



MINISTERUL TRANSPORTURILOR ȘI INFRASTRUCTURII

SPITALUL CLINIC CĂI FERATE IAȘI

Iași, Cod 700506, Str. Garabet Ibrăileanu, Nr. 1, C.I.F.: 4981239, E-mail: [spitalcfiasi@yahoo.com](mailto:spitalcfiasi@yahoo.com)  
Tel.: 0232/216422 Secretariat Tel./Fax: 0232/264013 Web: [www.spitaluniversitarcfiasi.ro](http://www.spitaluniversitarcfiasi.ro)

# ORGANIZARE ȘEDINȚE COMISIE DE MONITORIZARE

## PS 07

### **NOTĂ:**

Acest document este proprietatea intelectuală a Spitalului Clinic Căi Ferate Iași.

Reproducerea integrală sau parțială a acestui document este permisă numai cu acordul prealabil scris și înregistrat al managerului spitalului.

Constituie abatere disciplinara necunoașterea și/sau neaplicarea întocmai a cerințelor prezentului document.

Aceasta abatere va fi sancționată conform art. 247, 248 și art. 250-252 din Codul Muncii, actualizat.

### **Revizie**

Revizia acestui document se face ținând cont de rezultatele implementării indicatorilor de monitorizare de structura, proces, rezultatelor obținute, modificări legislative, modificări de circuite, reorganizări interne, etc.

Revizia nu este obligatorie decât dacă se îndeplinesc cel puțin unul dintre criteriile sus menționate.



SPITALUL CLINIC  
CĂI FERATE IAȘI

## ORGANIZARE ȘEDINȚE COMISIE DE MONITORIZARE

Cod: PS 07

Ed.: 2

Rev.: 0

Pag.: 1 / 6

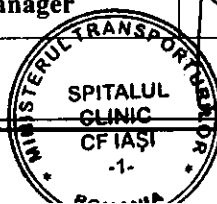
### Situația edițiilor și a reviziilor în cadrul edițiilor procedurii

Nr crt	Ediția/ revizia în cadrul ediției	Componența revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediției sau reviziei ediției
1	1/0	- integral	- elaborare inițială	
2	2/0	- integral	-modificare machetă procedură, actualizare descriere procedură	27.07.2022

### Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea și aprobarea ediției sau, după caz, a reviziei în cadrul ediției procedurii.

Nr crt.	Elaborat / verificat / avizat / aprobat	Nume și prenume	Funcția	Semnătura	Data
1	Elaborat	Dr. Stela-Maria LEONTE	Responsabil cu managementul calității		02.06.2022
2	Verificat/Avizat juridic	Av. Petru MANIȚA	Avocat		14.06.2022
3	Avizat	Dr. Izabela-Lăcrămioara FRUNZĂ	Membru Comisia Monitorizare		05.07.2022
4	Aprobat	Dr. Mihai GLOD	Manager		19.07.2022

Exemplar nr.:





SPITALUL CLINIC  
CĂI FERATE IAȘI

## ORGANIZARE ȘEDINȚE COMISIE DE MONITORIZARE

Cod: PS 07

Ed.: 2

Rev.: 0

Pag.: 2 / 6

### CUPRINS:

1. SCOP.....	2
2. DOMENIU DE APLICARE.....	2
3. DEFINIȚII ȘI ABREVIERILE.....	2
4. DOCUMENTE DE REFERINȚĂ.....	2
5. DESCRIEREA PROCEDURII.....	3
5.1. Generalități, responsabilitate.....	3
5.2. Organizare și funcționare.....	3
5.3 Elaborarea, verificarea și aprobarea procedurilor.....	4
5.4 Elaborarea altor documente specifice SCIM.....	5
6. RESPONSABILITĂȚI.....	5
7. EVIDENȚE ȘI ÎNREGISTRĂRI .....	6
8. ANEXE.....	6
9. DIFUZARE.....	6
10. INDICATORI DE MONITORIZARE.....	6

1.1. Procedura are ca scop documentarea modului de desfășurare a ședințelor Comisiei de monitorizare a dezvoltării sistemului de control managerial al *Spitalului Clinic Căi Ferate Iași*, denumit în continuare *Comisie*, în vederea ținerii sub control a proceselor de control managerial la nivelul *Spitalului Clinic Căi Ferate Iași*.

2.1. Procedura se aplică activității Comisiei, organizării ședințelor sale de lucru, în vederea bunei gestionări a SCIM proiectat și implementat la nivelul *Spitalului Clinic Căi Ferate Iași*.

### 3.1. Definiții:

▪ Nu este cazul

### 3.2. Abrevieri:

- |                |   |
|----------------|---|
| 3.2.1. PS      | = Procedură de sistem   |
| 3.2.2. Ed      | = Ediție  |
| 3.2.3. Rev     | = Revizie   |
| 3.2.4. SCIM    | = Sistem de control intern managerial                                     |
| 3.2.5. Comisie | = Comisia de monitorizare a dezvoltării sistemului de control managerial. |
| 3.2.6. PC      | = Președintele Comisiei   |
| 3.2.7. CI      | = Coordonator implementare SCIM   |
| 3.2.8. RUS     | = Resurse umane, Normare, Organizare, Salarizare                          |

4.1. SR CEN/TS 15224:2017 - "Servicii de sănătate. Sisteme de management al calității. Ghid pentru utilizarea standardului EN ISO 9001:2018"

4.2. SR EN ISO 9000:2015 – „Sisteme de Management al Calității. Principii esențiale și vocabular.”

4.3. SR EN ISO 9001:2015 – „Sisteme de management al calității. Cerințe.”

4.4. Ordinul nr. 600/2018 pentru aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice;

4.5. Ordinul nr. 446/2017 privind aprobarea Standardelor, Procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor

4.6. Legea nr. 95 / 2006 - *Republicată*- privind reforma în domeniul sănătății - TITLUL VII: Spitale

4.7. Decizie de formare a Comisiei de monitorizare cu privire la sistemele de control managerial.

4.8. Regulament de organizare și de lucru al Comisiei de monitorizare a dezvoltării sistemului de control managerial al *Spitalului Clinic Căi Ferate Iași*.

4.9. Procedura de sistem „Controlul documentelor”, PS – 01, ediția în vigoare;

4.10. Procedura de sistem „Controlul înregistrărilor”, PS - 02, ediția în vigoare.



### 5.1. Generalități, responsabilitate

5.1.1. Comisia are drept scop coordonarea și îndrumarea metodologică a dezvoltării sistemului de control managerial al *Spitalului Clinic Căi Ferate Iași*.

5.1.2. Componenta Comisiei se stabilește prin Decizie a Managerului *Spitalului Clinic Căi Ferate Iași*. Din Comisie fac parte conducătorii tuturor structurilor organizatorice, astfel managementul la cel mai înalt nivel este angajat în implementarea, dezvoltarea și îmbunătățirea continuă a eficacității SCIM din cadrul *Spitalului Clinic Căi Ferate Iași*.

5.1.3. Mijloacele specifice prin care membrii Comisiei asigură îndeplinirea acestor responsabilități sunt:

- Comunicarea în cadrul *Spitalului Clinic Căi Ferate Iași* a importanței satisfacerii prevederilor legale și a altor cerințe aplicabile, precum și a cerințelor pacienților atunci când este cazul;
- Stabilirea politicii referitoare la calitatea activităților desfășurate;
- Stabilirea obiectivelor pentru activitățile desfășurate la nivelul structurii pe care o conduc;
- Realizarea periodică a analizelor privind activitatea Comisiei;
- Asigurarea disponibilității resurselor.

5.1.4. Managementul la cel mai înalt nivel se asigură că responsabilitățile și autoritățile sunt definite și comunicate la nivelul *Spitalului Clinic Căi Ferate Iași*. Deasemenea șefii compartimentelor/serviciilor/secțiilor desemnează o persoană numită **Coordonator implementare** care, în afara altor responsabilități, trebuie să aibă autoritate și responsabilitate pentru:

- A se asigura că toate procesele necesare sistemului de control managerial sunt stabilite, implementate și menținute;
- A menține evidențe privind documentele și înregistrările relevante SCIM;
- A raporta Managerului despre funcționare SCIM, stadiul implementării și eventualele nevoi de îmbunătățire;
- A se asigura că este promovată în cadrul organizației conștientizarea sistemului proiectat și implementat.

### 5.2. Organizare și funcționare

5.2.1. Comisia este organizată și funcționează în conformitate cu Regulamentul propriu, elaborat în cadrul comisiei și aprobat de Managerul *Spitalului Clinic Căi Ferate Iași*. Întâlnirile de lucru ale Comisiei au loc periodic, trimestrial sau mai des dacă situația o impune.

5.2.2. Ședințele ordinare sunt programate în prima decadă a lunii ianuarie a fiecărui an în care se întocmește și se transmite Raportul către ordonatorul principal de credite, în conformitate cu legislația aplicabilă în domeniu.

5.2.3. Locul de desfășurare a ședințelor este sediul *Spitalului Clinic Căi Ferate Iași*. Organizarea ședințelor este responsabilitatea secretariatului Comisiei. Aceasta asigură elaborarea documentelor necesare bunei desfășurări a ședințelor, cum ar fi:

- Rezervarea sălii de ședințe,
- Asigurarea protocolului ședinței,
- Ordinea de zi a ședinței,
- Notele informative și/sau de solicitare a propunerilor pentru ordinea de zi din partea structurilor organizatorice,
- Invitațiile de participare la ședințe,
- Minute și procese verbale în urma ședințelor organizate,
- Diferite rapoarte și alte documente specifice la solicitarea președintelui Comisiei etc.

5.2.4. Secretariatul Comisiei asigură comunicarea în cadrul Comisiei, între membrii acesteia, prin primirea diferitelor materiale, transmiterea în grupul de lucru a documentelor ce trebuie dezbătute în cadrul ședinței, întocmirea mapelor de ședință.

5.2.5. Pentru o bună comunicare Secretariatul menține evidențe privind datele de contact ale persoanelor nominalizate în funcțiile de conducere ce le conferă acestora statutul de membru al Comisiei, ale persoanelor desemnate responsabili SCIM în fiecare structură organizatorică sau ale diverselor persoane nominalizate în grupuri de lucru la nivelul Comisiei.



### 5.3. Elaborarea, verificarea și aprobarea procedurilor

5.3.1. Comisia are ca responsabilitate elaborarea, verificarea și aprobarea procedurilor generale ale *Spitalului Clinic Căi Ferate Iași*, a manualului/manualelor privind diferite activități specifice ale spitalului, a altor documente cu aplicabilitate generală la nivelul *Spitalului Clinic Căi Ferate Iași*.

#### 5.3.2. Proceduri de sistem, documente cu aplicabilitate generală

5.3.2.1. Elaborarea documentelor tip PS se face în cadrul unui grup de lucru constituit din membrii Comisiei. Fiecare membru al Comisiei, care la rândul său este conducător al unei structuri organizatorice, poate desemna una sau mai multe persoane din cadrul compartimentului/biroului pe care îl conduce pentru a face parte din grupul/grupurile de lucru ce se constituie la nivelul Comisiei.

5.3.2.2. Persoanele desemnate au cunoștințe temeinice despre activitățile desfășurate la nivelul structurii organizatorice din care fac parte, precum și despre elaborarea, implementarea și menținerea unor proceduri documentate la nivelul organizației.

5.3.2.3. Inițiativa elaborării unui document/proceduri poate aparține oricărui membru al Comisiei/grupului de lucru și o poate face cunoscută în cadrul unei ședințe ordinare a Comisiei, sau poate redacta proiectul de document pe care îl transmite apoi spre analiză și dezbateri în cadrul grupului.

5.3.2.4. Comunicarea în grupul de lucru este flexibilă; se comunică prin telefon, poștă electronică și, când situația o impune, prin organizarea de întâlniri.

5.3.2.5. După dezbateri în grupul de lucru și obținerea formei finale a documentului, acesta este înaintat Comisiei pentru etapa de verificare. În acest sens se transmite Secretariatului Comisiei o solicitare de verificare a documentului însoțită de varianta scrisă și electronică a acestuia. Orice alt document justificativ sau argumentativ poate însoți solicitarea.

5.3.2.6. La primirea solicitării și a proiectului de procedură, Secretariatul Comisiei transmite fără întârziere aceste documente tuturor membrilor Comisiei.

5.3.2.7. În interval de 15 zile de la recepționarea documentului respectiv membrii Comisiei analizează materialele primite și transmit eventualele observații/comentarii către grupul de lucru care a elaborat procedura. La primirea observațiilor din partea membrilor Comisiei, grupul de lucru elaborează forma finală a proiectului pe care o retransmite membrilor Comisiei.

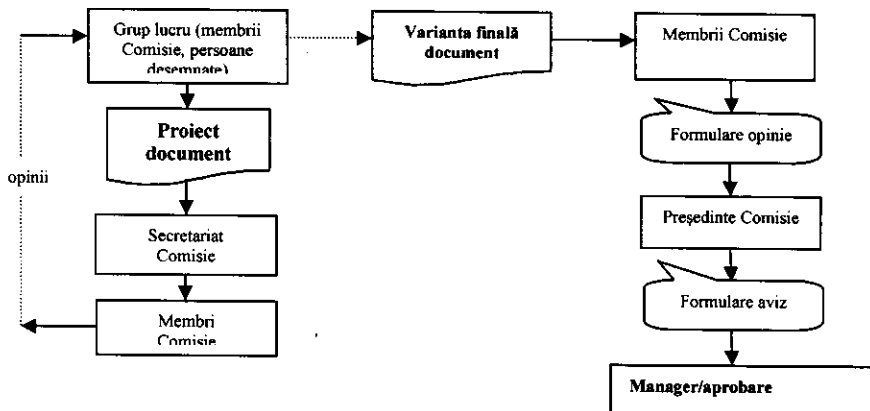
5.3.2.8. După analizarea formei finale aceștia transmit președintelui Comisiei opinia față de document.

5.3.2.9. Intervalul de timp dintre prima recepționare de către membrii Comisiei a proiectului de document și data limită a transmiterii finale către președintele Comisiei nu trebuie să depășească **30 de zile calendaristice**. În cazul în care nu se primesc opinii din partea unor membri ai Comisiei, se consideră acceptul acestora față de versiunea prezentată.

5.3.2.10. Avizul privind verificarea documentului este dat de către președintele Comisiei pe baza opiniilor primite de la membrii Comisiei. Acesta poate fi exprimat în cadrul unei ședințe ordinare a Comisiei (dacă organizarea acestuia are loc în termenul de timp stabilit pentru avizarea documentului), în cadrul unei ședințe extraordinare convocate de către președintele Comisiei (dacă se consideră necesar acest lucru), sau poate fi exprimat în scris, urmat de trimiterea documentului către Manager spre aprobare (în cazul avizului pozitiv) sau către grupul de lucru inițiator (în cazul avizului negativ).

5.3.2.11. Documentul care a obținut avizul pozitiv al Comisiei prin semnarea lui de către președintele acesteia, este transmis Managerului, cu recomandarea de a fi aprobat. Managerul aprobă sau retrimite grupului de lucru procedura în termen de **5 zile calendaristice** de la primirea ei de la Comisie.

#### 5.3.2.12. Proiect document:





### 5.3.3. Proceduri specifice/ generale, documente cu aplicabilitate restrânsă

5.3.3.1. Procedurile specifice/generale, care descriu activități sau procese care implică un număr limitat de structuri organizatorice ale *Spitalului Clinic Căi Ferate Iași*, sau ale căror implicații în activitatea diferitelor structuri este restrânsă, sunt elaborate la nivelul structurilor gestionare ale procesului respectiv și aprobate la nivelul membrilor Comisiei.

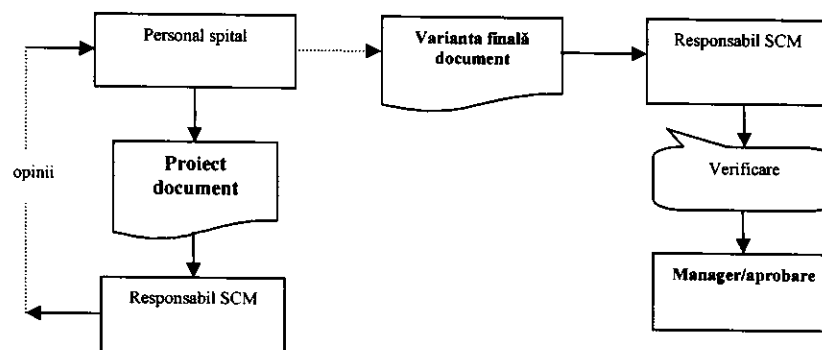
5.3.3.2. Persoanele care elaborează respectivele documente sunt angajații care desfășoară activitățile descrise, fiind cei care cunosc cel mai bine activitățile și le pot îmbunătăți continuu.

5.3.3.3. După elaborare, procedurile respective sunt verificate în cadrul aceleiași structuri organizatorice de către responsabilul SCIM, etapa de verificare urmărind mai ales respectarea cerințelor impuse de structura documentului, actualizarea lui,

difuzarea, păstrarea, arhivarea, distrugerea etc.

5.3.3.4. Procedura de elaborare, verificare și aprobare a acestor documente e similară cu cea aplicată pentru procedurile generale. Grupul de lucru constituit la nivelul structurii organizatorice prin decizia conducătorului acesteia elaborează proiectul de document care este transmis responsabilului SCIM.

5.3.3.5. Acesta asigură verificarea documentului, eventualele comentarii/observații/modificări făcându-le cunoscute grupului de lucru care l-a elaborat. Când se ajunge la un consens privind varianta finală a documentului, acesta este semnat de verificare și transmis conducătorului structurii organizatorice, care are și calitate de membru al Comisiei. Acesta aprobă documentul, validându-l.



### 5.4. Elaborarea altor documente specifice SCIM

5.4.1. În cadrul ședințelor Comisiei se dezbate diferite aspecte referitoare la proiectarea, implementarea și menținerea eficace a unui sistem de control managerial adecvat activităților desfășurate la nivelul *Spitalului Clinic Căi Ferate Iași*, se elaborează și se aprobă documente care atestă funcționarea sistemului de control managerial, alte documente specifice activității Comisiei.

5.4.2. Dezbaterile problematice importante în cadrul ședințelor Comisiei conduc la elaborarea de Hotărâri prin care se aprobă constituirea de grupuri de lucru, competența lor, programe de lucru sau alte documente ce atestă implementarea legislației specifice privind controlul managerial în instituțiile publice.

5.4.3. Hotărârile Comisiei care vizează aspecte de interes general sunt afișate pe pagina web a instituției.

### 6.1. Manager

6.1.1. Aprobă, în urma analizei și a avizului favorabil din partea Comisiei, procedurile SMC/SCIM și alte documente elaborate de comisie.

### 6.2 Președintele comisiei / Comisia

6.2.1. Aprobă Raportul întocmit trimestrial pentru a fi transmis către ordonatorul principal de credite privind progresele SCIM;

6.2.2. Aprobă documentele specifice activității Comisiei, elaborate de aceasta;

6.2.3. Semnează de verificare procedurile avizate favorabil în urma analizei Comisiei și recomandă aprobarea lor de către Manager.



SPITALUL CLINIC  
CĂI FERATE IAȘI

## ORGANIZARE ȘEDINȚE COMISIE DE MONITORIZARE

Cod: PS 07

Ed.: 2

Rev.: 0

Pag.: 6 / 6

### 6.3. Comisia / Membrii Comisiei

6.3.1. Întocmește anual raportul privind progresele SCIM;

6.3.2. Elaborează documente specifice activității sale;

6.3.3. Elaborează / inițiază proiectele procedurilor, a documentelor ce vizează activități generale ale *Spitalului Clinic Căi Ferate Iași*, analizează proiectele în vederea emiterii unui aviz.

7.1. Procese verbale ale ședințelor Comisiei

7.2. Foi de lucru

7.3. Minuta ședinței

- Anexa 1 - Minuta ședinței, cod PS 07/F1.

Procedura se difuzează pe baza Listei de difuzare, cod PS 01/F3 sau în format electronic.

Înregistrările generate de această activitate se păstrează / arhivează conform cerințelor SMC/SCIM implementat.

INDICATOR	TINTA	METODA DE CALCUL	PERIOADA DE MONITORIZARE	RESPONSABIL
Ponderea actualității documentelor de referință care stau la baza elaborării procedurii .	100%	Nr documente de referință în actualitate / Nr total documente de referință.	Semestrial	RMC
Ponderea hotărârilor implementate din totalul hotărârilor adoptate în perioada analizată	100%	Nr hotărâri implementate / Nr hotărâri adoptate	Semestrial	RMC



SPITALUL CLINIC  
CĂI FERATE IAȘI

# MINUTA ȘEDINȚEI

Nr...../.....

Cod: PS 07/F1

Rev.: 0

Pag.: .../.....

## Comisia de monitorizare a dezvoltării sistemului de controlului managerial.

Președintele Comisiei	Coordonator Implementare/RMC

### 1 Agenda ședinței

#### 1.1 Coordonate

Data		Locație	
Ora începere		Ora sfârșit	

#### 1.2 Ordinea de zi

#### 1.3 Participanți

Nr. crt.	Prenume și nume participant	Inițiale
Membrii Comisiei		
Împuterniciți		
Secretariat		

### 2 Minuta ședinței Comisiei de monitorizare a dezvoltării sistemului de control managerial din data de \_\_\_\_\_

#### 2.1 Înregistrarea discuțiilor

Nr.	Detalii
-----	---------

#### 2.2. Hotărâri

Nr.	Detalii
-----	---------

Elaborat: