SPITALUL CLINIC MUNICIPAL DE URGENTA TIMISOARA
Numar Operator de date cu caracter personal - 37058
Str. Hector Nr. 2A, Timisoara, Timis – RO, 300041
Tel: 0256/200048, 0256/221553, Fax: 0256/200046
http://www.spitalul-municipal-timisoara.ro
E-mail: secretariat@smtm.ro Cod fiscal: 4483447

ISO 9001
ISO 14001
ISO 45001

DECIZIE NR. 11/17.01.2021

MANAGERUL SPITALULUI CLINIC MUNICIPAL DE URGENTA TIMISOARA SL. DR. MALITA DANIEL, numit prin Dispozitia Primarului Municipiului Timisoara nr. Nr.1185/01.10.2020 in temeiul prevederilor Legii 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii si a Legii nr. 215/2001 a administratiei publice locale,

Având în vedere ORDIN nr. 600 din 20 aprilie 2018 privind aprobarea Codului controlului intern managerial al entităţilor publice

DECIDE:

Art. 1 Începând cu data prezentei se numeste **COMISIA DE MONITORIZARE, COORDONARE ȘI ÎNDRUMARE METODOLOGICĂ A IMPLEMENTĂRII SI DEZVOLTĂRII SISTEMULUI DE CONTROL INTERN MANAGERIAL** din cadrul Spitalului Clinic Municipal de Urgență Timișoara în componența din **Anexa 1** ce face parte integrantă din prezenta decizie.

Art. 2 Se aprobă Atribuțiile Comisiei de monitorizare, coordonare și îndrumare metodologică a implementării si dezvoltării sistemului de control intern managerial mentionate în **Anexa 2** la prezenta decizie.

Art. 3 Se aprobă **Anexa 3** Regulamentul intern al comisiei de monitorizare cu atributii de monitorizare, coordonare si indrumare metodologica privind sistemul propriu de control intern managerial.

Decizia va fi comunicată membrilor comisie: SERV. S.M.C, BIROU JURIDIC.

MANAGER,
SL. DR. MALITA DANIEL

AVIZAT,
BIROU JURIDIC
C.J ADELINE FODOR

SPITALUL CLINIC MUNICIPAL DE URGENȚĂ TIMIȘOARA
Număr Operator de date cu caracter personal - 37058
str. Hector Nr. 2 A, Timișoara, Timiș – RO, 300041
Tel : 0256/200048, 0256/221553, Fax: 0256/200046
http://www.spitalul-municipal-timisoara.ro
e-mail: secretariat@smtm.ro Cod fiscal: 4483447

ANMCS unitate aflată în PROCES DE ACREDITARE

ISO 9001
ISO 14001
ISO 45001

DECIZIE NR. 14/20.01.2021

MANAGERUL SPITALULUI CLINIC MUNICIPAL DE URGENTA TIMISOARA Ș.L. DR. MALIȚA DANIEL CLAUDIU, numit prin Dispozitia Primarului Municipiului Timisoara nr. 1185/01.10.2020, in temeiul prevederilor Legii 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii si a Legii nr.215/2001 a administratiei publice locale,

DECIDE:

Art.1. Începând cu data prezentei se deleagă atribuțiile de monitorizare, coordonare și îndrumare metodologică privind sistemul propriu de control intern managerial prevăzute prin DECIZIA NR. 11/17.01.2021, de la domnul MANAGER Ș.L. DR. MALIȚA DANIEL CLAUDIU la domnul DIRECTOR MEDICAL DR. DEMA SORIN ADALBERT.
Art.2. Atribuțiile domnului DIRECTOR MEDICAL DR. DEMA SORIN ADALBERT sunt anexate la prezenta decizie.
Prezenta va fi comunicată: - Domnului MANAGER Ș.L. DR. MALIȚA DANIEL CLAUDIU
- Domnului DIRECTOR MEDICAL DR. DEMA SORIN ADALBERT
- SERV. MANAGEMENTUL CALITĂȚII
- SECȚII/SERVICII/LABORATOARE/FARMACII
- SERV. RUNOS.
- BIROUL JURIDIC

MANAGER,
Ș.L. DR. MALIȚA DANIEL CLAUDIU

BIROUL JURIDIC
C.J. FODOR ADELINE MIHAELA

SPITALUL CLINIC MUNICIPAL DE URGENTA TIMISOARA
Numar Operator de date cu caracter personal - 37058
Str. Hector Nr. 2A, Timisoara, Timis – RO, 300041
Tel: 0256/200048, 0256/221553, Fax: 0256/200046
http://www.spitalul-municipal-timisoara.ro
E-mail: secretariat@smtm.ro Cod fiscal: 4483447

ISO 9001
ISO 14001
ISO 45001

APROBAT,
MANAGER-SCMUT
SL. DR.MALITA DANIEL

ANEXA 1

COMPONENȚA STRUCTURII CU ATRIBUȚII DE MONITORIZARE, COORDONARE ŞI ÎNDRUMARE METODOLOGICĂ PRIVIND SISTEMUL PROPRIU DE CONTROL INTERN/MANAGERIAL

NR. CRT	NUME ŞI PRENUME	COMPARTIMENT	FUNCȚIA ÎN COMPARTIMENT	FUNCȚIA ÎN STRUCTURĂ
1	ŞL. Dr. Malita Daniel-Claudiu	Manager	Medic	Presedinte CM
2	Dir. Dema Sorin	Director Medical	Medic	Vicepresedinte /CIM/EGR
3	Ec. Damian Sanda Georgeta	Financiar-Contabil	Director Financiar - Contabil	Vicepresedinte/ CIM/EGR
4	Dr. Onet Delia	S.P.I.A.A.M.	Sef Serviciu Medic	Vicepresedinte/ CIM/EGR
5	Gidea Ramona	Dir.Ingrij.Medicale	As.Pr Asistent Medical	Membru CIM/EGR
6	Ec. Voiculescu Viorica	Managementul Calitatii	Sef Serviciu Economist	Membru/CIM/EGR
7	Ec. Istrate Cristina	Managementul Calitatii	Consilier	Secretar/CIM/EGR
8	Cj. Muntean Ştefan	Managementul Calitatii	Consilier	Secretar/CIM/EGR
	Lista personalului cu atributii de monitorizare, coordonare si indrumare metodologica privind sistemul propriu de control intern/managerial			

LISTA PERSONALULUI CU ATRIBUŢII DE MONITORIZARE, COORDONARE ŞI ÎNDRUMARE METODOLOGICĂ PRIVIND SISTEMUL PROPRIU DE CONTROL INTERN/MANAGERIAL

Ordinul nr. 600/2018 privind aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice.

Art. 1

(1) 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.

NR. CRT.	NUME ȘI PRENUME	SECȚIE/COMPARTIMENT/ SERVICIU/LABORATOR/FARMACIE	FUNCȚIA
1	DR. BUTAS MADALINA	A.T.I. I + U.T.S. I	SEF SECTIE
2	DR. BRINCOVEANU MARIA	A.T.I. II +U.T.S. II	SEF SECTIE
3	DR. HUT FLORIN	BLOC OPERATOR I	COORDONATOR
4	DR. TALPOS SERBAN	BLOC OPERATOR II	COORDONATOR
5	DR. LUPESCU STELIAN	BLOC OPERATOR III	COORDONATOR
6	DR. BUZESCU MANUELA	BLOC OPERATOR IV	COORDONATOR
7	DR. BACILA MIHAI	BLOC OPERATOR V	COORDONATOR
8	PROF. DR.TOMESCU MIRELA	CARDIOLOGIE	SEF SECTIE
9	DR. SIMA LAURENTIU	CHIRURGIE GENERALA I	SEF SECTIE
10	CONF. DR. ILINA RAZVAN	CHIRURGIE GENERALA II - ONCOLOGICA	SEF SECTIE
11	CONF. DR. MARIUS PRICOP	CHIRURGIE ORALA SI MAXILO-FACIALA	SEF SECTIE
12	SEF LUCRARI DR. GABRIEL COZMA	CHIRURGIE TORACICA	SEF SECTIE
13	CONF. DR. PATRICIA CRISTODOR	DERMATOVENEROLOGIE	SEF SECTIE
14	FARM. SOICA CODRUTA	FARMACIA NR 1	COORDONATOR FARM.
15	FARM. SIMONA FLOREA	FARMACIA NR 2	SEF FARMACIE
16	DR. MUSTA IOAN OCTAVIAN	GASTROENTEROLOGIE	SEF COMPARTIMENT
17	DR. VANCEA CORINA	GERIATRIE SI GERONTOLOGIE	SEF COMPARTIMENT
18	CONF. DR.IONITA IOANA	HEMATOLOGIE	SEF SECTIE
19	PROF. DR. OLARIU RARES	LABORATOR DE ANALIZE MEDICALE	SEF LABORATOR
20	DR. BORLOVAN MONICA	LABORATOR DE RADIOLOGIE SI IMAGISTICA MEDICALA	SEF LABORATOR
21	PROF. DR. LIGHEZAN DANIEL	MEDICINA INTERNA	SEF SECTIE
22	SEF LUCRARI DR. POPESCU FLORINA	MEDICINA MUNCII	SEF COMPARTIMENT
23	DR. OLARIU GABRIELA	NEONATOLOGIE	SEF SECTIE
24	PROF. DR. BALICA NICOLAE	O.R.L.	SEF SECTIE
25	CONF. UNIV.DR. CHIRIAC DANIELA	OBSTRETICA–GINECOLOGIE I	SEF SECTIE
26	PROF. DR. LAURENȚIU PIRTEA	OBSTRETICA–GINECOLOGIE II	SEF SECTIE
27	SEF LUCRARI DR. DORU CIPRIAN CRISAN	OBSTRETICA–GINECOLOGIE III	SEF SECTIE
28	PROF. DR. SAS IOAN	OBSTRETICA–GINECOLOGIE IV	SEF SECTIE
29	PROF. DR. MUNTEANU MIHNEA	OFTALMOLOGIE	SEF SECTIE
30	DR. STEFAN CURESCU	ONCOLOGIE MEDICALA	SEF SECTIE
31	DR. IONITA IULIA	RADIOTERAPIE	SEF SECTIE
32	CONF. RAZVAN DRAGOI	RECUPERARE, MEDICINA FIZICA SI BALNEOLOGIE	SEF SECTIE
33	CONF. DR. FLAVIA BADERCA	SERV. ANATOMIE PATOLOGICA I	SEF SERVICIU
34	DR. MOLDOVAN MIHAELA	SERV. ANATOMIE PATOLOGICA II	SEF SERVICIU
35	PROF. DR. MEDERLE OVIDIU	U.P.U.	SEF SECTIE
36	CJ. ADELINE FODOR	COMP. JURIDIC	SEF COMPARTIMENT
37	DR. ONET DELIA	S.P.I.A.A.M.	SEF SERVICIU
38	ING. BORLOVAN DAN	S.S.M. /PSI	INGINER
39	EC. JIAN BEATRICE	SERV. ACHIZITII	SEF SERVICIU
40	ING. SZEKELY ALEXANDRU	SERV. ADMINISTRATIV	SEF SERVICIU
41	EC. MANGRA GEORGETA	SERV. APROVIZIONARE	SEF SERVICIU
42	EC. SANDOR MIHAELA	SERV. CONTABILITATE	SEF SERVICIU
43	EC. BOLDIS ROXANA	SERV. FINANCIAR	SEF SERVICIU
44	EC. VOICULESCU VIORICA	SERV. MANAGEMENTUL CALITATII	SEF SERVICIU

45	ING. PĂDURARU FLORICA DANIELA	SERV. R.U.O.N.S.	SEF SERVICIU
46	DR. GIEA LUCIA	SERV. STATISTICA MEDICALA	SEF SERVICIU
47	ING. CONSTANTINESCU DAN	SERV. TEHNIC	SEF SERVICIU
48	PSIH. ARTAN ANDRADA	COMP. DE DEZVOLTARE ŞI FINANŢĂRI EXTERNE	SEF COMPARTIMENT

LISTA PERSONALULUI DELEGAT IN ECHIPA GESTIONARII RISCURILOR LA NIVELUL SCMUT

Ordinul nr. 600/2018 privind aprobarea Codului controlului intern managerial al entităţilor publice.

Art. 2

(1) Procesul de management al riscurilor se află în responsabilitatea preşedintelui Comisiei de monitorizare şi se organizează în funcţie de dimensiunea, complexitatea şi mediul specific al entităţii publice.

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

NR. CRT.	NUME ŞI PRENUME	SECŢIE/COMPARTIMENT/ SERVICIU/LABORATOR/FARMACIE	FUNCŢIA
1	DR. FLOREA INES	A.T.I. I + U.T.S. I	MEDIC
2	DR. HORVATH ANA-MARIA	A.T.I. II + U.T.S. II	MEDIC
3	AS.DARABAN ILEANA	BLOC OPERATOR I	ASISTENT
4	DR. URECHESCU HORATIU	BLOC OPERATOR II	MEDIC
5	DR. TRUSCA DOINA	BLOC OPERATOR III	MEDIC
6	AS. SPANTIOC LILIANA	BLOC OPERATOR IV	ASISTENT
7	AS. MED. ILIESCU ILDIKO	BLOC OPERATOR V	ASISTENT
8	S.L. DR.MAVREA ADELINA	CARDIOLOGIE	MEDIC
9	DR. IONITA CLAUDIU	CHIRURGIE GENERALA I	MEDIC
10	DR. JEBEREAN ADRIAN	CHIRURGIE GENERALA II - ONCOLOGICA	MEDIC
11	DR. URECHESCU HORATIU	CHIRURGIE ORALA SI MAXILO-FACIALA	MEDIC
12	DR. IRIS MIRON	CHIRURGIE TORACICA	MEDIC
13	DR. TOMA OLIVIA	DERMATOVENEROLOGIE	MEDIC
14	FARM. ROS ANDREEA	FARMACIA NR 2	ASISTENT FARMACIE
15	FARM. VASII SABINA	FARMACIA NR 1	FARMACIST
16	DR. BASA SIMONA NORINA	GASTROENTEROLOGIE	MEDIC
17	DR.VANCEA CORINA	GERIATRIE SI GERONTOLOGIE	MEDIC
18	DR. GHILEZAN FLORICA	HEMATOLOGIE	MEDIC
19	CHIM. CAMELIA ARDELEAN	LABORATOR DE ANALIZE MEDICALE	CHIM.
20	DR. BORLOVAN MONICA DORINA	LABORATOR DE RADIOLOGIE SI IMAGISTICA MEDICALA	MEDIC
21	DR. COCEALA LIANA ROXANA	MEDICINA INTERNA	MEDIC
22	DR. KOVACS LIGIA	MEDICINA MUNCII	MEDIC
23	DR. JURASCU MADETTY	NEONATOLOGIE	MEDIC
24	DR. TRUSCA DOINA	O.R.L.	MEDIC
25	DR. AL JOBORY FLORICA	OBSTRETICA–GINECOLOGIE I	MEDIC
26	DR. SIMION MIRCEA	OBSTRETICA–GINECOLOGIE II	MEDIC
27	DR. IOIA OVIDIU	OBSTRETICA–GINECOLOGIE III	MEDIC
28	DR. LOVIN OANA	OBSTRETICA–GINECOLOGIE IV	MEDIC
29	DR. BORUGA OVIDIU	OFTALMOLOGIE	MEDIC
30	Dr.STAN ALEXANDRA -GEORGETA	ONCOLOGIE MEDICALA	MEDIC
31	AS.BADESCU ELENA	RADIOTERAPIE	ASISTENT

32	DR. POPA DANIEL	RECUPERARE, MEDICINA FIZICA SI BALNEOLOGIE	MEDIC
33	DR. GLAJA ROMANITA	SERVICIUL DE ANATOMIE PATOLOGICA I	MEDIC
34	DR. DINCULESCU TEODORA	SERVICIUL DE ANATOMIE PATOLOGICA II	MEDIC
35	AS. CAMELIA BRAD	UPU	ASISTENT
36	C.J. ADELINE FODOR	COMPARTIMENT JURIDIC	JURIST
37	DR. TRINCA BOGDAN	S.P.I.A.A.M.	MEDIC
38	ING. BORLOVAN DAN	S.S.M.	INGINER
39	EC. LEUCA MONICA	SERVICIUL ACHIZITII	ECONOMIST
40	DAMIAN CARMEN	SERVICIUL ADMINISTRATIV	FUNCTIONAR ADMINISTRATIV
41	EC. OPREA SIMONA	SERVICIUL APROVIZIONARE	ECONOMIST
42	EC. SANDOR MIHAELA	SERVICIUL CONTABILITATE	ECONOMIST
43	EC. JEBELEAN MARIA	SERVICIUL FINANCIAR	ECONOMIST
44	EC. ISTRATE CRISTINA	SERVICIUL MANAGEMENTUL CALITATII	ECONOMIST
45	EC. RUNCAN PATRICIA	SERVICIUL R.U.O.N.S.	ECONOMIST
46	STAT. MED. TOROC MIHAELA	SERVICIUL STATISTICA MEDICALA	STATISTICIAN MEDICAL
47	ING. DAMIAN REMUS	SERVICIUL TEHNIC	INGINER
48	EC.EUGEN MARINESCU	BIROUL DEZVOLTARE SI FINANTARE EXTERNA	ECONOMIST

ANEXA 2

ART. 3 ATRIBUTIILE DE MONITORIZARE, COORDONARE SI INDRUMARE METODOLOGICA PRIVIND SISTEMUL COMISIEI DE CONTROL INTERN/MANAGERIAL SUNT URMATOARELE:

• 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.

• 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.

• 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, pe baza Regulamentului de organizare și funcționare al Comisiei, care se actualizează ori de câte ori este cazul.

• Președintele Comisiei de monitorizare asigură conducerea ședințelor, conform ordinii de zi, și aprobă minutele ședințelor și, după caz, hotărârile acestora. În funcție de tematica ordinii de zi a ședințelor, la solicitarea președintelui Comisiei de monitorizare pot participa și alte persoane în calitate de invitați.

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.

• 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.

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.

• 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.

• Responsabilii cu riscurile consiliază personalul din cadrul compartimentelor și asistă conducătorii acestora în procesul de gestionare a riscurilor.

• 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 entității publice.

• 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 conducerea entității.

SECRETARIATUL TEHNIC AL COMISIEI DE MONITORIZARE pe baza Registrului de riscuri de la nivelul entității propune profilul de risc și limita de toleranță la risc care sunt analizate și avizate în ședința comisiei și aprobate de către conducătorul entității publice.

• 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 conducătorul entității publice.

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

• 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.

• 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.

CONDUCEREA ENTITĂȚII asigură procesul de elaborare a 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.

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

• Secretariatul tehnic al Comisiei de monitorizare analizează procedura din punctul de vedere al respectării conformității cu structura minimală prevăzută în Procedura documentată.

• 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.

CONDUCĂTORUL FIECĂREI ENTITĂȚI PUBLICE elaborează anual Raportul asupra sistemului de control intern managerial la data de 31 decembrie în baza art. 4 alin. (3) din Ordonanța Guvernului nr. 119/1999 privind controlul intern managerial și controlul financiar preventiv, republicată, cu modificările și completările ulterioare, conform modelului prevăzut în Instrucțiunile privind întocmirea, aprobarea și prezentarea raportului asupra sistemului de control intern managerial, care se prezintă structurii ierarhic superioare, cu încadrarea în termenul prevăzut la alin. (2).

• Controlul intern managerial este în responsabilitatea conducătorilor entităților publice, care au obligația proiectării, implementării și dezvoltării continue a acestuia. Încredințarea unor terți a realizării activităților privind implementarea și dezvoltarea sistemului de control intern managerial al entității publice presupune că, în această situație, conducătorul entității publice nu își îndeplinește propriile atribuții cu bune rezultate.

• Raportul prevăzut la alin. (1) cuprinde analiza și stadiul implementării sistemelor de control intern managerial la nivelul instituțiilor publice la care se exercită funcția de ordonator principal de credite al bugetului de stat, al bugetului asigurărilor sociale de stat sau al bugetului oricărui fond special.

Art.4 Prezenta decizie se comunica:

- Membrilor Comisiei;
- Dosar Decizii,OF. Juridic;
- Serviciului Managementul Calitatii.

AVIZAT,
PREȘEDINTE C.M.
S.L. DR. MALITA DANIEL CLAUDIU

ANEXA 3

REGULAMENTUL INTERN AL COMISIEI DE MONITORIZARE CU ATRIBUȚII DE MONITORIZARE, COORDONARE ŞI ÎNDRUMARE METODOLOGICĂ PRIVIND SISTEMUL PROPRIU DE CONTROL INTERN/MANAGERIAL

1.CONSTITUIRE

(1) În cadrul SCMUT, funcționează Comisia cu atribuții de monitorizare, coordonare şi îndrumare metodologică a privind sistemul propriu de control intern/managerial /CM

(2) CM este condusă de un preşedinte şi un vicepreşedinte, 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) Ședintele sunt conduse de preşedintele CM. În caz de indisponibilitate a preşedintelui CM, acesta va fi suplinit de vicepreşedinte, desemnat de către preşedinte. În caz de indisponibilitate a unui membru, acesta poate fi suplinit de o persoană desemnată de către acesta, din cadrul compartimentului pe care il 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 stabileşte prin nominalizarea persoanelor de către responsabilii de compartimente membri ai CM;

(4) La solicitarea Comisiei CM, la ședintele sale sau în grupurile de lucru pe care aceasta le constituie, pot participa şi alți reprezentanți din compartimentele instituției, a căror contribuție este necesară în vederea realizării atribuțiilor Comisiei CM şi a celorlalte cerințe.

(5) Solicitările Comisiei CM, adresate responsabililor de compartimente şi/sau subordonaților acestora, în contextul prevederilor de la alin. (4), reprezintă sarcini de serviciu.

(6) În cadrul ședintelor CM se primesc, se discută, analizează şi 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 intren ,de aplicare si urmarire a masurilor propuse pentru imbunatatirea sistemului de control intern managerial

(7) Solicitarea de aprobare a diferitelor documente din partea compartimentelor, sectiilor, laboratarelor si birourilor spitalului, va figura pe ordinea de zi a următoarei ședinte a CM; solicitarea de aprobare va fi însoțită de documentele respective în format electronic şi va fi înaintată cu cel putin 15 zile înainte de data organizării ședinței. Secretariatul CM , va pune la dispoziția membrilor CM şi/sau a grupului de lucru toate documentele pentru a permite analizarea acestora şi emiterea unui punct de vedere oficial în cadrul ședinței.

(8) Ședințele CM se consemnează în ProceseVerbale de ședință care se înregistrează în Registrul de Procese Verbale al CM.

3 MEMBRII COMISIEI CM CONFORM RESPONSABILITATILOR DIN FISA POSTULUI

(1) transpun în practica curentă prevederile Programului de Implementare şi Dezvoltare SCIM, a Programelor si planurilor elaborate care cuprind obiective, actiuni, responsabilitati, termene precum si alte masuri necesare dezvoltarii SCIM, din cadrul SCMUT.

(2) participă la ședințele CM, a subcomisiilor sau grupurilor de lucru constituite în cadrul acesteia, 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 il 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 calitatii serviciului si inventarul masurilor privind implementarea prevederilor SNA în raport cu programele si 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 jumatate 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, dupa caz și la dispoziția președintelui CM, să fie amânate pentru ședința urmă
(5) măsurile cu privire la neîndeplinirea responsabilităților, CM va avea în vedere reglementările pentru neindeplinirea sarcinilor de serviciu privind activitatea personalului contractual, reglementată prin Codul Muncii

5. CONFORM ART 3 DIN OSGG 600/2018 :

(1) În vederea monitorizării, coordonării şi îndrumării metodologice a implementării şi dezvoltării sistemului de control intern managerial, conducătorul entităţii publice constituie, prin act de decizie internă, o structură cu atribuţii 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, desemnat
(3) Comisia de monitorizare este coordonată de către un preşedinte, 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 şi de lucru al **Comisiei de monitorizare** se află în responsabilitatea preşedintelui acesteia şi se stabileşte în funcţie de volumul şi de complexitatea proceselor şi activităţilor spitalului, pe baza Regulamentului de organizare şi funcţionare al Comisiei, care se actualizează ori de câte ori este cazul.
(5) Preşedintele Comisiei de monitorizare asigură conducerea şedinţelor, conform ordinei de zi şi aprobă minutele şedinţelor şi, după caz, hotărârile acestora. În funcție de tematica ordinei de zi a ședințelor, la solicitarea preşedintelui Comisiei de monitorizare, pot participa şi alte persoane în calitate de invitați.
(6) Comisia de monitorizare coordonează procesul de actualizare a obiectivelor generale şi specifice, a activităţilor procedurale, a procesului de gestionare a riscurilor, a sistemului de monitorizare a performanțelor, a situației procedurilor și a sistemului de monitorizare şi 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 entităţi 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 şi alte elemente relevante în implementarea şi dezvoltarea sistemului de control intern managerial.
(3) În Programul de dezvoltare se evidenţiază, inclusiv acţiunile de perfecţionare profesională în domeniul sistemului de control intern managerial, atât pentru persoanele cu funcţii de conducere, cât şi pentru cele cu funcţii de execuţie, 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 preşedintelui Comisiei de monitorizare şi se organizează în funcţie de dimensiunea, complexitatea şi mediul specific al entităţii publice.

(2) Pentru asigurarea unui management eficient al riscurilor la toate nivelurile entităţii 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 şi asistă conducătorii acestora în procesul de gestionare al riscurilor.

(4) Riscurile aferente obiectivelor şi/sau activităţilor se identifică şi 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 şi limita de toleranţă la risc care sunt analizate şi avizate în şedinţa comisiei şi aprobate de către manager.

(6) **Comisia de monitorizare analizează şi prioritizează riscurile semnificative**, care pot afecta atingerea obiectivelor entităţii publice, prin stabilirea profilului de risc şi a limitei de toleranţă 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 entităţii publice; planul este analizat de Comisia de monitorizare şi 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 desfăşurarea procesului de gestionare a riscurilor şi monitorizarea performanţelor o informare către conducătorul entităţii publice, **aprobată de preşedintele Comisiei de monitorizare**, privind desfăşurarea procesului de gestionare a riscurilor şi monitorizarea performanţelor la nivelul entităţii.

(10) Informarea cuprinde o analiză a riscurilor identificate şi gestionate la nivelul compartimentelor respectiv monitorizarea obiectivelor şi activităţilor prin intermediul indicatorilor de performanţă la nivelul entităţii publice.

8.CONFORM ART 6 DIN OSGG 600/2018 :

(1) Conducerea entităţii asigură procesul de elaborarea procedurilor documentate respectiv a procedurilor de sistem şi a procedurilor operaţionale, pentru procesele şi activităţile derulate în cadrul entităţii şi aducerea la cunoştinţă personalului acesteia.

(2) În vederea îndeplinirii în condiţii de regularitate, economicitate, eficienţă şi eficacitate a obiectivelor entităţilor 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 conformităţii cu structura minimală prevăzută în *Procedura documentată*.

(4) Procedurile documentate se semnează la întocmire de către responsabili de activităţile procedurale, la verificare de către conducătorul compartimentului, la avizare de către preşedintele Comisiei de monitorizare şi se aprobă de către conducătorul entităţii publice sau, după caz, conform procedurii proprii stabilite la nivelul entităţii publice.

(5) În funcţie de specificul şi complexitatea activităţilor entităţii publice inclusiv a reglementărilor interne, entităţile publice îşi 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 entităţi publice are în vedere realizarea a trei categorii de obiective, care pot fi grupate astfel:

a)Obiective operaţionale - cuprind obiectivele legate de scopurile entităţii publice, cu privire la eficacitatea şi eficienţa funcţionării acesteia respectiv de utilizare în condiţii de economicitate, eficienţă şi eficacitate a resurselor, incluzând şi obiectivele privind protejarea resurselor entităţii publice, de utilizare inadecvată sau cu pierderi;

b) Obiective de raportare - cuprind obiectivele cu privire la fiabilitatea informaţiilor externe şi interne respectiv legate de ţinerea unei contabilităţi adecvate, de calitatea informaţiilor utilizate în entitatea publică sau difuzate către terţi, precum şi de protejarea documentelor împotriva a două categorii de fraude: disimularea fraudei şi distorsionarea rezultatelor;
c) Obiective de conformitate - cuprind obiectivele privind conformitatea cu legile, regulamentele şi politicile interne, respectiv legate de asigurarea că activităţile entităţii se desfăşoară în conformitate cu obligaţiile impuse de legi şi de regulamente, precum şi cu respectarea politicilor interne.

10. CONFORM CAP. II PUNCT 7 DIN OSGG 600/2018 proiectarea, implementarea şi dezvoltarea continuă a unui sistem de control intern viabil sunt posibile numai cu condiţia ca sistemul să respecte următoarele cerinţe:
- să fie adaptat dimensiunii, complexităţii şi mediului specific entităţii;
- să vizeze toate nivelurile de conducere şi toate activităţile/operaţiunile;
- să fie construit cu acelaşi "instrumentar" în toate entităţile publice;
- să asigure faptul că obiectivele entităţii 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 1 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 entităţii şi, în mod deosebit, din partea personalului cu funcţii de conducere:

12. CONFORM ANEXEI 1 CAP. II PUNCT 10 DIN OSGG 600/2018 activităţile specifice sistemului de control intern managerial fac parte integrantă din procesul orientat spre realizarea obiectivelor stabilite şi includ o gamă diversă de politici şi proceduri privind: autorizarea şi aprobarea, separarea atribuţiilor, accesul la resurse şi documente, verificarea, analiza performanţei, revizuirea proceselor şi activităţilor, supravegherea

13. CONFORM ANEXEI 1 CAP. II PUNCT 11 DIN OSGG 600/2018 entităţile publice care au implementat un sistem de management al calităţii 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 entităţi publice. Acest fapt este evidenţiat în operaţiunea de evaluare a sistemului de control intern managerial prin completarea chestionarului de autoevaluare şi 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 activitaţii, elaborarea procedurilor etc prin prisma mai multor sisteme şi apariţia riscului dublării documentelor ce justifică implementarea unei cerinţe.

AVIZAT,
PREȘEDINTE C.M
S.L. DR. MALITA DANIEL