



MINISTERUL TRANSPORTURILOR ȘI INFRASTRUCTURII

SPITALUL CLINIC CĂI FERATE IAȘI

Iași, Cod 700506, Str. Garabet Ibrăileanu, Nr. 1, C.I.F.: 4981239, E-mail: secretariat@spitalcfiasi.ro

Tel.: 0232/216422 Secretariat Tel./Fax: 0232/264013 Web: www.spitalcfiasi.ro

MANAGEMENTUL RISCURILOR

PS-11

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

MANAGEMENTUL RISCURILOR

Cod: PS-11

Ed.: IV

Rev.: 0

Pag.: 1 / 13

Situația edițiilor și a reviziilor în cadrul edițiilor procedurii

Nr crt	Ediția/ revizia în cadrul ediției	Componenta revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediției sau reviziei ediției
1	I/0	X	X	19.09.2011
2	I/1	pct. 2,3,4,5,6,7	modificare conținut	23.01.2015
3	II/0	X	X	05.03.2019
4	II/1	întreaga procedură (mai puțin de 50%)	adăugare/eliminare	04.08.2021
5	3/0	integral	modificare machetă, actualizare descriere procedură	27.07.2022
6	IV/0	X	X	22.09.2023

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	Băhnăreanu Andreea	Ref. CMCSS/RMC		8.09.2023
2	Verificat	Dr. Emilia Solomon	Director medical/ Președinte Comisia de monitorizare		12.09.2023
3	Avizat juridic	Rotaru Alexandra-Florentina	Consilier juridic		13.09.2023
4	Aprobat	Dr. Elena Cristina Mitrofan	Manager		14.09.2023

Exemplar nr: Intranet





SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

MANAGEMENTUL RISCURILOR

Cod: PS-11

Ed.: IV

Rev.: 0

Pag.: 2 / 13

CUPRINS

1. SCOP

2. DOMENIU DE APLICARE

3. DEFINIȚII ȘI ABREVIERI

3.1. *Definiții ale termenilor*

3.2. *Abrevieri ale termenilor*

4. DOCUMENTE DE REFERINȚĂ

5. DESCRIEREA PROCEDURII

5.1. *Generalități privind managementul riscului*

5.2. *Etapele procesului de management al riscurilor*

5.2.1. Numirea responsabililor cu riscurile

5.2.2. Identificarea riscurilor și elaborarea registrului de riscuri

5.2.3. Evaluarea riscurilor neclinice

5.2.4. Gestionarea riscurilor – strategie, monitorizare, revizuire

5.3. *Managementul riscurilor clinice*

5.3.1. Generalități privind managementul riscurilor clinice

5.3.2. Etapele procesului de management al riscurilor clinice

6. RESPONSABILITĂȚI

7. EVIDENȚE ȘI ÎNREGISTRĂRI

8. ANEXE

9. DIFUZARE

10. INDICATORI DE MONITORIZARE



1. SCOP

Procedura stabilește etapele aferente procesului de management al riscurilor, respectiv identificarea, evaluarea și gestionarea acestora.

2. DOMENIU DE APLICARE

- 2.1. Procedura se aplică de către toate compartimentele din cadrul Spitalului Clinic Căi Ferate Iași, în vederea gestionării riscurilor care pot afecta atingerea obiectivelor specifice ale compartimentelor.
- 2.2. Procedura se aplică atât riscurilor neclinice, cât și riscurilor clinice.
- 2.3. Activitate procedurală: elaborare Registrul de riscuri.

3. DEFINIȚII ȘI ABREVIERI

3.1. Definiții:

3.1.1. Acceptarea (tolerarea) riscului – tip de răspuns la risc care constă în neluarea unor măsuri de control al riscurilor și este adecvat pentru riscurile inerente a căror expunere este mai mică decât toleranța la risc. (SGG, „Metodologie de management al riscurilor”, 2018)

3.1.2. Activitate – totalitatea atribuțiilor de o anumită natură care determină procese de muncă cu un grad de omogenitate și similaritate ridicat. (OSGG nr. 600/2018)

3.1.3. Activitate procedurală – proces major sau activitate semnificativă pentru care se pot stabili reguli și modalități de lucru, general valabile, în vederea îndeplinirii, în condiții de regularitate, economicitate, eficiență și eficacitate a obiectivelor compartimentului și/sau a entității publice. (OSGG nr. 600/2018)

3.1.4. Clasarea riscului – procedeu aplicabil riscurilor apreciate, de către CM, ca nerelevante în raport de obiectivele specifice compartimentului, constând în îndosărierea și arhivarea formularelor de alertă la risc inclusiv a documentației utilizată pentru fundamentarea riscurilor respective. (SGG, „Metodologie de management al riscurilor”, 2018)

3.1.5. Compartiment – secțiile/serviciile/birourile/compartimentele, precum și alte structuri funcționale care se regăsesc în organigrama Spitalului Clinic Căi Ferate Iași

3.1.6. Control intern managerial – ansamblul formelor de control exercitate la nivelul entității publice, inclusiv auditul intern, stabilite de conducere în concordanță cu obiectivele acesteia și cu reglementările legale, în vederea asigurării administrării fondurilor în mod economic, eficient și eficace; acesta include, de asemenea, structurile organizatorice, metodele și procedurile. Sintagma „control intern managerial” subliniază responsabilitatea tuturor nivelurilor ierarhice pentru ținerea sub control a tuturor proceselor interne desfășurate pentru realizarea obiectivelor generale și a celor specifice. (OSGG nr. 600/2018)

3.1.7. Comisia de monitorizare – comisia de monitorizare în vederea monitorizării, coordonării și îndrumării metodologice a implementării și dezvoltării sistemului de control intern managerial la nivelul Spitalului Clinic Căi Ferate Iași.

3.1.8. Evaluarea riscului – evaluarea impactului materializării riscului, în combinație cu evaluarea probabilității de materializare a riscului. Evaluarea riscului o reprezintă valoarea expunerii la risc. (OSGG nr. 600/2018)

3.1.9. Expunere la risc – consecințele, ca o combinație de probabilitate și impact, pe care le poate resimți o entitate publică în raport cu obiectivele prestabilite, în cazul în care riscul se materializează. (OSGG nr. 600/2018)

3.1.10. Evitarea riscului – tip de răspuns la risc care constă în eliminarea/restrângerea circumstanțelor/activităților care generează riscul. (SGG, „Metodologie de management al riscurilor”, 2018)

3.1.11. Escaladarea riscului – procedeu prin care conducerea unui compartiment alertează nivelul ierarhic imediat superior cu privire la riscurile pentru care compartimentul nu poate desfășura un control satisfăcător al acestora. (SGG, „Metodologie de management al riscurilor”, 2018)

3.1.12. Gestionarea riscurilor – măsurile întreprinse pentru diminuarea probabilității (posibilității) de apariție a riscului sau/și de diminuare a consecințelor (impactului) asupra rezultatelor (obiectivelor), dacă riscul s-ar materializa. Gestionarea riscului reprezintă diminuarea expunerii la risc, dacă acesta este o amenințare. (OSGG nr. 600/2018)

3.1.13. Impact – consecința/efectele generate asupra rezultatelor (obiectivelor), dacă riscul s-ar materializa. Dacă riscul este o amenințare, consecința asupra rezultatelor este negativă, iar dacă riscul este o oportunitate, consecința este pozitivă. (OSGG nr. 600/2018)



3.1.14. Limita de toleranță la risc – nivelul de expunere la risc ce este asumat de spital, prin decizia de neimplementare a măsurilor de control a riscului. (OSGG nr. 600/2018)

3.1.15. Managementul riscurilor – procesul care vizează identificarea, evaluarea, gestionarea (inclusiv tratarea) și constituirea unui plan de măsuri de atenuare a riscurilor, revizuirea periodică, monitorizarea și stabilirea responsabilităților. (OSGG nr. 600/2018)

3.1.16. Managementul riscurilor clinice – reprezintă un ansamblu de acțiuni complexe întreprinse în scopul:

- identificării situațiilor în care pacientul ar putea suferi prejudicii prin intervenția sau non-intervenția echipei medicale;
- adoptarea măsurilor care să permită asumarea riscului, pentru a putea garanta siguranța pacienților în sistemul de sănătate.

3.1.17. Materializarea riscului – translatarea riscului din domeniul incertitudinii (posibilului) în cel al certitudinii (al faptului împlinit). Riscul materializat se transformă dintr-o amenințare posibilă în problemă, dacă riscul reprezintă un eveniment negativ sau într-o situație favorabilă, dacă riscul reprezintă o oportunitate. (OSGG nr. 600/2018)

3.1.18. Măsuri de control – acțiuni stabilite pentru gestionarea riscurilor și monitorizarea permanentă sau periodică a unei activități, a unei situații ș.a.. (OSGG nr. 600/2018)

3.1.19. Monitorizare – activitatea continuă de colectare a informațiilor relevante despre modul de desfășurare a procesului sau a activității. (OSGG nr. 600/2018)

3.1.20. Prioritizarea riscurilor – acțiune determinată de caracterul limitat al resurselor și de necesitatea de a se stabili un răspuns la risc, pentru fiecare risc identificat și evaluat, și care constă în stabilirea ordinii de priorități în tratarea riscurilor, printr-o alocare eficientă și judicioasă a resurselor. (SGG, „Metodologie de management al riscurilor”, 2018)

3.1.21. Probabilitatea de materializare a riscului – posibilitatea sau eventualitatea ca un risc să se materializeze. Reprezintă o măsură a posibilității de apariție a riscului, determinată apreciativ sau prin cuantificare, atunci când natura riscului și informațiile disponibile permit o astfel de evaluare. (OSGG nr. 600/2018)

3.1.22. Proces – un flux de activități sau o succesiune de activități logic structurate, organizate în scopul atingerii unor obiective definite, care utilizează resurse, adăugându-le valoare. (OSGG nr. 600/2018)

3.1.23. Proces clinic – un flux de activități sau o succesiune de activități logic structurate, specifice asistenței medicale, organizate în scopul atingerii unor obiective definite, care utilizează resurse, adăugându-le valoare.

3.1.24. Profil de risc – un tablou cuprinzând evaluarea generală documentată și prioritizată a gamei de riscuri specifice identificate, cu care se confruntă entitatea publică. (OSGG nr. 600/2018)

3.1.25. Registrul de riscuri – document în care se consemnează informațiile privind riscurile identificate. (OSGG nr. 600/2018)

3.1.26. Responsabilul cu riscurile – persoană desemnată de către conducătorul unui compartiment, care colectează informațiile privind riscurile din cadrul compartimentului, elaborează și actualizează registrul de riscuri la nivelul acestuia. (OSGG nr. 600/2018)

3.1.27. Risc – o situație, un eveniment care nu a apărut încă, dar care poate apărea în viitor, caz în care obținerea rezultatelor prealabil fixate este amenințată sau potențată; astfel, riscul poate reprezenta fie o amenințare sau o oportunitate și trebuie abordat ca fiind o combinație între probabilitate și impact. (OSGG nr. 600/2018)

3.1.28. Risc clinic

1. Reprezintă probabilitatea ca un pacient să fie victima unui efect advers, respectiv să sufere prejudicii sau neplăceri, chiar și involuntare, imputabile asistenței medicale primită în cursul spitalizării, care determină prelungirea duratei de spitalizare, înrăutățirea stării de sănătate, invaliditate sau moartea pacientului. Riscul clinic reprezintă riscul asociat managementului siguranței pacientului.

2. Probabilitatea apariției unui prejudiciu generat de o intervenție medicală în scop diagnostic și terapeutic sau ca urmare a aprecierii incorecte a stării pacientului și a nevoilor acestuia.

3.1.29. Risc semnificativ/strategic/ridicat – risc major, reprezentativ care poate afecta capacitatea spitalului de a-și atinge obiectivele; risc care ar putea avea un impact și o probabilitate ridicată de manifestare și care vizează entitatea publică în întregime ei. (OSGG nr. 600/2018)



3.1.30. Risc inerent – riscul privind îndeplinirea obiectivelor, în absența oricărei acțiuni pe care ar putea-o lua conducerea, pentru a reduce probabilitatea și/sau impactul acestuia. (OSGG nr. 600/2018)

3.1.31. Risc rezidual – riscul privind îndeplinirea obiectivelor, care rămâne după stabilirea și implementarea răspunsului la risc. (OSGG nr. 600/2018)

3.1.32. Secretariatul tehnic al Comisiei de monitorizare – are ca sarcină principală managementul documentelor ce sunt în atribuția Comisiei de monitorizare. (OSGG nr. 600/2018)

3.1.33. Strategie de gestionare a riscurilor – tipul de răspuns la risc sau strategia adoptată cu privire la risc, ce cuprinde și măsuri de control, după caz. (OSGG nr. 600/2018)

3.1.34. Toleranța la risc – cantitatea de risc pe care spitalul este pregătit să o tolereze sau la care este dispus să se expună la un moment dat. (OSGG nr. 600/2018)

3.1.35. Trasferarea (externalizarea) riscului – tip de răspuns la risc recomandat în cazul riscurilor financiare și patrimoniale și care constă în încredințarea gestionării riscului unui terț care are expertiza necesară gestionării acelui risc, încheindu-se în acest scop un contract. (SGG, „Metodologie de management al riscurilor”, 2018)

3.1.36. Tratarea (atenuarea) riscului – tip de răspuns la risc care constă în luarea de măsuri (implementarea măsurilor de control intern) pentru a menține riscul în limite acceptabile (tolerabile); reprezintă abordarea cea mai frecventă pentru majoritatea riscurilor cu care se confruntă entitatea. (SGG, „Metodologie de management al riscurilor”, 2018)

3.2. Abrevieri:

3.2.1. ANMCS – Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate

3.2.2. CM – Comisia de monitorizare

3.2.3. CMCSS – Compartiment Managementul Calității Serviciilor de Sănătate

3.2.4. EAAAM – Evenimente adverse asociate asistenței medicale

3.2.5. FAR – Formular de alertă la risc

3.2.6. FUR – Fișă de urmărire a riscului

3.2.7. SGG – Secretariatul General al Guvernului

3.2.8. RR – Registrul de riscuri

4. DOCUMENTE DE REFERINȚĂ

4.1. SR EN ISO 9000:2015 - Sisteme de Management al Calității. Principii fundamentale și vocabular

4.2. SR EN ISO 9001:2015 - Sisteme de management al calității. Cerințe

4.3. OSGG nr. 600/2018 - Ordinul secretarului general al Guvernului privind aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice

4.4. O.G. nr. 119/1999, republicată în 2003 - Ordonanța Guvernului privind controlul intern/managerial și controlul financiar preventiv, cu modificările și completările ulterioare.

4.5. Ordin nr. 1.312/250/2020 - Ordin al ministrului sănătății și al președintelui Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate privind organizarea și funcționarea structurii de management al calității serviciilor de sănătate în cadrul unităților sanitare cu paturi și serviciilor de ambulanță, în procesul de implementare a sistemului de management al calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului

4.6. OMS nr. 446/2017 - Ordinul ministrului sănătății privind aprobarea Standardelor, procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor

4.7. Ordin Președinte A.N.M.C.S. nr. 35/2018 - Ordinul Președintelui Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate pentru modificarea Ordinului Președintelui Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate nr. 8/2018 privind aprobarea instrumentelor de lucru utilizate de către Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate în cadrul celui de al II-lea Ciclu de acreditare a spitalelor

4.8. Secretariatul General al Guvernului, „Metodologie de management al riscurilor”, 2018, (document elaborat în cadrul proiectului european Consolidarea implementării standardelor de control intern managerial la nivel central și local, cod SIPOCA 34).

4.9. Dr. Vasile Cepoi, *Managementul riscurilor clinice*.

4.10. Ghid pentru evaluatorii de spitale, Ciclul II de acreditare, Revizia I, ANMCS, 2020

4.11. Manualul standardelor de acreditare a unităților sanitare cu paturi, Ciclul II de acreditare, ANMCS, 2020

4.12. Glosar de termeni utilizați în cadrul procesului de evaluare și acreditare, A.N.M.C.S., 2019



4.13. Manual de management al calității serviciilor spitalicești, Proiectul POCA „Îmbunătățirea Calității și Performanței Serviciilor Spitalicești prin Evaluarea Costurilor și Standardizare” (CaPeSSCoSt), 2023

5. DESCRIEREA PROCEDURII

5.1. Generalități privind managementul riscului

5.1.1. Managementul riscului este unul dintre cele mai importante standarde de control intern managerial aprobate prin OSGG nr. 600/2018.

5.1.2. Spitalul Clinic Căi Ferate Iași își definește propriul proces de management al riscurilor adaptat dimensiunii, complexității și mediului specific, în vederea identificării tuturor surselor posibile de risc și pentru diminuarea sau eliminarea probabilității și impactului riscurilor.

5.1.3. Managerul Spitalului Clinic Căi Ferate Iași organizează și implementează un proces de management al riscurilor, care să faciliteze realizarea obiectivelor spitalului în condiții de economicitate, eficiență și eficacitate, în principal, prin:

- a) **identificarea riscurilor** în strânsă legătură cu activitățile din cadrul obiectivelor specifice a căror realizare ar putea fi afectată de materializarea riscurilor; identificarea amenințărilor/ vulnerabilităților prezente în cadrul activităților curente ale spitalului care ar putea conduce la nerealizarea obiectivelor propuse și la săvârșirea unor fapte de corupție și fraude;
- b) **evaluarea riscurilor**, prin estimarea probabilității de materializare, impactului asupra activităților din cadrul obiectivelor în cazul în care acestea se materializează; ierarhizarea și prioritizarea riscurilor în funcție de toleranța la risc;
- c) **stabilirea strategiei de gestionare a riscurilor** (răspunsului la risc) prin identificarea celor mai adecvate modalități de tratare a riscurilor inclusiv măsuri de control; analiza și gestionarea riscurilor în funcție de limita de toleranță la risc aprobată de către conducerea spitalului;
- d) **monitorizarea implementării măsurilor de control** și revizuirea acestora în funcție de eficacitatea rezultatelor acestora;
- e) **raportarea periodică** a situației riscurilor se realizează ori de câte ori este nevoie sau cel puțin o dată pe an, respectiv dacă riscurile persistă, apariția de riscuri noi, eficiența măsurilor de control adoptate, reevaluarea riscurilor existente etc.

5.1.4. Principalele elemente, de care depinde realizarea procesului de management al riscului, sunt:

- a) existența obiectivelor definite care să răspundă cerințelor SMART;
- b) alocarea unor resurse adecvate pentru punerea în practică a măsurilor de gestionare a riscurilor, în vederea diminuării posibilității ca obiectivul sau activitatea să nu fie îndeplinite;
- c) utilizarea informațiilor privind managementul riscului în luarea deciziilor (în funcție de riscurile semnificative/strategice);

5.1.5. Toate activitățile și acțiunile inițiate și puse în aplicare în cadrul procesului de management al riscurilor sunt riguros documentate, iar sinteza datelor, informațiilor și deciziilor luate în acest proces este cuprinsă în Registrul de riscuri, document care atestă că în cadrul Spitalului Clinic Căi Ferate Iași există un proces de management al riscurilor și că acesta funcționează. Registrul de riscuri la nivelul spitalului include numai riscurile semnificative.

5.1.6. Spitalul Clinic Căi Ferate Iași organizează și implementează un proces de management al riscurilor clinice conform standardelor de acreditare ANMCS.

5.1.7. Fluxul procesului de management al riscului este prezentat în **Diagrama de proces (PS-11/Ed.IV/A1)**.

5.2. Etapele procesului de management al riscurilor

5.2.1. Numirea responsabililor cu riscurile

5.2.1.1. Conducătorii compartimentelor nominalizează un responsabil cu riscurile și asigură cadrul organizatoric pentru identificarea și evaluarea riscurilor (clinice și neclinice), stabilirea strategiei de gestionare a riscurilor, monitorizarea implementării măsurilor de control, revizuirea și raportarea periodică a acestora.

5.2.1.2. Responsabilii cu riscurile sunt numiți prin decizie internă.



5.2.1.3. Responsabilul cu riscurile consiliază personalul din cadrul compartimentului și asistă conducătorul compartimentului în procesul de gestionare al riscurilor.

5.2.2. Identificarea riscurilor și elaborarea registrului de riscuri

5.2.2.1. Conducătorii compartimentelor și întreg personalul au obligația de a identifica riscurile (clinice și neclinice) care afectează atingerea obiectivelor specifice.

5.2.2.2. Persoana care identifică un risc („proprietarul riscului”), cu sprijinul responsabilului cu riscurile, realizează o analiză preliminară a riscului identificat, procedând la:

a) *definirea corectă a riscului, cu respectarea următoarelor reguli:*

- riscul este o situație, un eveniment care poate să apară, o incertitudine și nu ceva sigur;
- riscurile care nu afectează obiectivele/activitățile nu se identifică ca riscuri;
- problemele dificile identificate nu trebuie ignorate. Ele pot deveni riscuri în situații repetitive din cadrul aceleiași entități publice, sau pentru alte entități în care astfel de riscuri nu s-au materializat;
- riscurile nu trebuie definite prin impactul lor asupra obiectivelor. Impactul nu este risc, ci consecința materializării riscurilor asupra realizării obiectivelor;
- riscurile nu se definesc prin negarea obiectivelor;
- problemele care vor apărea cu siguranță nu constituie riscuri, ci certitudini;
- problemele a căror apariție este imposibilă nu constituie riscuri, ci ficțiuni.

b) *prezentarea cauzelor, descrierea circumstanțelor care favorizează apariția riscului;*

c) *analiza consecințelor, în cazul materializării riscului, asupra realizării obiectivelor.*

5.2.2.3. *Registrul de riscuri la nivelul spitalului* cuprinde două tipuri de riscuri: **riscuri clinice** (riscuri asociate managementului siguranței pacientului, a se vedea pct. 5.3. din procedură – *Managementul riscurilor clinice*) și **riscuri neclinice** (riscuri asociate cu managementul financiar, managementul resurselor umane, mediu, sănătatea și siguranța la locul de muncă/siguranța personalului/vizitatorilor, infrastructură, tehnologia informației și a comunicației, managementul achizițiilor etc.)

5.2.2.4. Identificarea riscurilor neclinice se realizează conform cerințelor sistemului de control intern managerial, prin completarea **Formularului de alertă la risc – FAR (PS-11/Ed.IV/F1)**. Documentația utilizată pentru fundamentarea riscului identificat se anexează la FAR.

5.2.2.5. FAR se transmite responsabilului cu riscurile de la nivelul compartimentului.

5.2.2.6. Responsabilul cu riscurile din cadrul compartimentului analizează fiecare FAR, primit de la persoanele care au identificat riscurile. Analiza formularului presupune:

- a) **clasarea riscului** aferent formularului, dacă riscul este nerelevant;
- b) **escaladarea riscului** la nivelurile superioare ale managementului dacă: riscul afectează un obiectiv superior celui stabilit la nivelul compartimentului; măsurile prin care se realizează un control satisfăcător al riscului exced competențele compartimentului; resursele sunt insuficiente.
- c) **reținerea riscului pentru gestionare** în cadrul compartimentului, situație în care responsabilul cu riscurile propune unul din tipurile de răspuns la risc (strategia adoptată): acceptare, monitorizare, evitare, transferare, tratare.

5.2.2.7. După analiza FAR, responsabilul cu riscurile transmite conducătorului compartimentului propunerile sale, decizia finală privind clasarea, escaladarea sau reținerea riscului pentru gestionare aparținând conducătorului compartimentului.

5.2.2.8. Pe baza FAR aprobate, responsabilul cu riscurile elaborează **Registrul de riscuri la nivelul compartimentului (PS-11/Ed.IV/F2)**, îl transmite spre aprobare conducătorului compartimentului și apoi îl înaintează Secretariatului tehnic al Comisiei de Monitorizare.

5.2.2.9. Secretariatul tehnic al Comisiei de Monitorizare centralizează riscurile semnificative în **Registrul de riscuri la nivelul spitalului (PS-11/Ed.IV/F3)**, cu scopul de a se evita un volum exagerat și necontrolat de riscuri și de a se gestiona eficient riscurile de la nivelul spitalului. Riscurile scăzute sunt gestionate la nivelul compartimentelor care le-au identificat.

5.2.2.10. *Registrul de riscuri la nivelul spitalului* este analizat de către CM, avizat de către președintele CM și aprobat de către manager.



5.2.3. Evaluarea riscurilor neclinice

5.2.3.1. Scopul evaluării riscurilor constă în stabilirea unei ierarhii a riscurilor identificate și în funcție de toleranța la risc, stabilirea celor mai adecvate măsuri de tratare a riscurilor.

5.2.3.2. Evaluarea riscurilor se realizează de către responsabilul cu riscurile și se analizează de către conducătorul compartimentului cu ocazia aprobării RR de la nivelul compartimentului.

5.2.3.3. Evaluarea riscurilor se realizează astfel:

- estimarea probabilității de apariție a riscului**, pe o scală de cinci trepte, ca fiind: foarte scăzută, scăzută, medie, ridicată, foarte ridicată;
- estimarea impactului asupra obiectivelor**, pe o scală de cinci trepte, ca fiind: foarte scăzut, scăzut, mediu, ridicat, foarte ridicat;
- evaluarea expunerii la risc**, respectiv consecințele, ca o combinație de probabilitate și impact, pe care le poate resimți compartimentul în raport cu obiectivele prestabilite, în cazul în care riscul se materializează.

Evaluarea expunerii la risc = probabilitate x impact

5.2.3.4. Pentru evaluarea riscurilor neclinice se folosesc scalele din **Anexa 2 Evaluarea riscurilor (PS-11/Ed.IV/A2)**.

5.2.4. Gestionarea riscurilor – strategie, monitorizare, revizuire

5.2.4.1. Identificarea, stabilirea și implementarea tipului de răspuns la risc

5.2.4.1.1. În procesul de gestionare a riscurilor neclinice, pentru fiecare risc identificat și evaluat, se aplică o strategie, respectiv tipul de răspuns la risc, considerat cel mai adecvat de către responsabilul cu riscurile/Secretariatul tehnic al Comisiei de monitorizare prin registrele de riscuri, respectiv:

a) **acceptarea (tolerarea) riscului**, în cazul riscurilor cu expunere scăzută sau atunci când aplicarea unei strategii de răspuns la risc nu este posibilă.

Este un tip de răspuns la risc definit prin neinițierea unor măsuri de control a riscurilor, potrivit pentru riscurile inerente care au o expunere mai mică decât limita de toleranță.

Acceptarea se aplică atunci când riscurile identificate la nivel de compartiment sunt asumate de către persoanele cu funcții decizionale sau când nu este posibil un alt tip de răspuns la risc.

b) **monitorizarea permanentă a riscului**, în cazul riscurilor cu impact semnificativ, dar cu probabilitate mică de apariție.

Este un tip de răspuns la risc caracterizat prin acceptarea riscului, cu obligația de a-l supraveghea permanent, îndeosebi, de a monitoriza probabilitatea de apariție a riscului.

c) **evitarea riscului**, cu precizarea că aplicarea acestei strategii este limitată în cazul activităților care țin de scopul (misiunea) procedurii.

Acest tip de răspuns la risc constă în eliminarea activităților (circumstanțelor) care generează riscul și se aplică cu precădere pentru activitățile generale (suport), în cazul în care nu există altă modalitate de a gestiona riscurile.

d) **transferarea (externalizarea) riscului**, îndeosebi în cazul riscurilor financiare și patrimoniale. Riscurile ce țin de credibilitatea spitalului nu se pot externaliza către terți.

Această strategie presupune încredințarea gestionării riscului unei terțe persoane capabilă sau specializată în gestionarea unor astfel de riscuri, de regulă, în baza unui contract.

Externalizarea riscurilor către un terț are ca scop o scădere a expunerii la risc a spitalului, dar și o mai bună gestionare a riscului transferat.

e) **tratarea (atenuarea) riscului**, caz în care se identifică măsurile de control posibile ce pot fi luate astfel încât riscurile să fie controlate satisfăcător.

Acest tip de răspuns la risc presupune luarea unor măsuri de control pentru riscurile inerente care au o expunere mai mare decât limita de toleranță.



5.2.4.1.2. Secretariatul tehnic al Comisiei de Monitorizare pe baza *Registrului de riscuri de la nivelul spitalului*, propune profilul de risc și limita de toleranță la risc, documente analizate în ședința CM.

5.2.4.1.3. Profilul de risc și limita de toleranță la risc sunt avizate de către președintele CM și ulterior, sunt transmise spre aprobare Managerului spitalului.

5.2.4.1.4. Toleranța la risc se face în raport cu expunerea la risc, utilizând o reprezentare matriceală – **Anexa 2 Evaluarea riscurilor (PS-11/Ed.IV/A2)**. Toate riscurile care au un nivel al expunerii peste limita de toleranță la risc acceptată (desenată cu linia îngroșată albastră), necesită măsuri de control prin care aceste riscuri să devină unele reziduale.

5.2.4.1.5. Profilul de risc oferă o imagine de ansamblu, cuprinzând evaluarea generală, documentată și prioritizată a gamei de riscuri specifice cu care se confruntă spitalul - **Anexa 2 Evaluarea riscurilor (PS-11/Ed.IV/A2)**.

5.2.4.2. Monitorizarea implementării măsurilor de control pentru riscurile neclinice

5.2.4.2.1. După elaborarea *Registrului de riscuri la nivelul spitalului*, pe baza FAR transmise de către compartimente, Secretariatul tehnic al Comisiei de Monitorizare întocmește **Planul de implementare a măsurilor de control la nivelul spitalului (PS-11/Ed.IV/F4)**, care cuprinde riscurile situate deasupra limitei de toleranță (riscurile semnificative).

5.2.4.2.2. *Planul de implementare a măsurilor de control* poate să cuprindă inclusiv recomandările cu privire la măsurile de control cuprinse în rapoartele de audit (Compartiment de Audit Public Intern, Curtea de Conturi).

5.2.4.2.3. După elaborarea *Planului de implementare a măsurilor de control*, Secretariatul tehnic al Comisiei de Monitorizare îl transmite pentru avizare președintelui CM și spre aprobare Managerului spitalului.

5.2.4.2.4. Secretariatul tehnic al Comisiei de Monitorizare transmite *Planul de implementare a măsurilor de control* aprobat, compartimentelor responsabile cu riscurile identificate, pentru a implementa și monitoriza măsurile de control aferente riscurilor situate deasupra limitei de toleranță.

5.2.4.2.5. Procesul de monitorizare cuprinde stadiul implementării măsurilor de control prevăzute în *Planul de implementare a măsurilor de control*, prin completarea **Fișei de urmărire a riscului (PS-11/Ed.IV/F5)**.

5.2.4.2.6. Persoana care a identificat riscul asistat de responsabilul cu riscurile, completează *Fișele de urmărire a riscurilor* pentru riscurile incluse în *Planul de implementare a măsurilor de control aprobat la nivelul entității*.

5.2.4.2.7. Responsabilul cu riscurile transmite FUR către conducătorul compartimentului spre analiză și aprobare.

5.2.4.2.8. Pe parcursul întregului an, monitorizarea implementării măsurilor include analiza stadiului acestora, precizarea dificultăților întâmpinate, acțiunile noi propuse precum și consemnarea datei la care s-a efectuat evaluarea.

5.2.4.3. Revizuirea și raportarea periodică a riscurilor

5.2.4.3.1. În cadrul procesului de revizuire, responsabilul cu riscurile pe compartiment, asigură analiza stadiului implementării măsurilor de control, a eficacității acestora, precum și reevaluarea riscurilor din sfera lor de responsabilitate, ori de câte ori este cazul, sau cel puțin o dată pe an, în următoarele situații:

- a) riscurile persistă;
- b) au apărut riscuri noi;
- c) impactul și probabilitatea riscurilor au suferit modificări;
- d) măsurile de control sunt ineficiente;
- e) modificarea termenelor pentru implementarea măsurilor de control;
- f) escaladarea unor riscuri;
- g) prioritizarea riscurilor;
- h) riscurile tratate pot fi închise, ca urmare a:
 - ▶ constatării eliminării cauzelor care favorizau apariția riscurilor respective;
 - ▶ renunțării la unele activități la care erau asociate riscurile respective;
 - ▶ alte situații, motivate de către conducătorul compartimentului sau de către CM.

5.2.4.3.2. Raportarea cu privire la procesul de gestionare a riscurilor se realizează anual la nivelul compartimentelor, prin elaborarea **Raportului privind desfășurarea procesului de gestionare a riscurilor (PS-11/Ed.IV/A3)**.

5.2.4.3.3. Responsabilul cu riscurile elaborează *Raportul privind desfășurarea procesului de gestionare a riscurilor*, care cuprinde o analiză a tuturor riscurilor incluse în *Registrul de riscuri la nivelul compartimentului* și



o sinteză a informațiilor prezentate în FAR și FUR. Raportul include și o analiză a riscurilor cuprinse în *Registrul de riscuri clinice*, acolo unde este cazul.

5.2.4.3.4. După elaborarea raportului, responsabilul cu riscurile îl transmite conducătorului compartimentului pentru analiză și aprobare, respectiv Secretariatului tehnic al Comisiei de Monitorizare spre informare.

5.2.4.3.5. Pe baza rapoartelor anuale primite de la compartimente, Secretariatul tehnic al Comisiei de Monitorizare elaborează **Informarea privind desfășurarea procesului de gestionare a riscurilor** – informare, care cuprinde o imagine de ansamblu a procesului de gestionare a riscurilor la nivelul spitalului.

5.2.4.3.6. Informarea este analizată și aprobată în Comisia de monitorizare, ulterior aceasta fiind prezentată Managerului spitalului.

5.3. Managementul riscurilor clinice

5.3.1 Generalități privind managementul riscurilor clinice

5.3.1.1. Managementul riscului clinic are o importanță primordială pentru siguranța pacientului în cadrul spitalului.

5.3.1.2. Siguranța pacienților constituie cea mai importantă dimensiune a calității îngrijirilor de sănătate.

5.3.1.3. Managementul riscului clinic reprezintă un ansamblu de acțiuni complexe întreprinse în scopul:

- a) identificării situațiilor în care pacientul ar putea suferi prejudicii prin intervenția sau non-intervenția echipei medicale;
- b) adoptarea măsurilor care să permită asumarea riscului, pentru a putea garanta siguranța pacienților în sistemul de sănătate.

5.3.1.4. Managementul riscului clinic se bazează pe:

- a) cunoașterea riscurilor;
- b) eliminarea unor riscuri (riscuri inacceptabile);
- c) prevenirea riscurilor (riscuri acceptabile a căror asumare este necesară pentru protecția pacientului)

5.3.1.5. La identificarea și analiza periodică a riscurilor clinice se recomandă luarea în considerare a EAAAM petrecute în acordarea serviciilor de sănătate. Acest tip de abordare servește la îmbunătățirea continuă a condițiilor și a siguranței serviciilor oferite.

5.3.1.6. Managementul riscurilor clinice prezintă următoarele particularități:

- a) *riscul clinic* reprezintă probabilitatea ca un pacient să fie victima unui efect advers, respectiv să sufere prejudicii sau neplăceri, chiar și involuntare, imputabile asistenței medicale primite în cursul spitalizării, care determină prelungirea duratei de spitalizare, înrăutățirea stării de sănătate, invaliditate sau decesul pacientului. Risc clinic reprezintă riscul asociat managementului siguranței pacientului.
- b) *probabilitatea unui risc* – probabilitatea unei erori în realizarea unei activități medicale, care să determine apariția unuia sau mai multor EAAAM este în funcție de: complexitatea patologiilor tratate, nivelul de cunoștințe al personalului medical, nivelul de tehnologizare, expertiza echipei medicale, nivelul de solicitare al personalului.

5.3.2 Etapele procesului de management al riscurilor clinice

5.3.2.1. Managementul riscurilor clinice se aplică numai proceselor specifice asistenței medicale la nivel de spital și la nivel de compartiment medical (secție etc.).

5.3.2.2. *Registrul de riscuri clinice* este întocmit conform machetei stabilită de către A.N.M.C.S., în aplicația CaPeSaRo – **Registrul de riscuri clinice (PS-11/Ed.IV/F6)**.

5.3.2.3. Responsabilul cu riscurile elaborează *Registrul de riscuri clinice* în colaborare cu întreg personalul medical.

5.3.2.4. Structura de management al calității îndrumă responsabilii cu riscurile în activitatea de identificare și de management al riscurilor.

5.3.2.5. Responsabilul cu riscurile transmite spre aprobare conducătorului compartimentului *Registrul de riscuri clinice*, și apoi îl înaintează Secretariatului tehnic al Comisiei de Monitorizare.



5.3.2.6. *Planul de implementare a măsurilor de control* cuprinde și măsurile pentru reducerea probabilității/gravității riscurilor clinice din *Registrul de riscuri clinice* (riscuri clinice situate deasupra limitei de toleranță), inclusiv termene de implementare și persoane responsabile cu implementarea.

5.3.2.7. Responsabilul cu riscurile monitorizează stadiul implementării măsurilor pentru reducerea probabilității/gravității din *Planul de implementare a măsurilor de control* și informează conducătorul compartimentului în acest sens.

6. RESPONSABILITĂȚI

6.1. Manager

- ▶ organizează și implementează un proces de management al riscurilor, care să faciliteze realizarea obiectivelor spitalului în condiții de economicitate, eficiență și eficacitate
- ▶ aprobă RR la nivelul spitalului
- ▶ aprobă profilul de risc și limita de toleranță la risc
- ▶ aprobă *Planul de implementare a măsurilor de control* pentru riscurile semnificative la nivelul spitalului
- ▶ aprobă *Informarea privind procesul de gestionare a riscurilor*

6.2. Comisia de monitorizare

- ▶ analizează RR la nivelul spitalului
- ▶ analizează profilul de risc și limita de toleranță la risc
- ▶ analizează *Planul de implementare a măsurilor de control* pentru riscurile semnificative la nivelul spitalului
- ▶ analizează *Informarea privind procesul de gestionare a riscurilor*

6.3. Președintele CM

- ▶ asigură implementarea procesului de management al riscurilor
- ▶ avizează RR la nivelul spitalului
- ▶ avizează profilul de risc și limita de toleranță la risc
- ▶ avizează *Planul de implementare a măsurilor de control*
- ▶ avizează *Informarea privind procesul de gestionare a riscurilor*

6.4. Secretariatul tehnic al CM

- ▶ centralizează riscurile semnificative în RR la nivelul spitalului
- ▶ propune CM profilul de risc și limita de toleranță la risc
- ▶ elaborează *Planul de implementare a măsurilor de control* pentru riscurile semnificative la nivelul spitalului și îl transmite spre analiză CM, spre avizare Președintelui CM și spre aprobare Managerului spitalului
- ▶ transmite către compartimente *Planul de implementare a măsurilor de control*
- ▶ analizează și centralizează *Rapoartele anuale privind desfășurarea procesului de gestionare a riscurilor* de la nivelul compartimentelor
- ▶ elaborează *Informarea privind desfășurarea procesului de gestionare a riscurilor* și o transmite spre avizare, Președintelui CM și spre aprobare, Managerului spitalului

6.5. Conducătorul compartimentului

- ▶ asigură cadrul organizațional și procedural pentru identificarea și evaluarea riscurilor, stabilirea strategiei de gestionare a riscurilor, monitorizarea implementării măsurilor de control, revizuirea și raportarea periodică a acestora
- ▶ nominalizează responsabilul cu riscurile de la nivelul compartimentului
- ▶ analizează și decide asupra riscurilor incluse în FAR
- ▶ aprobă RR la nivelul compartimentului
- ▶ monitorizează implementarea măsurilor de control aferente *Planului de implementare a măsurilor de control*, aprobat la nivelul spitalului, prin FUR
- ▶ aprobă FUR
- ▶ aprobă *Raportul anual privind procesul de desfășurare a riscurilor* la nivelul compartimentului



6.6. Responsabilul cu riscurile la nivelul compartimentului

- ▶ consiliează personalul din cadrul compartimentului și asistă conducătorul acestuia în procesul de gestionare al riscurilor
- ▶ colectează FAR și documentațiile aferente de la persoanele care au identificat riscurile din cadrul compartimentului
- ▶ analizează FAR, evaluează expunerea la risc, formulează o opinie cu privire la tipul de răspuns la risc (strategia adoptată) și măsurile de control
- ▶ transmite conducătorului compartimentului FAR
- ▶ elaborează RR la nivelul compartimentului și îl transmite spre aprobare conducătorului acestuia
- ▶ transmite Secretariatului tehnic al CM, RR aprobat la nivelul compartimentului
- ▶ urmărește stadiul implementării măsurilor de control și contribuie la implementarea măsurilor de control
- ▶ verifică FUR pentru fiecare risc cuprins în *Planul de implementare a măsurilor de control* aprobat
- ▶ actualizează anual RR la nivelul compartimentului, prin revizuirea riscurilor
- ▶ elaborează *Raportul anual privind procesul de desfășurare a riscurilor* la nivelul compartimentului, pe care îl transmite spre aprobare conducătorului compartimentului, respectiv Secretariatului tehnic al CM spre informare

6.7. Persoana care a identificat un risc

- ▶ completează FAR și îl transmite responsabilului cu riscurile la nivelul compartimentului
- ▶ completează FUR cu sprijinul responsabilului cu riscurile
- ▶ implementează măsurile de control aprobate prin *Planul de implementare a măsurilor de control*

6.8. Compartimentul de Audit Public Intern

- ▶ oferă consiliere în implementarea măsurilor de control
- ▶ formulează recomandări, în urma misiunilor de audit, privind măsurile de control

7. EVIDENȚE ȘI ÎNREGISTRĂRI

- 7.1. Formular de alertă la risc (FAR)
- 7.2. Registrul de riscuri la nivelul compartimentului
- 7.3. Registrul de riscuri la nivelul spitalului
- 7.4. Planul de implementare a măsurilor de control
- 7.5. Fișa de urmărire a riscului (FUR)
- 7.6. Raport privind desfășurarea procesului de gestionare a riscurilor
- 7.7. Informarea privind procesul de gestionare a riscurilor
- 7.8. Registrul de riscuri clinice

8. ANEXE

- 8.1. PS-11/Ed.IV/A1 – Diagrama de proces
- 8.2. PS-11/Ed.IV/A2 – Evaluarea riscurilor
- 8.3. PS-11/Ed.IV/A3 - Raport privind desfășurarea procesului de gestionare a riscurilor
- 8.4. PS-11/Ed.IV/F1 – Formular de alertă la risc (FAR)
- 8.5. PS-11/Ed.IV/F2 – Registrul de riscuri la nivelul compartimentului
- 8.6. PS-11/Ed.IV/F3 – Registrul de riscuri la nivelul spitalului
- 8.7. PS-11/Ed.IV/F4 - Planul de implementare a măsurilor de control
- 8.8. PS-11/Ed.IV/F5 – Fișa de urmărire a riscului (FUR)
- 8.9. PS-11/Ed.IV/F6 – Registrul de riscuri clinice

9. DIFUZARE

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.



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

MANAGEMENTUL RISCURILOR

Cod: PS-11

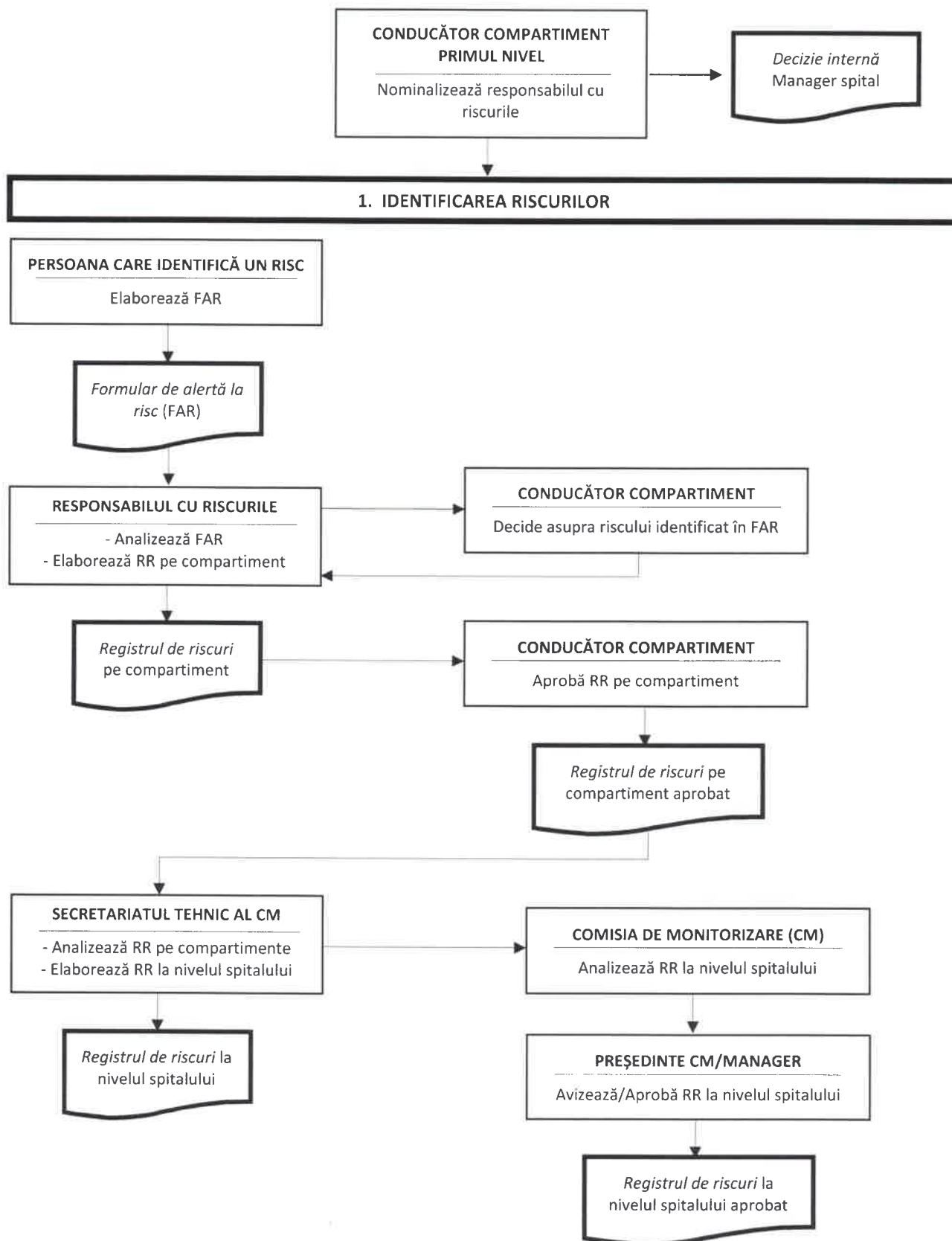
Ed.: IV

Rev.: 0

Pag.: 13 / 13

10. INDICATORI DE MONITORIZARE

- 10.1. Nr. FAR completate/nr. riscuri identificate în RR/compartiment
- 10.2. RR la nivelul spitalului, completat și actualizat
- 10.3. Nr. total compartimente cu RR aprobat/nr. total compartimente cu obligația de a întocmi RR
- 10.4. *Plan de implementare a măsurilor de control*, elaborat și aprobat
- 10.5. *Rapoarte anuale privind procesul de gestionare a riscurilor*, elaborate și aprobate
- 10.6. *Informare privind desfășurarea procesului de gestionare a riscurilor*, elaborată și aprobată





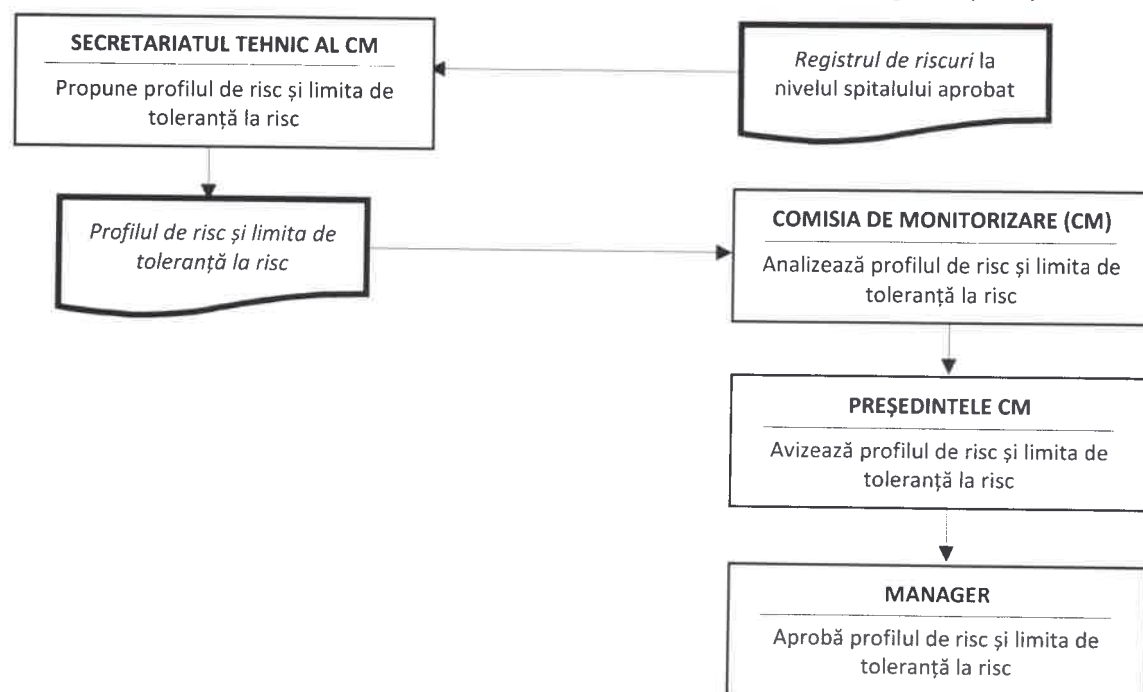
2. EVALUAREA RISCURILOR

CONDUCĂTOR COMPARTIMENT RESPONSABILUL CU RISCURILE

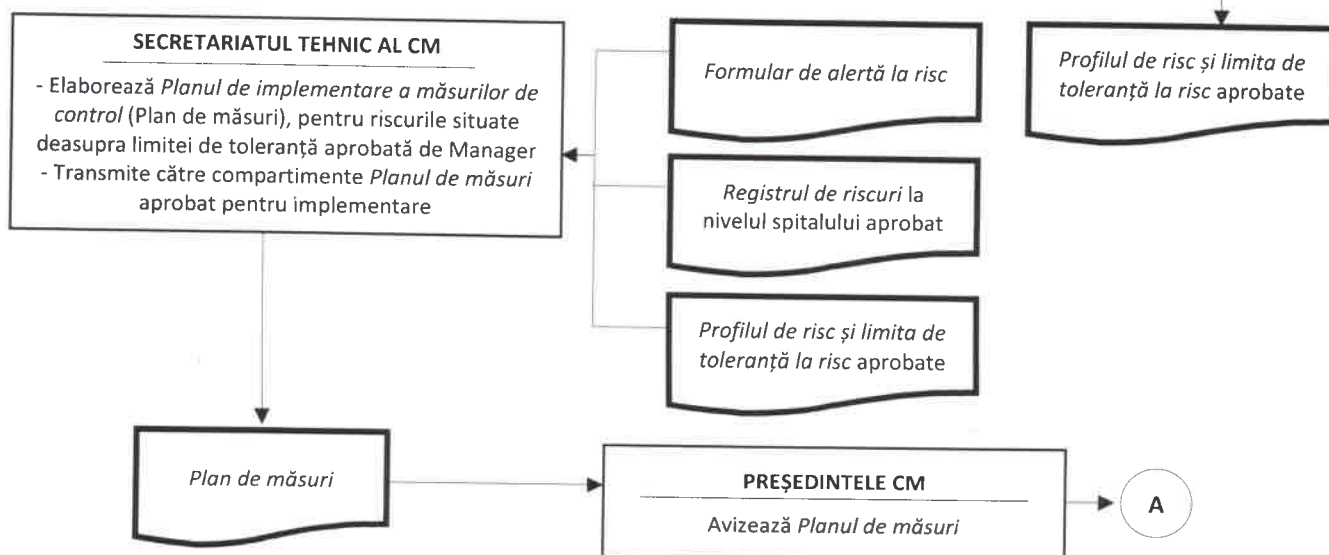
- Estimează probabilitatea
- Estimează impactul
- Evaluează expunerea la risc

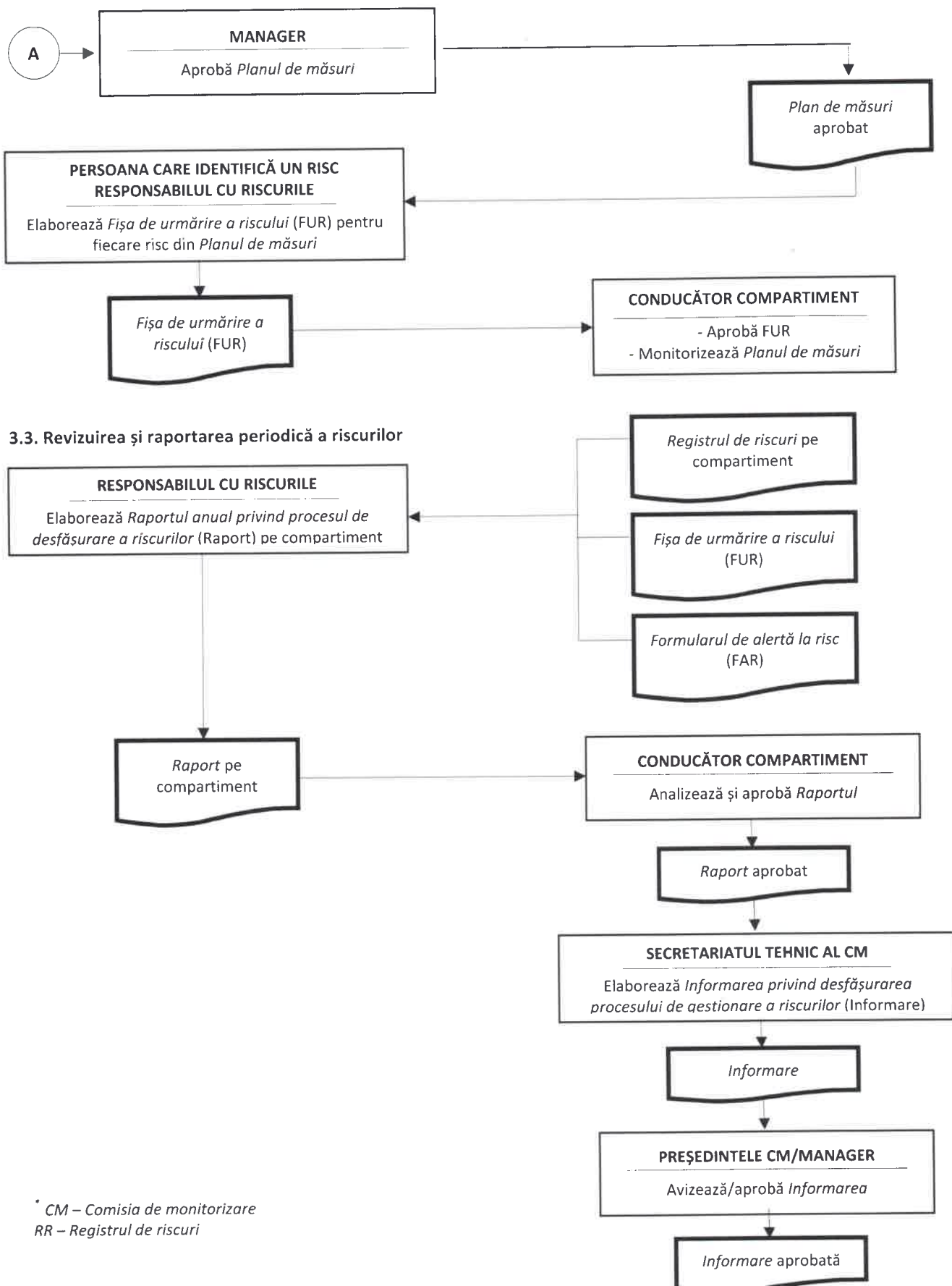
3. GESTIONAREA RISCURILOR – STRATEGIE, MONITORIZARE, REVIZUIRE

3.1. Identificarea, stabilirea și implementarea tipului de răspuns la risc (strategia adoptată)



3.2. Monitorizarea implementării măsurilor de control







SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

EVALUAREA RISCURILOR

Cod: PS-11/A2

Ed: IV

Rev: 0

Pag.: 1/3

I. ESTIMAREA PROBABILITĂȚII DE APARIȚIE/REAPARIȚIE A RISCULUI – Scală de probabilitate

- ▶ Pragurile de probabilitate reflectă percepția spitalului asupra incertitudinii cu care pot fi asociate riscurile identificate.
- ▶ Presupune determinarea sau aprecierea unei probabilități / incertitudini.



PROBABILITATE	NIVEL	EXPLICAȚIE
Foarte scăzută	1	Este foarte puțin probabil să se întâmple pe o perioadă lungă de timp (3-5 ani). Nu s-a întâmplat până în prezent.
Scăzută	2	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.
Medie	3	Este probabil să se întâmple pe o perioadă medie de timp (1-3 ani). S-a întâmplat de câteva ori în ultimii 3 ani.
Ridică	4	Este probabil să se întâmple pe o perioadă scurtă de timp (< 1 an). S-a întâmplat de câteva ori în ultimul an.
Foarte ridicată	5	Este foarte probabil (aproape sigur) să se întâmple pe o perioadă scurtă de timp (< 1 an). S-a întâmplat de multe ori în ultimul an.

II. ESTIMAREA IMPACTULUI ASUPRA OBIECTIVELOR ÎN CAZUL MATERIALIZĂRII RISCURILOR – Scală de impact

IMPACT	NIVEL	EXPLICAȚIE
Foarte scăzut	1	Cu impact foarte scăzut asupra activităților compartimentului și îndeplinirii obiectivelor și/sau fără impact financiar.
Scăzut	2	Cu impact scăzut asupra activităților compartimentului și îndeplinirii obiectivelor și/sau cu impact financiar foarte scăzut.
Mediu	3	Cu impact mediu asupra activităților compartimentului și îndeplinirii obiectivelor și/sau cu impact financiar mediu.
Ridicat	4	Cu impact major asupra activităților compartimentului și îndeplinirii obiectivelor și/sau cu impact financiar major.
Foarte ridicat	5	Cu impact semnificativ/critic asupra activităților compartimentului și îndeplinirii obiectivelor și/sau cu impact financiar semnificativ.



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

EVALUAREA RISCURILOR

Cod: PS-11/A2

Ed: IV

Rev: 0

Pag.: 2/3

III. EVALUAREA EXPUNERII LA RISC

IMPACT	Foarte ridicat	5	5	10	15	20	25
	Ridicat	4	4	8	12	16	20
	Mediu	3	3	6	9	12	15
	Scăzut	2	2	4	6	8	10
	Foarte scăzut	1	1	2	3	4	5
			1	2	3	4	5
			Foarte scăzută	Scăzută	Medie	Ridică	Foarte ridicată
			PROBABILITATE				

 Limita de toleranță la risc



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

EVALUAREA RISCURILOR

Cod: PS-11/A2

Ed: IV

Rev: 0

Pag.: 3/3

IV. TOLERANȚA LA RISC

Scor risc	Expunere la risc		Toleranța la risc (nivel)	Strategia de control	Măsuri de control
1-4	S verde	Scăzută	Tolerabil	Acceptare	Nu necesită măsuri de prevenție speciale. Gestionarea riscului prin procedurile de rutină.
5-8	M galben	Moderată	Tolerabilitate ridicată	Monitorizare	Necesită măsuri de control pe termen mediu și lung.
9-12	R portocaliu	Ridică	Tolerabilitate scăzută	Tratare	Se impune adoptarea unor măsuri speciale de control pe termen scurt.
13-25	E roșu	Critică	Intolerabil	Tratare Transferare Externalizare	Necesită măsuri de control urgente.

V. PROFILUL DE RISC:

Profilul de risc se interpretează astfel:

- 1) **Riscurile care se situează în zona de culoare roșie** au expunerea la risc și deviația cea mai mare față de toleranța la risc și acestea reclamă, cu prioritate, inițierea unor măsuri de control.
- 2) **Riscurile care se situează în zona de culoare portocalie** au o expunere ce depășește limita de toleranță la risc, dar deviația de la aceasta este una moderată. Aceste riscuri pot fi tratate prin măsuri de control sau monitorizate, în funcție de decizia conducerii spitalului.
- 3) **Riscurile care se situează în zona de culoare verde/galben** sunt cele caracterizate cu o expunere aflată sub limita de toleranță la risc și în această zonă se află riscurile asumate.



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

RAPORT ANUAL PRIVIND DESFĂȘURAREA PROCESULUI DE GESTIONARE A RISCURILOR

Cod: PS-11/A3

Ed.: IV

Rev.: 0

Pag.: 1/1

Antet spital

Compartiment

APROBAT

[Prenume NUME]

Conducător compartiment

[semnătura]

RAPORT ANUAL

privind desfășurarea procesului de gestionare a riscurilor în anul
la nivelul [denumire compartiment]

1. Scopul Raportului
2. Analiza procesului de gestionare a riscurilor pe anul
 - 2.1. Sinteza Registrului de riscuri aferent anului raportării
 - 2.2. Situația riscurilor cuprinse în *Planul de implementare a măsurilor de control*
 - 2.3. Monitorizarea implementării măsurilor de control pe baza *Fișelor de urmărire a riscurilor*
 - 2.4. Monitorizarea implementării măsurilor de diminuare a riscurilor clinice (dacă este cazul)
3. Revizuirea riscurilor
 - 3.1. Riscuri reziduale
 - 3.2. Riscuri care persistă
 - 3.3. Riscuri noi identificate
4. Registrul de riscuri actualizat
5. Concluzii și recomandări

Întocmit,

[Prenume NUME]

Responsabil cu riscurile

[semnătura]



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

FORMULAR DE ALERTĂ LA RISC (FAR)

Cod: PS-11/F1

Ed.: IV

Rev.: 0

Pag.: 1/3

FORMULAR DE ALERTĂ LA RISC (FAR)

COMPARTIMENT		Text				
DETALII PRIVIND RISCUL						
1. Descrierea riscului	1a. Riscul identificat:	[Text]				
	1b. Obiectivul specific/activitatea:	[Text]				
	1c. Cauze:	[Text]				
	1d. Consecințe:	[Text]				
	1e. ID-ul riscului	RISC-XX-NN				
2. Evaluarea riscului	2a. Estimarea probabilității de apariție (P):	☐ Foarte scăzută (1)	☐ Scăzută (2)	☐ Medie (3)	☐ Ridică (4)	☐ Foarte ridicată (5)
	2b. Estimarea impactului (I):	☐ Foarte scăzut (1)	☐ Scăzut (2)	☐ Mediu (3)	☐ Ridicat (4)	☐ Foarte ridicat (5)
	2c. Evaluarea expunerii la risc (PxI):	[se consemnează valoarea finală PxI]				
3. Opinie cu privire la risc	3a. Propunere	3b. Tipul de răspuns la risc (strategia adoptată)	☐ Acceptare			
	☐ Clasare		☐ Monitorizare			
	☐ Escaladare		☐ Evitare			
			☐ Transferare			
						
	☐ Reținere pentru gestionare	☐ Tratare				
	3c. Măsurile de control recomandate:	Termen				
1. [Text]						
2. [Text]						
3. [Text]						
4. Documentația utilizată pentru fundamentarea riscului identificat		[Text]				
A. Persoana care identifică riscul:		B. Responsabilul cu riscurile		C. Conducătorul compartimentului		
Nume și prenume		Nume și prenume		Nume și prenume		
Data întocmirii FAR:		Data primirii FAR:		Decizia conducătorului:	☐ Clasare ☐ Escaladare ☐ Reținere pentru gestionare	
Semnătura:		Semnătura:		Data deciziei:		
				Semnătura:		



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

FORMULAR DE ALERTĂ LA RISC (FAR)

Cod: PS-11/F1

Ed.: IV

Rev.: 0

Pag.: 2/3

INSTRUCȚIUNI DE COMPLETARE FAR

1. Secțiunile „Descrierea riscului”, „Documentația utilizată pentru fundamentarea riscului” sunt completate de către **persoana care identifică riscul**.
2. Secțiunile „Evaluarea riscului”, „Opinie cu privire la risc” sunt completate de către **responsabilul cu riscurile**, în colaborare cu persoana care a identificat riscul.
3. Decizia finală de clasare, escaladare sau reținerea riscului pentru gestionare aparține conducătorului compartimentului.
4. Tipul de răspuns la risc (se bifează un singur tip de răspuns la risc):
 - a) **acceptarea (tolerarea) riscului**, în cazul riscurilor cu expunere scăzută sau atunci când aplicarea unei strategii de răspuns la risc nu este posibilă.
Este un tip de răspuns la risc definit prin neinițierea unor măsuri de control a riscurilor, potrivit pentru riscurile inerente care au o expunere mai mică decât limita de toleranță.
Acceptarea se aplică atunci când riscurile identificate la nivel de compartiment sunt asumate de către persoanele cu funcții decizionale sau când nu este posibil un alt tip de răspuns la risc.
 - b) **monitorizarea permanentă a riscului**, în cazul riscurilor cu impact semnificativ, dar cu probabilitate mică de apariție.
Este un tip de răspuns la risc caracterizat prin acceptarea riscului, cu obligația de a-l supraveghea permanent, îndeosebi, de a monitoriza probabilitatea de apariție a riscului.
 - c) **evitarea riscului**, cu precizarea că aplicarea acestei strategii este limitată în cazul activităților care țin de scopul (misiunea) procedurii.
Acest tip de răspuns la risc constă în eliminarea activităților (circumstanțelor) care generează riscul și se aplică cu precădere pentru activitățile generale (suport), în cazul în care nu există altă modalitate de a gestiona riscurile.
 - d) **transferarea (externalizarea) riscului**, îndeosebi în cazul riscurilor financiare și patrimoniale. Riscurile ce țin de credibilitatea spitalului nu se pot externaliza către terți.
Această strategie presupune încredințarea gestionării riscului unei terțe persoane capabilă sau specializată în gestionarea unor astfel de riscuri, de regulă, în baza unui contract.
Externalizarea riscurilor către un terț are ca scop o scădere a expunerii la risc a spitalului, dar și o mai bună gestionare a riscului transferat.
 - e) **tratarea (atenuarea) riscului**, caz în care se identifică măsurile de control posibile ce pot fi luate astfel încât riscurile să fie controlate satisfăcător.
Acest tip de răspuns la risc presupune luarea unor măsuri de control pentru riscurile inerente care au o expunere mai mare decât limita de toleranță.
5. **ID-ul riscului** este alocat de către responsabilul cu riscurile.
Sistemul de codificare pentru ID-ul riscului: **RISC-XX-NN**
 - ▶ XX – codul compartimentului unde a fost identificat riscul (codificarea compartimentelor este cea prevăzută pentru elaborarea procedurilor)
 - ▶ NN – numărul curent al riscului
6. Mai jos sunt redate, cu titlu exemplificativ, și fără a fi o listă exhaustivă, documentele/materialele/informațiile care se constituie în *Documentația utilizată pentru fundamentarea riscului identificat*:
 - ▶ documente care să probeze potențiala amenințare cu privire la atingerea obiectivului urmărit;
 - ▶ extrase din legislația aplicabilă (primară, secundară), relevante pentru încălcarea sau nerespectarea acestora în execuție;
 - ▶ informări/analize cu privire la lipsa din proceduri a unor elemente de control;
 - ▶ înregistrări contabile, note contabile eronat întocmite;



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

FORMULAR DE ALERTĂ LA RISC (FAR)

Cod: PS-11/F1

Ed.: IV

Rev.: 0

Pag.: 3/3

- ▶ articole mass-media care expun o situație/evenimente care ar putea periclita obiectivele spitalului;
- ▶ în măsura în care este posibil, situații referitoare la cuantificarea impactului, având în vedere că la momentul identificării, se face și o primă evaluare a expunerii la risc (cu luarea în considerare a măsurilor de control deja existente, care pot diminua probabilitatea de apariție și/sau impactul în cazul în care riscul s-ar materializa).



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

REGISTRUL DE RISCURI LA NIVELUL COMPARTIMENTULUI

Cod: PS-11/F2

Ed: IV

Rev: 0

Pag.: 1/2

SPITALUL CLINIC CĂI FERATE IAȘI
COMPARTIMENT
Nr.

APROBAT

[Prenume NUME]

Conducător compartiment

[semnătura]

REGISTRUL DE RISCURI

Obiective/activități	Risc	Cauzele care favorizează apariția riscului	Risc inerent			Strategia adoptată	Data ultimei revizui	Risc rezidual			Observații
			P	I	E			P	I	E	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

NOTĂ:

P – probabilitate; I – impact; E - expunere

Întocmit,

[Prenume NUME]

Responsabilul cu riscurile

[semnătura]



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

REGISTRUL DE RISCURI LA NIVELUL COMPARTIMENTULUI

Cod: PS-11/F2

Ed: IV

Rev: 0

Pag.: 2/2

INSTRUCȚIUNI DE COMPLETARE REGISTRUL DE RISCURI

Coloana	Rubrică	Explicație
1	Obiective/activități	Se înscrie/înscriu obiectivul/obiectivele și activitatea/activitățile căruia/căroră li s-a asociat riscul identificat. Obiectivul/activitatea trebuie să coincidă cu informațiile cuprinse în FAR.
2	Riscul	Riscul identificat, pornind de la informațiile cuprinse în FAR, la secțiunea „Descrierea riscului” pct. 1a.
3	Cauzele care favorizează apariția riscului	Se înscriu cauzele care favorizează apariția riscului identificat, prin preluarea informațiilor cuprinse în FAR, la secțiunea „Descrierea riscului” pct. 1c.
4	Risc inerent – probabilitate	Se înscrie valoarea menționată în FAR, la secțiunea „Evaluarea riscului”, pct. 2a „Estimarea probabilității de apariție”.
5	Risc inerent – impact	Se înscrie valoarea menționată în FAR, la secțiunea „Evaluarea riscului”, pct. 2b „Estimarea impactului”.
6	Risc inerent – expunere	Se înscrie valoarea menționată în FAR, la secțiunea „Evaluarea riscului”, pct. 2c „Evaluarea expunerii la risc”.
7	Strategia adoptată	Se înscrie strategia adoptată la pct. 3b din FAR.
8	Data ultimei revizuri	Se înscrie data la care se realizează revizuirea riscului.
9	Risc rezidual – probabilitate	Se înscrie valoarea atribuită în cadrul procesului de revizuire. Se menține și se înscrie aceeași valoare, dacă în urma revizurii nu apar modificări la valoarea atribuită inițial (risc inerent - probabilitate).
10	Risc rezidual – impact	Se înscrie valoarea atribuită în cadrul procesului de revizuire. Se menține și se înscrie aceeași valoare, dacă în urma revizurii nu apar modificări la valoarea atribuită inițial (risc inerent - impact).
11	Risc rezidual - expunere	Se înscrie valoarea atribuită în cadrul procesului de revizuire. Se menține și se înscrie aceeași valoare, dacă în urma revizurii nu apar modificări la valoarea atribuită inițial (risc inerent - impact).
12	Observații	Se pot înscrie date cu privire la: închiderea riscului (data închiderii, motivație etc.), eventuale riscuri secundare, escaladarea riscului etc.

NOTĂ:

1. FAR – Formular de alertă la risc

2. Deosebirea între riscul inerent și riscul rezidual: Riscul inerent este riscul specific, ce ține de realizarea obiectivului, fără a fi luate măsuri de gestionare a riscurilor, în timp ce riscul rezidual este acel risc ce rămâne după ce a fost stabilit și implementat răspunsul la risc. Riscul rezidual este expresia faptului că riscurile inerente nu pot fi controlate în totalitate. Oricâte măsuri ar fi luate, incertitudinea nu poate fi eliminată.



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

REGISTRUL DE RISCURI LA NIVELUL SPITALULUI

Cod: PS-11/F3

Ed: IV

Rev: 0

Pag.: 1/1

SPITALUL CLINIC CĂI FERATE IAȘI

Nr.

AVIZAT

[Prenume NUME]

Președinte Comisia de monitorizare
[semnătura]

APROBAT

[Prenume NUME]

Manager
[semnătura]

REGISTRUL DE RISCURI

Obiective/activități	Riscul	Cauzele care favorizează aparitia riscului	Risc inerent			Strategia adoptată	Data ultimei revizui	Risc rezidual			Observații
			P	I	E			P	I	E	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

NOTĂ:

P – probabilitate; I – impact; E - expunere

Întocmit,

[Prenume NUME]

Secretariatul tehnic al Comisiei de monitorizare
[semnătura]



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PLAN DE IMPLEMENTARE A MĂSURILOR DE CONTROL

Cod: PS-11/F4

Ed: IV

Rev: 0

Pag.: 1/1

ANTET SPITAL

Nr.

AVIZAT

[Prenume NUME]

Președinte Comisia de monitorizare
[semnătura]

APROBAT

[Prenume NUME]

Manager
[semnătura]

PLAN DE IMPLEMENTARE A MĂSURILOR DE CONTROL

Nr. crt.	Denumire risc	Măsurile de control	Termene de implementare	Persoanele responsabile cu implementarea	Observații

Întocmit,

[Prenume NUME]

Secretariatul tehnic al Comisiei de monitorizare
[semnătura]



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

FORMULAR DE URMĂRIRE A
RISCULUI (FUR)

Cod: PS-11/F5

Ed.: IV

Rev.: 0

Pag.: 1/2

FIȘĂ DE URMĂRIRE A RISCULUI (FUR)

COMPARTIMENT					
ID RISC					
RISC MONITORIZAT					
EXPUNERE LA RISC					
MĂSURI DE CONTROL		Termen de implementare			
STADIUL IMPLEMENTĂRII MĂSURILOR DE CONTROL					
DIFICULTĂȚI ÎNTÂMPINATE					
ACȚIUNI NOI PROPUSE		Termen de implementare			
EXPUNERE RISC REZIDUAL					

Evaluare	Data	Elaborat: Persoana care identifică riscul	Verificat: Responsabilul cu riscurile	Aprobat: Conducător compartiment	Mențiuni conducător compartiment
[I, II, III etc.]	Data				
	Prenume NUME				
	Semnătura				



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

FORMULAR DE URMĂRIRE A RISULUI (FUR)

Cod: PS-11/F5

Ed.: IV

Rev.: 0

Pag.: 2/2

INSTRUCȚIUNI DE COMPLETARE FUR

1. **ID-ul riscului:** este alocat de către responsabilul cu riscurile.
ID-ul riscului este cel stabilit prin FAR (Formular de alertă la risc).
2. **Risc monitorizat:** denumirea riscului din FAR – secțiunea „Descrierea riscului”, pct. 1a. „Riscul identificat”
3. **Măsurile de control și termen de implementare:** informațiile se preiau din FAR, aferente riscului monitorizat și din *Planul de implementare a măsurilor de control*, aprobat de către managerul spitalului.
4. **Stadiul măsurilor de control și dificultățile întâmpinate:** se prezintă stadiul pentru fiecare măsură și dacă este cazul, problemele apărute în implementarea acestora.
5. **Acțiuni noi propuse și termen de implementare:** în funcție de stadiul măsurilor de control și de respectarea termenelor de implementare, pot fi propuse acțiuni noi pentru gestionarea riscului identificat.
6. **Expunere risc rezidual:** riscul rezidual este acel risc ce rămâne după ce a fost stabilit și implementat răspunsul la risc. În evaluarea riscului rezidual se folosesc scalele din **Anexa 2 Evaluarea riscurilor (PS-11/Ed.IV/A2)**



REGISTRUL DE RISCURI CLINICE

Cod: PS-11/F6

Ed: IV	Rev: 0
--------	--------

Pag.: 1/8

COMPARTIMENT

Nr.

APROBAT

[Prenume NUME]

Medic șef de secție/coordonator compartiment medical

[semnătura]

REGISTRUL DE RISCURI CLINICE

[illegible]



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

REGISTRUL DE RISURI CLINICE

Cod: PS-11/F6

Ed: IV

Rev: 0

Pag.: 2/8

***Notă:**

1. Coloana 6 „Probabilitatea” se va selecta o cifră de la 1 la 5 reprezentând: 1 - rar, 2 - puțin probabil, 3 - posibil, 4 - foarte probabil, 5 - aproape sigur

2. Coloana 7 „Gravitatea consecințelor” se va selecta o cifră de la 1 la 5 reprezentând: 1 - nesemnificativ, 2 - minor, 3 - moderat, 4 - major, 5 - critic

3. Coloana 9 „Atitudinea față de risc” se va selecta una din următoarele variante:

- Tolerabil - Nu necesită măsuri de prevenție speciale
- Tolerabilitate ridicată - Necesită măsuri de control pe termen mediu/lung
- Tolerabilitate scăzută - Se impune adoptarea unor măsuri speciale de control pe termen scurt
- Intolerabil - Necesită măsuri de control urgente

4. Coloana 10 „Detectabilitatea” se va selecta o cifră de la 1 la 10

5. Coloana 14 „Probabilitate restantă” se va selecta o cifră de la 1 la 5 reprezentând: 1 - rar, 2 - puțin probabil, 3 - posibil, 4 - foarte probabil, 5 - aproape sigur

6. Coloana 15 „Gravitate restantă” se va selecta o cifră de la 1 la 5 reprezentând: 1 - nesemnificativ, 2 - minor, 3 - moderat, 4 - major, 5 - critic

7. Coloana 17 „Atitudinea față de riscul rezidual” se va selecta una din următoarele variante:

- Tolerabil - Nu necesită măsuri de prevenție speciale
- Tolerabilitate ridicată - Necesită măsuri de control pe termen mediu/lung
- Tolerabilitate scăzută - Se impune adoptarea unor măsuri speciale de control pe termen scurt
- Intolerabil - Necesită măsuri de control urgente

Întocmit,

[Prenume NUME]

Responsabilul cu riscurile

[semnătura]



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

REGISTRUL DE RISURI CLINICE

Cod: PS-11/F6

Ed: IV

Rev: 0

Pag.: 3/8

INSTRUCȚIUNI DE COMPLETARE REGISTRUL DE RISURI CLINICE

COLOANA	RUBRICA	EXPLICAȚIE
1	ID-ul riscului clinic	Sistemul de codificare pentru ID-ul riscului clinic: RC-XX-NN ▶ RC – risc clinic ▶ XX – codul compartimentului medical unde a fost identificat riscul clinic (codificarea compartimentelor medicale este cea prevăzută pentru elaborarea procedurilor) ▶ NN – numărul curent al riscului
2	Activitate	Se introduce denumirea unei ACTIVITĂȚI desfășurată în spital, în cadrul căreia pot apărea riscuri pentru pacienți: ▶ Se alege un PROCES cu impact clinic din unitatea sanitară. ▶ Se determină etapele acestui proces = ACTIVITĂȚILE organizate în structură logică ce constituie fluxul procesului. ▶ Se alege o astfel de ACTIVITATE, pentru care s-au identificat una sau mai multe vulnerabilități, care se va introduce în Registrul Riscurilor. Exemple de procese cu impact clinic: ▶ preluarea în îngrijire ▶ completarea documentelor medicale ▶ pregătirea pacientului pentru investigații ▶ transportul probelor recoltate ▶ consultația inițială ▶ prescrierea, respectiv administrarea tratamentului ▶ comunicarea cu aparținătorii ▶ predarea turei între asistenții medicali ▶ colectarea deșeurilor ▶ externarea ▶ etc.
3	Riscul (denumirea)	Riscul clinic = Situație, eveniment care nu a apărut încă, dar care poate apărea în viitor, caz în care obținerea rezultatelor prealabil fixate (obiectivele îngrijirii, tratamentului etc.) este amenințată.



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

REGISTRUL DE RISURI CLINICE

Cod: PS-11/F6

Ed: IV Rev: 0

Pag.: 4/8

4	Factori favorizanți	Factori care cresc probabilitatea de materializare a riscului. ▶ Se vor selecta factori favorizanți care pot fi modificați prin implementarea de măsuri ▶ Țin de nivelul de implementare a bunelor practici
5	Consecința	Efectele negative asupra pacienților pe care le-ar putea produce materializarea riscului
6	Probabilitatea	Șansele ca riscul să se materializeze. ▶ Se va aprecia (estima*) pe o scară de la 1 la 5, pe baza următoarelor criterii: 1) frecvența și durata expunerii (cât de frecventă este activitatea selectată în practica din unitatea / sectorul pentru care se întocmește Registrul de Riscuri) 2) frecvența de manifestare a factorului de risc <i>De exemplu: dacă activitatea selectată este „administrarea tratamentului”, iar ca factor favorizant a fost selectat „suprasolicitarea personalului” atunci, deși activitatea se desfășoară permanent (deci frecvență maximă), totuși factorul de risc „suprasolicitarea” poate să apară doar în anumite zile din săptămână sau numai în anumite perioade pe parcursul unei zile.</i> 3) posibilitatea de a evita producerea consecinței sau de a limita severitatea ei - existența unor mecanisme de control/limitare care sunt deja implementate <i>* o altă modalitate de estimare a probabilității este pe baza literaturii de specialitate, acolo unde acesta există</i> ▶ Nivele de probabilitate: 1. Rar – este foarte puțin probabil să se întâmple într-o perioadă lungă de timp (3-5 ani); nu s-a întâmplat până în prezent 2. Puțin probabil – este puțin probabil să se întâmple într-o perioadă lungă de timp (3-5 ani); s-a întâmplat de foarte puține ori până în prezent 3. Posibil – este probabil să se întâmple într-o perioadă medie de timp (1-3 ani); s-a întâmplat de câteva ori până în ultimii 3 ani 4. Foarte probabil – este probabil să se întâmple într-o perioadă scurtă de timp (< 1an); s-a întâmplat de câteva ori în ultimul an 5. Aproape sigur – este foarte probabil să se întâmple într-o perioadă scurtă de timp (< 1an); s-a întâmplat de multe ori în ultimul an



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

REGISTRUL DE RISCURI CLINICE

Cod: PS-11/F6

Ed: IV Rev: 0

Pag.: 5/8

7	Gravitatea consecințelor	Se va aprecia nivelul impactului/consecințelor, dacă riscul s-ar materializa, pe o scară de 5: 1) Nesemnificativ – cu impact foarte scăzut asupra stării de sănătate a pacientului, fără impact asupra indicatorilor de eficacitate și eficiență 2) Minor – cu impact scăzut asupra stării de sănătate a pacientului, cu impact minor asupra indicatorilor de rezultat 3) Moderat – cu impact mediu asupra stării de sănătate a pacientului, fără impact asupra indicatorilor de rezultat 4) Major – cu impact major asupra stării de sănătate a pacientului, agravarea bolii de bază, impotență funcțională tranzitorie, afectarea indicatorilor de rezultat 5) Critic – cu impact semnificativ asupra stării de sănătate a pacientului, agravarea ireversibilă a bolii de bază, impotență funcțională permanentă sau deces
8	Gradul de risc	Evaluarea gradului de risc = Probabilitatea x Gravitatea consecințelor (produsul dintre cele două)



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

REGISTRUL DE RISURI CLINICE

Cod: PS-11/F6

Ed: IV Rev: 0

Pag.: 6/8

9

Atitudinea față
de risc

Este determinată de Gradul de Risc care este produsul dintre Probabilitate și Nivelul de gravitate al consecințelor.

5 = Aproape sigur	PROBABILITATE	5	10	15	20	25
4 = Foarte probabil		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
Gradul de Risc = Probabilitate x Impact		IMPACT/GRAVITATEA CONSECINȚELOR				
		1 = Nesemnificativ	2 = Minor	3 = Moderat	4 = Major	5 = Critic

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

Modalități de tratare a riscului:

- 1) **Tolerabil** – expunerea poate fi tolerată fără a necesita măsuri de prevenție speciale
- 2) **Tolerabilitate ridicată** – expunerea poate fi tolerată, dar impune monitorizarea, în special, a cauzelor determinate pentru a identifica dacă măsurile de prevenție sunt eficace
- 3) **Tolerabilitate scăzută** – se impune adoptarea unor măsuri speciale de control pentru a menține riscul în limite acceptabile
- 4) **Intolerabil** – presupune transferul riscului către o altă structură care poate gestiona în condiții eficiente prevenirea sau limitarea consecințelor nedorite



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

REGISTRUL DE RISURI CLINICE

Cod: PS-11/F6

Ed: IV Rev: 0

Pag.: 7/8

10	Detectabilitatea	► Detectabilitatea se definește ca o acțiune sau împrejurare care permite descoperirea unui incident. ► Nivelul de detectabilitate se apreciază pe o scară de la 1 la 10: evenimentul (materializarea riscului) cel mai dificil de detectat se notează cu 10 puncte, iar cel mai ușor de identificat se notează cu 1 punct. ► Un eveniment greu de detectat se asociază de obicei cu un nivel de gravitate a consecințelor mai mare (evenimentul va fi detectat mai târziu și măsurile de limitare vor fi deci, implementate tardiv) Interpretare scoruri: <table><tr><td>Aproape sigur</td><td>Controalele existente aproape sigur detectează deficiența înainte de producere.</td><td>1</td></tr><tr><td>Foarte mare</td><td>Controalele existente detectează deficiența cu o probabilitate foarte mare, înainte de producere.</td><td>2</td></tr><tr><td>Mare</td><td>Controalele existente detectează deficiența cu o probabilitate mare, concomitent cu producerea deficienței și permite evitarea evenimentelor adverse.</td><td>3</td></tr><tr><td>Moderat – mare</td><td>Controalele existente detectează deficiența cu o probabilitate moderat spre mare, la scurt timp după producerea deficienței și nu apar evenimente adverse.</td><td>4</td></tr><tr><td>Moderată</td><td>Controalele existente detectează deficiența cu o probabilitate moderată, într-o perioadă scurtă de timp, evenimente adverse insesizabile.</td><td>5</td></tr><tr><td>Scăzută</td><td>Controalele existente detectează deficiența cu o probabilitate scăzută, într-o perioadă care permite reducerea evenimentelor adverse la un nivel minim.</td><td>6</td></tr><tr><td>Foarte scăzută</td><td>Controalele existente detectează deficiența cu o probabilitate foarte scăzută, într-o perioadă care permite reducerea evenimentelor adverse la un nivel acceptabil.</td><td>7</td></tr><tr><td>Extrem de scăzută</td><td>Controalele existente detectează deficiența cu o probabilitate extrem de scăzută, într-o perioadă care nu permite reducerea evenimentelor adverse la un nivel acceptabil.</td><td>8</td></tr><tr><td>Extrem de scăzută spre imposibil</td><td>Controalele existente detectează deficiența cu o probabilitate extrem de scăzută spre imposibil.</td><td>9</td></tr><tr><td>Aproape imposibil</td><td>Nu sunt disponibile tipuri cunoscute de control care să detecteze respectiva deficiență.</td><td>10</td></tr></table>	Aproape sigur	Controalele existente aproape sigur detectează deficiența înainte de producere.	1	Foarte mare	Controalele existente detectează deficiența cu o probabilitate foarte mare, înainte de producere.	2	Mare	Controalele existente detectează deficiența cu o probabilitate mare , concomitent cu producerea deficienței și permite evitarea evenimentelor adverse.	3	Moderat – mare	Controalele existente detectează deficiența cu o probabilitate moderat spre mare , la scurt timp după producerea deficienței și nu apar evenimente adverse.	4	Moderată	Controalele existente detectează deficiența cu o probabilitate moderată , într-o perioadă scurtă de timp, evenimente adverse insesizabile.	5	Scăzută	Controalele existente detectează deficiența cu o probabilitate scăzută , într-o perioadă care permite reducerea evenimentelor adverse la un nivel minim.	6	Foarte scăzută	Controalele existente detectează deficiența cu o probabilitate foarte scăzută , într-o perioadă care permite reducerea evenimentelor adverse la un nivel acceptabil.	7	Extrem de scăzută	Controalele existente detectează deficiența cu o probabilitate extrem de scăzută , într-o perioadă care nu permite reducerea evenimentelor adverse la un nivel acceptabil.	8	Extrem de scăzută spre imposibil	Controalele existente detectează deficiența cu o probabilitate extrem de scăzută spre imposibil.	9	Aproape imposibil	Nu sunt disponibile tipuri cunoscute de control care să detecteze respectiva deficiență.	10
Aproape sigur	Controalele existente aproape sigur detectează deficiența înainte de producere.	1																														
Foarte mare	Controalele existente detectează deficiența cu o probabilitate foarte mare, înainte de producere.	2																														
Mare	Controalele existente detectează deficiența cu o probabilitate mare , concomitent cu producerea deficienței și permite evitarea evenimentelor adverse.	3																														
Moderat – mare	Controalele existente detectează deficiența cu o probabilitate moderat spre mare , la scurt timp după producerea deficienței și nu apar evenimente adverse.	4																														
Moderată	Controalele existente detectează deficiența cu o probabilitate moderată , într-o perioadă scurtă de timp, evenimente adverse insesizabile.	5																														
Scăzută	Controalele existente detectează deficiența cu o probabilitate scăzută , într-o perioadă care permite reducerea evenimentelor adverse la un nivel minim.	6																														
Foarte scăzută	Controalele existente detectează deficiența cu o probabilitate foarte scăzută , într-o perioadă care permite reducerea evenimentelor adverse la un nivel acceptabil.	7																														
Extrem de scăzută	Controalele existente detectează deficiența cu o probabilitate extrem de scăzută , într-o perioadă care nu permite reducerea evenimentelor adverse la un nivel acceptabil.	8																														
Extrem de scăzută spre imposibil	Controalele existente detectează deficiența cu o probabilitate extrem de scăzută spre imposibil.	9																														
Aproape imposibil	Nu sunt disponibile tipuri cunoscute de control care să detecteze respectiva deficiență.	10																														
11	Nivelul de prioritate	Nivelul de prioritate al riscului = Gradul de risc x Nivelul de detectabilitate (produsul dintre cele două)																														
12	Măsuri pentru reducerea probabilității	Se vor introduce propuneri de măsuri pentru scăderea șanselor de materializare a riscului, ținând cont de informațiile introduse la rubricile precedente (diminuare expunere, eliminare/reducere factori favorizanți etc.).																														



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

REGISTRUL DE RISURI CLINICE

Cod: PS-11/F6

Ed: IV Rev: 0

Pag.: 8/8

13	Măsuri pentru reducerea gravității	Se vor introduce propuneri de măsuri pentru diminuarea gravității consecințelor care ar apărea în cazul materializării riscului (de exemplu măsuri care să crească detectabilitatea).
14	Probabilitate restantă	▶ Se va estima probabilitatea de materializare a riscului care va mai rămâne dacă s-ar implementa măsurile propuse anterior (sau care este probabilitatea țintă pe care o urmărește implementarea măsurilor propuse). ▶ Se va selecta o cifră de la 1 la 5 reprezentând: 1 - rar, 2 - puțin probabil, 3 - posibil, 4 - foarte probabil, 5 - aproape sigur
15	Gravitate restantă	▶ Se va estima gravitatea consecințelor care va mai rămâne dacă s-ar implementa măsurile propuse anterior (sau care este gravitatea consecințelor - ținta - pe care o urmărește implementarea măsurilor propuse). ▶ Se va selecta o cifră de la 1 la 5 reprezentând: 1 - nesemnificativ, 2 - minor, 3 - moderat, 4 - major, 5 - critic
16	Gradul riscului rezidual	Gradul riscului rezidual = Probabilitate restantă x Gravitate restantă (produsul dintre cele două)
17	Atitudinea față de riscul rezidual	1) Tolerabil – expunerea poate fi tolerată fără a necesita măsuri de prevenție speciale 2) Tolerabilitate ridicată – expunerea poate fi tolerată, dar impune monitorizarea, în special, a cauzelor determinante pentru a identifica dacă măsurile de prevenție sunt eficace 3) Tolerabilitate scăzută – se impune adoptarea unor măsuri speciale de control pentru a menține riscul în limite acceptabile 4) Intolerabil – presupune transferul riscului către o altă structură care poate gestiona în condiții eficiente prevenirea sau limitarea consecințelor nedorite
18	Nivelul de prioritate	Nivelul de prioritate al riscului rezidual = Gradul riscului rezidual x Nivelul de detectabilitate (produsul dintre cele două)



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

FORMULAR DE DIFUZARE

Cod: PS 01/F3

Rev: 0

Pag: 1/1

Titlul documentului : Managementul riscurilor

Cod document / Indice revizie : PS-11/Ed.IV/Rev.0

Nr. crt.	Nr. ex.	Destinatarul documentului			Difuzare				Data difuzării	Observații
		Funcția	Numele și prenumele	Semnătura	H	E	C	I		
1		Director Medical	Dr. Emilia Solomon			X	X			
2		Director financiar-contabil	Ec. Roberto-Cristian Roman			X	X			
3		Medic șef Secția Clinică Chirurgie Generală	Dr. Mihai Glod			X	X			
4		Medic șef Secția Clinică ORL	Dr. Alexandru Vlase			X	X			
5		Medic șef Secția Clinică Oftalmologie	Prof. dr. Daniel Brănișteanu			X	X			
6		Medic șef Secția A.T.I.	Dr. Iulia Andreea Mihălcuț			X	X			
7		Medic șef Secția Neurologie	Dr. Izabela Frunză			X	X			
8		Medic șef Secția Clinică Medicină Internă	Conf. dr. Irina Eșanu			X	X			
9		Medic șef Secția Clinică Recuperare, Medicină Fizică și Balneologie	Dr. Mihaela Chicu			X	X			
10		Medic șef Secția Dermatovenerologie	Prof. dr. Daciana Brănișteanu			X	X			
11		Medic șef Laborator Radiologie și Imagistică Medicală	Dr. Cătălina Ciolpan			X	X			
12		Medic coordonator Ambulatoriul integrat Iași	Dr. Livia Pădure			X	X			
13		Medic șef Laborator Analize Medicale	Dr. Ofelia Lică			X	X			
14		Medic coordonator Ambulatoriul de specialitate Suceava	Dr. Octavian Albu			X	X			

Legenda: H = suport hîrtie; E = suport electronic; C = difuzare controlată; I = difuzare informativă /necontrolată



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

FORMULAR DE DIFUZARE

Cod: PS 01/F3

Rev: 0

Pag: 2/1

15		Medic coordonator Serviciul de Anatomie Patologică	Dr. Mirela Grigorovici			X	X			
16		Medic epidemiolog CPIAAAM	Dr. Petruța Drugociu			X	X			
17		Farmacist șef	Diana Glod-Vasian			X	X			
18		As. șef Secția Clinică Chirurgie Generală	As. Maricela Chițac			X	X			
19		As. șef Secția Clinică ORL	As. Angelica-Liliana Marcu			X	X			
20		As. șef Secția Clinică Oftalmologie	As. Mihaela Ciobanu			X	X			
21		As. șef Secția Neurologie	As. Cornelia Crețu			X	X			
22		As. șef Secția Clinică Medicină Internă	As. Mihaela Condurache			X	X			
23		As. șef Secția Clinică Recuperare, Medicină Fizică și Balneologie	As. Petronela Hurdubae			X	X			
24		As. șef Secția Dermatovenerolo gie	As. Elena Huțanu			X	X			
25		As. șef Secția A.T.I	As. Nicoleta Brânci			X	X			
26		As. Camera de gardă	As. Mihaela Simiuc			X	X			
27		As.med. coordonator spital	As. Irina Gațu			X	X			
28		Șef Birou RUS	Ipate Rodica			X	X			
29		Ing.Birou Achiziții Publice Contractare, Administrativ, Aprovizionare, Transport	Simionescu Viorel			X	X			
30		Auditor intern	Luca Mihail			X	X			
31		Consilier juridic	Rotaru Alexandra- Florentina			X	X			
32		Statistician medical	Berbuncă Iulia			X	X			

Legenda: H = suport hirtie; E = suport electronic; C = difuzare controlată; I = difuzare informativă /necontrolată



Cod: PS 01/F3

Rev: 0

Pag: 3/1

Legenda: H = suport hîrtie; E = suport electronic; C = difuzare controlată; I = difuzare informativă /necontrolată