



INSTITUȚIA MEDICO-SANITARĂ PUBLICĂ
INSTITUTUL ONCOLOGIC

ORDIN
mun. Chișinău

„02” februarie 2026

Nr. 22

***Cu privire la aprobarea Planului anual de activitate
a Secției audit intern pentru anul 2026***

Întru realizarea prevederilor art. 23 din Legea nr. 229/2010 privind controlul financiar public intern, în temeiul pct. 53 lit. t) din Regulamentul de organizare și funcționare a Instituției Medico-Sanitare Publice Institutul Oncologic, aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății nr. 406 din 05.05.2023,

ORDON:

1. Se aprobă Planul anual de activitate a Secției audit intern pentru anul 2026, conform anexei.
2. Angajații IMSP Institutul Oncologic vor acorda asistența necesară în vederea realizării acțiunilor stabilite conform Planului.
3. Secția audit intern va asigura executarea acțiunilor din Planul nominalizat, prin:
 - 3.1. Asigurarea realizării acțiunilor în termenii stabiliți;
 - 3.2. Respectarea cadrului legislativ și normativ aferent domeniului;
 - 3.3. Remiterea copiei Planului anual de activitate a Secției audit intern pentru anul 2026 în adresa Ministerului Finanțelor și Curții de Conturi, în modul și forma stabilită;
 - 3.4. Raportarea în modul și forma stabilită a gradului de realizare a activităților planificate pentru anul 2026.
4. Prevederile prezentului ordin se aduc la cunoștință persoanelor vizate.
5. Controlul executării prezentului ordin mi-l asum.

Director

Ruslan BALTAGA

PLANUL DE ACTIVITATE AL SECȚIEI AUDIT INTERN pentru anul 2026

Secția audit intern (SAI) este o subdiviziune structurală autonomă în cadrul Instituției Medico-Sanitare Publice Institutul Oncologic, și se subordonează direct directorului instituției.

În activitatea sa SAI exercită atribuțiile funcționale independente și obiectiv.

MISIUNEA SAI este:

- de a acorda consultanță conducerii IMSP Institutul Oncologic cu privire la procesele de management al riscurilor și de control, și de a oferi recomandări privind îmbunătățirea eficacității acestora, generând valoare adăugată și îmbunătățind activitățile întregii entități;
- de a asigura consilierea conducerii privind buna funcționare a sistemelor de management și control din cadrul entității;
- de a efectua activități de audit public intern în vederea evaluării dacă sistemul de management financiar și control al IMSP Institutul Oncologic este transparent și conform cu normele de legalitate, regularitate, economicitate, eficiență și eficacitate.

SCOPUL SAI este de a ajuta IMSP IO să atingă obiectivele stabilite potrivit unor direcții ca de exemplu:

- respectarea conformității cu cadrul legal, normativ și procedural;
- îmbunătățirea managementului riscului;
- existența controlului intern managerial la toate nivelurile ierarhice;
- îmbunătățirea eficienței și eficacității proceselor operaționale spitalicești;
- activități de consiliere și asigurare, menite să adauge valoare și să îmbunătățească procesele din cadrul IMSP IO.

În activitatea sa SAI se bazează pe următoarele **principii**:

- integritate;
- prezentare corectă;
- responsabilitate profesională;
- confidențialitate;
- independență;
- abordare bazată pe dovezi;
- abordare bazată pe risc.

PRINCIPALELE DIRECTIVE ALE PLANULUI:

- i. Vom continua să ne concentrăm asupra identificării și evaluării riscurilor semnificative pentru entitate inclusiv riscurile de corupție. Prin analize detaliate și colaborare strânsă cu alte subdiviziuni, ne propunem să consolidăm mecanismele de control intern pentru a minimiza impactul riscurilor potențiale.
- ii. Ne-am propus să desfășurăm audituri cuprinzătoare ale diverselor funcții și procese pentru a evalua eficiența operațională și a identifica oportunități de îmbunătățire. Aceste activități vor furniza informații valoroase pentru luarea deciziilor și optimizarea resurselor.
- iii. Un accent deosebit va fi pus pe asigurarea conformității cu normele și reglementările în vigoare, precum și promovarea unui mediu de lucru etic și responsabil. Vom desfășura audituri dedicate pentru a verifica respectarea politicilor și procedurilor stabilite în acest sens.
- iv. Ne propunem să consolidăm procesul de raportare, asigurându-ne că rezultatele auditurilor sunt prezentate într-o manieră clară și accesibilă. De asemenea, vom menține o comunicare deschisă cu conducerea și celelalte subdiviziuni pentru a asigura implementarea eficientă a recomandărilor noastre.

OBIECTIVELE GENERALE:

1. Asigurarea desfășurării activității de audit intern în conformitate cu Standardele Naționale de Audit Intern (SNAI) și normele metodologice de audit intern în sectorul public (NMAISP), cât și de audit intern pe sistemul de management al calității conform SM EN ISO 9001:2015 și SM EN ISO 19011:2018;
2. Asigurarea dezvoltării continue a activităților SAI cu aplicarea tehnicilor de management al riscurilor;
3. Asigurarea promovării necesității implementării și dezvoltării sistemului de control financiar public intern;
4. Asigurarea coordonării implementării/realizării Planului de dezvoltare strategică a IMSP IO pentru anii 2022-2026;
5. Asigurarea menținerii și îmbunătățirii Sistemului de Management al Calității.

***Notă:** Riscurile asociate realizării parțiale sau nerealizării planului de activitate al SAI pot fi: insuficiență sau lipsă de resurse, solicitări multiple de activități ad-hoc și/sau consiliere, implicare în alte activități specifice instituției, restricții la realizarea activităților stabilite, impedimente în procesul de colectare a probelor, restricții cauzate de situații de urgență.*

PLANIFICARE DUPĂ OBIECTIVE:

- ❖ **Obiectivul I.** Asigurarea desfășurării activității de audit intern în conformitate cu Standardele Naționale de Audit Intern (SNAI) și normele metodologice de audit intern în sectorul public (NMAISP), cât și de audit intern pe sistemul de management al calității conform SM EN ISO 9001:2015 și SM EN ISO 19011:2018:

1.1. Misiuni de asigurare

Nr. d/o	Titlul misiunii audit	Categoria de risc	Responsabili de proces	Perioada/durata/zile	Indicatori de performanță	Echipa de audit
1.	Evaluarea gestionării resurselor economice și prestării serviciilor medicale eficiente și viabile în domeniul chirurgical	Ridicat	Conform responsabililor de proces	02.02.2026-12.05.2026 73 zile	1) Raport de audit intern aprobat; 2) 90 % de recomandări acceptate; 3) 75% din recomandările acceptate implementate	Echipa de control instituită prin Ordinul directorului IMSP IO nr. 14 din 15.01.2026
2.	Evaluarea gestionării resurselor economice și prestării serviciilor medicale eficiente și viabile în domeniul terapiei oncologice	Ridicat	Conform responsabililor de proces	01.06.2026-07.10.2026 93 zile	1) Raport de audit intern aprobat; 2) 90 % de recomandări acceptate; 3) 75% din recomandările acceptate implementate	Echipa de control instituită prin Ordinul directorului IMSP IO nr. 13 din 15.01.2026
3.	Auditul procesului de management și control intern al activității Parcului auto cu accent pe conformitate	Scăzut	Parcul auto	16.11.2026-20.11.2026 5 zile	1) Raport de audit intern aprobat; 2) 90 % de recomandări acceptate; 3) 75% din recomandările acceptate implementate	SAI

1.2. Monitorizarea implementării recomandărilor

Nr. d/o	Activități planificate	Subdiviziuni auditate	Termeni stabiliți	Indicatori de performanță	Responsabili
4.	Elaborarea ordinului și Planului de acțiuni privind rezultatele misiunii de audit, termenii, responsabilii de implementare a recomandărilor	Subdiviziuni auditate	Conform termenilor stabiliți în ordin cu privire la rezultatele misiunii de audit și planul de acțiuni	*Ordin cu privire la rezultatele de audit; *Planul de acțiuni, privind implementarea recomandărilor elaborat și aprobat	Echipa de audit, SMC, SAI
5.	Monitorizarea implementării recomandărilor stabilite în Planul de acțiuni aprobat	Subdiviziuni auditate	Conform termenilor stabiliți în Planul de acțiuni cu privire la implementarea recomandărilor, de regulă la finele anului	*Recomandări implementate de către subdiviziunile auditate	Echipa de audit, SMC, SAI

1.3. Supervizarea misiunilor de audit:

Nr. d/o	Activități planificate	Subdiviziuni auditate	Perioada desfășurării	Indicatori de performanță	Responsabili
6.	Supervizarea misiunilor de audit intern planificate și ad-hoc, inclusiv elaborarea, prezentarea raportului final	Subdiviziuni auditate	În termenii stabiliți de programul misiunii de audit	*Documentele aferente planificării, testării și raportării misiunii de audit intern; *Raportul final al misiunii de audit intern (după caz, note informative)	SAI

1.4. Efectuarea misiunilor AD-HOC:

Nr. d/o	Activități planificate	Subdiviziuni auditate	Perioada desfășurării	Indicatori de performanță	Responsabili
7.	Efectuarea misiunilor ad-hoc la solicitarea/indicația directorului; conducătorilor de subdiviziuni cu acordul directorului	Subdiviziuni auditate	La solicitare și/sau Ordinul privind efectuarea	*Documente aferente testării în cadrul misiunii; *Raport de audit sau notă-	SAI, SMC, Echipa de control

				raport; *Recomandări acceptate și implementate în termenii stabiliți	
--	--	--	--	---	--

❖ **Obiectivul II.** Asigurarea dezvoltării continue a activităților SAI cu aplicarea tehnicilor de management al riscurilor:

2.1. Elaborarea și actualizarea actelor interne ce reglementează activitatea de audit intern

	Activități planificate	Perioada desfășurării	Indicatori de performanță	Responsabil
1.	Revizuirea și actualizarea Cartei de audit intern (Regulamentul de organizare și funcționare), fișelor postului	La necesitate, după caz	Carta de audit intern, fișe de post revizuite, modificate și aprobate	SAI
2.	Elaborarea Planului anual de activitate desfășurat	Februarie 2026, prezentarea către director, Ministerul Finanțelor și Curtea de Conturi	Plan anual elaborat, prezentat și aprobat	SAI
3.	Revizuirea/actualizarea Registrului riscurilor SAI pentru anul 2026	Trimestrul I, 2026	Registrul riscurilor SAI revizuit și actualizat	SAI
4.	Revizuirea/actualizarea Registrului riscurilor general pe IMSP IO pentru anul 2026	Trimestrul I-II, 2026	Registrul riscurilor general pe IMSP IO revizuit și actualizat	Subdiviziunile structurale, SMC
5.	Formarea profesională continuă	Pe parcursul anului, pentru auditori interni cel puțin 40 ore	Certificat ce confirmă instruirea	SAI
	Organizarea instruirii interne	Conform solicitărilor subdiviziunilor IMSP IO	Înregistrare/documentare în formular	SRU, Subdiviziunile structurale
	Participarea la instruirile externe	Conform Programului de instruire a Direcției de	Certificate ce confirmă instruirea	Ministerul Finanțelor Entități

		politici în domeniul control financiar public intern a Ministerului Finanțelor și altor entități autorizate		autorizate
6.	Raportul anual al activității de audit intern în sectorul public, conform cadrului metodologic	*februarie 2026, aprobat de director, transmis către Curtea de Conturi, Ministerul Finanțelor, Direcția de politici al controlului financiar public intern	Raport elaborat, aprobat și remis cu scrisoare de însoțire	SAI, Director
7.	Raportul anual privind autoevaluarea, raportarea sistemului de control intern managerial și emiterea Declarației de răspundere managerială	*februarie 2026, aprobat și semnat de director și transmis către Ministerul Sănătății, Direcția management instituțional	Raport elaborat, aprobat și remis cu scrisoare de însoțire, cu includerea „opinieii auditului intern”	SMC, SAI, Director

❖ **Obiectivul III.** Asigurarea promovării necesității implementării și dezvoltării sistemului de control financiar public intern:

3.1. Dezvoltarea în cadrul instituției a sistemelor adecvate de control intern managerial în baza următoarelor componente:

A. MEDIUL DE CONTROL				
	Activități planificate	Perioada desfășurării	Indicatori de performanță	Responsabil
1.	Mediatizarea problemei privind responsabilitățile de control	Pe parcursul anului, la solicitare	* Seminare de mediatizare și instruire a conducătorilor/angajaților, privind responsabilitățile de control intern managerial realizate, suport la locul de muncă	SMC, Șefii subdiviziunilor structurale

2.	Evaluarea mediului de control intern	Pe parcursul analizei datelor privind sistemul de control intern existent	*Raport elaborat, prezentat și aprobat	Șefii subdiviziunilor structurale, SMC, SAI
3.	Oferirea de consiliere/consultanță pentru îmbunătățirea proceselor și controalelor interne	La solicitare	Consiliere și consultanță oferită la solicitare	SMC, SAI, Serviciul juridic
4.	Colaborarea cu auditorii externi, revizori, personalul organelor de control în vederea asigurării unei evaluări eficiente	Când este cazul	Evaluare eficientă asigurată în colaborarea, după caz, cu auditorii externi, revizori, personalul organelor de control	SMC, SAI, Serviciul juridic

B. MANAGEMENTUL PERFORMANTELOR ȘI AL RISCURILOR

5.	Instruirea conducătorilor, angajaților, privind managementul performanțelor și al riscurilor, inclusiv prin suport la locul de muncă	Pe parcursul anului, la solicitare	*Seminare de mediatizare și instruire a conducătorilor, angajaților privind responsabilitățile de control intern managerial realizate. *Mecanism de management al riscurilor pe bază de obiective funcțional. *Registrul riscurilor generalizat pe instituție elaborat *Plan de management al riscurilor generalizat pe instituție elaborat și aprobat	Șefii subdiviziunilor structurale, SMC
6.	Perfecționarea sistemelor curente de stabilire a obiectivelor și identificare, evaluare, control, monitorizare și raportare a riscurilor	În procesul de analiză a datelor privind sistemul de control intern managerial		
7.	Evaluarea managementului performanțelor și al riscurilor	În procesul de analiză a datelor privind sistemul de control intern managerial		

C. ACTIVITĂȚI DE CONTROL

8.	Instruirea conducătorilor/angajaților privind identificarea și descrierea proceselor, inclusiv prin suport la locul de muncă	Pe parcursul anului, la solicitare	*Seminare de instruire a conducătorilor/angajaților privind identificarea și descrierea proceselor, suport la locul de muncă.	Șefii subdiviziunilor structurale, SMC
----	--	------------------------------------	---	--

9.	Descrierea și revizuirea, după caz, a proceselor de bază	Pe parcursul anului, la solicitare	*Procese operaționale și de suport identificate.	
10.	Evaluarea sistematică ulterioară a descrierii și revizuirii, după caz, a proceselor de bază	Pe parcursul anului, la solicitare	*Procese de bază descrise și revizuite, după caz.	
D. INFORMAȚIA ȘI COMUNICAREA				
11.	Evaluarea sistemelor curente de informare și comunicare internă	În funcție de evaluarea riscurilor	Raport elaborat, prezentat și aprobat	Șefii subdiviziunilor structurale, SMC, STI
E. MONITORIZAREA ȘI EVALUAREA				
12.	Monitorizarea continuă a sistemelor de control intern managerial din cadrul instituției	Pe parcursul derulării misiunilor de audit intern	Raport elaborat, prezentat și aprobat	SMC, echipele de audit

3.2. Consolidarea procesului curent de evaluare, raportare a funcționalității sistemului de control intern managerial, precum și de emitere a declarației privind buna guvernare

	Activități planificate	Perioada desfășurării	Indicatori de performanță	Responsabil
13.	Instruirea managerilor/angajaților privind procesul de autoevaluare a sistemelor curente de control intern managerial, inclusiv prin suport la locul de muncă	La solicitare	Raport de autoevaluare a sistemelor curente de control intern managerial întocmit, suport la locul de muncă oferit	SMC, SAI
14.	Identificarea punctelor slabe la evaluarea și raportarea sistemului de control intern managerial	În cadrul misiunilor de audit intern	Puncte slabe la evaluarea și raportarea sistemului de control intern managerial identificate	Șefii subdiviziunilor structurale, SMC, SAI

❖ **Obiectivul IV.** Asigurarea menținerii și îmbunătățirii sistemului de management al calității (SMC) în cadrul subdiviziunilor instituției:

	Activități planificate	Perioada desfășurării	Indicatori de performanță	Responsabil
1.	Elaborarea Programului anual de audit intern pe marginea aplicării și funcționării	La solicitare	Program anual de audit intern pe marginea aplicării și	SMC, SAI

	cerințelor SMC		funcționării cerințelor SMC elaborat și aprobat	
2.	Identificarea punctelor slabe la evaluarea și raportarea sistemului de control intern managerial	În cadrul misiunilor de audit intern	Puncte slabe la evaluarea și raportarea sistemului de control intern managerial identificate	Șefii subdiviziunilor structurale, SMC, SAI
3.	Acordarea suportului metodologic în vederea aplicării cerințelor sistemului de management al calității potrivit cerințelor standardului ISO 9001:2015	La solicitarea subdiviziunilor structurale	Suport metodologic la solicitare acordat	SMC, SAI
4.	Revizuirea și ajustarea procedurilor SMC conform cerințelor standardelor internaționale ISO 9001:2015	La necesitate	Proceduri SMC revizuite și ajustate conform cerințelor standardelor internaționale ISO 9001:2015	Responsabilii de proces, SMC
5.	Analiza și elaborarea Raportului anual privind funcționarea Sistemului de management al calității	februarie 2026	Raport anual privind funcționarea SMC elaborat și aprobat	SMC

❖ **Obiectivul V.** Asigurarea implementării Planului strategic de dezvoltare a IMSP IO 2022-2026:

	Activități planificate	Perioada desfășurării	Indicatori de performanță	Responsabil
1.	Instruirea managerilor operaționali, privind corectitudinea stabilirii obiectivelor, activităților de performanță prin utilizarea analizei SWOT	La solicitare	Instruiri la solicitare realizate	SMC
2.	Coordonarea realizării Planului strategic de dezvoltare a IMSP IO 2022-2026strategic	Pe parcursul anului	Acțiuni realizate în termen	Șefii subdiviziunilor structurale, SMC
3.	Gradul de realizare a Planului strategic de dezvoltare a IMSP IO 2022-2026strategic	Februarie 2026	Raport privind gradul de realizare a Planului strategic	Șefii subdiviziunilor structurale, SMC