitoare la planificarea activității de audit intern – planul multianual de audit public intern 2019 – 2021, planul de audit public intern pe anul 2021;
- Documente referitoare la evaluarea activității de audit public intern – raport de audit public intern nr. 43.795 / 07.12.2021 privind misiunea de audit public intern realizată de către Serviciul Audit intern din cadrul Consiliului Județean Cluj cu tema „Evaluarea activității de audit public intern” la Spitalul Clinic de Recuperare Cluj Napoca;
- Documente referitoare la realizarea misiunilor de asigurare – raport de audit public intern, pentru misiunea cu tema „Evaluarea activității ambulatoriului integrat al Spitalului Clinic de Recuperare Cluj Napoca”; raport de audit public intern, pentru misiunea cu tema “Evaluarea activității de achiziții publice” din cadrul Spitalului Clinic de Recuperare Cluj Napoca; raport de audit public intern, pentru misiunea cu tema “Evaluarea activității Laboratorului de analize medicale”; raport de audit public intern, pentru misiunea cu tema “Evaluarea activității de radiologie, imagistică medicală și explorări funcționale”; raport de audit public intern, pentru misiunea cu tema “Activitatea IT din cadrul Spitalului Clinic de Recuperare Cluj Napoca”; raport de audit public intern, pentru misiunea cu tema “Evaluarea sistemului de prevenire a corupției, 2021”;
- Documente referitoare la realizarea misiunilor de consiliere – nu a fost cazul
- Documente referitoare la realizarea altor acțiuni – nu a fost cazul

Partea a II-a – Prezentarea activității de audit public intern aferente anului ...

II.1. Planificarea activității de audit public intern

Planul anual de audit public intern aferent anului 2021 a fost aprobat de către conducătorul entității publice la data de 27.11.2020. În cuprinsul acestuia, au fost prevăzute 8 misiuni de asigurare, nici o misiune de consiliere și nici o misiune de evaluare.

Pe parcursul anului 2021 planul anual de audit intern a suferit o modificare, constând în eliminarea a două misiuni de audit intern și reprogramarea acestora pentru anul 2022.

II.2. Misiunile de audit public intern realizate

Numărul misiunilor de audit planificate:

- de asigurare – 8 misiuni
- de consiliere – 0 misiuni

Numărul misiunilor de evaluare planificate – nu a fost cazul

Numărul misiunilor de audit efectuate :

- de asigurare – 6 misiuni
- de consiliere – 0 misiuni

Numărul misiunilor de evaluare efectuate – nu a fost cazul

Gradul de realizare a planului de audit public intern – 75 %.

Numărul misiunilor de audit ad-hoc care au fost realizate – nu a fost cazul

Auditorii interni nu au întâmpinat dificultăți în realizarea misiunilor de audit public intern, desfășurate pe parcursul anului 2021.

Resursele utilizate pentru realizarea planului de audit public intern au fost formate din 2 auditori interni.

La nivelul Spitalului Clinic de Recuperare Cluj Napoca, în anul 2021 au fost realizate un număr de 6 **misiuni de asigurare**, astfel :

➤ 1 misiune de asigurare în care s-a abordat domeniul IT

principalele constatări ale acestei misiuni de audit au fost:

- la nivelul Biroului Informatică este elaborată o singură procedură de sistem privind comunicarea internă, cod procedură PS_INFO_001, aprobată de către managerul spitalului la data de 02.10.2019, procedură care stabilește modul de comunicare internă, verbală și scrisă, atât pe verticală – între nivelurile ierarhice, cât și pe orizontală – între structurile din cadrul Spitalului Clinic de Recuperare Cluj Napoca;

- achizițiile de echipamente hard și soft au fost cuprinse în Programul Anual al Achizițiilor Publice iar realizarea achizițiilor s-a făcut conform PAAP-ului în baza documentelor justificative;
- Spitalul Clinic de Recuperare Cluj Napoca a elaborat *Politica de Securitate a Sistemului Informațional și Regulamentul de Securitate privind resursele informatice și de comunicații*, având drept scop asigurarea integrității, confidențialității și disponibilității informației, precum și stabilirea cadrului necesar pentru elaborarea regulamentelor și procedurilor de securitate;
- La nivelul unității sanitare este constituită, prin decizie managerială, Structura de Securitate privind Sistemul Resurselor Informatice și de Comunicații, structură care are în componență administratorul resurselor informatice și de comunicații (ARIC), ofițerul responsabil cu securitatea resurselor informatice și de comunicații (OSRIC) și ofițerii responsabili cu securitatea resurselor informatice și de comunicații la nivel departamental (OSRICD).

principalele recomandări ale acestei misiuni de audit au fost :

- elaborarea unei proceduri operaționale sau a unei instrucțiuni de lucru care să reglementeze toate tipurile de raportări ale activității medicale care intră în sarcina Biroului Informatică conform Regulamentului de Organizare și Funcționare al Spitalului Clinic de Recuperare Cluj Napoca, în vederea decontării de către Casa de Asigurări de Sănătate a Județului Cluj a serviciilor medicale prestate conform contractelor de furnizare de servicii medicale;
- actualizarea Politicii de Securitate a Sistemului Informațional și Regulamentului de Securitate privind resursele informatice și de comunicații, prin includerea în cuprinsul acesteia a atribuțiilor Structurii de Securitate, a componenței echipei de răspuns la incidentele de Securitate;
- revizuirea și actualizarea componenței Structurii de Securitate în ceea ce privește ofițerii responsabili cu securitatea resurselor informatice și de comunicații la nivel departamental, adică a persoanelor responsabile cu monitorizarea și implementarea controalelor de Securitate și a procedurilor pentru sistemul resurselor informatice și de comunicații la nivelul structurii / departamentului lor (secție clinică, laborator etc.).

➤ 1 misiune de asigurare în care s-a abordat domeniul achizițiilor publice

principalele constatări ale acestei misiuni de audit au fost:

- în ceea ce privește activitatea de achiziții publice sunt elaborate 2 proceduri operaționale PO_BAPC_001 privind organizarea și desfășurarea procedurilor de achiziții publice și PO_BAPC_002 privind elaborarea programului anual de achiziții publice și a strategiei anuale în Spitalul Clinic de Recuperare Cluj Napoca;
- atribuirea contractelor subsecvente în executarea acordurilor cadru din eșantionul supus auditării s-a realizat în condițiile stabilite inițial prin acordurile cadru încheiate în urma procedurilor de achiziție publică;

principalele recomandări ale acestei misiuni de audit au fost :

- actualizarea și implementarea procedurilor operaționale specifice activității de achiziții publice;
- asigurarea participării personalului din cadrul Biroului Achiziții Publice la sesiuni de formare profesională în domeniul achizițiilor publice

➤ 1 misiune de asigurare în care s-au abordat alte domenii

principalele constatări ale acestei misiuni de audit au fost:

- în cadrul Spitalului Clinic de Recuperare Cluj Napoca nu există elaborată o procedură cu privire la comunicarea și soluționarea situațiilor de conflict de interese. Documentul care face referire la aceste situații este **Codul de etică și deontologie profesională al Spitalului Clinic de Recuperare Cluj Napoca**, dar fără a preciza modalitatea de acțiune în vederea evitării unei situații de conflict de interese, modul de acțiune atunci când un salariat se află într-o posibilă situație de conflict de interese, modalitatea de comunicare a existenței sau posibilei existențe a unei situații de conflict de interese, documentele ce trebuie utilizate pentru comunicarea existenței sau posibilei existențe a unei situații de conflict de interese, măsurile care pot fi luate de conducere în situația în care o persoană se află în situația de conflict de interese sau în situația în care este sesizată cu privire la existența unui posibil conflict de interese față de un salariat ori în situația în care instanța sau Agenția Națională de Integritate informează cu privire la constatarea / săvârșirea unei situații de conflict de interese;
- în cadrul Biroului Achiziții Publice Contractare al Spitalului Clinic de Recuperare Cluj Napoca nu există un responsabil cu completarea și actualizarea formularelor de integritate aferente procedurilor de atribuire derulate de către unitatea sanitară, fiecare angajat fiind răspunzător pentru completarea și actualizarea formularelor de integritate aferente procedurilor pe care le derulează;
- în cadrul Spitalului Clinic de Recuperare Cluj Napoca nu există elaborat un document (regulament, procedură, instrucțiune etc.) care să reglementeze monitorizarea situațiilor de pantouflage, respectiv măsuri de prevenire / remediere a acestor situații. Nu este astfel stabilit la nivelul unității sanitare cadrul instituțional pentru informarea personalului cu privire la interdicțiile stabilite prin lege în ceea ce privește angajarea ulterior încetării raporturilor de muncă cu entitatea publică și monitorizarea acestor aspect.

principalele recomandări ale acestei misiuni de audit au fost :

- Actualizarea *Codului de etică și deontologie profesională al Spitalului Clinic de Recuperare Cluj Napoca* sau elaborarea unei proceduri distincte cu privire la comunicarea și soluționarea situațiilor de conflict de interese, care să cuprindă cel puțin următoarele :

- ✓ modalitatea de acțiune în vederea evitării unei situații de conflict de interese;

- ✓ modul de acțiune atunci când un salariat se află într-o posibilă situație de conflict de interese;
 - ✓ modalitatea de comunicare a existenței sau posibilei existențe a unei situații de conflict de interese;
 - ✓ documentele ce trebuie utilizate pentru comunicarea existenței sau posibilei existențe a unei situații de conflict de interese;
 - ✓ măsurile care pot fi luate de conducere în situația în care o persoană se află în situația de conflict de interese sau în situația în care este sesizată cu privire la existența unui posibil conflict de interese față de un salariat ori în situația în care instanța sau Agenția Națională de Integritate informează cu privire la constatarea / săvârșirea unei situații de conflict de interese.
- desemnarea prin act administrativ, a uneia sau mai multor persoane responsabile, din cadrul Biroului Achiziții Publice Contractare al Spitalului Clinic de Recuperare Cluj Napoca, cu completarea și actualizarea formularelor de integritate aferente procedurilor de atribuire derulate de către unitatea sanitară și completarea fișei de post a responsabilului/responsabililor astfel numiți cu această atribuție;
 - elaborarea unui document intern (procedură, instrucțiune de lucru) sau actualizarea unui document existent (regulament de ordine interioară sau codul de etică și deontologie profesională) care să reglementeze cadrul instituțional pentru informarea personalului cu privire la interdicțiile stabilite prin lege în ceea ce privește angajarea ulterior încetării raporturilor de muncă cu unitatea sanitară precum și monitorizarea acestor aspecte.
- 3 misiuni de asigurare în care s-au abordat domeniul funcțiilor specifice entității
- principalele constatări ale acestor misiuni de audit au fost:
- activitatea de curățare / decontaminare a spațiilor în care funcționează o instalație radiologică în care există riscul de iradiere pentru cei care lucrează sau cei care sunt în vecinătatea instalației radiologice atunci când aceasta este pornită, la nivelul Laboratorului de Radiologie și imagistică medicală și în cadrul Laboratorului de explorări funcționale cardiovasculare este reglementată prin procedura operațională PO_RxIM_001 privind curățarea și decontaminarea zonelor cu risc de iradiere;
 - toate instalațiile radiologice care funcționează în cadrul Laboratorului de radiologie și imagistică medicală dețin autorizație de utilizare C.N.C.A.N. și autorizație sanitară emisă de către D.S.P. Cluj;
 - setul minim de investigații paraclinice – analize de laborator necesar în stabilirea conduitei terapeutice în cadrul unității sanitare și modul de transport al probelor biologice recoltate sunt reglementate prin procedura operațională PO_LAB_001 pentru recoltarea și transportul probelor de laborator.

principalele recomandări ale acestor misiuni de audit au fost :

- întocmirea unei evidențe clare cu întreaga aparatură medicală aflată în dotarea ambulatoriului de specialitate, care să cuprindă cel puțin următoarele detalii : denumire echipament, serie aparat, număr inventar, anul fabricației, număr canale (unde este cazul), contract service și periodicitatea intervențiilor, observații;
- analiză internă la nivelul Laboratorului de analize medicale în vederea stabilirii tuturor activităților desfășurate la nivelul structurii, a activităților procedurabile precum și reglementarea internă a acestora prin proceduri sau instrucțiuni de lucru.

Partea a III-a – Situația actuală a auditului public intern

III.1. Înființarea și funcționarea auditului public intern

III.1.1. Înființarea auditului public intern

La nivelul *Spitalului Clinic de Recuperare Cluj Napoca* funcția de audit public intern este înființată la nivel de *structură proprie de audit public intern*.

La nivelul *Spitalului Clinic de Recuperare Cluj Napoca* există un număr de **0 entități din subordinea, aflate în coordonarea sau sub autoritatea entității publice**. La nivelul acestora, situația înființării funcției de audit public intern este următoarea:

- 0 entități subordonate, aflate în coordonarea sau sub autoritate au înființat audit public intern prin structură proprie, cu acceptul *Spitalului Clinic de Recuperare Cluj Napoca* ;
- 0 entități subordonate, aflate în coordonarea sau sub autoritate au înființat audit intern prin asigurarea acestei funcții de către organul ierarhic superior, ca urmare a dispozițiilor *Spitalului Clinic de Recuperare Cluj Napoca*. Auditul public intern este asigurat de către *Spitalul Clinic de Recuperare Cluj Napoca* pentru următoarele entități subordonate, aflate în coordonarea sau sub autoritate: *nu este cazul*
- 0 entități subordonate, aflate în coordonarea sau sub autoritate nu au înființat audit public intern. Acest lucru este cauzat de faptul că aceste unități nu au solicitat *Spitalului Clinic de Recuperare Cluj Napoca* acceptul pentru înființarea unei structuri proprii de audit public intern sau asigurarea acestei funcții prin organul ierarhic superior. Entitățile subordonate, aflate în coordonarea sau sub autoritate care nu au înființat funcție de audit public intern sunt următoarele: *nu este cazul*

III.1.2. Funcționarea auditului public intern

La nivelul *Spitalului Clinic de Recuperare Cluj Napoca* structura de audit public intern înființată este și funcțională.

La nivelul entităților subordonate, aflate în coordonarea sau sub autoritate, funcționarea auditului public intern la cele 0 entități care au înființat audit public intern, are următoarele caracteristici:

- La 0 entități auditul public intern funcționează:
 - 0 prin structură proprie;
 - 0 prin organul ierarhic superior;

- La 0 entități auditul public intern nu funcționează, deși este înființat:

- 0 prin structură proprie:

Cauzele nefuncționării structurilor de audit intern înființate sunt următoarele: *nu este cazul*. Soluțiile avute în vedere de către Spitalul Clinic de Recuperare Cluj Napoca pentru ameliorarea acestei situații sunt următoarele: *nu este cazul*

- 0 prin organul ierarhic superior:

Cauzele nefuncționării auditului public intern furnizat de organul ierarhic superior sunt următoarele: *nu este cazul*.

Soluțiile avute în vedere de către Spitalul Clinic de Recuperare Cluj Napoca pentru ameliorarea acestei situații sunt următoarele: *nu este cazul*

- La 0 entități auditul public intern nu funcționează, pentru că nu este înființat. Lista acestora este prezentată la punctul II.1.1. de mai sus.

III.2. Raportarea activității de audit public intern

Dintre cele 0 entități publice subordonate, aflate în coordonarea sau sub autoritatea Spitalului Clinic de Recuperare Cluj Napoca, 0 entități au înființat audit public intern prin structură proprie cu acceptul Spitalului Clinic de Recuperare Cluj Napoca. Restul entităților publice au înființat auditul public intern prin organul ierarhic superior sau nu au înființat această funcție.

Auditul public intern funcționează prin structură proprie la 0 din cele 0 entități subordonate, aflate în coordonarea sau sub autoritate care au înființat audit public intern prin structură proprie. Cele 0 entități subordonate, aflate în coordonarea sau sub autoritate au astfel obligația de a emite și comunica către Spitalul Clinic de Recuperare Cluj Napoca raportul anual de activitate privind funcția de audit public intern. Dintre acestea, raportul anual de activitate a fost emis de un număr de 0 entități publice subordonate, aflate în coordonarea sau sub autoritate, informațiile furnizate de acestea regăsindu-se în cuprinsul prezentului raport.

Cauzele pentru care un număr de 0 de structuri de audit public intern funcționale nu au emis raport anual de activitate sunt următoarele: *nu este cazul*. În vederea remedierii acestei situații și pentru prevenirea repetării acesteia, structura de audit public intern din cadrul Spitalului Clinic de Recuperare Cluj Napoca intenționează să promoveze următoarele măsuri: *nu este cazul*.

III.3. Independența structurii de audit public intern și obiectivitatea auditorilor

Independența este atributul funcției de audit public intern în timp ce obiectivitatea este apanajul auditorilor publici interni. Pentru păstrarea acestor atribute, trebuie respectate anumite criterii, cum ar fi:

Pentru păstrarea independenței structurii de audit public intern:

- ♦ funcția de audit public intern trebuie să raporteze direct managementului superior al organizației;
- ♦ numirea și destituirea managementului funcției de audit public intern respectiv a auditorilor publici interni trebuie să fie supuse procesului de avizare, conform legii.

Pentru păstrarea obiectivității auditorilor publici interni:

- ♦ Auditorii publici interni nu trebuie implicați în activitățile pe care ulterior le pot audita;
- ♦ Auditorii publici interni trebuie să-și declare independența în cadrul misiunilor de audit public intern și de evaluare efectuate.

Aceste aspecte se regăsesc în baza legală actuală, respectiv Legea nr. 672/2002, republicată cu modificările și completările ulterioare și HG nr. 1086/2013. De asemenea, aspecte similare se regăsesc în practica internațională de audit intern stipulată în Standardele Internaționale de Practică Profesională în Auditul intern (IPPF) emise de către Institutul Auditorilor Interni (vezi Standardele de la 1100 la 1130).

III.3.1. Independența structurii de audit public intern

Referitor la poziția structurii de audit intern în organigrama entității, compartimentul Audit din cadrul Spitalului Clinic de Recuperare Cluj Napoca este subordonat direct managerului spitalului, asigurându-se raportarea activității celui mai înalt nivel al conducerii. La nivelul instituției nu există o delegare de atribuții a conducătorului entității.

Referitor la aplicarea și respectarea procedurii de numire / destituire a conducătorului structurii de audit intern, în cursul anului 2021, menționăm că nu a fost cazul în anul de raportare, neexistând posturi de conducere în cadrul compartimentului.

Referitor la aplicarea și respectarea procedurii de numire / revocare a auditorilor interni în cursul anului 2021, menționăm că în cursul anului de raportare nu au fost numiți sau revocați auditori interni.

III.3.2. Obiectivitatea auditorilor interni

Referitor la implicarea auditorilor interni în exercitarea activităților auditabile, menționăm faptul că auditorii interni nu au fost implicați de către managementul instituției publice, în cursul anului de raportare, în exercitarea unor activități care fac parte din sfera auditabilă.

Cu ocazia fiecărei misiuni de audit intern, desfășurate în cursul anului 2021, auditorii interni au completat declarația de independență și nu au fost semnalate probleme în urma completării declarațiilor.

III.4. Asigurarea cadrului metodologic și procedural

Cadrul metodologic și procedural aferent activității de audit public intern se referă la aspecte care sunt de natură a asigura buna desfășurare a acestei activități, prin prisma metodologiilor și a procedurilor aplicabile, luând în calcul și aplicarea și respectarea codului de conduită etică al auditorului public intern.

Referitor la aceste aspecte, activitatea de audit public intern a fost reglementată începând cu anul 2003, pe lângă legislația primară cunoscută, și de OMFP nr. 38/2003 pentru aprobarea Normelor generale privind exercitarea activității de audit public intern.

În anul 2013, ulterior modificării și republicării Legii auditului public intern, a fost emisă HG nr. 1.086/2013 pentru aprobarea Normelor generale privind exercitarea activității de audit public intern. Aceasta aduce o serie de modificări și îmbunătățiri pentru vechea versiune a normelor generale. Ambele versiuni ale normelor generale prevedeau emiterea de norme proprii de audit public intern.

Referitor la procedurarea activităților din cadrul structurii de audit public intern, acestea sunt supuse și ele emiterii de proceduri de sistem sau operaționale, după caz. Noțiunea de procedură este utilizată în cadrul prezentului raport în sensul dat de OSGG nr. 600/2018 privind aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice.

Având în vedere acest lucru, este necesar ca structurile de audit public intern să analizeze și să decidă câte dintre activitățile derulate trebuie să fie procedurate (adică să se emită o procedură scrisă pentru acea activitate). În acest context gradul de procedurare poate varia de la o entitate la alta, în funcție de judecata profesională aplicată. De asemenea, pentru activitățile procedurabile, se va stabili care este gradul de emiterie a procedurilor. În mod firesc ținta este de 100%, urmărindu-se apropierea cât mai mult de acest scor.

III.4.1. Emiterea normelor proprii

La nivelul *Spitalului Clinic de Recuperare Cluj Napoca* normele proprii *nu au fost întocmite*, fiind utilizate cele elaborate de UCAAPI.

Activitatea de audit public intern în cadrul *Spitalului Clinic de Recuperare Cluj Napoca*, s-a desfășurat și se desfășoară în concordanță cu prevederile următoarelor acte normative:

- Legea nr. 672 / 2002 privind auditul public intern, republicată și actualizată;
- Hotărârea Guvernului nr. 1086 / 2013 pentru aprobarea Normelor generale privind exercitarea activității de audit public intern;
- Ordinul Ministerului Finanțelor Publice nr. 252 / 2004 pentru aprobarea Codului privind conduita etică a auditorului intern, norme metodologice specifice privind exercitarea auditului public intern în cadrul Ministerului Sănătății și în entitățile publice aflate în subordinea, sub autoritatea sau în coordonarea acestuia.

III.4.2. Emiterea procedurilor scrise specifice activității de audit public intern

La nivelul structurii de audit public intern din cadrul *Spitalului Clinic de Recuperare Cluj Napoca* au fost identificate un număr de 6 activități. Dintre acestea s-a stabilit că un număr de 3 activități sunt procedurabile, ceea ce reprezintă circa 50%. Activitățile stabilite ca fiind procedurabile sunt următoarele:

- *planificarea activității de audit public intern*
- *derularea misiunilor de asigurare*
- *derularea misiunilor de consiliere*

Din cele 3 activități procedurabile au fost emise un număr de 3 proceduri scrise, ceea ce reprezintă un grad de emitere al procedurilor de circa 100%.

III.5. Asigurarea și îmbunătățirea calității activității de audit public intern

III.5.1. Elaborarea și actualizarea Programului de Asigurare și Îmbunătățire a Calității (PAIC)

În conformitate cu prevederile punctului 2.3.7. din anexa nr. 1 la HG nr. 1086/2013, la nivelul structurii de audit public intern se elaborează un Program de asigurare și îmbunătățire a calității (PAIC) sub toate aspectele auditului public intern, care să permită un control continuu al eficacității acestuia.

Programul de asigurare și îmbunătățire a calității activității de audit public intern trebuie să garanteze că activitatea de audit public intern se desfășoară în conformitate cu normele, instrucțiunile și Codul privind conduita etică a auditorului public intern și să contribuie la îmbunătățirea activității structurii de audit public intern.

PAIC trebuie să ajute la exprimarea unor concluzii cu privire la calitatea activității de audit public intern și să ducă la efectuarea unor recomandări pentru implementarea unor îmbunătățiri corespunzătoare a acestei activități și ar trebui să permită o evaluare a:

- Conformității cu baza legală în vigoare;
- Contribuției auditului public intern la procesele de guvernanță, management al riscurilor și controlul organizației;
- Acoperirea integrală a sferei auditabile;
- Respectarea legilor, reglementărilor și procedurilor pe care activitatea de audit public intern trebuie să le respecte;
- Riscurile care afectează funcționarea auditului public intern.

PAIC ar trebui să impună o abordare sistematică și disciplinată a procesului de autoevaluare periodică, inclusiv modalitatea de realizare a autoevaluărilor periodice pentru fiecare an intermediar între evaluările externe.

Un PAIC pe deplin funcțional exercită o monitorizare permanentă a activității de audit public intern și o autoevaluare periodică a acesteia pentru a asigura conformitatea cu cadrul legal și procedural aplicabil.

Cu ajutorul acestui proces, evaluarea externă ar trebui să devină efectiv o oportunitate de a obține noi idei de la evaluator sau de la echipa de evaluare, cu privire la modalitățile de îmbunătățire a calității generale a auditului public intern, a eficienței și a eficacității.

La nivelul structurii de audit public intern din cadrul Spitalului Clinic de Recuperare Cluj Napoca s-a emis PAIC cu nr. 5479 / 12.06.2019. PAIC - ul emis este actualizat periodic. Ultima actualizare a documentului a fost realizată în data de 13.08.2019.

III.5.2. Realizarea evaluării externe

Complementar PAIC, calitatea funcției de audit public intern se poate îmbunătăți prin evaluările externe. Aceste evaluări trebuie efectuate la fiecare cinci ani, conform cerințelor legislației naționale, dar și standardelor internaționale de audit intern emise de către Institutul Auditorilor Interni (IIA). Obiectivul evaluării externe este de a evalua activitatea de audit public intern din punct de vedere al conformității cu definiția auditului intern, cu cerințele codului de conduită etică și cu prevederile legislației naționale în domeniu.

Evaluările externe se pot concentra, de asemenea, pe identificarea oportunităților de îmbunătățire a funcției de audit public intern, oferind sugestii pentru a îmbunătăți eficacitatea acestei activități și promovând idei pentru a spori imaginea și credibilitatea funcției de audit public intern.

Auditul public intern din cadrul Spitalului Clinic de Recuperare Cluj Napoca a fost evaluat în cursul anului de raportare de către organul ierarhic superior, și anume Serviciul Audit intern al Consiliului Județean Cluj. Misiunea de audit intern cu tema „Evaluarea activității de audit public intern” s-a desfășurat în perioada 14.10.2021 – 23.11.2021 și a avut drept scop examinarea responsabilităților asumate de compartimentul Audit și de a determina dacă acesta își îndeplinește obligațiile într-un mod eficient și efectiv.

III.6. Resursele umane alocate structurii de audit intern

Într-un moment în care se pune accent sporit pe responsabilitatea organizațională, pe îmbunătățirea controlului intern, pe managementul riscurilor și pe guvernanta corporativă, ar trebui să se pună tot mai mult accent și pe structurile de audit public intern.

Pentru a-și îndeplini obiectivele, este important ca structura de audit intern să aibă acces la resurse umane care să posede abilitățile necesare în acest scop.

III.6.1. Ocuparea posturilor la data de 31 decembrie a anului de raportare

La nivelul entității, la data de 31 decembrie 2021, structura de audit public intern avea alocate un număr de 0 posturi de conducere, dintre care 0 posturi ocupate și 0 posturi vacante.

Din 0 posturi de conducere ocupate, 0 sunt încadrate cu persoane care lucrează efectiv pentru structura de audit public intern și 0 sunt mutați temporar, se află în concediu de maternitate, sunt suspendați sau detașați pentru o anumită perioadă de timp, etc.

Din punctul de vedere al posturilor de execuție, la data de 31 decembrie 2021, structura de audit public intern avea alocate un număr de 2 posturi, dintre care 2 posturi ocupate și 0 posturi vacante.

Din cele 2 posturi de execuție alocate 1 post este funcție de coordonator al structurii de audit public intern.

Din 2 posturi de execuție ocupate, 2 sunt încadrate cu auditori publici interni, persoane care lucrează efectiv pentru structura de audit public intern și 0 nu sunt posturi de auditori publici interni sau sunt încadrate cu persoane care sunt auditori publici interni mutați temporar, se află în concediu de maternitate, sunt suspendați sau detașați pentru o anumită perioadă de timp, etc.

Existența unui număr minim de personal în cadrul structurii de audit public intern este un aspect foarte important, din următoarele considerente:

- Art. 2(f) din Legea nr. 672/2002, republicată, cu modificările și completările ulterioare specifică faptul că o structură de audit public intern poate fi înființată cu minim 2 posturi cu normă întreagă. Prin urmare orice structură de audit public intern ar trebui să respecte această prevedere legală, având **alocate minim 2 posturi de auditor public intern cu normă întreagă.**
- Întreaga metodologie de audit public intern specificată în cadrul HG nr. 1086/2013, face referire la existența unei echipe de audit public intern care trebuie să includă un supervisor al misiunilor. Prin urmare orice structură de audit public intern ar trebui să respecte aceste cerințe, **având nevoie de minim 2 posturi cu normă întreagă care să fie și ocupate.**

III.6.2. Fluctuația personalului în cursul anului de raportare

Fluctuația personalului se referă la plecarea unei persoane dintr-o entitate publică și poate fi destul de costisitoare. Fluctuația de personal are un impact negativ atunci când, prin plecarea angajaților, se pierd atât competențe deosebite cât și experiență.

O instituție publică care are o rată mare a fluctuației pierde din cauza reducerii eficacității personalului, a măririi timpului de instruire a noilor angajați și a timpului acordat selecției acestora, precum și din cauza unor costuri indirecte (pierderea unor angajați care au acumulat o serie de cunoștințe în cadrul organizației).

La nivelul ordonatorului principal de credite

Referitor la funcțiile de conducere

La nivelul *Spitalului Clinic de Recuperare Cluj Napoca* la data de 01 ianuarie 2021 existau un număr de 0 persoane care ocupau funcții de conducere în cadrul structurii de audit public intern. Pe parcursul anului 2021 un număr de 0 persoane de conducere au părăsit structura de audit public intern, astfel:

- 0 persoane prin transfer;
- 0 persoane prin mutare;
- 0 persoane prin detașare;
- 0 persoane prin demisie;
- 0 persoane prin suspendare;
- 0 persoane prin pensionare;
- 0 persoane prin încetarea relațiilor de muncă la cerere;
- 0 persoane prin alte metode.

Această situație a generat o rată de fluctuație a personalului de conducere de circa 0% .

Referitor la funcțiile de execuție

La nivelul *Spitalului Clinic de Recuperare Cluj Napoca* la data de 01 ianuarie 2021 existau un număr de 2 persoane care ocupau funcții de execuție în cadrul structurii de audit public intern. Pe parcursul anului 2021 un număr de 0 persoane de execuție au părăsit structura de audit public intern, astfel:

- 0 persoane prin transfer;
- 0 persoane prin mutare;

- 0 persoane prin detașare;
- 0 persoane prin demisie;
- 0 persoane prin suspendare;
- 0 persoane prin pensionare;
- 0 persoane prin încetarea relațiilor de muncă la cerere;
- 0 persoane prin alte metode.

Această situație a generat o rată de fluctuație a personalului de execuție de circa 0% .

III.6.3. Structura personalului și pregătirea profesională la data de 31 decembrie

La analiza structurii personalului au fost luate în calcul următoarele criterii: experiența în auditul public intern, domeniul studiilor de specialitate, limbi străine vorbite, certificări naționale și internaționale deținute precum și calitatea de membru în organizații profesionale naționale și internaționale.

Toate aceste elemente, alături de pregătirea profesională a personalului, contribuie la o analiză calitativă a resursei umane, factor extrem de important în derularea activității de audit public intern.

Structura personalului de conducere la data de 31.12.2021 : nu există personal cu funcție de conducere încadrat în cadrul compartimentului Audit

Structura personalului de execuție la data de 31.12.2021 :

Criteria	Auditor grad I	Auditor grad I
Experiență în audit intern	1-3 ani	3-5 ani
Domeniul studiilor de specialitate	Informatică	Economice
Limba străină vorbită	Lb. engleză	Lb. engleză
Certificări naționale și/sau internaționale deținute	Nu e cazul	Nu e cazul
Calitatea de membru în organisme profesionale naționale și/sau internaționale	Nu e cazul	Nu e cazul

III.6.4. Asigurarea perfecționării profesionale continue

La nivelul ordonatorului principal de credite

La nivelul Spitalului Clinic de Recuperare Cluj Napoca, gradul de participare la pregătire profesională este de 100%. Numărul mediu de zile de pregătire profesională pentru fiecare auditor public intern este de 15, fiind realizate astfel:

- 0 zile prin cursuri de pregătire;

- 25 zile prin studiu individual;
- 5 zile prin alte forme de pregătire.

Nu au fost întâmpinate probleme în cursul anului de raportare cu privire la realizarea numărului minim de zile de pregătire prevăzute de cadrul de reglementare.

III.6.5. Analiza caracterului adecvat al dimensiunii compartimentului de audit public intern

Conform art. 3 alin. (2) din Legea nr. 672/2002, sfera auditului public intern cuprinde toate activitățile desfășurate în cadrul entităților publice pentru îndeplinirea obiectivelor acestora, inclusiv evaluarea sistemului de control managerial.

Conform prevederilor art. 15 alin. (1) din Legea nr. 672/2002, auditul public intern se exercită asupra tuturor activităților desfășurate într-o entitate publică, inclusiv asupra activităților entităților subordonate, aflate în coordonarea sau sub autoritatea altor entități publice.

Conform prevederilor art. 15 alin. (2) din Legea nr. 672/2002, structura de audit public intern auditează, cel puțin o dată la 3 ani, fără a se limita la acestea, următoarele:

- a) activitățile financiare sau cu implicații financiare desfășurate de entitatea publică din momentul constituirii angajamentelor până la utilizarea fondurilor de către beneficiarii finali, inclusiv a fondurilor provenite din finanțare externă;
- b) plățile asumate prin angajamente bugetare și legale, inclusiv din fondurile comunitare;
- c) administrarea patrimoniului, precum și vânzarea, gajarea, concesiunea sau închirierea de bunuri din domeniul privat al statului ori al unităților administrativ-teritoriale;
- d) concesiunea sau închirierea de bunuri din domeniul public al statului ori al unităților administrativ-teritoriale;
- e) constituirea veniturilor publice, respectiv modul de autorizare și stabilire a titlurilor de creanță, precum și a facilităților acordate la încasarea acestora;
- f) alocarea creditelor bugetare;
- g) sistemul contabil și fiabilitatea acestuia;
- h) sistemul de luare a deciziilor;
- i) sistemele de conducere și control, precum și riscurile asociate unor astfel de sisteme;
- j) sistemele informatice.

Din interpretarea cumulată a articolelor de lege menționate mai sus, rezultă faptul că sfera auditabilă trebuie acoperită integral într-un interval de trei ani, în funcție de riscurile asociate activităților. Astfel, structura de audit public intern trebuie organizată astfel încât să dispună de resursele necesare în vederea auditării, într-un interval de trei ani, pe bază de analiză de risc, a tuturor activităților derulate de entitatea publică.

Având în vedere prevederile legale din anexa 1 la HG nr. 1086/2013, respectiv:

- Punctul 2.4.1.2. lit. b): "planificarea anuală cuprinde misiunile ce se realizează pe parcursul unui an, ținând cont de rezultatul evaluării riscurilor și de **resursele** de audit disponibile";
- Punctul 2.4.1.3. lit. i): "Selectarea misiunilor de audit public intern în vederea cuprinderii în planuri se face în funcție de (...) **resursele** de audit disponibile";
- Punctul 2.4.1.5.3.: "Planul de audit intern cuprinde misiunile de audit public intern selectate în conformitate cu dispozițiile pct. 2.4.1.3 și cu **resursele** de audit disponibile - auditori interni, timp, resurse financiare.";
- Punctul 2.4.1.5.3.: "Șeful compartimentului de audit public intern răspunde pentru organizarea și desfășurarea activităților de audit public intern și asigură **resursele** necesare îndeplinirii în mod eficient a planului anual de audit public intern."

și ținând cont de prevederile art. 12 alin. (4) din Legea nr. 672/2002(R), respectiv: "Compartimentul de audit public intern este dimensionat, ca număr de auditori, pe baza volumului de activitate și a mărimii riscurilor asociate, astfel încât să asigure auditarea activităților cuprinse în sfera auditului

public intern", rezultă faptul că stabilirea resurselor necesare ale structurii de audit public intern (dimensionarea structurii) se poate realiza în cadrul procesului de planificare anuală și multianuală, acolo unde sunt analizate sfera auditabilă, riscurile asociate acesteia precum și resursele necesare.

La nivelul Spitalului Clinic de Recuperare Cluj Napoca, având în vedere resursa de personal existentă menționată la punctul III.6.1. de mai sus, respectiv un număr de 2 posturi ocupate, gradul de acoperire al sferei auditabile în 3 ani este de 100%.

În vederea respectării prevederilor legale și acoperirea integrală (100%) a sferei auditabile într-o perioadă de trei ani, structura de audit public intern ar avea nevoie de un număr total de 2 posturi de auditori publici interni ocupate

Partea a IV-a. Activitatea de audit public intern derulată în anul de raportare

IV.1. Planificarea activității de audit intern

Planificarea reprezintă activitatea prin intermediul căreia se pun de acord sarcinile ce trebuie îndeplinite pe o anumită perioadă de timp cu resursele disponibile pentru îndeplinirea acestor sarcini.

În ceea ce privește funcția de audit public intern, activitatea de planificare se realizează multianual, pe o perioadă de 3 ani, dar și anual. Calculul și repartizarea resurselor se realizează doar pe orizontul de timp mai scurt (1 an).

IV.1.1. Planificarea anuală și multianuală

Primul pas în realizarea planificării este identificarea sferei auditabile, care este compusă din totalitatea activităților sau structurilor care își desfășoară activitatea în cadrul entității publice.

Planificarea are la bază evaluarea riscurilor aferente activităților derulate în cadrul entității publice și prioritizarea acestor activități în funcție de scorul de risc. Acest scor de risc este cel ce va determina momentul în care respectiva activitate va fi auditată de către structura de audit public intern.

Având în vedere faptul că riscurile asociate activităților sunt generate de mediul economic și social în care activitatea este derulată, apare necesitatea ca riscurile să fie reevaluate periodic, pentru a fi urmărite în dinamica lor. În acest context, planul multianual de audit public intern trebuie actualizat anual, iar acest lucru trebuie să stea la baza elaborării planului anual de audit public intern.

De asemenea, pentru realizarea unei analize de risc fundamentate dar și pentru a reduce gradul de subiectivitate al analizei de risc, considerăm necesar utilizarea unor criterii de analiză a riscurilor bine definite, cu explicarea modalității efective de realizare a analizei de risc și de stabilire a punctajului scorului de risc.

Criteriile de analiză de risc utilizate în cadrul planificării anuale și multianuale sunt următoarele:

- Complexitatea activității;
- Perioada scursă de la ultima misiune de audit intern;
- Gradul de implementare a sistemului de control intern managerial;
- Impactul legislativ.

La nivelul Spitalului Clinic de Recuperare Cluj Napoca, a fost elaborată o procedură operațională referitoare la activitatea de planificare multianuală și anuală, iar această planificare se realizează ținând cont de activitățile din cadrul entității.

IV.2. Realizarea misiunilor de audit intern

IV.2.1. Realizarea misiunilor de asigurare

La nivelul Spitalului Clinic de Recuperare Cluj Napoca în anul 2021 au fost realizate un număr de 6 **misiuni de asigurare**. Având în vedere faptul că în cadrul unei misiuni de asigurare se pot aborda mai multe domenii, s-a constatat că în cadrul a:

- 0 misiuni de asigurare s-a abordat domeniul bugetar;
- 0 misiuni de asigurare s-a abordat domeniul financiar-contabil;
- 1 misiune de asigurare s-a abordat domeniul achizițiilor publice;
- 0 misiuni de asigurare s-a abordat domeniul resurselor umane;
- 1 misiune de asigurare s-a abordat domeniul IT;
- 0 misiuni de asigurare s-a abordat domeniul juridic;
- 0 misiuni de asigurare s-a abordat domeniul fondurilor comunitare;
- 3 misiuni de asigurare s-a abordat domeniul funcțiilor specifice entității;
- 0 misiuni de asigurare s-a abordat domeniul SCM/SCIM;
- 1 misiune de asigurare s-au abordat alte domenii.

În cadrul misiunilor de audit public intern derulate în cursul anului 2021 au fost constatate un număr de 0 **iregularități**, astfel:

Domeniul	Număr iregularități constatate
Bugetar	0
Financiar-contabil	0
Achizițiilor publice	0
Resurse umane	0
Tehnologia informației	0
Juridic	0
Fonduri comunitare	0
Funcțiile specifice entității	0
SCM/SCIM	0
Alte domenii	0
TOTAL	0

Recomandările neînsușite reprezintă recomandările care au fost incluse în raportul final de audit public intern, dar pentru care conducătorul entității publice nu și-a dat avizul în conformitate cu prevederile punctului 6.6.6. din HG nr. 1086/2013, menționând în mod expres acest lucru. În conformitate cu legislația aplicabilă în vigoare, aceste recomandări trebuie aduse la cunoștința UCAAPI, împreună cu consecințele neimplementării lor.

În anul 2021 nu au fost recomandări neînsușite de către conducătorul entității publice.

Referitor la **urmărirea implementării recomandărilor**, această activitate se referă la recomandările formulate de către structura de audit public intern în cadrul misiunilor de asigurare anterioare și pentru care structura de audit public intern are obligația urmăririi modului de implementare.

În acest context, **în cursul anului 2021** au fost urmărite un număr de 28 recomandări, cu următoarele rezultate:

- 17 recomandări implementate, din care:
 - 14 recomandări implementate în termenul stabilit;
 - 3 recomandări implementate după termenul stabilit;

- 7 recomandări parțial implementate (în curs de implementare), din care:
 - 5 recomandări pentru care termenul de implementare stabilit nu a fost depășit;
 - 2 recomandări cu termenul de implementare depășit;

- 4 recomandări neimplementate, din care:
 - 0 recomandări pentru care termenul de implementare stabilit nu a fost depășit;
 - 4 recomandări cu termenul de implementare depășit.

Domeniul	Număr de recomandări implementate		Număr de recomandări parțial implementate		Număr de recomandări neimplementate	
	în termenul stabilit	după termenul stabilit	pentru care termenul de implementare stabilit nu a fost depășit	cu termenul de implementare depășit	pentru care termenul de implementare stabilit nu a fost depășit	cu termenul de implementare depășit
Bugetar						
Financiar-contabil						
Achizițiilor publice	5					
Resurse umane						
Tehnologia informației	4					1
Juridic						
Fonduri comunitare						
Funcțiile specifice entității	5	3	5	2		3
SCM/SCIM						
Alte domenii						
TOTAL 1	14	3	5	2		4
TOTAL 2	17		7		4	

IV.2.2. Realizarea misiunilor de consiliere

În anul de raportare nu au fost derulate misiuni de consiliere, dar, compartimentul Audit al Spitalului Clinic de Recuperare Cluj Napoca a oferit consultanță următoarelor structuri ale spitalului :

- **Serviciului Resurse umane, normare, organizare, salarizare**, la revizuirea
 - Procedurii pentru stabilirea limitelor de competență a personalului în domeniul comunicării cu pacientul/apaținătorii, ediția I, revizia 1 (cod procedură PO_RUNOS_001);

- **Blocului alimentar**, la revizuirea
 - Procedurii operaționale privind modul de realizare a meniurilor zilnice, ediția I, revizia 1 (cod procedură PO_BA_001)

- **Blocului operator**, la revizuirea
 - Procedurii privind îngrijirea și supravegherea perioperatorie a pacientului operat, ediția I, revizia 2 (cod procedură PO_BO_001)

- **Compartimentului de prevenire a infecțiilor asociate actului medical**, la revizuirea
 - Procedurii de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale în SCR, ediția II, revizia 2 (cod procedură PO_CPIAAM_001);

- **Comisiei de Calitate a îngrijirilor**, la revizuirea
 - Procedurii privind prevenirea ulcerelor de presiune (escare), ediția II, revizia 1 (cod procedură PO_ASMED_004);

- Procedurii operaționale de distribuire a alimentelor către pacienți , ediția I, revizia 1 (cod procedură PO_ASMED_006);
- Procedurii operaționale pentru organizarea activității medicale pentru spitalizarea continuă și spitalizarea de zi în contextul epidemiei COVID-19, ediția I, revizia 3 (cod procedură PO_MED_003);
- Procedurii privind managementul sindromului de epuizare profesională în rândul personalului, ediția I, revizia 1 (cod procedură PO_MED_023).

IV.2.3. Realizarea misiunilor de evaluare a activității de audit intern

Nu a fost cazul. Nu s-au realizat misiuni de evaluare a activității de audit public intern, entitatea neavând subordonate.

Partea a V-a – Comitetul de Audit Intern

Nu este cazul

Partea a VI-a – Concluzii

VI.1. Concluzii privind activitatea de audit public intern desfășurată la nivelul instituției publice

Din analiza aspectelor prezentate în capitolele anterioare ale raportului privind activitatea de audit public intern, se desprind următoarele puncte tari și puncte slabe, astfel:

Puncte tari :

- La nivelul Spitalului Clinic de Recuperare Cluj Napoca este organizat și exercitat auditul;
- Există o bună colaborare / comunicare a auditorilor interni cu conducerea instituției;
- Plasarea funcției de audit intern în subordinea directă și nemijlocită a celei mai înalte poziții manageriale din organigrama Spitalului Clinic de Recuperare Cluj Napoca, conferă independență auditorilor interni față de structurile auditate;
- Continuarea procesului de consolidare a funcției de audit, ca urmare a independenței compartimentului și obiectivității auditorilor interni în activitățile desfășurate;
- Nu au fost încălcări ale regulilor și principiilor de conduită etică sau încălcări ale legii privind conflictul de interese.

Puncte slabe :

- Neparticiparea la cursuri de perfecționare ce vizează auditul public intern și / sau alte forme de instruire cu aplicații în domeniul sanitar

VI.2. Concluzii privind activitatea de audit public intern desfășurată la nivelul entităților subordonate, aflate în coordonare sau sub autoritate

Nu este cazul. Spitalul Clinic de Recuperare Cluj Napoca nu are entități subordonate.

Partea a VII-a – Propuneri pentru îmbunătățirea activității de audit public intern

VII.1. Propuneri privind îmbunătățirea activității de audit public intern desfășurată la nivelul instituției publice

Pentru creșterea calității activității de audit intern, desfășurată la nivelul Spitalului Clinic de Recuperare Cluj Napoca, propunem următoarele măsuri :

- Îmbunătățirea permanentă a pregătirii profesionale a auditorilor interni prin participarea la cursuri de perfecționare profesională, studiu individual a legislației specifice domeniilor auditabile;
- Participarea la întâlniri și instruiți comune cu alți auditori interni;
- Întocmirea sau actualizarea și publicarea unor ghiduri procedurale privind auditul public intern al activităților din domeniul sanitar, de către specialiștii UCAAPI.

VII.2. Propuneri privind îmbunătățirea activității de audit public intern desfășurată la nivelul entităților subordonate, aflate în coordonare sau sub autoritate

Nu este cazul. Spitalul Clinic de Recuperare Cluj Napoca nu are entități subordonate.

Întocmit,

Coordonator compartiment Audit: ec. Adrian Turc – auditor intern

Inf. Dădulescu Ana Maria – auditor intern

