

Ministerul Sănătății al Republicii Moldova
IMSP Institutul de Medicină Urgentă

PROCEDURĂ de SISTEM
PRIVIND MANAGEMENTUL RISCURILOR

CHIȘINĂU 2025

Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova IMSP Institutul de Medicină Urgentă	Procedura nr.01/06 IMSP Institutul de Medicină Urgentă
<u>TITLU:</u> Procedura operațională privind managementul riscurilor	Secția Managementul Calității serviciilor medicale

1. Lista responsabililor de elaborarea, verificarea și aprobarea ediției sau, după caz, a reviziei în cadrul ediției procedurii operaționale.

Nr. crt.	Elemente privind responsabil/ operațiune	Numele și prenumele	Funcția	Data	Semnătura
	1				
1.1.	Aprobat	Manea Diana	Director IMSP IMU	30.08.2025	
1.2.	Verificat	Maxim Igor	Vicedirector medical	29.08.2025	
1.3.	Elaborat	Ciocanu Mihail	Vicedirector cercetare și inovare	28.08.2025	
1.4.	Elaborat	Vovc Liviu	Șef Secție Managementul Calității serviciilor medicale	28.08.2025	
1.5.	Elaborat	Gînga Veaceslav	Secția Managementul Calității serviciilor medicale	28.08.2025	

1. Situația edițiilor și a reviziilor în cadrul edițiilor procedurii operaționale.

Nr. Crt.	Ediția/revizia în cadrul ediției	Componenta revizuită	Modalitatea reviziei	Data de la care se aplică prevederile ediției sau reviziei ediției
	1			
2.1.	Ediția 1			
2.2.	Revizia 1			

3. Lista persoanelor la care se difuzează ediția sau, după caz, revizia din cadrul ediției procedurii operaționale.

Nr. Crt.	Scopul difuzării	Exemplar nr.	Compartiment	Funcția	Nume și prenume	Data primirii	Semnătura
	1						
3.1.	Aplicare	1	Președintele Consiliului Calității	Vicedirector medical	Maxim Igor		
3.2.	Aplicare	2	Secția Managementul Calității serviciilor medicale	Șef	Vovc Liviu		
3.3.	Aplicare	3	Secția Managementul calității serviciilor medicale	Medic auditor	Gînga Veaceslav		
3.4.	Aplicare	4	Administrația	Asistent medical șef	Pinteac Olga		
3.5.	Aplicare	5	Serviciul economie	Șef	Caproș Igor		

Ministerul Sănătății al Republicii Moldova IMSP Institutul de Medicină Urgentă	Procedura nr.01/06 IMSP Institutul de Medicină Urgentă
TITLU: Procedura operațională privind managementul riscurilor	Secția Managementul Calității serviciilor medicale

Nr. Crt.	1	2	3	4	5	6	7
3.6.	Aplicare	6	Serviciul evidență contabilă	Șef	Agache Stela		
3.7.	Aplicare	7	Serviciul resurse umane	Șef	Muntean Alina		
3.8.	Aplicare	8	Secția achiziții publice	Șef	Suru Tatiana		
3.9.	Aplicare	9	Serviciul gospodăresc	Șef	Bolduratu Zinaida		
3.10.	Aplicare	10	Secția Managementul calității serviciilor medicale	Medic auditor	Rusu Ion		
3.11.	Aplicare	12	Serviciul tehnologii informaționale	Șef	Golubev Natalia		
3.13.	Aplicare	14	Farmacia spitalicească 1	Diriginte	Bargan Viorica		
3.14.	Aplicare	15	Farmacia nr.2	Diriginte	Rașculiova Ala		
3.15.	Aplicare	17	Serviciul mentenanță, infrastructură și dezvoltare	Șef	Sîrbu Timur		
3.16.	Aplicare	18	Secția auto	Șef	Grușcean Ion		
3.17.	Aplicare	19	Secția statistica medicală	Șef	Garabajiu Valeriu		
3.18.	Aplicare	20	Secția arhiva	Șef	Samohvalova Ludmila		
3.19.	Aplicare	21	Blocul alimentar	Șef	Janu Irina		
3.20.	Aplicare	22	DCMU	Șef	Leontii Boris		
3.21.	Aplicare	23	Departamentul Clinic Anestezie și Terapie Intensivă	Șef	Cobilețchii Serghei		
3.22.	Aplicare	24	Secția reanimare	Șef	Crivorucica Veaceslav		
3.23.	Aplicare	25	Secția Anesteziologie și Terapie Intensivă	Șef	Cobilețchi Sergiu		
3.24.	Aplicare	36	Secția Hemodializă	Șef	Negru Rodica		
3.25.	Aplicare	27	Serviciul coordonare de transplant organe	Șef	Balabanov Adriana		
3.26.	Aplicare	28	Departamentul Clinic chirurgie	Șef	Gafton Victor		
3.27.	Aplicare	29	Secția chirurgie nr.1	Șef	Gafton Victor		
3.28.	Aplicare	30	Secția chirurgie nr.2	Șef	Zaharia Sergiu		
3.29.	Aplicare	31	Secția chirurgie nr.3	Șef	Vermeiuc Octavian		
3.30.	Aplicare	32	Secția chirurgie traume asociate	Șef	Gagauz Ion		
3.31.	Aplicare	33	Secția chirurgie vasculară	Șef	Culiuc Vasile		
3.32.	Aplicare	34	Secția chirurgie OMF	Șef	Cebotari Mihail		
3.33.	Aplicare	35	Secția urologie	Șef	Axenti Alin		

Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova IMSP Institutul de Medicină Urgentă	Procedura nr.01/06 IMSP Institutul de Medicină Urgentă
TITLU: Procedura operațională privind managementul riscurilor	Secția Managementul Calității serviciilor medicale

Nr.Crt.	1	2	3	4	5	6	7
3.34.	Aplicare	36	Secția ginecologie	Șef	Tihon Ludmila		
3.35.	Aplicare	37	Secția endoscopie	Șef	Dolghii Andrei		
3.36.	Aplicare	38	Blocul de operații	Șef	Galben Sergiu		
3.37.	Aplicare	39	Secția morfofopatie	Șef	Bîrzoii Lilian		
3.38.	Aplicare	40	Cab. transfuzia sîngelui	Șef	Doni Nicolae		
3.39.	Aplicare	41	Departamentul Clinic Ortopedie și Traumatologie	Șef	Hincota Dumitu		
3.40.	Aplicare	42	Secția ortopedie și traumatologie nr.1	Șef	Zelenschi Victor		
3.41.	Aplicare	43	Secția ortopedie și traumatologie nr.2	Șef	Croitoru Petru		
3.42.	Aplicare	44	Secția ortopedie nr.1	Șef	Tocarciu Vitalie		
3.43.	Aplicare	45	Secția ortopedie nr.2	Șef	Chetraru Victor		
3.44.	Aplicare	46	Secția ortopedie și traumatologie nr.3	Șef	Cemîrtan V-slav		
3.45.	Aplicare	47	Secția microchirurgie	Șef	Calistru Anatol		
3.46.	Aplicare	48	Secția chirurgie spinării	Șef	Ungurean Victor		
3.47.	Aplicare	49	Departamentul Clinic Neurochirurgie	Șef	Andronachi Victor		
3.48.	Aplicare	50	Secția neurochirurgie	Șef	Andronachi Victor		
3.49.	Aplicare	52	Secția oftalmologie	Șef	Chișca Veronica		
3.51.	Aplicare	53	Laboratorul medicină intervențională	Șef	Smolnițchi Roman		
3.52.	Aplicare	54	Departamentul Clinic Neurologie, epileptologie și Boli interne	Șef	Zota Eremei		
3.53.	Aplicare	55	Secția neurologie	Șef	Balanuța Tatiana		
3.54.	Aplicare	56	Secția neurologie BCV	Șef	Crivorucica Igor		
3.55.	Aplicare	57	Secția epileptologie	Șef	Gorincioi Nadejda		
3.56.	Aplicare	58	Secția boli interne	Șef	Grivenco Aliona		
3.57.	Aplicare	59	Secția reabilitare medicală și medicină fizică	Șef	Samotiuc Elena		
3.58.	Aplicare	60	Secția terapie intensivă „STROKE”	Șef	Cernobrov Dumitru		
3.59.	Aplicare	61	Centrul național de epileptologie	Șef	Iuhtimovschi Liliana		
3.60.	Aplicare	61	Departamentul clinic radioimagnostică și diagnostic de laborator	Șef	Zagadailov Diana		

Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova IMSP Institutul de Medicină Urgentă	Procedura nr.01/06 IMSP Institutul de Medicină Urgentă
<u>TITLU:</u> Procedura operațională privind managementul riscurilor	Secția Managementul Calității serviciilor medicale

3.61.	Aplicare	62	Laboratorul clinic diagnostic	Șef	Chisacova Marina		
3.62.	Aplicare	63	Laboratorul microbiologic	Șef	Caracurian Elena		

4. Scopul procedurii:

Scopul prezentei Proceduri stabilește un cadru general unitar de identificare, analiză și gestionare a riscurilor la nivelul subdiviziunilor și departamentelor din cadrul instituției;

Furnizează personalului și conducerii instituției un instrument care facilitează gestionarea riscurilor într-un mod controlat și eficient, pentru atingerea obiectivelor specifice subdiviziunilor și departamentelor din cadrul instituției;

Furnizează o descriere a modului în care sunt stabilite și implementate măsurile de control menite să prevină apariția riscurilor.

5. Domeniul de aplicare a procedurii operaționale respective:

Prevederile prezentei proceduri se aplica de către toate subdiviziunile din cadrul IMSP Institutul de Medicină Urgentă, în vederea gestionării riscurilor care pot afecta atingerea obiectivelor specifice ale acestora. Procedura este disponibilă tuturor angajaților instituției.

6. Documente de referință aplicabile procedurii operaționale respective:

- SR EN ISO 9001:2008, actualizat în 2015 – Sistem de management al calității. Principii fundamentale și cerințe de bază;
- **SR ISO IWA 1:2009** - Sisteme de management al calității. Linii directoare pentru îmbunătățiri de proces în organizațiile de servicii de sănătate;
- **SR CEN/TS 15224:2007** - Servicii de sănătate. Sisteme de management al calității. Ghid pentru utilizarea standardului EN ISO 9001.

6.1. Reglementări naționale:

- Legea ocrotirii sănătății nr.411-XIII din 28.03.1995 (cu modificările ulterioare);
- Legea „Cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală” nr.1585-XIII din 27.02.1998 (cu modificările ulterioare);
- Legea „Cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului” nr.263-XVI din 27.10.2005 (cu modificările ulterioare);
- Legea „Cu privire la exercitarea profesiei de medic” nr. 264-XVI din 27.10.2005 (cu modificările ulterioare);
- Legea nr 229 din 23.09.2010 privind controlul financiar public intern;
- Strategia eSănătate 2020
- Hotărîrea Guvernului Republicii Moldova nr.874 din 23.12.2024 „Cu privire la aprobarea Programul Unic al asigurării obligatorii de asistență medicală”, cu modificările ulterioare);
- Ordinul comun al MS și CNAM nr.1089/288-A din 29.12.2024 „Privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Programului Unic al asigurării obligatorii de asistență medicală;
- Ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale nr.904 din 29.07.2019 „Privind aprobarea Strategiei de management al riscurilor”;

Ministerul Sănătății al Republicii Moldova IMSP Institutul de Medicină Urgentă	Procedura nr.01/06 IMSP Institutul de Medicină Urgentă
TITLU: Procedura operațională privind managementul riscurilor	Secția Managementul Calității serviciilor medicale

- Ordinul Ministerului Sănătății nr.915 din 11.11.2024 „Cu privire la aprobarea Regulamentului-cadru de organizare și funcționare a subdiviziunii de Management al Calității serviciilor medicale”;
- Ordinul Ministerului Sănătății nr.265 din 03.08.2009 „Privind Instrucțiunea cu privire la completarea Fișei medicale a bolnavului de staționar (Formular 003/e - 2012);
- Ordinul Ministerului Sănătății nr.426 din 11.05.2012 „Privind aprobarea formularelor statistice de evidență medicală primară”;
- Standardele naționale de control intern în sectorul public, aprobate prin Ordinul ministrului finanțelor nr.189 din 05.11.2015;
- Manualul de management financiar și control, Ghid metodologic privind implementarea managementului riscurilor.
- Hotărârea Guvernului RM, Nr. 186 din 13-03-2024 cu privire la organizarea și funcționarea Consiliului Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate;
- Ordinul Ministerului Sănătății nr. 582 din 28-06-2024 „Cu privire la aprobarea Regulamentului privind realizarea procedurii de evaluare și acreditare în sănătate;
- Ordinul Ministerului Sănătății nr. 660 din 05. 08. 2024 cu privire la aprobarea Standardelor de evaluare și acreditare în sănătate.

6.2. Reglementări secundare:

- Ordinul MS nr.1038 din 23.12.2016 „Pentru aprobarea Regulamentului cu privire la modul de evaluare a indicatorilor de performanță a activității instituției medico-sanitare publice și Listei indicatorilor de performanță a activității instituției medico-sanitare publice”.
- Ordinul Ministerului Sănătății nr. 660 din 05. 08. 2024 cu privire la aprobarea Standardelor de evaluare și acreditare în sănătate.

6.3. Reglementări interne:

- Organigrama IMSP Institutul de Medicină Urgentă;
- Regulamentul de organizare și funcționare al IMSP Institutul de Medicină Urgentă;
- Contractul colectiv de muncă;
- Fișele postului angajaților IMSP Institutul de Medicină Urgentă;
- Ordinul IMSP IMU nr.93 din 08 iunie 2017 „Cu privire la implementarea procedurii cadru privind elaborarea procedurilor în cadrul IMSP Institutul de Medicină Urgentă”.

7. Definiții:

- (1) *Procedură* = reglementare internă sau externă a pașilor care trebuie parcurși, a metodelor de lucru stabilite și a regulilor de aplicat, necesare îndeplinirii atribuțiilor și sarcinilor, având în vedere asumarea responsabilităților;
- (2) *Subdiviziune structurală* = departament /secție/serviciu;
- (3) *Conducătorul subdiviziunii structurale* = șef departament /șef secție/șef serviciu;
- (4) *Audit intern* – activitate independentă și obiectivă de asigurare și consiliere, destinată să ofere valoare adăugată și îmbunătățire a activității instituției. Auditul intern ajută instituția în îndeplinirea obiectivelor sale printr-o abordare sistematică și metodică, evaluând și îmbunătățind eficacitatea proceselor de management al riscului, control și guvernare;
- (5) *Activitate de control* – politici și proceduri stabilite pentru abordarea riscurilor și atingerea obiectivelor instituției;

Ministerul Sănătății al Republicii Moldova IMSP Institutul de Medicină Urgentă	Procedura nr.01/06 IMSP Institutul de Medicină Urgentă
<u>TITLU:</u> Procedura operațională privind managementul riscurilor	Secția Managementul Calității serviciilor medicale

- (6) *Gestionarea riscurilor sau managementul riscurilor* = toate procesele privind identificarea, evaluarea, luarea de măsuri de atenuare sau anticipare a acestora, revizuirea periodică și monitorizarea progresului, stabilirea responsabilităților;
- (7) *Risc* = posibilitatea de a se produce un eveniment care ar putea avea un impact asupra îndeplinirii obiectivelor;
- (8) *Risc inherent* = expunerea la un anumit risc înainte să fie luată vreo măsură de atenuare a lui sau de control;
- (9) *Risc controlat* = riscul pentru care au fost implementate activități de control, de atenuare a expunerii la riscuri, care includ acțiuni de minimizare a efectelor și sau/probabilității aceluia risc;
- (10) *Risc rezidual* = riscul care rămâne după tratarea lui, în pofida implementării activităților de control;
- (11) *Strategia de risc* = abordarea generală pe care o are entitatea în privința riscurilor;
- (12) *Toleranța față de risc (apetitul la risc)* = pragul stabilit ca fiind limita acceptabilității unui anumit risc, tratat în mod rezonabil, pentru care unele măsuri suplimentare de diminuare ar genera costuri excesive;
- (13) *Acceptarea (tolerarea riscului)* = tip de reacție la risc care constă în neluarea unor măsuri de control și este adecvat pentru riscurile inerente a căror nivel de expunere este mai mic decât toleranța la risc;
- (14) *Evitarea (terminarea) riscului* = tip de reacție la risc care constă în eliminarea circumstanțelor/renunțarea la activitățile care generează riscurile;
- (15) *Tratarea (atenuarea riscului)* = tip de reacție la risc care constă în luarea unor măsuri de control pentru a menține riscul în limitele acceptabile (tolerabile), reprezintă abordarea cu care se confruntă entitatea;
- (16) *Monitorizarea riscului* = tip de reacție la risc care constă în acceptarea riscului cu condiția menținerii sub o permanentă supraveghere, parametru supravegheat cu precădere fiind probabilitatea;
- (17) *Transferarea (externalizarea riscului)* = tip de răspuns la risc recomandat în cazul riscurilor financiare și patrimoniale și care constă în încredințarea gestionării riscului de către un terț, care are expertiza necesară, încheind în acest sens un contract;
- (18) *Escaladarea riscului* = procedeu prin care conducerea unei subdiviziuni structurale alertează nivelul ierarhic superior sau responsabilul de management al riscului pe entitate cu privire la riscurile pentru care subdiviziunea nu poate desfășura un control satisfăcător al acestora;
- (19) *Impactul* = consecința (efectul) asupra rezultatelor (obiectivelor) dacă riscul s-ar materializa;
- (20) *Expunere la risc* = evaluarea pericolului potențial, reprezentat de evenimentele cu impact negativ (produsul între probabilitate și impact);
- (21) *Evaluarea riscului* = evaluarea probabilității de materializare a riscului în combinație cu evaluarea consecințelor de materializare a acestuia;
- (22) *Registrul riscurilor* = document integrator care cuprinde totalitatea riscurilor, înregistrate și monitorizate.
- (23) *Prioritizarea riscului* = stabilirea ordinii de priorități în tratarea riscurilor, având în vedere alocarea judicioasă a resurselor;

Ministerul Sănătății al Republicii Moldova IMSP Institutul de Medicină Urgentă	Procedura nr.01/06 IMSP Institutul de Medicină Urgentă
<u>TITLU:</u> Procedura operațională privind managementul riscurilor	Secția Managementul Calității serviciilor medicale

8. Descrierea prezentei proceduri operaționale:

8.1. Reguli generale:

- 8.1.1.** Conducătorii tuturor compartimentelor precum și întreg personalul, au obligația de a identifica riscurile care afectează atingerea atât a obiectivelor stabilite prin planurile strategice și operaționale dar și acele riscuri care împiedică buna desfășurare a activităților specifice;
- 8.1.2.** La nivelul managementului de vârf al instituției se identifică, analizează, evaluează și ierarhizează riscurile care pot afecta atingerea obiectivelor generale și funcționarea de ansamblu. Consiliul Calității informează Consiliul medical în vederea luării unei decizii;
- 8.1.3.** Consiliul Calității întocmește, actualizează și modifică Registrul riscurilor la nivel centralizat, prin cumularea datelor/ informațiilor cuprinse în Registrul riscurilor de la nivelul fiecărui compartiment;
- 8.1.4.** În cadrul fiecărei subdiviziuni, Comitetele din Consiliul Calității preiau și atribuțiile privind gestionarea riscurilor. Acolo unde nu este posibil acest lucru, asistentul medical superior de comun cu conducătorul subdiviziunii sunt responsabili cu gestionarea riscurilor și responsabili cu monitorizarea implementării măsurilor.

8.2. Identificarea și evaluarea riscurilor:

- 8.2.1.** Riscurile trebuie identificate la orice nivel unde se sesizează că există consecințe asupra atingerii obiectivelor și pot fi luate măsuri specifice de soluționare a problemelor, ridicate de respectivele riscuri;
- 8.2.2.** Riscurile sunt identificate și definite în raport cu obiectivele a căror realizare este afectată de materializarea lor;
- 8.2.3.** Identificarea inițială a riscurilor se face plecând de la elaborarea Listei activităților desfășurate în cadrul instituției/subdiviziunii (Anexa 1) și a Tabelului cuprinzând obiectivele specifice și riscurile inerente asociate (Anexa 2) la nivelul acestuia;
- 8.2.4.** După amploarea impactului, riscurile pot avea caracter strategic sau operațional (în unele abordări apar și riscurile intermediare sau de program). Unele riscuri sunt cauzate de mediul extern instituției (riscuri externe), iar altele sunt proprii (riscuri interne). De asemenea, pot fi privite prin prisma naturii activității, caz în care, acestea pot fi riscuri: legislative, juridice, financiare, profesionale, sociale, comerciale, informaționale, de funcționare (de imagine, credibilitate), patrimoniale etc.
- 8.2.5.** Identificarea și evaluarea riscurilor presupune desfășurarea următoarelor acțiuni:
- elaborarea listei proceselor și activităților desfășurate în cadrul instituției;
 - definirea obiectivelor generale și specifice conform reglementărilor în vigoare și strategiei stabilite;
 - evaluarea riscurilor pentru fiecare compartiment conform organigramei și pentru fiecare post conform organigramelor compartimentelor și calcularea nivelului general de risc pentru întreaga instituție;
 - identificarea problemelor care au apărut și se pot repeta în viitor sau care pot apărea în desfășurarea activităților și care au ca efect nerealizarea parțială sau totală a obiectivelor prestabilite;

Ministerul Sănătății al Republicii Moldova IMSP Institutul de Medicină Urgentă	Procedura nr.01/06 IMSP Institutul de Medicină Urgentă
<u>TITLU:</u> Procedura operațională privind managementul riscurilor	Secția Managementul Calității serviciilor medicale

- identificarea cauzelor care generează problemele, descrierea circumstanțelor care favorizează apariția lor și determinarea consecințelor asupra nerealizării obiectivelor stabilite, precum și nerespectarea termenelor propuse pentru realizarea acestora.

Se estimează, pe o scală de 5 trepte, probabilitatea de materializare a riscului și impactului.

8.2.6. Combinarea celor două estimări pe o scală bidimensională reprezintă expunerea la risc, indicator în raport cu care se stabilește atitudinea față de fiecare problemă identificată ca fiind un risc (Anexa nr. 3 - Grilă de evaluare a probabilității de apariție a riscurilor și a impactului/consecințelor);

8.2.7. Asistentele medicale superioare de comun cu șefii de subdiviziuni și împreună cu personalul din subordine:

a) analizează preliminar riscul identificat, prin:

- definirea corectă;
- analiza cauzelor sau a circumstanțelor care favorizează apariția/ repetarea riscului.

b) evaluează expunerea la risc folosind Grila de evaluare a probabilității de apariție a riscurilor și a impactului/consecințelor (Anexa nr. 3), prin:

- estimarea șanselor de apariție, pe o scală în 5 trepte (1 - rar, 2 - puțin probabil, 3 - posibil, 4 - foarte probabil, 5 - aproape sigur);
- estimarea impactului asupra riscului, pe o scală în 5 trepte (1 - nesemnificativ, 2 - minor, 3 - moderat, 4 - foarte probabil, 5 - critic);
- estimarea expunerii la risc, prin combinarea pe o scală bidimensională a rezultatelor estimărilor anterioare;

c) formulează o opinie cu privire la măsurile care trebuie luate pentru a controla riscul identificat.

8.2.8. Asistentele medicale superioare de comun cu șefii de subdiviziuni completează Descrierea, evaluarea și tratarea riscului (Anexa nr.5);

8.2.9. Echipele de gestionare a riscurilor – Comitetele.

8.3. Controlul riscurilor:

8.3.1. Șefii de subdiviziuni decide asupra:

a) clasarea unui risc dacă acesta nu este relevant;

b) prezentarea riscului CC dacă:

- riscul are drept consecință nerealizarea unui obiectiv general stabilit la nivel de instituție;
- cauzele care generează riscul sunt externe compartimentului în cauză;
- măsurile prin care se realizează controlul riscurilor depășesc competențele compartimentului în cauză;
- resursele alocate pentru minimalizarea riscului sunt insuficiente.

8.3.2. Măsurile de diminuare a riscurilor se stabilesc pornind de la cauză și nu de la riscuri sau impact. Din acest motiv, atunci când se identifică riscurile, trebuie să definim atât cauzele cât și efectele;

8.3.3. Pentru fiecare risc identificat și evaluat, șefii de subdiviziuni decid cu privire la tipul de răspuns cel mai adecvat. Din acest punct de vedere, se pronunță asupra alternativelor de abordare a riscurilor. Acestea pot fi:

Ministerul Sănătății al Republicii Moldova IMSP Institutul de Medicină Urgentă	Procedura nr.01/06 IMSP Institutul de Medicină Urgentă
TITLU: Procedura operațională privind managementul riscurilor	Secția Managementul Calității serviciilor medicale

- tolerarea riscurilor, în cazul în care se apreciază că riscul are o expunere redusă, iar beneficiile tratării riscurilor sunt reduse raportat la costurile aferente măsurilor de control ce ar trebui introduse;
- acceptarea riscurilor: în cazul în care se apreciază că, deși riscurile au un impact semnificativ, șansele de apariție/ repetare sunt foarte reduse, iar resursele limitate ce pot fi alocate impun amânarea implementării unor măsuri de control;
- evitarea riscurilor, prin eliminarea/restrângerea activităților care generează riscurile;
- transferarea riscurilor, atunci când există posibilitatea gestionării riscurilor de un terț specializat;
- atenuarea riscurilor, cu indicarea instrumentelor de control intern ce trebuie implementate pentru a menține riscurile respective în limita toleranței la risc acceptate.

8.3.4. Șefii de subdiviziuni de comun cu asistenții medicali superiori fac propuneri cu privire la termenele limită pentru implementarea acțiunilor/măsurilor stabilite, precum și asupra responsabililor cu monitorizarea implementării acestora;

8.3.5. După analiza riscurilor, șeful de subdiviziune sau Comitetul:

- transmite formularele cu determinarea, evaluarea și tratarea riscurilor către CC;
- centralizează formularele cu determinarea, evaluarea și tratarea riscurilor clasate;
- completează Registrul riscurilor (Anexa 7) de la nivelul subdiviziunii;
- deschide pentru fiecare risc identificat și evaluat Fișa de urmărire a riscului (Anexa nr. 5);
- întocmește procesul-verbal al ședinței de analizare/reanalizare a riscurilor (Anexa nr.4);
- CC întocmește Registrul riscurilor (Anexa 7) la nivelul instituției în baza informațiilor primite de la compartimente.

8.4. Implementarea și monitorizarea acțiunilor/măsurilor de control:

8.4.1. În etapa de monitorizare a implementării măsurilor, se evaluează efectul măsurilor implementate asupra riscurilor și se reconsideră măsurile în cazul în care acestea nu au ameliorat riscurile;

8.4.2. Conducătorul subdiviziunii de comun cu asistenții medicali superiori asigură cadrul organizațional și procedural pentru punerea în aplicare, de către persoanele responsabile, a acțiunilor de control stabilite;

8.4.3. Comitetele, șefii de secții, servicii de comun cu asistenții medicali superiori analizează stadiul implementării acțiunilor și măsurilor de control stabilind Planuri de acțiune pentru minimizarea riscurilor inerente identificate (Anexa 6);

8.4.4. După analiză Comitetele, Șefii de subdiviziuni:

- transmite responsabililor cu monitorizarea și implementarea, modificarea măsurilor sau a termenelor pentru riscurile aflate deja în faza de implementare a măsurilor de control intern;
- în baza informațiilor/datelor rezultate din analiza riscurilor, completează coloana 12 din Registrul riscurilor de la nivelul compartimentului și de asemenea actualizează sau modifică, după caz, coloanele 9,10 și 11 din Registrul riscurilor (Anexa nr. 7).

8.4.5. Consiliul Calității actualizează sau modifică Registrul riscurilor la nivel de instituție.

Ministerul Sănătății al Republicii Moldova IMSP Institutul de Medicină Urgentă	Procedura nr.01/06 IMSP Institutul de Medicină Urgentă
<u>TITLU:</u> Procedura operațională privind managementul riscurilor	Secția Managementul Calității serviciilor medicale

8.5. Revizuirea și raportarea riscurilor:

- 8.5.1.** În această etapă se desfășoară activități/acțiuni/operațiuni de revizuire a calificativelor riscurilor (expunerea la risc), de repriorizare a riscurilor și de raportare cu privire la desfășurarea procesului de gestionare a riscurilor.
- 8.5.2.** În cadrul ședințelor de analiză a riscurilor, pe baza datelor cuprinse în Descrierea, evaluarea și tratarea riscurilor (Anexa nr. 4), analizează noile riscuri raportate și modificările apărute la riscurile inițiale, consemnate în Fișele de urmărire a riscului (Anexa nr. 5).
- 8.5.3.** Șefii de subdiviziuni de comun cu asistenții medicali superiori revizuiesc calificativele riscurilor și stabilesc o nouă ierarhizare a riscurilor în funcție de priorități, reajustând limitele de toleranță pentru riscurile mai puțin prioritare, stabilește închiderea riscurilor soluționate;
- 8.5.4.** La finalul analizei riscurilor, Șefii de subdiviziuni de comun cu asistenții medicali superiori:
- a) consemnează în procesul-verbal al ședinței toate hotărârile luate;
 - b) în baza informațiilor cuprinse în procesul-verbal, completează Registrul riscurilor (Anexa nr. 7);
- 8.5.5.** Șefii de subdiviziuni de comun cu asistenții medicali superiori elaborează un raport trimestrial cu privire la gestionarea riscurilor la nivelul compartimentelor și stadiul implementării acțiunilor și măsurilor de control, pe care îl prezintă conducerii Serviciului Managementul Calității serviciilor medicale;

9. Responsabilități și răspunderi în derularea activității:

9.1. Asistenții medicali superiori se nominalizează ca responsabili cu riscurile, iar Șefii de subdiviziuni ca responsabili de completarea corectă a documentației respective și anume:

- ❖ identifică și realizează o evaluare preliminară a riscurilor inerente;
- ❖ formulează opinii cu privire la măsurile de control intern pentru riscurile identificate, pe care le consemnează în formularul „Alertă la risc”;
- ❖ implementează măsurile de control;
- ❖ colectează, înregistrează, analizează, selectează și clasează formularele „Alertă la risc”;
- ❖ propune strategia de răspuns pentru fiecare risc nou-identificat;
- ❖ elaborează o informare scrisă despre rezultatele analizei formularelor “Alertă la risc”;
- ❖ transmite, ori de câte ori este cazul, conducătorului CC, spre analiză, dosarul cu riscurile nou-identificate, precum și informările scrise cu privire la rezultatele analizei formularelor „Alertă la risc” și la stadiul implementării măsurilor de control intern;
- ❖ transmite responsabililor cu riscurile de la nivelurile de competență la care s-a convenit, formularele “Alertă la risc” și documentația aferentă riscurilor escaladate;
- ❖ elaborează Planul și transmite, câte un exemplar al acestuia, pentru aplicare, persoanelor desemnate cu implementarea măsurilor de control;
- ❖ elaborează Raportul semestrial cu privire la desfășurarea procesului de gestionare a riscurilor la nivelul subdiviziunii;

Ministerul Sănătății al Republicii Moldova IMSP Institutul de Medicină Urgentă	Procedura nr.01/06 IMSP Institutul de Medicină Urgentă
<u>TITLU:</u> Procedura operațională privind managementul riscurilor	Secția Managementul Calității serviciilor medicale

9.2. Echipa de gestionare a riscurilor Comitetele CC:

- ❖ validează sau invalidează propunerea de clasare pentru riscurile considerate nerelevante;
- ❖ evaluează și ierarhizează riscurile asociate obiectivelor specifice compartimentului;
- ❖ propune escaladarea riscurilor la nivelul ierarhic imediat superior sau la nivelul de competență care le poate controla;
- ❖ face propuneri cu privire la tipul de răspuns cel mai adecvat pentru fiecare risc identificat și evaluat;
- ❖ analizează noile riscuri raportate, ca și modificările apărute la riscurile inițiale;
- ❖ analizează stadiul implementării măsurilor de control;
- ❖ analizează rapoartele de audit su control și propune măsuri de implementare a recomandărilor cuprinse în acestea;
- ❖ propune măsuri de control, termene-limită și responsabili cu implementarea măsurilor de control;
- ❖ stabilește închiderea riscurilor soluționate.

9.3. Responsabilul de proces – Președintele Consiliului Calității (CC), membrii Consiliului Calității de comun cu conducerea Serviciului Managementul Calității serviciilor medicale:

- ❖ sunt responsabili de implementarea măsurilor de control, avînd sarcina de a informa semestrial și ori de câte ori este cazul, Directorul instituției, cu privire la stadiul implementării măsurilor de control;
- ❖ asigură cadrul organizațional și procedural pentru punerea în aplicare a măsurilor de control intern;
- ❖ analizează riscurile nou-identificate și informările cu privire la rezultatele analizei formularelor “Alertă la risc” și la stadiul implementării măsurilor de control;
- ❖ stabilește data la care se convoacă ședința Comitetelor;
- ❖ conduc ședințele Comitetelor;
- ❖ aprobă procesul-verbal al ședinței;
- ❖ decide cu privire la alegerea tipului cel mai adecvat de răspuns la risc;
- ❖ coordonează și supraveghează desfășurarea activităților de punere în aplicare a măsurilor de control al riscurilor;
- ❖ semnează Planul pentru implementarea măsurilor de control;
- ❖ aprobă Raportul semestrial cu privire la desfășurarea procesului de gestionare a riscurilor la nivelul subdiviziunilor;
- ❖ întocmește și actualizează Registrul riscurilor la nivel centralizat, prin agregarea datelor/informațiilor cuprinse în Registrul riscurilor de la nivelul comitetelor;
- ❖ întocmește și actualizează profilul de risc al instituției;
- ❖ informează, în scris, semestrial, Directorul instituției despre monitorizarea implementării la nivelul instituției, cu privire la riscurile de corupție identificate, precum și la măsurile de control adoptate.

9.4. Directorul IMSP Institutul de Medicină Urgentă:

- ❖ aprobă procedura;

Ministerul Sănătății al Republicii Moldova IMSP Institutul de Medicină Urgentă	Procedura nr.01/06 IMSP Institutul de Medicină Urgentă
<u>TITLU:</u> Procedura operațională privind managementul riscurilor	Secția Managementul Calității serviciilor medicale

- ❖ analizează și avizează rapoartele semestriale privind desfășurarea procesului de gestionare a riscurilor;
- ❖ numește Responsabilul cu riscurile;
- ❖ aprobă propunerile privind limitele de toleranță a riscurilor;
- ❖ aprobă Planul pentru implementarea măsurilor de control și dispune măsuri de control pentru tratarea riscurilor escaladate la nivelul acesta de competență, stabilind și termene pentru implementarea acestora;
- ❖ dispune măsurile ce se impun în vederea implementării și bunei funcționări a procesului de gestionare a riscului.

9.5. Vicedirectorul medical al IMSP Institutul de Medicină Urgentă:

- ✓ impune aplicarea procedurii;
- ✓ asigură resurse pentru aplicarea procedurii.

9.6. Responsabilii de proces:

- ✓ aplică și respectă procedura;
- ✓ difuzează procedură în cadrul departamentului, secției, serviciului;
- ✓ organizează grupuri de lucru pentru discutarea și aplicarea procedurii.

10. Anexe:

Anexa nr.1 - Listă de riscuri specifice IMSP Institutul de Medicină Urgentă;

Anexa nr.2 - Obiective generale și specifice;

Anexa nr.3 - Matricea de evaluare a riscului pe 5 nivele, utilizată în IMSP IMU;

Anexa nr.4 - Proces-verbal al ședinței de analiză a riscurilor;

Anexa nr.5 - Fișa de urmărire a riscului medical: (exemplu sch. 12);

Anexa nr.6 - Planul de acțiuni privind implementarea Planului de management al riscurilor;

Anexa nr.7 - Registrul riscurilor;

11. Cuprins:

Numărul componentei în cadrul procedurii operaționale	Denumirea componentei din cadrul procedurii operaționale	Pag
1	Coperta	1
2	Lista responsabililor de elaborare	2
3	Lista responsabililor la care se difuzează ediția	2-4
4	Scopul	5
5	Domeniul de aplicare	5
6	Documente de referință	5
7	Definiții și prescurtări ale termenilor	6-7
8	Descrierea procedurii	7-10
9	Responsabilități	11-12
10	Cuprins	12
11	Anexe	13-26

Listă de riscuri specifice IMSP Institutul de Medicină Urgentă

A. Incidente care afectează pacientul

1. Procese administrative (se exclude documentația) – toate incidentele care au legătură cu accesul, admiterea, mișcările / transferurile pacienților, dispozițiile, recomandările:

- a. acces și admisie (toate aspectele serviciilor de îngrijiri pentru pacienții internați sau/și cei din ambulatoriu);
- b. predarea / primirea;
- c. transfer / tranziție;
- d. transport;
- e. consimțământul informat;
- f. externare;
- g. monitorizare / urmărire;
- h. pază / protecție;
- j. izolarea prizonierilor.

2. Îngrijiri de anestezie – toate incidentele specifice în legătură cu anestezia:

- a. clasificare / evaluare preoperatorie;
- b. inducerea / administrarea inițială a anesteziei;
- c. susținerea / monitorizarea pacientului pe timpul anesteziei;
- d. recuperarea / monitorizarea posterioară anesteziei;
- e. concluzii diagnostice.

3. Comportament / Conduită – toate incidentele care se referă la comportamentul / conduita pacientului, personalului sau vizitatorilor:

- a. comportament necorespunzător / agresiv al unui pacient față de alt pacient;
- b. comportament necorespunzător / agresiv al personalului față de un pacient;
- c. comportament necorespunzător / agresiv al unui vizitator față de un pacient;
- d. comportament necorespunzător / agresiv al unui pacient față de un obiect / structură;
- e. comportament autodistructiv;
- f. pacient dispărut (absent / sechestrat);
- g. deținere de bunuri interzise / furate;
- h. persoane care realizează acte neautorizate.

4. Produse sanguine și plasmă – toate incidentele în legătură cu procesele de transfuzie incluzând prescripțiile, prelucrarea, ambalarea, livrarea, administrarea la pacienți:

- a. comandă / cerere de transfuzie;
- b. probe de laborator pretransfuzionale;
- c. selectarea / alegerea produsului;
- d. depozitarea / stocarea produsului;
- e. expedierea produsului;
- f. prepararea / pregătirea produsului;
- g. distribuirea produsului (include etichetarea);
- h. livrarea produsului (în sală / unitate);
- j. administrarea produsului către pacient;
- k. monitorizarea pe timpul și după efectuarea transfuziei.

5. Procese / Proceduri diagnostice – toate incidentele în legătură cu aspecte ale diagnosticului, inclusiv examinări, investigații auxiliare (inclusiv laborator, radiologie și imagistică, altele), interpretări ale datelor, primirea datelor relevante pentru diagnosticarea și analiza dovezilor clinice:

- a. concluzii diagnostice;

- b. clasificare / evaluare istorie clinică;
- c. evaluare fizică / evaluare / examinare;
- d. radiologie / imagistică / interpretare;
- e. laborator / investigații / interpretare;
- f. alte investigații / interpretări;
- g. monitorizare, evaluare continuă a stării pacientului.

6. Documentație – toate incidentele care se referă la procesele de documentare a asistenței medicale în dosare medicale sau alte forme administrative, inclusiv documentația privind consimțământul informat:

- a. liste de verificare;
- b. înregistrări medicale pe suport hârtie;
- c. liste chirurgicale – cu pacienți / proceduri;
- d. înregistrări medicale pe suport electronic;
- e. formulare;
- f. coduri de bare;
- g. documente privind consimțământul informat;
- h. brățări de identificare / carduri;
- j. etichete;
- k. referințe / solicitări de consultații sau analize;
- l. politici / proceduri / instrucțiuni / ghiduri;
- m. rapoarte / rezultate de imagistică;
- n. rapoarte / rezultate laborator;
- o. alte rapoarte / rezultate;
- p. informații / instrucțiuni privind externarea pacienților;
- q. referințe / consultări / corespondență / rapoarte privind prestatori de servicii medicale;
- r. contracte cu prestatorii de servicii de asistență medicală.

7. Expunere la pericole medioambientale – toate incidentele care au legătură cu mediul în care se acordă îngrijirile medicale:

- a. expunerea la substanțe periculoase;
- b. expunere la condiții de mediu nesigure;
- c. expunere la condiții de mediu neigienice.

8. Infecțiile asociate îngrijirilor medicale – toate infecțiile care sunt rezultatul îngrijirilor medicale sau al mediului în care sunt furnizate îngrijirile medicale:

- a. procesele / procedurile de curățenie și igienă medioambientală;
- b. procesele / procedurile de igienă a mâinilor;
- c. procesele / procedurile de sterilizare;
- d. procesele / procedurile de profilaxie cu antibiotice;
- e. performanța procedurilor clinice (protocoale / directive / ghiduri);
- f. procese / proceduri de siguranță a injectiilor / eliminare în siguranță a obiectelor tăietoare – înțepătoare;
- g. procese de izolare / protocoale pentru pacienți infectați;
- h. procese de izolare / protocoale pentru manipularea fluidelor corporale / țesuturilor;
- j. procese de izolare / protocoale pentru pacienții cu imunitatea compromisă;
- k. dispozitive, produse, medicamente, fluide asociate infecțiilor.

9. Echipamente și dispozitive medicale, furnituri și mobilier – toate incidentele legate de utilizarea acestor elemente, inclusiv interfața cu utilizatorul:

- a. procese comandă / prescriere;
- b. procese de fabricație;
- c. procese de furnizare / stocare / întreținere;

- d. procese de predare (în sală / unitate);
- e. procese de etichetare;
- f. instrucțiuni / ghiduri de utilizare;
- g. procese mecanice / electrice / structurale;
- h. utilizatori / procese de utilizare.

10. Oxigen și gaze medicale – toate incidentele în legătură cu utilizarea gazelor medicale:

- a. procese de prescriere;
- b. procese de achiziție / furnizare;
- c. procese de stocare;
- d. procese de distribuire (include etichetarea);
- e. procese de livrare (unitate / secție / bloc operator);
- f. procese de administrare pacientului;
- g. monitorizarea post administrare a pacientului.

11. medicație / Produse biologice / Fluide (inclusiv fluidele nutriționale parenterale, dar excluzând gazele medicale) – toate incidentele care se referă la utilizarea acestora, inclusiv prescrierea, prepararea, ambalarea, livrarea și administrarea către pacienți:

- a. procese de prescriere;
- b. procese de achiziție / furnizare;
- c. procese de stocare (în farmacii sau în unități);
- d. procese de formulare / preparare;
- e. procese de distribuire (include etichetarea);
- f. procese de livrare (în unitate / sală);
- g. procese de administrare pacientului;
- h. monitorizarea postadministrare a pacientului.

12. Nutriție – toate incidentele în legătură cu serviciile de nutriție / dietetică ((cu excepția hranei parenterale, care este abordată în medicație, Produse biologice, Fluide):

- a. procese de prescriere;
- b. procese de achiziție / furnizare;
- c. procese de stocare (în farmacii sau unități);
- d. procese de preparare;
- e. procese de distribuire (include etichetarea);
- f. procese de livrare (în unitate / sală);
- g. procese de administrare pacientului;
- h. monitorizarea postadministrare a pacientului.

13. Accidente ale pacientului / Căderi

- a. strangulare / sufocare / spânzurare;
- b. asfixiere / inhalare / aspirare;
- c. contact cu materiale potențial infectate;
- d. contact cu obiecte ascuțite;
- e. contact / coliziune cu un obiect (altul decât ascuțit);
- f. prindere / strivire;
- g. alunecare, împiedicare, cădere suspectate, fără martori (include leșin, amețeală);
- h. alunecare, împiedicare, cădere cu martori (include leșin, amețeală).

14. Ulcere prin presiune – toate incidentele care se referă la evaluarea riscurilor, prevenirea, diagnosticarea și tratamentul ulcerelor prin presiune.

- a. prezente la internare;
- b. inexistente la internare;
- c. nu se cunoaște dacă erau prezente la internare.

15. Date, informații și obiecte personale – incident în legătură cu proprietăți ale

pacientului.

- a. furt de proprietate (suspectat, presupus, dovedit);
- b. vandalism (suspectat, presupus, dovedit);
- c. utilizare neautorizată și neconsimțită a proprietății pacientului;
- d. violarea confidențialității.

16. Procese / Proceduri terapeutice (cu excepția incidentelor legate în mod specific de utilizarea medicamentelor / fluide / sânge / produse plasmatice și administrarea gazelor medicale; a se vedea Elemente de nivel 1) – toate incidentele care se referă la furnizarea efectivă a serviciilor de asistență medicală, inclusiv îngrijirile medicale și chirurgicale, tratamentele și asistența medicală secundară precum și monitorizarea / supervizarea pacienților (vezi și Anestezie, Maternitate și Îngrijire neonatală pentru specificul domeniilor unice).

- a. procese / proceduri de tratament neinvazive;
- b. procese / proceduri de tratament invazive;
- c. terapia prin iradiere;
- d. procesele de restricție / conținere a pacienților;
- e. procesele de monitorizare / evaluare continuă a stării pacientului.

B. Incidente care afectează personalul

Termenul „personal” include angajați, contractori și furnizori.

1. Expunere la pericolele medioambientale:

- a. expunere la substanțe periculoase;
- b. expunere la condiții medioambientale nesigure;
- c. expunere la condiții medioambientale neigienice.

2. Comportament / conduită:

- a. comportament neadecvat / agresiv al unui pacient față de personal;
- b. comportament neadecvat / agresiv al unui vizitator față de personal;
- c. comportament neadecvat / agresiv al personalului față de personal;
- d. uz / posesie de bunuri interzise / furate;
- e. persoane care efectuează acte neautorizate.

3. Accidente / Căderi:

- a. strangulare / sufocare;
- b. asfixiere / inhalare / aspirare;
- c. contact cu materiale potențial infectate
- d. contact cu obiecte ascuțite;
- e. contact / coliziune cu un obiect (altul decât ascuțit);
- f. prindere / strivire;
- g. alunecare, împiedicare, cădere;
- h. ridicare / manevrare manuală (mase sau pacienți)

4. Accidente privind proprietatea

- a. furt (suspectat, presupus, dovedit);
- b. vandalism (suspectat, presupus, dovedit);
- c. uz neautorizat sau neconsimțit al proprietății;
- d. violarea confidențialității.

C. Incidente care afectează publicul / Vizitatorii

Orice membru al publicului prezent într-o unitate de asistență medicală care nu are o funcție oficială legată de furnizarea de servicii de sănătate sau alte funcții ale facilităților stabilimentului medical.

1. Expunere la pericolele medioambientale:

- a. expunere la substanțe periculoase;
- b. expunere la condiții medioambientale nesigure;
- c. expunere la condiții medioambientale neigienice.

2. Comportament / conduită:

- a. comportament neadecvat / agresiv al unui pacient față de vizitatori;
- b. comportament neadecvat / agresiv al unui vizitator față de vizitatori;
- c. comportament neadecvat / agresiv al personalului față de vizitatori;
- d. uz / posesie de bunuri interzise / furate;
- e. persoane care efectuează acte neautorizate.

3. Accidente / Căderi

- a. strangulare / sufocare;
- b. asfixiere / inhalare / aspirare;
- c. contact cu materiale potențial infectate
- d. contact cu obiecte ascuțite;
- e. contact / coliziune cu un obiect (altul decât ascuțit);
- f. prindere / strivire;
- g. alunecare, împiedicare, cădere;
- h. ridicare / manevrare manuală (mase sau pacienți).

5. Accidente privind proprietatea

- a. furt (suspectat, presupus, dovedit);
- b. vandalism (suspectat, presupus, dovedit);
- c. uz neautorizat sau neconsimțit al proprietății;
- d. violarea confidențialității.

D. Incidente care afectează organizația

1. Incendii, alarme de incendiu / proceduri

- a. incendiu real;
- b. alarmă de incendiu activată de către personal (alarmă falsă);
- c. alarmă de incendiu activată de către dispozitive automatizate (alarmă falsă);
- d. căi de evacuare / uși;
- e. extinctoare;
- f. riscuri de incendiu;
- g. centrala de incendiu / mijlocul de alarmare.

2. Întreruperi ale serviciilor

- a. mediu, infrastructură și resurse umane (a se vedea și incendii, alarme de incendiu / proceduri);
- b. fenomene naturale / evenimente naturale extreme;
- c. defecțiuni / întreruperi ale utilităților / serviciilor publice (excepție sistemele de alarmă la incendiu);
- d. defecțiuni / asigurare insuficientă a serviciilor;
- e. disponibilitatea resurselor umane (include opriri ale lucrului, greve);
- f. pericole medioambientale (excluse incendiile).

3. Siguranța proprietăților / Informațiilor / Clădirilor

- a. furt (suspectat, presupus, dovedit);
- b. vandalism (suspectat, presupus, dovedit);
- c. uz neautorizat sau neconsimțit al proprietății;
- d. întreruperi / intrare cu forță (suspectată, presupusă, dovedită);

- e. invadare / intruziune;
- f. uz / posesie de bunuri interzise / furate;
- g. îngrijiri medicale furnizate de persoane neautorizate;
- h. corupția.

4. Ordinea publică / controlul mulțimilor

- a. controlul mulțimilor / întâlnirilor;
- b. lipsa controlului mulțimilor / întâlnirilor (spontane).

5. Terorism (presupus, suspectat, real)

- a. amenințare teroristă;
- b. eveniment terorist sau criminal.

Obiective generale și specifice

Secțiunea 1

Crearea structurilor și fortificarea capacităților în domeniul gestionării riscurilor medicale în Institutul de Medicină Urgentă

1. Obiectivul general este îmbunătățirea dirijării în cadrul Institutului de Medicină Urgentă în vederea asigurării condițiilor sigure pentru tratamentul pacienților.

Obiectivele specifice sunt următoarele:

- 1.1. fortificarea potențialului de resurse umane (sefi de secții și asistenți medicali sefi) din cadrul Institutului de Medicină Urgentă, pentru compartimentele de management și gestionare a riscurilor medicale;
- 1.2. fortificarea serviciului de monitorizare și audit intern, ajustarea seturilor de date și indicatori care să asigure evaluarea anuală a activităților de gestionare a riscurilor;
- 1.3. consolidarea culturii organizaționale a angajaților Institutului de Medicină Urgentă în vederea profilaxiei riscurilor medicale;
- 1.4. sporirea receptivității Institutului de Medicină Urgentă la riscurile medicale și crearea mediului de siguranță pentru pacienți.
- 1.5. sporirea abilităților angajaților în domeniul gestionării riscurilor;
- 1.6. stabilirea parteneriatelor cu alte spitale din străinătate în domeniul gestionării riscurilor medicale;
- 1.7. sporirea activităților anticorupție în cadrul Institutului de Medicină Urgentă prin acțiuni de combatere a distorsiunilor în procesul de procurări servicii, bunuri și lucrări, a alocărilor necorespunzătoare a resurselor financiare, a plăților neformale pentru serviciile medicale din cadrul sistemului de asigurări obligatorii de asistență medicală, a utilizării necorespunzătoare a dispozitivelor medicale și a infrastructurii instituției, a prescrierilor abuzive și necorespunzătoare a medicamentelor și a investigațiilor medicale, a relațiilor financiare ilegale între personalul medical și farmacii.
- 1.8. Focusarea pe procedurile de control intern și pe principalele riscuri aferente procesului de prestare a serviciilor medicale în instituție.

Secțiunea 2

Identificarea și managementul riscurilor

2. Obiectivul general este insituirea în cadrul Institutului de Medicină Urgentă a structurii interne de gestionare a riscurilor medicale

Obiectivele specifice sînt următoarele:

- 2.1. Abordarea unui stil de management proactiv care să anticipeze evenimentele negative posibile să apară;
- 2.2. Stabilirea structurii și a responsabililor cu riscurile în toate secțiile și în subdiviziunile spitalului.
- 2.3. Instituirea sistemului de control intern managerial eficient și eficace pentru gestionare riscurilor.
- 2.4. Evaluarea riscurilor în Institutul de Medicină Urgentă care constă în: estimarea probabilității de materializare a riscurilor, estimarea impactului asupra obiectivelor/activităților în cazul materializării riscurilor și evaluarea expunerii la risc - combinație între probabilitate și impact.

Secțiunea 3.

Instituționalizarea Serviciului de Management a Riscurilor.

3. Obiectivul general constă asigurarea funcționalității Serviciului de Management a Riscurilor.

Obiectivele specifice sînt următoarele:

- 3.1. Elaborarea planului de acțiuni privind implementarea sistemului de management al riscurilor (anexă);
- 3.2. Documentarea proceselor operaționale;
- 3.3. Identificarea și evaluarea riscurilor care va permite prioritizarea în alocarea resurselor spitalului în urma unei analize „efort depus – rezultat obținut”;
- 3.4. Elaborarea planului de implementare a măsurilor de control a riscurilor în cadrul Institutului de medicină Urgentă cuprinde;
- 3.5. Modificarea Planului de implementare a măsurilor de control în cadrul Institutului de medicină Urgentă;
- 3.6. Raportarea anuală a riscurilor în Institutul de Medicină Urgentă.

Anexa nr.3

Matricea de evaluare a riscului pe 5 nivele, utilizată în IMSP IMU:

a) Evaluarea probabilității de apariție a riscurilor

Nivel probabilitate	Explicație
Rar	Este foarte puțin probabil să se întâmple pe o perioadă lungă de timp (3-5 ani). Nu s-a întâmplat până în prezent
Puțin probabil	Este puțin probabil să se întâmple pe o perioadă lungă de timp (3-5 ani); S-a întâmplat de foarte puține ori până în prezent
Posibil	Este probabil să se întâmple pe o perioadă medie de timp (1-3 ani); S-a întâmplat de câteva ori în ultimii 3 ani
Foarte probabil	Este probabil să se întâmple pe o perioadă scurtă de timp (<1 an); S-a întâmplat de câteva ori în ultimul an
Aproape sigur	Este foarte probabil să se întâmple pe o perioadă scurtă de timp (<1 an); S-a întâmplat de mai multe ori în ultimul an

b) Evaluarea impactului/consecințelor riscurilor

Nivel consecințe/impact		Explicație
1	Nesemnificativ	Cu impact foarte scăzut asupra activităților structurii și îndeplinirii obiectivelor și/sau fără impact financiar
2	Minor	Cu impact scăzut asupra activităților structurii și îndeplinirii obiectivelor și/sau cu impact financiar foarte scăzut
3	Moderat	Cu impact mediu asupra activităților structurii și îndeplinirii obiectivelor și/sau cu impact financiar mediu
4	Major	Cu impact major asupra activităților structurii și îndeplinirii obiectivelor și/sau cu impact financiar major
5	Critic	Cu impact major asupra activităților structurii și îndeplinirii obiectivelor și/sau cu impact financiar semnificativ

Stabilire scor general risc: probabilitate x impact

Scor general risc: probabilitate x impact						
5 = Aproape sigur	PROBABILITATE	5	10	15	20	25
4 = Foarte posibil		4	8	12	16	20
3 = Posibil		3	6	9	12	15
2 = Puțin probabil		2	4	6	8	10
1 = Rar		1	2	3	4	5
Stabilire scor general risc: probabilitate x impact		IMPACT				
		1 = Nesemnificativ	2 = Minor	3 = Moderat	4 = Major	5 = Critic

Stabilirea nivelului de tolerare

Scor	Culoare	Nivel tolerare	Măsuri de control
1-4		Tolerabil	Nu necesită nicio măsură de control
5-8		Tolerabilitate ridicată	Necesită măsuri de control pe termen mediu / lung
9-12		Tolerabilitate scăzută	Necesită măsuri de control pe termen scurt
13-25		Intolerabil	Necesită măsuri de control urgente

Proces-verbal al ședinței de analiză a riscurilor**Subdiviziunea:****Data ședinței:****Participanți (membrii):**

Nr. crt.	Nume, prenume	Funcția	Semnătura	Nr. telefon Adresa e-mail
1				
2				
3				
4				
5				
Nr. crt.	Probleme dezbătute		Concluzii, recomandări, observații etc.	
1	Riscuri analizate			
2	Propuneri de acțiuni/măsuri de control			
3	Stadiul implementării acțiunilor de control			
4	Dificultăți întâmpinate			
5	Alte probleme			

Întocmit de (Responsabilul cu riscurile):**Data:**

FIȘA DE URMĂRIRE A RISCULUI MEDICAL: (Exemplu SCh. 12)

Compartimentul: Sectia Chirurgie			
Responsabilul cu monitorizarea implementării măsurilor: BulgacEleonora			
Riscul monitorizat: Căderea pacienților			
Denumire: Căderea pacienților din pat			
Expunere: 9			
Data urmării riscului	Acțiuni preventive propuse	Stadiul implementării acțiunilor preventive	
22.10.2020	Monitorizarea zilnică a pacienților gravi și plasarea lor pe paturi funcționale cu extensii de protecție	În derulare	
	Dificultăți întâmpinate: Nu există suficiente paturi spitalicești cu extensii pentru prevenirea căderilor		
	Acțiuni noi propuse pentru eventualele riscuri reziduale	Responsabil	Termen de implementare
	Includerea în planul de procurări a achizițiilor de paturi spitalicești cu extensii	Tatiana Suru, sef serviciu achizitii. Olga Pinteac, asistent principal. Igor Caproș, sef serviciu economic.	Anul 2026

**Planul
de acțiuni privind implementarea Planului de management al riscurilor în
IMSP Institutul de Medicină Urgentă**

Obiective	Activități	Termene de realizare	Responsabili pentru implementare	Indicatori
1. Îmbunătățirea dirijării în cadrul Institutului de Medicină Urgentă în vederea asigurării condițiilor sigure pentru tratamentul pacienților	1.1. Fortificarea potențialului de resurse umane (sefi de secții și asistenți medicali sefi) din cadrul Institutului de Medicină Urgentă, pentru compartimentele de management și gestionare a riscurilor medicale;	2025-2030	Șef secție resurse umane	30 de cadre de conducere instruite
	1.2. Fortificarea serviciului de monitorizare și audit intern, ajustarea seturilor de date și indicatori care să asigure evaluarea anuală a activităților de gestionare a riscurilor;	2025-2030	Vicedirector medical	Completarea statelor de funcții. Indicatori stabiliți.
	1.3. Consolidarea culturii organizaționale a angajaților Institutului de Medicină Urgentă în vederea profilaxiei riscurilor medicale;	2025-2030	Vicedirector medical	5 cursuri în domeniul culturii organizației cu referire la riscuri realizate.
	1.4. Sporirea receptivității Institutului de Medicină Urgentă la riscurile medicale și crearea mediului de siguranță pentru pacienți.	2025-2030	Vicedirector medical	Comunicarea în primele 2 ore a 90% din riscuri
	1.5. Sporirea abilităților angajaților în domeniul gestionării riscurilor;	2025-2030	Vicedirector medical	Instruirea responsabililor cu riscurile

	1.6. Stabilirea parteneriatelor cu alte spitale din strainatate în domeniul gestionării riscurilor medicale;	2025-2030	Vicedirector în domeniul cercetării și inovării	Aprofundarea parteneriatului bilateral cu Spitalul Universitar Tartu, Estonia.
	1.7. Sporirea activităților anticorupție în cadrul Institutului de Medicină Urgentă prin acțiuni de combatere a distorsiunilor în procesul de procurări servicii, bunuri și lucrări, a alocărilor necorespunzătoare a resurselor financiare, a plăților neformale pentru serviciile medicale din cadrul sistemului de asigurări obligatorii de asistență medicală, a utilizării necorespunzătoare a dispozitivelor medicale și a infrastructurii instituției, a prescrierilor abuzive și necorespunzătoare a medicamentelor și a investigațiilor medicale, a relațiilor financiare ilegale între personalul medical și farmacii.	2025-2030	Vicedirector medical	Numarul de riscuri declarate
	1.8. Focusarea pe procedurile de control intern și pe principalele riscuri aferente procesului de prestare a serviciilor medicale în instituție.	2025-2030	Vicedirector medical	Controlul intern al riscurilor
2. Insituirea în cadrul Institutului de Medicină Urgentă a	2.1. Abordarea unui stil de management proactiv care să anticipeze	2025-2030	Vicedirectorii	Numar de initiative privind profilaxia

structurii interne de gestionare a riscurilor medicale.	evenimentele negative posibile să apară;			riscurilor înregistrate
	2.2.Stabilirea structurii și a responsabililor cu riscurile în toate secțiile și în subdiviziunile spitalului.	2025-2026	Vicedirector medical	Structura stabilita
	2.3.Instituirea sistemului de control intern managerial eficient și eficace pentru gestionare riscurilor.	2025-2026	Vicedirector medical. Șef secție Management al Calității Serviciilor medicale	Serviciu de control intern al riscurilor instituit
	2.4.Evaluarea riscurilor în Institutul de Medicină Urgentă care constă în: estimarea probabilității de materializare a riscurilor, estimarea impactului asupra obiectivelor/activităților în cazul materializării riscurilor și evaluarea expunerii la risc - combinație între probabilitate și impact.	2025-2030	Vicedirector medical. Șef secție Management al Calității Serviciilor medicale, sefi secții clinice, responsabili cu riscurile medicale.	Riscuri evaluate, probabilitate estimată, impact stabilit
3. Asigurarea funcționalității Serviciului de Management a Riscurilor în Institutul de Medicină Urgentă	3.1. Elaborarea planului de acțiuni privind implementarea sistemului de management al riscurilor (anexa nr.1);	2025-2030	Șef secție Management al Calității Serviciilor medicale	Plan elaborat si implementat
	3.2. Documentarea proceselor operaționale;	2025-2029	Șef secție Management al Calității Serviciilor medicale	Proceduri operaționale de profilaxie a riscurilor elaborate
	3.3. Identificarea și evaluarea riscurilor care va permite prioritizarea			

	în alocarea resurselor spitalului în urma unei analize „efort depus – rezultat obținut”;	2025-2029	Vicedirectorii	Riscuri identificate. Riscuri evaluate.
	3.4.Actualizarea planului de implementare a măsurilor de control a riscurilor în cadrul Institutului de medicină Urgentă cuprinde;	2025-2029	Vicedirector medical. Șef secție Management al Calității Serviciilor medicale, sefi secții clinice, responsabili cu riscurile medicale.	Plan de implementare a masurilor de control elaborat/actualizat si implementat.
	3.5.Raportarea anuală a riscurilor în Institutul de Medicină Urgentă.	2025-2030	Șef secție Management al Calității Serviciilor medicale	Rapoarte anuale realizate.

Registrului de riscuri (MODEL)

Necesar de a fi elaborat în fiecare secție și subdiviziune din cadrul IMSP IMU:

Activitatea	Riscul	Cauzele	Risc inerent			Strategia	Data ultimii revizuirii	Risc rezidual		
			Probabilitate	Impact	Expunere			Probabilitate	Impact	Expunere
Îngrijirea pacienți	Cădere	Alunecarea, cădere din pat	Major	Moderat	12	Prevenire prin instruire, avertizare, utilizare încălțăminte	30.08.2025	Major (fractura col femural)	Major (stare, care necesită endoprotizare)	16

Planul (MODEL)

de implementare a măsurilor de control a riscurilor în cadrul IMSP IMU:

Nr d/o	Denumirea riscului	Măsurile de control	Termenii de implementare	Responsabilii	Adnotare
1	2	3	4	5	6
1	Căderea pacienților	Utilizarea obligatorie a avertizoarelor podele umede!, paturi cu extensii ridicate! Încălțăminte încheiată!	Permanent	Asistent medical șef, asistente medicale superioare secției, asistente medicale, infirmieri	Procurarea avertizoarelor, reînnoirea fondului de paturi cu paturi funcționale
2					
3					