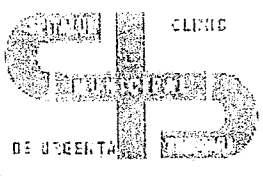

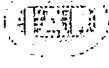


7-1436

17.01.2022

 <p>CLINIC DE URGENTA</p> <p>ANIMAT</p> <p>ambulatoriu, urgenta si PROIECTII DE ACRII DE FAREL</p>	<p>SPITALUL CLINIC MUNICIPAL DE URGENTA TIMISOARA</p> <p>Numar Operator de date cu caracter personal : 07028 Str. Hector Nr. 2 A, Timisoara, Timis – RO, 300041 Tel : 0256 200048, 0256 221555, Fax: 0256 200046 http://www.spitalul-municipal-timisoara.ro E-mail: secretariat@smtim.ro Cod Fiscal: 4483447</p>	<p>SC SCUI SC 14001 SC 15001</p>  
---	--	--

ANEXA 3

REGULAMENTUL INTERN AL COMISIEI DE MONITORIZARE CU ATRIBUȚII DE MONITORIZARE, COORDONARE ȘI ÎNDRUMARE METODOLOGICĂ A PRIVIND SISTEMUL PROPRIU DE CONTROL INTERN/MANAGERIAL DENUMITĂ ÎN CONTINUARE, CM, ACTUALIZATA PRIN DISPOZIȚIA MANAGERULUI NR.11/17.01.2021

1. CONSTITUIRE

- (1) În cadrul SC MUT, funcționează Comisia cu atribuții de monitorizare, coordonare și îndrumare metodologică a privind sistemul propriu de control intern/managerial denumită în continuare, CM, actualizata prin dispoziția managerului Nr.11/17.01.2021;
- (2) CM este condusă de un președinte și un vicepreședinte, are în componența sa reprezentanți ai compartimentelor organizatorice din spital.

2. SEDINTELE DE LUCRU :

- (1) Au loc periodic, semestrial sau mai des, dacă este cazul.
- (2) Ședințele sunt conduse de președintele CM. În caz de indisponibilitate a președintelui CM, acesta va fi suplinit de vicepreședinte, desemnat de către președinte. În caz de indisponibilitate a unui membru, acesta poate fi suplinit de o persoană desemnată de către acesta, din cadrul compartimentului pe care îl conduce sau din care face parte.
- (3) În cadrul CM pot funcționa unul sau mai multe grupuri de lucru pentru activități specifice. Componența grupurilor de lucru se stabilește prin nominalizarea persoanelor de către responsabilii de compartimente membri ai CM;
- (4) La solicitarea Comisiei CM, la ședințele sale sau în grupurile de lucru pe care aceasta le constituie, pot participa și alți reprezentanți din compartimentele instituției, a căror contribuție este necesară în vederea realizării atribuțiilor Comisiei CM și a celorlalte cerințe.
- (5) Solicitățile Comisiei CM, adresate responsabililor de compartimente și/sau subordonaților acestora, în contextul prevederilor de la alin. (4), reprezintă sarcini de serviciu.
- (6) În cadrul ședințelor CM se primesc, se discută, analizează și se aprobă documentele sistemului de control managerial: program, obiective, acțiuni, măsuri pentru dezvoltarea sistemului, proceduri documentate generale ale sistemului, implementare, monitorizare, masuri ale Planului de dezvoltare a sistemului de control intern, de aplicare și urmarire a masurilor propuse pentru imbunatatirea sistemului de control intern managerial
- (7) Solicitarea de aprobare a diferitelor documente din partea compartimentelor, sectiilor, laboratoarelor și birourilor spitalului, va figura pe ordinea de zi a următoarei ședințe a CM; solicitarea de aprobare va fi însoțită de documentele respective în format electronic și va fi înaintată cu cel puțin 15 zile înainte de data organizării ședinței. Secretariatul CM, va pune la dispoziția membrilor CM și/sau a grupului de lucru toate documentele pentru a permite analizarea acestora și emiterea unui punct de vedere oficial în cadrul ședinței.
- (8) Ședințele CM se consemnează în Procesele Verbrale de ședință care se înregistrează în Registrul de Procese Verbrale al CM.

3 MEMBRII COMISIEI CM CONFORM RESPONSABILITĂȚILOR DIN FISA POSTULUI

- (1) transpun în practica curentă prevederile Programului de Implementare și Dezvoltare SCIM, a Programelor și planurilor elaborate care cuprind obiective, acțiuni, responsabilități, termene precum și alte măsuri necesare dezvoltării SCIM, din cadrul SCMUT .
- (2) participă la ședințele CM, a subcomisiilor sau grupurilor de lucru constituite în cadrul acestora, la data, ora și locul unde acestea au fost stabilite.
- (3) nominalizează participanții la diferite subcomisii sau grupuri de lucru pentru activități specifice ale CM -ului.
- (4) în caz de indisponibilitate, acesta desemnează o altă persoană din cadrul compartimentului pe care îl conduce sau face parte pentru participarea la ședințele CM.
- (5) asigură aprobarea și transmiterea la termenele de timp stabilite a informărilor/ rapoartelor referitoare la progresele înregistrate cu privire la dezvoltarea sistemului de control managerial, managementul calității serviciului și inventarul măsurilor privind implementarea prevederilor SNA în raport cu programele și planurile adoptate, la nivelul compartimentului pe care îl conduce.

4 DECIZIILE

- (1) deciziile CM se iau prin consensul membrilor prezenți.
- (2) în situația în care consensul nu poate fi obținut, președintele CM poate propune luarea deciziei prin votul a jumătate plus unu din totalul membrilor prezenți.
- (3) în cazul în care se constată egalitate de voturi, votul președintelui CM este decisiv.
- (4) punctele aflate pe ordinea de zi care nu sunt discutate în ședința în care au fost propuse pot, după caz și la dispoziția președintelui CM, să fie amânate pentru ședința următoare.
- (5) măsurile cu privire la neîndeplinirea responsabilităților, CM va avea în vedere reglementările pentru neîndeplinirea sarcinilor de serviciu privind activitatea personalului contractual, reglementată prin Codul Muncii

5. CONFORM ART 3 DIN OSGG 600/2018 :

- (1) În vederea monitorizării, coordonării și îndrumării metodologice a implementării și dezvoltării sistemului de control intern managerial, conducătorul entității publice constituie, prin act de decizie internă, o structură cu atribuții în acest sens, denumită **Comisia de monitorizare**.
- (2) Comisia de monitorizare cuprinde conducătorii compartimentelor incluse în primul nivel de conducere din structura organizatorică a entității publice, cu excepția compartimentului de audit public intern; în cazul entităților publice locale care nu au o structură organizatorică dezvoltată, Comisia de monitorizare poate cuprinde reprezentanți ai compartimentelor, desemnați.
- (3) Comisia de monitorizare este coordonată de către un președinte, care poate fi conducătorul entității sau o altă persoană de conducere cu autoritate, delegată de acesta și asistată de un secretariat tehnic.
- (4) Modul de organizare și de lucru al Comisiei de monitorizare se află în responsabilitatea președintelui acesteia și se stabilește în funcție de volumul și de complexitatea proceselor și activităților spitalului, pe baza Regulamentului de organizare și funcționare al Comisiei, care se actualizează ori de câte ori este cazul.
- (5) Președintele Comisiei de monitorizare asigură conducerea ședințelor, conform ordinei de zi și aprobă minutele ședințelor și, după caz, hotărârile acestora. În funcție de tematica ordinei de zi a ședințelor, la solicitarea președintelui Comisiei de monitorizare, pot participa și alte persoane în calitate de invitați.
- (6) Comisia de monitorizare coordonează procesul de actualizare a obiectivelor generale și specifice, a activităților procedurale, a procesului de gestionare a riscurilor, a sistemului de monitorizare a performanțelor, a situației procedurilor și a sistemului de monitorizare și de raportare, respectiv informare către conducătorul entității publice.

6. CONFORM ART 4 DIN OSGG 600/2018

- (1) În vederea consolidării unui sistem de control intern managerial, Comisia de monitorizare elaborează **Programul de dezvoltare a sistemului de control intern managerial**, denumit Program de dezvoltare, care se actualizează anual la nivelul fiecărei entități publice.
- (2) Programul de dezvoltare cuprinde obiectivele entității publice în domeniul controlului intern managerial, în funcție de stadiul implementării și dezvoltării acestuia iar pentru fiecare standard de control intern managerial se stabilesc activități, responsabili și termene, precum și alte elemente relevante în implementarea și dezvoltarea sistemului de control intern managerial.

(3) În Programul de dezvoltare se evidențiază, inclusiv acțiunile de perfecționare profesională în domeniul sistemului de control intern managerial, atât pentru persoanele cu funcții de conducere, cât și pentru cele cu funcții de execuție, prin cursuri organizate în conformitate cu reglementările legislative în domeniu.

7. CONFORM ART 5 DIN OSGG 600/2018 :

(1) Procesul de management al riscurilor se află în responsabilitatea președintelui Comisiei de monitorizare și se organizează în funcție de dimensiunea, complexitatea și mediul specific al entității publice.

(2) Pentru asigurarea unui management eficient al riscurilor la toate nivelurile entității publice, conducătorii compartimentelor de la primul nivel de conducere din structura organizatorică desemnează la nivelul acestora un responsabil cu riscurile.

(3) Responsabilii cu riscurile consiliază personalul din cadrul compartimentelor și asistă conducătorii acestora în procesul de gestionare al riscurilor.

(4) Riscurile aferente obiectivelor și/sau activităților se identifică și se evaluează la nivelul fiecărui compartiment, în conformitate cu elementele minimale din **Registrul de riscuri**; riscurile semnificative se centralizează la nivelul Comisiei de monitorizare în **Registrul de riscuri al spitalului**.

(5) Secretariatul tehnic al Comisiei de monitorizare pe baza **Registrului de riscuri** de la nivelul institutiei, propune profilul de risc și limita de toleranță la risc care sunt analizate și avizate în ședința comisiei și aprobate de către manager.

(6) Comisia de monitorizare analizează și prioritizează riscurile semnificative, care pot afecta atingerea obiectivelor entității publice, prin stabilirea profilului de risc și a limitei de toleranță la risc, anual, aprobate de către manager.

(7) Conducătorul compartimentului transmite măsurile de control pentru riscurile semnificative secretariatului tehnic al Comisiei de monitorizare, care elaborează anual **Planul de implementare a măsurilor de control** pentru riscurile semnificative la nivelul entității publice; planul este analizat de Comisia de monitorizare și aprobat de către manager

(8) Secretariatul tehnic al Comisiei de monitorizare transmite **Planul de măsuri aprobat** compartimentelor responsabile cu gestionarea riscurilor semnificative, în vederea implementării.

(9) Secretariatul tehnic al Comisiei de monitorizare elaborează, pe baza raportărilor anuale, ale conducătorilor compartimentelor de la primul nivel de conducere, privind desfășurarea procesului de gestionare a riscurilor și monitorizarea performanțelor o informare către conducătorul entității publice, **aprobată de președintele Comisiei de monitorizare**, privind desfășurarea procesului de gestionare a riscurilor și monitorizarea performanțelor la nivelul entității.

(10) Informarea cuprinde o analiză a riscurilor identificate și gestionate la nivelul compartimentelor respectiv monitorizarea obiectivelor și activităților prin intermediul indicatorilor de performanță la nivelul entității publice.

8. CONFORM ART 6 DIN OSGG 600/2018 :

(1) Conducerea entității asigură procesul de elaborarea procedurilor documentate respectiv a procedurilor de sistem și a procedurilor operaționale, pentru procesele și activitățile derulate în cadrul entității și aducerea la cunoștință personalului acesteia.

(2) În vederea îndeplinirii în condiții de regularitate, economicitate, eficiență și eficacitate a obiectivelor entităților publice, compartimentele elaborează proceduri documentate, în coordonarea Comisiei de monitorizare.

(3) Secretariatul tehnic al Comisiei de monitorizare analizează procedura din punct de vedere al respectării conformității cu structura minimală prevăzută în **Procedura documentată**.

(4) Procedurile documentate se semnează la întocmire de către responsabili de activitățile procedurale, la verificare de către conducătorul compartimentului, la avizare de către președintele Comisiei de monitorizare și se aprobă de către conducătorul entității publice sau, după caz, conform procedurii proprii stabilite la nivelul entității publice.

(5) În funcție de specificul și complexitatea activităților entității publice inclusiv a reglementărilor interne, entitățile publice își particularizează procedurile în conformitate cu o procedură de sistem proprie, având la bază obligatoriu structura minimală prevăzută în **Procedura documentată**.

9. CONFORM CAP. II PUNCT 6 DIN OSGG 600/2018 organizarea sistemului de control intern managerial al oricărei entități publice are în vedere realizarea a trei categorii de obiective, care pot fi grupate astfel:

9. CONFORM CAP. II PUNCT 6 DIN OSGG 600/2018, organizarea sistemului de control intern managerial al oricărei entități publice are în vedere realizarea a trei categorii de obiective, care pot fi grupate astfel:

- (1) Conducerea entității asigură procesul de elaborarea procedurilor documentate respectiv a procedurilor de sistem și a procedurilor operaționale, pentru procesele și activitățile derulate în cadrul entității și aducerea la cunoștință personalului acesteia.
- (2) În vederea îndeplinirii în condiții de regularitate, economie, eficiență și eficacitate a obiectivelor entităților publice, compartimentele elaborează proceduri documentate, în coordonarea Comisiei de monitorizare.
- (3) Secretariatul tehnic al Comisiei de monitorizare analizează procedura din punct de vedere al respectării conformității cu structura minimală prevăzută în *Procedura documentată*.
- (4) Procedurile documentate se semnează la întocmire de către responsabilii de activitățile procedurale, la verificare de către conducătorul compartimentului, la avizare de către președintele Comisiei de monitorizare și se aprobă de către conducătorul entității publice sau, după caz, conform procedurii proprii stabilite la nivelul entității publice.
- (5) În funcție de specificul și complexitatea activităților entității publice inclusiv a reglementărilor interne, entitățile publice își particularizează procedurile în conformitate cu o procedură de sistem proprie, având la bază obligatoriul structura minimală prevăzută în *Procedura documentată*.

8. CONFORM ART 6 DIN OSGG 600/2018 :

- (1) Conducerea entității asigură procesul de elaborarea procedurilor documentate respectiv a procedurilor de sistem și a procedurilor operaționale, pentru procesele și activitățile derulate în cadrul entității și aducerea la cunoștință personalului acesteia.
 - (2) În vederea îndeplinirii în condiții de regularitate, economie, eficiență și eficacitate a obiectivelor entităților publice, compartimentele elaborează proceduri documentate, în coordonarea Comisiei de monitorizare.
 - (3) Secretariatul tehnic al Comisiei de monitorizare analizează procedura din punct de vedere al respectării conformității cu structura minimală prevăzută în *Procedura documentată*.
 - (4) Procedurile documentate se semnează la întocmire de către responsabilii de activitățile procedurale, la verificare de către conducătorul compartimentului, la avizare de către președintele Comisiei de monitorizare și se aprobă de către conducătorul entității publice sau, după caz, conform procedurii proprii stabilite la nivelul entității publice.
 - (5) În funcție de specificul și complexitatea activităților entității publice inclusiv a reglementărilor interne, entitățile publice își particularizează procedurile în conformitate cu o procedură de sistem proprie, având la bază obligatoriul structura minimală prevăzută în *Procedura documentată*.
7. CONFORM ART 5 DIN OSGG 600/2018 :
- (1) Procesul de management al riscurilor se arță în responsabilitatea președintelui Comisiei de monitorizare și se organizează în funcție de dimensiunea, complexitatea și mediul specific al entității publice.
 - (2) Pentru asigurarea unui management eficient al riscurilor la toate nivelurile entității publice, conducătorii compartimentelor de la primul nivel de conducere din structura organizatorică desemnează la nivelul acestora un responsabil cu riscurile.
 - (3) Responsabilii cu riscurile consiliază personalul din cadrul compartimentelor și asistă conducătorii acestora în procesul de gestionare al riscurilor.
 - (4) Riscurile aferente obiectivelor și/sau activităților se identifică și se evaluează la nivelul fiecărui compartiment, în conformitate cu elementele minimale din *Registru de risc*; riscurile semnificative se centralizează la nivelul Comisiei de monitorizare în *Registru de riscuri al spitalului*.
 - (5) Secretariatul tehnic al Comisiei de monitorizare pe baza *Registru de riscuri de riscuri* de la nivelul institutiei, propune profilul de risc și limita de toleranță la risc care sunt analizate și avizate în ședința comisiei și aprobate de către manager.
 - (6) Comisia de monitorizare analizează și prioritizează riscurile semnificative, care pot afecta atingerea obiectivelor entității publice, prin stabilirea profilului de risc și a limitei de toleranță la risc, anual, aprobate de către manager.
 - (7) Conducătorul compartimentului transmite măsurile de control pentru riscurile semnificative secretariatului tehnic al Comisiei de monitorizare, care elaborează anual *Planul de implementare a măsurilor de control* pentru riscurile semnificative la nivelul entității publice; planul este analizat de Comisia de monitorizare și aprobat de către manager.
 - (8) Secretariatul tehnic al Comisiei de monitorizare transmite *Planul de măsurii aprobate* compartimentelor responsabile cu gestionarea riscurilor semnificative, în vederea implementării.
 - (9) Secretariatul tehnic al Comisiei de monitorizare elaborează, pe baza raportărilor anuale, ale conducătorilor compartimentelor de la primul nivel de conducere, privind desfășurarea procesului de gestionare a riscurilor și monitorizarea performanțelor la nivelul entității.
 - (10) Informarea cuprinde o analiză a riscurilor identificate și gestionate la nivelul compartimentelor respectiv monitorizarea obiectivelor și activităților prin intermediul indicatorilor de performanță la nivelul entității publice.

a) **Obiective operaționale** - cuprind obiectivele legate de scopurile entității publice, cu privire la eficacitatea și eficiența funcționării acesteia respectiv de utilizare în condiții de economicitate, eficiență și eficacitate a resurselor, incluzând și obiectivele privind protejarea resurselor entității publice, de utilizare inadecvată sau cu pierderi;

b) **Obiective de raportare** - cuprind obiectivele cu privire la fiabilitatea informațiilor externe și interne respectiv legate de ținerea unei contabilități adecvate, de calitatea informațiilor utilizate în entitatea publică sau difuzate către terți, precum și de protejarea documentelor împotriva a două categorii de fraude: disimularea fraudei și distorsionarea rezultatelor;

c) **Obiective de conformitate** - cuprind obiectivele privind conformitatea cu legile, regulamentele și politicile interne, respectiv legate de asigurarea că activitățile entității se desfășoară în conformitate cu obligațiile impuse de legi și de regulamente, precum și cu respectarea politicilor interne.

10. CONFORM CAP. II PUNCT 7 DIN OSGG 600/2018 proiectarea, implementarea și dezvoltarea continuă a unui sistem de control intern viabil sunt posibile numai cu condiția ca sistemul să respecte următoarele cerințe:

- să fie adaptat dimensiunii, complexității și mediului specific entității;
- să vizeze toate nivelurile de conducere și toate activitățile/operațiunile;
- să fie construit cu același "instrumentar" în toate entitățile publice;
- să asigure faptul că obiectivele entității vor fi atinse;
- costurile aplicării sistemului de control intern managerial să fie inferioare beneficiilor rezultate din acesta;
- să fie guvernat de cerințele generale minimale de management cuprinse în standardele de control intern managerial;

11. CONFORM ANEXEI I CAP. II PUNCT 9 DIN OSGG 600/2018 construirea unui sistem de control intern managerial solid este un proces de durată, care necesită eforturi importante din partea întregului personal al entității și, în mod deosebit, din partea personalului cu funcții de conducere:

12. CONFORM ANEXEI I CAP. II PUNCT 10 DIN OSGG 600/2018 activitățile specifice sistemului de control intern managerial fac parte integrantă din procesul orientat spre realizarea obiectivelor stabilite și includ o gamă diversă de politici și proceduri privind: autorizarea și aprobarea, separarea atribuțiilor, accesul la resurse și documente, verificarea, analiza performanței, revizuirea proceselor și activităților, supravegherea

13. CONFORM ANEXEI I CAP. II PUNCT 11 DIN OSGG 600/2018 entitățile publice care au implementat un sistem de management al calității sau orice alt sistem de management specific domeniului de activitate, pot răspunde la cerințele impuse de Codul controlului intern managerial, prin principiile specifice sistemului de management implementat, cu condiția ca acele principii să fie aplicate unitar la nivelul întregii entități publice. Acest fapt este evidențiat în operațiunea de evaluare a sistemului de control intern managerial prin completarea chestionarului de autoevaluare și explicarea răspunsurilor cu documente justificative specifice sistemului aplicat. Este exclusă abordarea implementării unei cerințe de management precum stabilirea obiectivelor, indicatorilor de performanță, managementul riscurilor, continuitatea activității, elaborarea procedurilor etc prin prisma mai multor sisteme și apariția riscului dublării documentelor ce justifică implementarea unei cerințe.

**AVIZAT,
PREȘEDINTE C.M
S.L. DR. MALIŢA DANIEL**

