**SC Kardinal One Medical SRL**

**Sediu principal : Timisoara , str Razboieni 5/7 , jud. Timis** **Punct de lucru secundar: Ciacova, P-ta Cetatii 60-62 ,jud. Timis**
**Cod unic de inregistrare fiscala 39011692** **Nr de inregistrare ONRC J35/801/2018**
**Cont IBAN Trezoreria Timisoara RO86TREZ6215069XXX026601** **Cont IBAN BRD RO05BRDE360SV6611290360**
**Aviz Min Sanatatii nr XI/A/Reg.1/9230/NT/8346/18.09.2020** **Autorizatie sanitara de functionare nr 20541/207/R /10.08.2020**
**tel 0737519140** **Email: kardinalonemedical@gmail.com**

# PLAN DE MANAGEMENT AL RISCURILOR CLINICE/NECLINICE LA

# KARDINAL ONE MEDICAL

# 2025

**MANAGER ,**

**Dr Bungau Codruta**

# Elaborarea si implementarea registrului riscurilor medicale /nemedicale

In conformitate cu **standardul 8 din Ord 600/2018** orice entitate publica este obligata sa organizeze si sa implementeze un proces de management al riscurilor care sa faciliteze indeplinirea obiectivelor acesteia in conditii de economicitate,eficienta si eficacitate .Prin extensie ,se adopta aceasta cerinta si la unitatea privata pe care o conduc,dovedindu-se utilitatea ei

**Conducerea entitatii** :

-stabileste vulnerabilitatile si amenintarile aferente obiectivelor si activitatilor care pot afecta atingerea acestora

- evalueaza riscurile prin estimarea probabilitatii de materializare

-ierarhizeaza riscurile

-le prioritizeaza in functie de toleranta la risc

-stabileste strategia de gestionare a riscuriloR

-identifica cele mai adecvate modalitati de tratare a riscurilor

-monitorizeaza implementarea masurilor de control stabilite si revizuirea acestora in functie de eficacitatea rezultatelor

-raportarea anuala a situatiei riscurilor

**Responsabilii cu riscurile de la nivelul compartimentelor**

- colecteaza riscurile aferente activitatilor

-identifica strategia de risc

-elaboreaza registrul riscurilor la nivel de compartimente

-propun masuri de control

-monitorizeaza implementarea acestora

-le raporteaza anual conducatorului entitatii

**Informarea anuala** este analizata si aprobata in **comisia de monitorizare** si adusa la cunostiinta **conducatorului entitatii**

Calitatea ingrijirilor medicale reprezinta o prioritate a managementului spitalicesc modern ,de care depinde perceptia comunitatii asupra serviciilor oferite ,adresabilitatea si in final sustenabilitatea spitalului,pentru ca aceasta perceptie poate balansa serios bugetul de venituri si cheltuieli al institutiei .

Demersul este colectiv ,strategic si determinant pentru parcursul institutiei pe termen mediu si lung ,avand ca tinta finala obtinerea certificarii ANMCS ciclul 2 ,care garanteaza furnizarea de servicii de sanatate la standarde europene .

**Responsabil de proces** -RMC/manager/director medical

**Resurse materiale/ financiare** –investitie asociat unic

## AUDITUL CLINIC

<< Auditul clinic este parte integranta a Guvernantei Clinice a unui sistem de sanatate,iar Guvernanta Clinica reprezinta cadrul general pe baza caruia se poate determina responsabilitatea organizatiilor din sanatate pentru imbunatatirea continua a standardelor privind calitatea serviciilor si siguranta pacientului,prin asigurarea unui climat propice pentru dezvoltarea excelentei clinice >>

**British Medical Jornal , 4 July 1998**

**Auditul clinic** intern compara practicile de asistenta medicala in baza unui referential pentru a stabili calitatea acestor practici si rezultatul ingrijirii in vederea imbunatatirii lor .

**Auditul clinic** este cel mai complex instrument de analiza retrospectiva a activitatii.

**Auditul clinic** trebuie desfasurat sistematic,astfel incat sa faca parte din expertiza furnizorului de servicii medicale .

**Auditul clinic** nu garanteaza calitatea actului medical,dar garanteaza ca unitatea face un act medical de calitate .De aceea,temele propuse auditarii trebuie sa fie prioritati ale unitatii respective .

**Auditul clinic** ajuta la:

- **stabilirea nivelului de competenta** al unui spital dat de:

-resursa umana

-experienta echipei

-existenta resurselor necesare

-existenta protocoalelor

-**evaluarea corecta a nevoilor medicale** si **internarea asumata** in functie de **nivelul de competenta**

-**autoevaluarea practicii** fiecarei sectii prin analiza periodica

-**identificarea evenimentelor adverse** si analiza lor

**Auditul clinic** trebuie :

-sa fie un **proces educational** care sa faca parte din practica de rutina

-sa se bazeze pe **standarde cunoscute**

-sa concluzioneze- **schimbari organizationale**

-**schimbari de reglementare la nivelul sistemului**

**Eficacitatea** si **eficienta** actului medical se definesc prin :

1 -**maximizarea rezultatelor** care conteaza pentru pacient /beneficiilor pacientului cuantificate prin - supravietuire

-functionalitate -gradul de recuperare dupa boala

-intervalul de timp pana la revenirea la activitatea normala ,anterioara imbolnavirii

-prejudiciile suferite

2-**reducerea evenimentelor adverse**

3-**costuri minime pentru sistem**

**Temele de audit** tin seama de :

-frecventa unei practici -cu cat o practica este mai frecventa ,cu atat creste riscul erorilor aferente ei

-existenta unei mari variabilitati in cadrul aceleasi practici

-caracterul critic pentru pacienti

-potentialul de imbunatatire si de motivare a profesionistilor

**Managerul entitatii** -stabileste : - contextul /utilitatea misiunii de audit

-obiectivul/durata misiunii

-echipa de audit

-seful echipei de audit

-participa la - desfasurarea misiunii de audit

- la comunicarea rezultatelor

Activitatea echipei de audit este **voluntara** si **neremunerata** .

**Echipa de audit** trebuie sa posede abilitati metodologice ,sa fie profesionisti in tema implicata .Optim ea cuprinde intre 2-3 persoane , obligatoriu un membru al SMC si un membru din structura auditata .

Echipa de audit clinic este parte integranta a **SMC** .

Misiunile de audit se planifica **anual** .

In cazul in care se produc evenimente indezirabile ,echipa de audit poate propune managerului **misiuni suplimentare**.

Pot propune misiuni de audit -managerul

-SMC

-orice structura functionala din cadrul spitalului

-sefii de compartiment

Odata stabilite **scopul** si **obiectivele** misiunii de audit ,se parcurg etapele:

**-alegerea temei**

**-alegerea referentialelor**

**-colectarea datelor**

**-prelucrarea datelor**

**-stabilirea concluziilor si a unui plan de masuri**

**-implementarea schimbarilor**

Este obligatorie **auditarea rezultatelor** prin monitorizare ,astfel incat au loc

-colectarea unui nou set de date

-analiza datelor reevaluate

-analiza imbunatirilor obtinute

**Referentialele** pot fi :-ghiduri clinice

-standarde nationale si internationale

-ghiduri metodologice

-reglementari legale /administrative

**Indicatorii** vizati se grupeaza in:

-**indicatori de structura** -privesc resursele umane,materiale, organizationale etc

-**indicatori de proces** -se refera la procesele de ingrijire ,de comunicare ,de luare a deciziilor etc

-**indicatori de rezultat** -masoara consecintele proceselor asupra evolutiei clinice sau asupra starii pacientilor

Un indicator este o dovada admisa de majoritate ca permite o apreciere obiectiva ,valida,cu privire la conformitatea practicii evaluate .

**Indicatorii** pot fi -**calitativi** -stabilesc nivelul de conformare binar -DA/NU

**-cantitativi**-stabilesc valori numerice

Un indicator trebuie sa : - reflecte realitatea

- fie relevant pentru calitate

-fie realizabil

- fie validabil

- aiba potential de imbunatatire

-aiba o valoare tinta ,optim exprimata procentual

**Tipul de studiu** in cadrul misiunii de audit poate fi :

**-abordarea prospectiva**

**-observarea directa**

**-abordarea retrospectiva**

**Analiza datelor** are drept scop adoptarea masurilor necesare reducerii diferentelor intre practica reala si referentialul de bune practici ,prin identificarea **cauzelor** diferentelor constatate ,care pot fi de natura - profesionala

-organizationala

-institutionala

-personala

Pentru fiecare criteriu deficitar va fi identificata natura problemelor .

Se vor prioritiza cauzele luand in considerare frecventa,gravitatea si consecintele acestora

**Diagrama Paretto** stabileste ca 20 % din cauzele identificate sunt responsabile de 80 % din erori .

**Planul de imbunatatire** este un ansamblu de masuri corective care difera in functie de frecventa si severitatea consecintelor determinate de diferentele relevate de auditul clinic .

**Schimbarile** asteptate pot viza practici,mijloace,protocoale terapeutice ,proceduri etc

In concluzie ,auditul clinic este un domeniu nou de activitate,pentru care personalul nu este inca suficient pregatit , cu o organizare mai mult formala si cu o rezistenta a profesionistilor fata de evaluarea activitatii profesionale .

**Responsabil de proces** -RMC /director medical

**Resurse materiale/financiare-investitie asociat unic**

# PLANUL DE AUDIT CLINIC 2024

1.Auditarea parametrilor de activitate -DMS mediu /sectie,DMS mediu /caz DRG ,comparativ cu DMS national pe sectie cu acelasi profil si pe acelasi cod DRG

-cost mediu /caz
-cost mediu/boala
-cost mediu/ boala /comparativ intre medici pt acelasi diagnostic principal DRG
Responsabil-RMC,director medical ,director financiar

2.Corelarea consumului de medicamente /materiale sanitare cu adresabilitatea si nivelul activitatii
Responsabil -RMC si director medical

3.Auditarea externarilor la cerere -cauze
Responsabil- RMC si director medical

4.Auditarea eficientei utilizarii serviciilor de sanatate din spital
Responsabil- RMC,director medical,director financiar

5.Auditarea consumului de antibiotice pe medic/sectie/pacient
Responsabili- RMC ,CPCIAAM,director medical

6.Auditarea nivelului de conformare a personalului medical/nemedical la cerinta de formare profesionala si educatie medicala continua
Responsabil- RMC ,director medical,

7.Auditarea numarului si cauzelor de transfer interspitalicesc
Responsabil -dir med,RMC

8.Analiza abordarii integrate a cazurilor din perspectiva multidisciplinaritatii/transdisciplinaritatii/interdisciplinaritatii ,ca mijloc de crestere a calitatii actului medical
Responsabil -director medical ,RMC

9.Auditarea concordantei intre necesarul estimat al resurselor umane si cel existent in compartimentele clinice din perspectiva OMS 1224/2010 ,dar si a volumului,complexitatii ingrijirilor medicale ,gradului de dependenta al pacientilor
Responsabil-RMC ,asistent sef,director medical

10.Auditarea nivelului de implementare al standardului << COMUNICARE >> din OSG 600/2018 -evaluarea pe teren a satisfactiei pacientului din perspectiva comunicarii cu medicul curant si personalul de ingrijire -asistenti si infirmiere medicale
Responsabil-RMC ,director medical,asistent sef

11.Auditarea pe teren de catre personalul SMC a gradului de satisfactie al pacientilor din perspectiva calitatii hranei,confortului hotelier ,atitudinii personalului medical,acordarea la timp si de calitate a serviciilor medicale (respectarea orarului de administrare a medicatiei,recoltarea analizelor ,efectuarea investigatiilor etc
Responsabil- RMC

Comisiile de audit vor fi stabilite ulterior .

Rezultate asteptate -cresterea gradului de satisfactie al pacientilor tratati

-scaderea numarului de evenimente adverse

-scaderea numarului de reclamatii

-scurtarea timpilor de asteptare

-scaderea ratei de transfer

-scaderea mortalitatii intraspitalicesti

-acreditarea cu nivel ridicat de incredere in urma auditului ANMCS

Indicatori monitorizati-numar chestionare de satisfactie cu peste 90 % grad de satisfactie declarat

-rata transferurilor catre alte unitati spitalicesti

-timpii de asteptare de la prezentarea la spital si pana la primul consult medical

-indicele de mortalitate

-nivelul de acreditare

-numar de evenimente adverse raportate

-numar de rapoarte de audit cu neconformitati

**.IDENTIFICAREA,PREVENIREA SI COMBATEREA RISCURILOR IN ORGANIZATIE .CONTROLUL MANAGERIAL INTERN**

OSG 600 /2018 stabileste cadrul legislativ de implementare a activitatii de control managerial in institutiile publice . Prin extensie ,ele vor fi adoptate si in unitatea privata .

Prin exercitarea functiei de control,conducerea constata abaterile rezultatelor de la tintele stabilite ,analizeaza cauzele care le-au determinat si dispune masurile corective sau preventive care se impun .

Controlul managerial reprezinta ansamblul formelor de control exercitate de la nivelul entitatii ,inclusiv auditul intern,stabilite de conducere in concordanta cu obiectivele acesteia si cu reglementarile legale,in vederea asigurarii administrarii fondurilor in mod economic,eficient si eficace .

Obiectivele controlului managerial intern are 3 categorii de obiective :

-obiective operationale

-obiective de raportare

-obiective de conformitate

Sistemul de control managerial opereaza cu o diversitate de procedee,mijloace,actiuni,dispozitii.

Instrumentarul de control poate fi clasificat in 6 grupe mari: obiective,resurse,sistem informational,organizare,proceduri si control.

Construirea unui sistem de control managerial solid este un proces de durata care necesita eforturi importante din partea intregului personal al entitatii si in mod deosebit din partea personalului cu functii de conducere.

Standardele controlului managerial sunt :

1.**MEDIUL DE CONTROL** –standard 1-Etica si integritatea

-standard 2-Atributii,functii ,sarcini

-standard 3-Competenta,performanta

-standard 4-Structura organizatorica

2.**PERFORMANTA SI MANAGEMENTUL RISCULUI**

-Standard 5-Obiective

-Standard 6-Planificarea

-Standard 7-Monitorizarea performantelor

-Standard 8-Managementul riscurilor

3.**ACTIVITATI DE CONTROL**

-Standard 9-Proceduri

-Standard 10-Supravegherea

-Standard 11-Continuarea activitatii

4.**INFORMAREA SI COMUNICAREA**

-Standard 12-Informarea si comunicarea

-Standard 13-Gestiunea documentelor

-Standard 14-Raportarea contabila si financiara

5.**EVALUARE SI AUDIT**

-Standard 15-Evaluarea sistemului de control managerial

-Standard 16-Auditul intern

## STANDARDUL 1-ETICA SI INTEGRITATEA

Conducerea si salariatii entitatii cunosc si sustin valorile etice si valorile entitatii,respecta si aplica reglementarile cu privire la etica integritate,evitarea conflictelor de interese,prevenirea si raportarea fraudelor,actelor de coruptie si semnalarea neregulilor.

Conducerea adopta un cod de conduita ,dezvolta si implementeaza politici si proceduri privind integritatea,valorile etice,evitarea conflictelor de interese ,prevenirea si raportarea fraudelor

## STANDARD 2-ATRIBUTII,FUNCTII,SARCINI

Conducerea entitatii asigura intocmirea si actualizarea documentelor privind misiunea entitatii publice ,a regulamentelor interne ,a fiselor de post pe care le comunica salariatilor

## STANDARD 3—COMPETENTA,PERFORMANTA

Conducerea entitatii asigura ocuparea posturilor de catre persoane competente ,carora le incredinteaza sarcini potrivit competentelor, si asigura conditii pentru imbunatatirea pregatirii profesionale a salariatilor .

Performantele individuale se evalueaza cel putin o data pe an

## STANDARD 4-STRUCTURA ORGANIZATORICA

Conducatorul entitatii defineste structura organizatorica ,competentele,responsabilitatile,sarcinile,relatiile organizatorice si comunica salariatilor documentele specifice ale structurii organizatorice .

Incadrarea cu personal se regaseste in organigrama .

Structura organizatorica se stabileste in concordanta cu misiunea si scopul entitatii,astfel incat sa sprijine procesul decizional printr-o printr-o delegare adecvata a responsabilitatilor si sa serveasca realizarii in conditii de eficienta,eficacitate si economicitate obiectivele stabilite .

Conducerea analizeaza periodic gradul de adaptabilitate a structurii organizatorice la modificarile intervenite in interiorul entitatii .

## STANDARD 5-OBIECTIVE

Conducerea entitatii stabileste obiectivele generale astfel incat acestea sa fie corelate cu misiunea si scopurile entitatii ,cu respectarea principiilor de economicitate ,eficienta si eficacitate .

Fiecarui obiectiv i se ataseaza indicatori de performanta SMART.

Obiectivele sunt cuprinse in Planul de management anual si in Planul strategic .

## STANDARD 6-PLANIFICAREA

Conducerea entitatii intocmeste planuri sau alte documente de planificare prin care se pun in concordanta activitatile necesare pentru atingerea tuturor obiectivelor stabilite cu resursele maxim posibil de alocat,astfel incat riscurile susceptibile sa afecteze realizarea obiectivelor entitatii sa fie minime .

Conducerea entitatii elaboreaza un plan strategic prin care se stabilesc obiectivele entitatii pe termen lung,mediu si scurt si un plan anual de management.

## STANDARD 7-MONITORIZAREA PERFORMANTELOR

Conducatorul entitatii monitorizeaza performantele activitatilor compartimentelor din subordine,individual,prin indicatori de performanta prestabiliti cantitativi,calitativi

Cel putin o data pe an se intocmeste un raport centralizat ,anual,care evalueaza performanta organizatiei in ansamblu

## STANDARD 8-MANAGEMENTUL RISCULUI

Entitatile isi stabilesc propriul proces de management al riscurilor care sa faciliteze realizarea obiectivelor acesteia in conditii de economicitate ,eficienta si eficacitate .Acesta trebuie adaptat dimensiunii ,complexitatii si mediului specific,in vederea identificarii tuturor surselor posibile de risc si pentru eliminarea probabilitatii si impactului riscurilor .

Conducerea entitatii stabileste vulnerabilitatile si amenintarile aferente obiectivelor si activitatilor ,care pot afecta atingerea acestora .

Conducatorul entitatii are obligatia organizarii si implementarii unui proces eficient de management a riscurilor,in principal prin :

-identificarea riscurilor in stransa legatura cu activitatile din cadrul obiectivelor specifice a caror realizare ar putea fi afectata de materializarea riscurilor

-identificarea vulnerabilitatilor in activitatile curente care ar putea conduce la nerealizarea obiectivelor

-evaluarea riscurilor prin estimarea probabilitatii de materializare, a impactului asupra activitatilor din cadrul obiectivelor in cazul in care acestea se materializeaza

-prioritizarea riscurilor in functie de toleranta la risc

-stabilirea strategiei de gestionare a riscurilor -raspunsul la risc ,identificarea celor mai adecvate modalitati de tratare a riscurilor,inclusiv masuri de control

-analiza si gestionarea riscurilor in functie de limita de toleranta la risc aprobata de conducerea unitatii

Raportarea situatiei riscurilor se efectueaza cel putin o data pe an,dar si ori de cate ori este nevoie .

Fiecare compartiment are desemnat un responsabil cu riscurile .

Fiecare responsabil cu riscurile din compartimente colecteaza riscurile aferente activitatilor ,identifica startegia de risc,elaboreaza Registrul riscurilor ,propune masuri de control si monitorizeaza implementarea acestora ,dupa ce in prealabil au fost aprobate de conducatorul entitatii.

In registrul riscurilor se trateaza doar riscurile semnificative

Masurile de control aprobate de conducatorul unitatii au caracter obligatoriu .

Toate aceste aspecte sunt monitorizate de Comisia de monitorizare la nivel de spital.

Registrul riscurilor la nivel de spital se afla in atasament.

## STANDARD 9-PROCEDURI

Conducerea entitatii asigura elaborarea procedurilor documentate intr-un mod unitar pentru procesele majore sau activitatile semnificative desfasurate in cadrul entitatii si le aduce la cunostiinta angajatilor.

Pentru ca procedurile sa devina instrumente eficace de de control intern,trebuie sa fie documentate,sa se refere la procesele importante,sa asigure o separare corecta a functiilor de initiere ,verificare,avizare,si aprobare a operatiunilor ,sa fie simple,complete si precise,actualizate in permanenta,aduse la cunostiinta personalului implicat

Structura procedurilor trebuie sa fie in conformitate cu legislatia in vigoare .

## STANDARD 10-SUPRAVEGHEREA

Conducerea entitatilor initiaza,aplica si dezvolta instrumente adecvate de supervizare si control al proceselor si activitati specifice compartimentului ,in scopul realizarii acestora in conditii de economicitate,eficienta,eficacitate,siguranta si legalitate .

Supravegherea activitatilor este adecvata in masura in care fiecarui salariat i se comunica atributiile,responsabilitatile si limitele de competenta atribuite ,se evalueaza sistematic activitatea fiecarui salariat , se aproba rezultatele activitatii in diverse etape de realizare a acesteia.

## STANDARD 11-CONTINUITATEA ACTIVITATII

Eventualele discontinuitati in activitate pot fi legate de fluctuatia personalului ,lipsa de coordonare ,management defectuos ,fraude,distrugerea sau pierderea documentelor,disfunctionalitati ale echipamentelor,schimbari de proceduri,instabilitate politica sau legislativa

Planul de continuitate a activitatii trebuie sa fie cunoscut ,accesibil si aplicat de catre salariatii spitalului.

Masurile de asigurare a continuitatii activitatii sunt:

-identificarea functiilor critice /echipamentelor critice si elaborarea de proceduri

-delegarea in caz de absente temporare

-angajarea de personal in locul celor pensionati sau plecati din entitate din alte considerente

-achizitii pentru inlocuirea unor echipamente necorespunzatoare din dotare

-service pt echipamentele din dotare

## STANDARDUL 12-INFORMARE SI COMUNICARE

In entitate trebuiesc stabilite tipurile de informatii,continutul,calitatea,frecventa,sursele ,destinatarii acestora . Se va dezvolta un sistem eficient de comunicare interna si externa ,astfel incat conducerea si salariatii sa isi poata indeplini in mod eficace si eficient sarcinile,iar informatiile sa ajunga complete si la timp la utilizatori .

Calitatea informatiilor si comunicarea eficienta sprijina conducerea si salariatii entitatii in indeplinirea sarcinilor ,responsabilitatilor si in atingerea obiectivelor,inclusiv a scopului privind controlul managerial

Informatia trebuie sa fie corecta ,credibila,clara,competenta,completa,oportuna,utila de inteles si de receptat.

Sistemul de comunicare trebuie sa fie flexibil ,rapid, atat in interiorul entitatii publice ,cat si in exterior .

Sistemele IT sprijina managementul adecvat al datelor,inclusiv administrarea bazelor de date si asigurarea calitatii datelor .

Sistemele de management a datelor si procedurile de operare sunt in conformitate cu politica IT a entitatii ,masurile obligatorii de securitate si regulile privind protectia datelor personale.

## STANDARDUL 13-GESTIONAREA DOCUMENTELOR

Conducatorul entitatii organizeaza si gestioneaza procesul de creare,revizuire,organizare,stocare,utilizare,identificare si arhivare a documentelor interne si a celor provenite din exteriorul entitatii,oferind control asupra ciclului complet de viata al acestora si accesibilitate conducerii si salariatilor entitatii,precum si tertilor abilitati

La nivelul fiecarui compartiment se tine evidenta documentelor primite si eliberate .

In entitate vor fi implementate masuri de securitate pentru protejarea documentelor impotriva distrugerii ,furtului,pierderii,incendiului ,precum si masuri de respectarea a reglementarilor privind protectia datelor cu caracter personal.

In entitatea publica este creat un sistem de pastrare/arhivare a documentelor ,potrivit unei proceduri,in vederea asigurarii conservarii lui in bune conditii si pentru a fi accesibile personalului competent in a le utiliza .

## STANDARDUL 14-RAPORTAREA CONTABILA SI FINANCIARA

Conducatorul entitatii asigura buna desfasurare a proceselor si exercitarea formelor de control adecvate care garanteaza ca datele si informatiile aferente utilizate pentru intocmirea situatiilor contabile anuale si a rapoartelor financiare sunt corecte ,complete si furnizate la timp.

Conducatorul entitatii este responsabil de organizarea si tinerea la zi a contabilitatii si de prezentarea la termen a situatiilor financiare asupra situatiei patrimoniului aflat in administrarea sa ,precum si a executiei bugetare ,in vederea asigurarii exactitatii tuturor informatiilor contabile aflate sub controlul sau .

## STANDARDUL 15-EVALUAREA SISTEMULUI DE CONTROL MANAGERIAL INTERN

Conducatorul atribuie responsabilitati de evaluare conducatorilor compartimentelor,elaborand in acest sens politici,programe si planuri.

Conducatorul entitatii elaboreaza anual un raport asupra propriului sistem ,intocmit in urma evaluarii CMI prin intermediul compartimentelor ,cf anexei 3 si 4.

Deficientele identificate in procesul de autoevaluare se transpun intr-un plan de masuri ce fac obiectul unui program anual de dezvoltare.

## STANDARDUL 16-AUDITUL INTERN

Neaplicabil in unitatile private

Manager,

Dr Bungau Codruta