

Spitalul Clinic CF nr. 2 Bucuresti

*Comisia de implementare și dezvoltare
a sistemului de control intern / managerial*

SPITALUL CLINIC CF NR. 2
BUCUREȘTI

INTRARE Nr. 3500

IEȘIRE
Zua 10 Luna 05 Anul 2017

Editia 1
Revizia 0

Număr exemplare: 2

Pag. 1 din 19

Exemplar nr. 1

**Procedură de sistem- ACTIVITATEA ECHIPEI
DE GESTIONARE A RISCURILOR –
PSMN -148**

Spitalul Clinic CF nr. 2 Bucuresti	Procedură de sistem –activitatea echipei de gestionare a riscurilor PSMN -148	Editia 1
		Revizia 0
		Număr exemplare: 2
		Pag. 2 din 19

1. Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea si aprobarea editiei sau, dupa caz, reviziei procedurii operationale

Elaborare/Aprobare	Funcție	Nume si prenume	Data	Semnatura
Elaborat de:	Auditor	Gheorghiu Ileana Mihaela	06.04.2014	
	Auditor	Stan Felicia Ilinca	06.04.2014	
Verificat de:	Director Medical	Valeriu Gabi Dinca	10.04.2014	
Aprobat de:	Manager	Adrian Vasile Comanici		



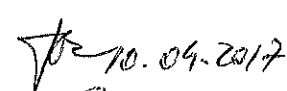


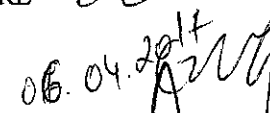





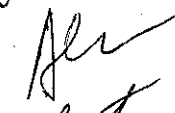




2. Situatia edititiilor si a reviziilor in cadrul editiilor procedurii operationale

Editia/revizia in cadrul editiei	Componenta revizuită	Modalitatea reviziei	Data de la care se aplica prevederile editiei sau reviziei editiei
Ediția I			De la data aprobării

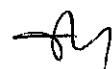
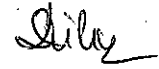
















3. Lista cuprinzand persoanele la care se difuzeaza editia sau, dupa caz, revizia din cadrul editiei procedurii operationale

Scopul difuzarii	Ex. nr.	Compartimen/ Sectie	Funcția	Nume si Prenume	Data primirii	Semnatura
Informare, aplicare și evidență	1.	Comisia de monitorizare	Secretar	Adrian POP		
Informare și aplicare	2.	Comitet Director	Manager	Adrian Vasile Comanici		
Informare și aplicare	2.	Comitet Director	Director Medical	Valeriu Gabi Dinca		
Informare și aplicare	2.	Comitet Director	Director Financiar - Contabil	Dan CUSTURA-CRACIUN		
Informare și aplicare	2.	Biroul achizitii publice, contractare	Șef birou	Ion Dragoș DINCĂ		
Informare și aplicare	2.	Compartiment juridic	Consilier juridic	Una Arina Pavel		

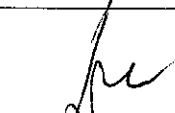


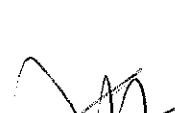

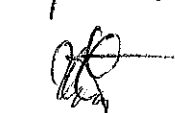
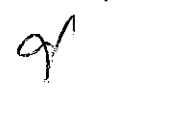
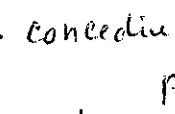
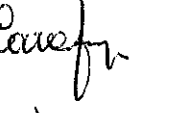


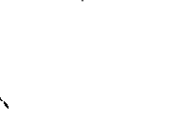
Spitalul Clinic CF nr. 2 Bucuresti	Procedură de sistem –activitatea echipei de gestionare a riscurilor PSMN -148		Editia 1
			Revizia 0
			Număr exemplare: 2
			Pag. 3 din 19

Informare și aplicare	2.	Serviciul aprovizionare, transport, administrativ	Șef Serviciu	Ștefan LAIBNER	
Informare și aplicare	2.	Serviciul aprovizionare, transport, administrativ	Merceolog	Ionel PREDESCU	
Informare și aplicare	2.	Serviciul Tehnic	Șef Serviciu	Dorina FLORESCU	 10.04.2017
Informare și aplicare	2.	Serviciul RUNOS	Șef Serviciu	Mihaela ENE	 10.04.2017
Informare și aplicare	2.	Biroul Informatică	Șef Birou	Constantin GRIGORE	
Informare și aplicare	2.	Compartiment Audit	Auditor	Heana Mihaela GHEORGHIU	 06.04.2017
Informare și aplicare	2.	Serviciul Managementul Calității	Șef Serviciu	Luciana Gabriela CUTENCO	
Informare și aplicare	2.	Compartiment evaluare și statistică	Coordonator	Daniela BUTUCEL	 20.04.2017
Informare și aplicare	2.	Serviciul financiar, contabilitate și bugete	Șef Serviciu	Maria ENE	
Informare și aplicare	2.	Camera de gardă	Medic coordonator	NELU FLOREȘTEAN	
Informare și aplicare	2.	Camera de gardă	Asistent șef	Ana Maria GIOLFAN	
Informare și aplicare	2.	Ambulatoriul de specialitate CF2	Medic Șef	Diana Mihaela CIUC	
Informare și aplicare	2.	Ambulatoriul de specialitate CF2	Asistent șef	Catalina Marilena COSTACHE	
Informare și aplicare	2.	Cardiologie	Șef Secție	Elena URDEA	
Informare și aplicare	2.	Cardiologie	Asistent șef	Raluca CRETULESCU	
Informare și aplicare	2.	Medicina internă I	Șef Secție	Nelu MERLIU	

Spitalul Clinic CF nr. 2 Bucuresti	Procedură de sistem –activitatea echipei de gestionare a riscurilor PSMN -148			Editia 1
				Revizia 0
				Număr exemplare: 2
				Pag. 4 din 19

Informare și aplicare	2.	Medicina internă I	Asistent șef	Lucretia RADUCANU	
Informare și aplicare	2	Medicina internă II	Șef Secție	Liliana DOBRESCU	
Informare și aplicare	2	Medicina internă II	Asistent șef	Daniela BUZDUGAN	
Informare și aplicare	2.	Neurologie	Șef Secție	Emilia FURDU-LUNGUȚ	
Informare și aplicare	2.	Neurologie	Asistent șef	Ana Cristina BALANESCU	
Informare și aplicare	2.	Endocrinologie	Șef Secție	Gheorghe ȘERPOI	
Informare și aplicare	2.	Endocrinologie	Asistent șef	Georgiana SGAINDAR	
Informare și aplicare	2.	Chirurgie generală	Șef Secție	Paul Lucian PRIPIȘI	
Informare și aplicare	2.	Chirurgie generală	Asistent șef	Magdalena Bianca TONE	
Informare și aplicare	2.	Sectia RMFB	Șef Secție	Rodica DOCHIȚĂ	
Informare și aplicare	2.	Sectia RMFB	Asistent șef	Cristiana FARMAZON	
Informare și aplicare	2.	Pediatrie	Șef Secție	Doina POENARU	
Informare și aplicare	2.	Pediatrie	Psiholog	Daniela Ioanina HINCU	
Informare și aplicare	2.	Ortopedie-Traumatologie	Șef Secție	Nicolae EFIMOV	
Informare și aplicare	2.	Ortopedie-Traumatologie	DR.	Catalin BUNGHEZ	
Informare și aplicare	2.	Urologie	Șef Secție	Bogdan Silviu STREZA	
Informare și aplicare	2.	Urologie	Asistent șef	Gina BARBU	
Informare și aplicare	2.	Urologie- bloc operator	Asistent	Cristian PATRASCU	

Spitalul Clinic CF nr. 2 Bucuresti	Procedură de sistem –activitatea echipei de gestionare a riscurilor PSMN -148			Editia 1
				Revizia 0
				Număr exemplare: 2
				Pag. 5 din 19

Informare și aplicare	2.	ATI	Şef Secție	Georgica Marioara VALCOREANU	
Informare și aplicare	2.	ATI	Asistent şef	Ileana NICA	
Informare și aplicare	2..	Obstetrică-Ginecologie	Şef Secție	Eugen TĂNASE	
Informare și aplicare	2..	Obstetrică-Ginecologie	Asistent şef	Melanita Cilia NICHITA	
Informare și aplicare	2.	Neonatologie	Şef Secție	Daniela Rodica SICOE	
Informare și aplicare	2.	Neonatologie	Asistent şef	Mirela Ionela IOJA	
Informare și aplicare	2.	Farmacie	Farmacist Şef	Virginia PAVEL	
Informare și aplicare	2.	Laborator Analize medicale	Şef Laborator	Raluca Mirela OLARU	
Informare și aplicare	2.	Laborator Analize medicale	Dr.	Alina SURUGIU	- concediu fără plată 1 an
Informare și aplicare	2.	Serviciul de Anatomie Patologică	Şef Serviciu	Liviu CARAZANU	
Informare și aplicare	2.	Serviciul de Anatomie Patologică	Asistent	Carmina ROIBU	
Informare și aplicare	2.	Compartiment de supraveghere și control al infectiilor nosocomiale	Medic Şef	Simona Carmen SANDU	
Informare și aplicare	2.	Compartiment endoscopie digestivă, diagnostică și terapeutică	Medic coordonator	Dumitru TOMA	

Notă* Procedura se va regăsi și pe site-ul spitalului.

Spitalul Clinic CF nr. 2 Bucuresti	Procedură de sistem –activitatea echipei de gestionare a riscurilor PSMN -148	Editia 1
		Revizia 0
		Număr exemplare: 2
		Pag. 6 din 19

4. SCOP

Procedura are ca scop stabilirea unui cadru general unitar de identificare, evaluare și stabilire a strategiei de risc la nivelul structurilor spitalului.

În acest sens, **procedura își propune:**

- Elaborarea unei strategii de risc care să diminueze sau să elimine riscurile care pot afecta realizarea obiectivelor Spitalului Clinic CF 2 București;
- Implementarea și monitorizarea măsurilor de control menite să limiteze posibilele amenințări, sau să fructifice posibilele oportunități din mediul organizațional;
- Sprijinirea conducerii spitalului în vederea desfășurării adecvate și la termen a etapelor privind procesul de management al riscului;
- Asigurarea continuității procesului de management al riscului, inclusiv în condiții de fluctuație a personalului.

Procedura contribuie la implementarea **Standardului – Managementul riscurilor** din Codul controlului intern/managerial

5. DOMENIU DE APLICARE

Procedura de sistem se utilizează de către toate structurile spitalului în vederea gestionării riscurilor, care pot afecta atingerea obiectivelor generale și specifice ale structurilor din cadrul Spitalului Clinic CF 2 București.

6. DOCUMENTE DE REFERINTA

- Ordonanța Guvernului nr. 119/1999 privind controlul intern/managerial și controlul financiar preventiv, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
- Ordinul secretarului general al Guvernului nr. 400/2015 pentru aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice, cu modificările și completările ulterioare;
- Standardele internaționale de control intern ale Comisiei Europene;
- Standardele de acreditare ANMCS;
- Regulamentul de Organizare și Funcționare SPCF2B;
- Organigrama SPCF2B;
- Regulamentul Intern SPCF2B.

7. DEFINITII SI ABREVIERI ALE TERMENILOR

7.1 Definitii ale termenilor:

Nr. crt.	Termenul	Definiția și/sau, dacă este cazul, actul care definește termenul
0	1	2
1.	Structură organizatorică	secție / serviciu / birou / compartiment;
2.	Echipe de gestionare a riscurilor	echipa organizată în conformitate cu OSGG 400/2015 prin decizii interne care își desfășoară activitatea conform Regulamentului de Organizare și Funcționare aprobat
3.	Responsabilii cu	Persoana desemnată din cadrul fiecărei structuri care să transmită

Spitalul Clinic CF nr. 2 Bucuresti	Procedură de sistem –activitatea echipei de gestionare a riscurilor PSMN -148	Editia 1
		Revizia 0
		Număr exemplare: 2
		Pag. 7 din 19

	riscurile	formularele „Alertă la risc”, analiza măsurilor de control și completează Registrul riscurilor la nivel de structură
4.	Control intern managerial	ansamblul formelor de control exercitate la nivelul Spitalului Clinic CF 2 București, 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
5.	Risc	posibilitatea de a se produce un eveniment care ar putea avea un impact asupra îndeplinirii obiectivelor generale și specifice
6.	Gestionarea riscurilor sau managementul riscurilor	toate procesele implicate de identificarea, evaluarea, luarea de măsuri de atenuare sau anticipare a acestora, revizuirea periodică și monitorizarea progresului, stabilirea responsabilităților
7.	Risc inerent	expunerea la un anumit risc înainte să fie luată vreo măsură de tratare (atenuare) a lui
8.	Risc rezidual	expunerea cauzată de un anumit risc după ce au fost luate măsuri de tratare (atenuare) a lui, presupunând că măsurile sunt eficace
9.	Probabilitatea de apariție a riscului	posibilitatea ca un risc să se materializeze
10.	Impactul riscului	consecința (efectul) asupra rezultatelor (obiectivelor) dacă riscul s-ar materializa
11.	Expunere la risc	consecințele, ca o combinație de probabilitate și impact, pe care le poate resimți o organizație în raport cu obiectivele prestabilite în cazul în care riscul se materializează
12.	Clasarea riscului	Procedeu aplicabil riscurilor apreciate, de către EGR, ca nerelevante în raport cu obiectivele specifice structurii constând în îndosarierea și arhivarea formularelor de alertă la risc, inclusiv a documentației utilizată pentru fundamentarea riscurilor respective
13.	Prioritizarea riscurilor	acțiune determinată de caracterul limitat al resurselor și de necesitatea de a se stabili un răspuns optim 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
14.	Strategia de risc	atitudinea generală pe care o are organizația în privința riscurilor
15.	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
16.	Atenuarea(tratarea) 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 organizația
17.	Evaluarea riscului	evaluarea consecințelor materializării riscului în combinație cu evaluarea probabilității de materializare a riscului

Spitalul Clinic CF nr. 2 Bucuresti	Procedură de sistem –activitatea echipei de gestionare a riscurilor PSMN -148	Editia 1
		Revizia 0
		Număr exemplare: 2
		Pag. 8 din 19

18.	Escaladarea riscului	procedeu prin care conducerea unui compartiment alertează nivelul ierarhic imediat superior sau secretarul de stat coordonator/secretarul general cu privire la riscurile pentru care compartimentul nu poate desfășura un control satisfăcător al acestora
19.	Evitarea riscului	tip de răspuns la risc care constă în eliminarea/restrângerea circumstanțelor/activităților care generează riscul
20.	Monitorizarea	tip de răspuns la risc care constă în acceptarea riscului cu condiția menținerii sale sub o permanentă supraveghere, parametrul supravegheat cu precădere fiind probabilitatea
21.	Profilul de risc	un tablou cuprinzând evaluarea generală documentată și prioritizată a gamei de riscuri specifice cu care se confruntă entitatea publică
22.	Registrul de riscuri	document integrator al gestiunii riscurilor, cuprinzând o sinteză a informațiilor și deciziilor luate în urma analizei riscurilor
23.	Responsabilul cu riscurile	persoană desemnată de către conducătorul unei structuri, care colectează formularele de alertă la risc, elaborează și actualizează registrul de riscuri la nivelul compartimentului
24.	Transferarea (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 aceluia risc, încheindu-se în acest scop un contract

7.2. Abrevieri ale termenilor:

SPCF2B = *Spitalul Clinic Cf 2 București,*

SCI/M=*Sistemul de control intern/managerial,*

CM – *Comisia de monitorizare a entității publice,*

EGR – *Echipe de gestionare a riscurilor,*

Informare EGR – *informarea privind desfășurarea procesului de gestionare a riscurilor de la nivelul entității publice ,*

Planul de măsuri - *Planul pentru implementarea măsurilor de control,*

Raportul EGR – *Raportul cu privire la desfășurarea procesului de gestionare a riscurilor de la nivelul entității,*

RR – *Registrul de riscuri,*

ANMCS=*Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate.*

8. DESCRIEREA PROCEDURII

8.1. Constituirea EGR

Echipe de gestionare a riscurilor (EGR) din spital este coordonată de către un președinte și este constituită prin Decizie a managerului, conform Ordinului Secretariatului General al Guvernului nr. 400/2015, modificat prin Ordinul nr. 200/2016, în vederea gestionării riscurilor de la nivelul spitalului.

Spitalul Clinic CF nr. 2 Bucuresti	Procedură de sistem –activitatea echipei de gestionare a riscurilor PSMN -148	Editia 1
		Revizia 0
		Număr exemplare: 2
		Pag. 9 din 19

Echipa de gestionare a riscurilor cuprinde conducătorii de structuri sau înlocuitorii acestora (responsabilii cu riscurile) și este coordonată de către președinte, persoană care deține funcție de conducere, dar care este diferită de cea care coordonează Comisia de monitorizare a riscurilor.

Președintele EGR își desemnează secretarul EGR și înlocuitorul acestuia, dintre responsabilii cu riscurile de la nivelul structurilor.

Echipa de gestionare a riscurilor se actualizează în mod obligatoriu anual precum și ori de câte ori este cazul.

Modul de organizare și de funcționare al EGR intră în responsabilitatea președintelui acesteia și se stabilește în funcție de volumul și de complexitatea proceselor și activităților.

Secretarul echipei de gestionare a riscurilor elaborează *Regulamentul de organizare și funcționare*, care cuprinde atribuțiile echipei și a membrilor EGR.

8.1. Organizarea Echipei de gestionare a riscurilor

În conformitate cu ROF-ul EGR ședințele grupului de lucru se organizează de către secretarul EGR, ori de câte ori este nevoie, sunt conduse de președintele EGR, care decide asupra ordinii de zi, dar se organizează obligatoriu anual.

Secretarul EGR informează membrii EGR despre organizarea ședințelor și elaborează convocatorul ședințelor.

În cadrul ședințelor EGR se supun dezbaterii temele ce sunt înscrise pe ordinea de zi.

După finalizarea ședințelor, secretarul EGR elaborează *procesele-verbale ale ședințelor*, care cuprind dezbaterile precum și propunerile pe baza deciziilor care au fost luate în cadrul ședințelor, de către membrii EGR.

Copiile *proceselor-verbale ale ședințelor* sunt transmise de către secretarul EGR, tuturor membrilor EGR.

8.2. Desfășurarea activității EGR

8.2.1. La începutul anului

Secretarul EGR solicită de la toate structurile din cadrul spitalului propunerile de *Limite de toleranță* aprobate de către conducătorii acestora, pe care le centralizează.

Aceste propuneri se semnează de către Președintele EGR și se supun discuției în ședințele Comisiei de monitorizare, în vederea avizării de către președintele Comisiei de monitorizare și aprobării de către managerul spitalului.

După aprobare, secretarul EGR arhivează *Limitele de toleranță* la EGR.

Secretarul EGR solicită de la toate structurile din cadrul spitalului *Registrele de riscuri* aprobate de către conducătorii acestora, pe care le centralizează.

Propunerea pentru *Registrul de riscuri* pe spital se analizează în ședințele EGR, în vederea aprobării de către președintele EGR.

După aprobare, secretarul EGR transmite Comisiei de monitorizare, spre informare, *Registrul de riscuri* stabilit pe spital.

Registrul de riscuri pe spital se arhivează de către secretarul EGR.

Spitalul Clinic CF nr. 2 Bucuresti	Procedură de sistem –activitatea echipei de gestionare a riscurilor PSMN -148	Ediția 1
		Revizia 0
		Număr exemplare: 2
		Pag. 10 din 19

8.2.2. În timpul anului

Secretarul EGR solicită de la toate structurile spitalului *Formularele de alertă la risc și documentația aferentă* aprobată de către conducătorii acestora, pe care le înregistrează.

Secretarul EGR analizează *Formularele de alertă la risc și documentația aferentă*, decide:

- *Formularele de alertă la risc* la care se stabilesc măsuri de control (tratarea riscurilor);
- *Formularele de alertă la risc clasate*;
- *Formularele de alertă la risc escaladate și elaborează Lista riscurilor tratate, Lista riscurilor clasate, Lista riscurilor escaladate.*

În baza *Listei riscurilor tratate* secretarul EGR stabilește măsurile de control pe care le completează în *Planul de măsuri*.

După finalizare ședințelor, secretarul EGR transmite structurilor, în copie, *Procesul-verbal al ședinței* cu măsurile de control stabilite.

Secretarul EGR înregistrează măsurile de control implementate pe baza *Procesului – verbal al ședinței*.

8.2.3. La sfârșitul anului

Secretarul EGR analizează progresele înregistrate și definitivează *Planul de măsuri*, care este semnat de președintele EGR, avizat de către președintele Comisiei de monitorizare și aprobat de către managerul spitalului.

Secretarul EGR solicită de la toate structurile din cadrul spitalului *Rapoartele anuale privind desfășurarea procesului de gestionare a riscurilor*, aprobate de către conducătorii acestora, pe care le înregistrează.

Secretarul EGR elaborează *Informarea privind desfășurarea procesului de gestionare a riscurilor* în vederea avizării de către președintele EGR. *Informarea privind desfășurarea procesului de gestionare a riscurilor* se transmite președintelui Comisiei de monitorizare, în vederea aprobării.

Secretarul EGR arhivează *Informarea privind desfășurarea procesului de gestionare a riscurilor*.

9. RESPONSABILITATI

Conducătorul structurii:

- Aprobă propunerile de *Limitele de toleranță* de la nivelul structurii și le transmite secretarului EGR;
- Aprobă *Formularele de alertă la risc și documentația aferentă* de la nivelul structurii și îl transmite secretarului EGR;
- Aprobă *Registrul riscurilor* la nivelul structurii și îl transmite secretarului EGR;
- Aprobă *Rapoartele anuale privind desfășurarea procesului de gestionare a riscurilor* de la nivelul structurii, pe care le transmite secretarului EGR.

Spitalul Clinic CF nr. 2 Bucuresti	Procedură de sistem –activitatea echipei de gestionare a riscurilor PSMN -148	Ediția 1
		Revizia 0
		Număr exemplare: 2
		Pag. 11 din 19

Secretarul EGR și înlocuitorul acestuia

- elaborează *Regulamentul de organizare și de funcționare a EGR* și îl transmite președintelui EGR, pentru aprobare;
- organizează ședințele EGR, în vederea analizării și tratării riscurilor și întocmește procesele verbale ale întâlnirilor pe care le transmite spre aprobare președintelui EGR;
- transmite copii ale *proceselor verbale ale ședințelor*, membrilor EGR;
- solicită propunerile de *Limite de toleranță* de la structuri;
- centralizează propunerile de *Limite de toleranță* de la structuri și le transmite spre avizare președintelui EGR ;
- arhivează *Limite de toleranță* la EGR;
- colectează registrul riscurilor de la nivelul structurilor și selectează riscurile medii și mari;
- întocmește *Registrul de riscuri* centralizat la nivelul spitalului și îl transmite spre aprobare președintelui EGR;
- transmite *Registrul de riscuri* către comisia de monitorizare, spre informare;
- arhivează *Registrul de riscuri* la EGR;
- înregistrează *Formularele de alertă la risc și documentația aferentă* de la nivelul structurii;
- analizează *Formularele de alertă la risc și documentația aferentă* de la nivelul structurii în vederea stabilirii riscurilor tartate, riscurilor clasate, riscurilor escaladate;
- stabilește măsurile de control pentru riscurile noi identificate;
- completează măsurile de control în *Planul de măsuri*;
- transmite copie după *procesul verbal al ședinței* cu măsurile de control la structuri;
- înregistrează în timpul anului măsurile de control implementate, pe baza procesului verbal al ședinței;
- analizează progresele înregistrate și definitivează *Planul de măsuri*, în vederea semnării de către președintele EGR;
- arhivează *Planul de măsuri* la EGR;
- înregistrează *Rapoartele anuale privind desfășurarea procesului de gestionare a riscurilor* de la nivelul structurilor;
- elaborează *Informarea privind desfășurarea procesului de gestionare a riscurilor* în vederea avizării de către președintele EGR;
- arhivează *Informarea privind desfășurarea procesului de gestionare a riscurilor*.

Președintele EGR

- aprobă *Regulamentul de organizare și de funcționare a Echipei de gestionare a riscurilor*;
- emite ordinele de zi a ședințelor și conduce ședințele EGR;
- aprobă *Procesele-verbale ale ședințelor* EGR;
- aprobă *Registrul de riscuri* pe entitate.

Spitalul Clinic CF nr. 2 Bucuresti	Procedură de sistem –activitatea echipei de gestionare a riscurilor PSMN -148	Editia 1
		Revizia 0
		Număr exemplare: 2
		Pag. 12 din 19

- aprobă *Limita de toleranță de la nivelul spitalului* și le transmite președintelui comisiei de monitorizare, spre avizare;
- semnează *Planul de măsuri* cu riscurile semnificative, care vor fi analizate în Comisia de monitorizare și transmise spre aprobare conducătorului entității;
- avizează *Informarea privind desfășurarea procesului de gestionare a riscurilor* de la nivelul entității și o transmite comisiei de monitorizare, spre aprobare.

Conducătorul spitalului

- nominalizează președintele EGR;
- Emite decizia internă privind constituirea EGR;
- aprobă *Limitele de toleranță* de la nivelul spitalului;
- aprobă *Planul de măsuri*.

Auditul spitalului:

Cu toate că evaluarea și gestionarea riscurilor este responsabilitatea managementului, este necesară și *implicarea auditului intern* în acest proces.

Astfel, *reprezentanții Compartimentului de Audit Intern:*

- participă, în calitate de invitat permanent, fără drept de vot, la ședințele EGR;
- fac recomandări pe parcursul misiunilor de audit, în vederea îmbunătățirii controalelor existente și urmărește îndeplinirea recomandărilor.

10. ANEXE, INREGISTRARI

10.1. Anexa 1 – Diagramă de proces.

Spitalul Clinic CF nr. 2 Bucuresti	Procedură de sistem –activitatea echipei de gestionare a riscurilor PSMN -148	Editia 1
		Revizia 0
		Număr exemplare: 2
		Pag. 13 din 19

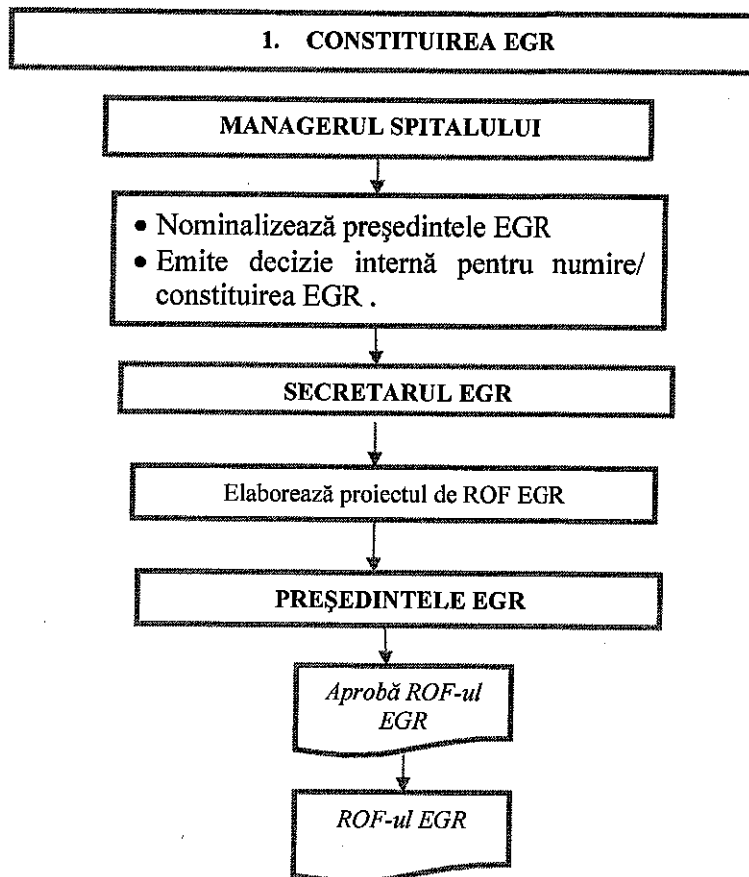
11. CUPRINS

1. Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea si aprobarea editiei sau, dupa caz, a reviziei in cadrul editiei procedurii operationale.....	pg 2
2. Situatiile editiilor si a reviziilor in cadrul editiilor procedurii operationale.....	pg 2
3. Lista cuprinzand persoanele la care se difuzeaza editia sau, dupa caz, revizia in cadrul editiei procedurii operationale.....	pg 2-5
4. Scop.....	pg 6
5. Domeniu de aplicare.....	pg 6
6. Documente de referinta.....	pg 6
7. Definitii si abrevieri ale termenilor.....	pg 6-8
8. Descrierea procedurii	pg 8-10
9. Responsabilitati.....	pg 10-12
10. Anexe, inregistrari.....	pg 12
11. Cuprins.....	pg 13

Spitalul Clinic CF nr. 2 Bucuresti	Procedură de sistem –activitatea echipei de gestionare a riscurilor PSMN -148	Ediția 1
		Revizia 0
		Număr exemplare: 2
		Pag. 14 din 19

Anexa nr.1

**DIAGRAMĂ DE PROCES
PROCEDURA ECHIPEI DE GESTIONARE A RISCURILOR**



2. ORGANIZAREA EGR

SECRETARUL EGR

Organizează ședințele EGR:
• Stabilește ordinea de zi aprobată de către președintele EGR;
• Informează membrii EGR;
• Elaborează convocatorul ședinței

Supune dezbaterii temele înscrise în ordinea de zi

Elaborează procesele –verbale ale ședinței EGR

PREȘEDINTELE EGR

Aprobă Procesele- verbale ale ședințelor

Procesele- verbale ale
ședințelor

Transmite copii ale Proceselor- verbale ale
ședințelor membrilor EGR

3. DESFĂȘURAREA ACTIVITĂȚII EGR

SECRETARUL EGR

LA ÎNCEPUTUL ANULUI

a. Solicită propunerile de Limite de toleranță de la structuri

Centralizează propunerile de Limite de toleranță de la structuri

Analizează Limite de toleranță în EGR

STRUCTURILE
Propuneri de Limite de toleranță aprobate de către conducătorii de structuri

PREȘEDINTELE EGR

Semnează propunerile de Limite de toleranță

PREȘEDINTELE CM

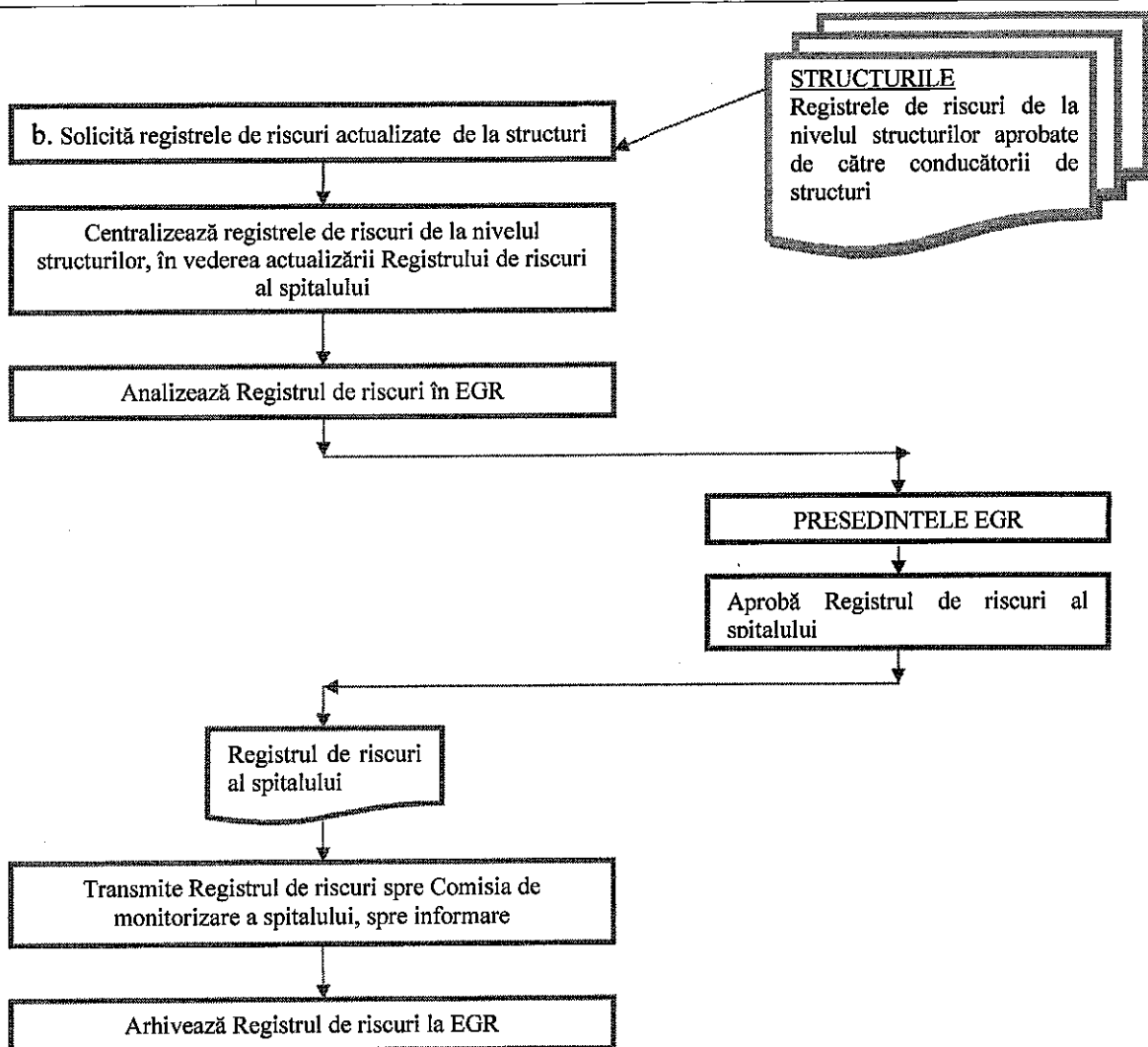
Discută în CM și avizează propunerile de Limite de toleranță

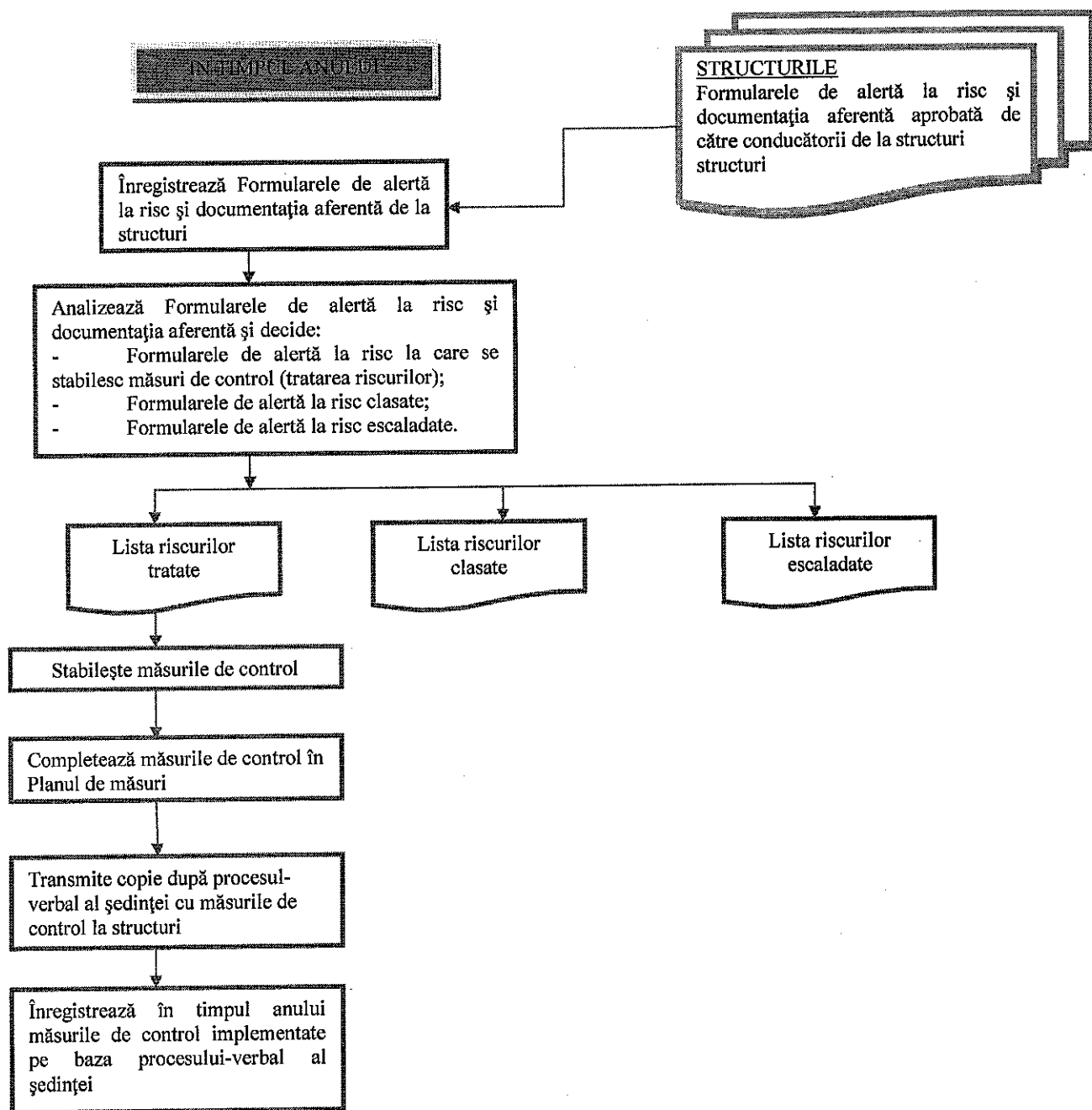
MANAGERUL SPITALULUI

Aprobă Limitele de toleranță

Limitele de toleranță la nivelul spitalului

Arhivează limitele de toleranță la EGR





LA SFARȘITUL ANULUI

a. Analizează progresele înregistrate și definitivează Planul de măsuri

PREȘEDINTELE EGR

Semnează Planul de măsuri

PREȘEDINTELE CM

Discută în CM și avizează Planul de măsuri

MANAGERUL SPITALULUI

Aprobă Planul de măsuri

*Planul de măsuri la
nivelul spitalului*

Arhivează Planul de măsuri la EGR

STRUCTURILE
Rapoartele anuale privind desfășurarea
procesului de gestionare a riscurilor
aprobat de către conducătorii de
structuri

b. Înregistrează rapoartele anuale privind desfășurarea procesului de gestionare a riscurilor de la nivelul structurii

Elaborează Informarea privind desfășurarea procesului de gestionare a riscurilor

PREȘEDINTELE EGR

Avizează Informarea privind desfășurarea
procesului de gestionare a riscurilor

PREȘEDINTELE CM

Aprobă Informarea privind desfășurarea
procesului de gestionare a riscurilor

Informarea privind desfășurarea procesului de
gestionare a riscurilor

Arhivează Informarea privind desfășurarea
procesului de gestionare a riscurilor