



**PROCEDURA DE SISTEM**  
**Managementul Riscurilor PS 01-128/19 din IMSP IO**  
**Registrul riscurilor al IMSP Institutul Oncologic**  
**Plan de acțiuni pentru tratarea riscurilor și a oportunităților – IMSP IO – 2026**

**Cod: Formularul nr.4**  
**Ediția 01/**  
**Revizia: 2/2026**

APROB  
 Directorul IMSP Institutul Oncologic  
 \_\_\_\_\_ Ruslan BALTAGA


Nr. crt.	Riscul	Cauzele care favorizează riscul	Evaluarea riscului			Reacția la risc <i>Cum va fi tratat</i>	Acțiuni/măsurile de control	Responsabil de acțiune <i>Persoana/subdiviziunea</i>	Perioada de implementare	Evaluarea riscului rezidual		
			<i>I Impact</i>	<i>P Probabilitate</i>	<i>VRI Valoarea riscului inerent</i>					<i>I</i>	<i>P</i>	<i>VRR Valoarea riscului rezidual</i>
1	2	3	4	5	6=4x5	7	8	9	10	11	12	13=11x12
<b>Obiectivul 1.1. Consolidarea sistemului de control intern managerial conform Standardelor naționale de control intern în sectorul public, ținând cont de complexitatea și domeniul de activitate al instituției.</b>												
1.	Neconformitate/incident din necunoașterea cerințelor SSM/PSI și procedurilor interne	Insuficiența personalului instruit	2	2	4	Monitorizare/ Eliminare/ terminare	Instruire la angajare + re-instruire semestrială; testare cunoștințe; evidență nominală pe secții	Echipa din 15 persoane care au primit certificarea în CIM	Trimestru III	1	1	1
2	Expunere profesională în condiții nocive fără EIP adecvat	Nerespectarea Regulilor de utilizare a EIP	2	2	4	Fișe eliberare EIP; rapoarte SSM	Standard minim EIP pe post; distribuire controlată; înlocuire la termen; verificări inopinate	Șefi secții + asistente superioare	Permanent / buget planificat	1	1	1
3	Lipsa dotării PSI (stingătoare)	Insuficiența de stingătoare funcționale, valabile și accesibile	3	3	9	Registru PSI; etichete verificare	Inventariere stingătoare; completare dotare; verificare valabilitate + accesibilitate	Șef secție protecție și pază + șefi secții	Permanent / resurse tehnice	3	1	3
4	Răspuns insuficient la dezastru (incendiu, cutremur, chimic/radioactiv)	Personal Instruit Insuficient	2	2	4	Procese-verbale exerciții; lecții învățate; planuri revizuite	Actualizare planuri de urgență; exerciții/an; roluri clare; check-list pentru funcții critice (farmacie, ATI, radiologie)	Director + șefi secții/servicii	Permanent / buget planificat	1	1	1
	Comunicare defectuoasă în urgențe (înștiințare/telecom)	Personal insuficient Instruit, decalaje în funcționarea sistemelor de înștiințare	2	2	4	Rapoarte test; listă contacte actualizată	Test trimestrial al sistemelor de înștiințare; redundanță (liste contacte, canale alternative); instruire responsabili	Șef dep. inginerie biomedicală + șefi secții/servicii	Permanent / resurse interne	1	1	1
5.	Afectarea securității cibernetice	Lipsa serverelor de stocare a informației	3	3	9	Eliminare/ terminare	Identificarea finanțării prin proiecte	Vicedirector administrarea patrimoniului	Trimestru IV	1	2	2
6.	Traumatisme, căderi	Asigurarea insuficientă cu semne de avertizare în zona dereticării, treptelor la intrare în blocuri în perioada precipitațiilor	3	2	6	Eliminare/ terminare	Instruirea continuă a personalului implicat în dereticare, instruirea periodică personalului odată la 180 zile și pacienților la	Vicedirector administrarea patrimoniului, șef secție	Pe parcursul anului	3	1	3



**PROCEDURA DE SISTEM**  
**Managementul Riscurilor PS 01-128/19 din IMSP IO**  
**Registrul riscurilor al IMSP Institutul Oncologic**  
**Plan de acțiuni pentru tratarea riscurilor și a oportunităților – IMSP IO – 2026**

**Cod: Formularul nr.4**  
**Ediția 01/**  
**Revizia: 2/2026**

							internare Prezența semnelor corespunzătoare					
7.	Personal neelectrotehnic expus riscului electric	Nerespectarea regulilor de utilizare a dispozitivelor electrice și defecțiuni tehnice	3	2	6	Eliminare/ terminare	Instruire „Grupa I” la angajare + anual; testare; evidență	Vicedirector administrarea patrimoniului, șef secție	Pe parcursul anului	3	1	3
8	Planul de audit Nerespectat	ISO 9001:2015 cl.9.2 — audit inefficient	3	2	6	Eliminare/ terminare	Monitorizare lunară execuție plan audit; raport trimestrial CA	Sef Sectie AI	trimestrial	3	1	3
9	Acțiuni corective nedocumentate sau neverificate	Lipsa procedurii de documentare si monitorizare	2	2	4	Elaborarea Procedurii	Monitorizare documentării, Implementării Acțiunilor Corective	Sef Sectie AI	Pe Parcursul anului	1	1	1
10	Risc de calitate a îngrijirii	Dotare insuficientă față de volumul de activitate	3	2	6	Cerintele pentru dotari , de ajustat la necesitățile reale ale pacienților	Analiză ofertei anual; plan de investiții multianual	Vicedirectori medicali șefi secții Sef departament administrarea patrimoniului,	Anual	1	2	2
<b>Obiectivul 1.3. Fortificarea acțiunilor de prevenire corupție, protecționism prin asigurarea integrității Institutului</b>												
11.	Afectarea imaginii și prestigiului IO	Comunicare insuficientă cu pacientul, ce generează reclamații, Acces limitat la servicii de diagnostic și tratament, Încălcarea eticii și deontologiei medicale	3	2	6	Eliminare/ terminare	Respectarea necondiționată eticii și deontologiei medicale, actualizarea panourilor informative	Personalul IMSP IO	Pe parcursul anului	2	2	4
12	Solicitare plăți informale, Condiționare act medical	Lipsă transparență	3	3	9	Eliminare /terminare	Monitorizare + linie verde, instruirii	Serviciul Juridic viectori medicali Sefii sectiilor si a subdiviziunilor	Pe parcursul anului	3	1	3
13	Influență farmaceutică	Conflict interese Tratament neoptimal	2	2	4	Eliminare/ terminare	Monitorizarea tratamentului conform PCN	Vice directori medicali , medici responsabili CCD,	Pe parcursul anului	2	1	2
14	Risc de Întreruperea tratamentului pacienților oncologici	Termene de livrare nerespectate	3	3	9	Eliminare/ terminare	Clauze penalizatoare în contracte; stoc de rezervă 30 zile	Vice directori medicali , medici responsabili CCD, Sef Farmacie	Pe parcursul anului	1	2	2

	<b>PROCEDURA DE SISTEM</b> <b>Managementul Riscurilor PS 01-128/19 din IMSP IO</b>	<b>Cod: Formularul nr.4</b> <b>Ediția 01/</b> <b>Revizia: 2/2026</b>
	<b>Registrul riscurilor al IMSP Institutul Oncologic</b> <b>Plan de acțiuni pentru tratarea riscurilor și a oportunităților– IMSP IO – 2026</b>	


<b>Obiectivul 2.3. Asigurarea regimului epidemiologic. Managementul deșeurilor. Prevenirea, diagnosticarea și îngrijiri eficiente a IAAM</b>												
15	Contaminarea rețelei de apă potabilă	Deficiențe tehnice ale rețelei interne de apă, lipsa monitorizării adecvate a calității apei, contaminare microbiologică dezinfectare insuficientă, factori externi (lucrări, infiltrații).	2	2	4	Monitorizare/ Dezinfectare /tratare Control al calității apei	Plan de profilaxie/reparații apă-canal; intervenție rapidă la avarii; control puncte critice Menținerea sistemelor de filtrare și clorinare	Responsabil domeniul + Șef DAP	Pe parcursul anului	1	2	2
16	Asigurarea insuficiență cu instrumentariu chirurgical, material steril pentru intervenții chirurgicale și alte manipulații invazive	Deteriorarea dispozitivelor din secția sterilizare	2	2	4	Monitorizare/ diminuare/tratare	Asigurarea mentenanței dispozitivelor de sterilizare. Asigurarea controlului sistematic a eficacității sterilizărilor efectuate centralizat și prin subdiviziuni	Vicedirector administrare patrimoniului, Medic epidemiolog, asistent medical șef, asistent medical superior	Pe parcursul anului	2	1	2
17	Apariția IAAM la pacienții spitalizați	Existența factorilor declanșatori (durata și volumul intervenției chirurgicale, lipsa suportului pacientului intraoperator, durata prelungită a spitalizării, lipsa condițiilor pentru izolare)	3	3	9	Eliminare /terminare	Instruire continuă a personalului medical, conformitatea asepsiei și antisepsiei, depistarea/raportarea IAAM, optimizarea debutului tratamentului specific, crearea condițiilor hoteliere corespunzătoare	Vicedirector administrarea patrimoniului, Șef blocului operator, șef secție, medicii curanți, medicii epidemiologi	Pe parcursul anului	3	1	3
18	Risc toxinfecție alimentară	Condiții de păstrare neconforme a alimentelor	2	2	4	Eliminare/ terminare	Monitorizare continuă a produselor alimentare premise pacienților, etichetare, condiții de păstrare, control igienă bucătărie	Asistenta medicală șef, Asistenți superiori, șef Bloc Alimentar	Pe parcursul anului	1	1	1
<b>Obiectivul 3.3. Asigurarea accesului pacienților cu cancer la servicii calitative de diagnostic, tratament și îngrijire continuă</b>												
19	Tergiversarea procesului de diagnostic	Finanțare insuficientă, numărul redus de SIP, perioada lungă de așteptare a SIP efectuate în alte instituții (CT, RMN etc.)	3	3	9	Eliminare/ terminare	Înaintarea solicitării finanțării adecvate la CNAM, Contractarea numărului adecvat de SIP efectuate în alte instituții (CT, RMN etc.)	Vicedirector medical, vicedirector asistență consultativă	Trimestru II, IV	2	2	4



**PROCEDURA DE SISTEM**  
**Managementul Riscurilor PS 01-128/19 din IMSP IO**  
**Registrul riscurilor al IMSP Institutul Oncologic**  
**Plan de acțiuni pentru tratarea riscurilor și a oportunităților – IMSP IO – 2026**

**Cod: Formularul nr.4**  
**Ediția 01/**  
**Revizia: 2/2026**

20	Perioada îndelungată de așteptare a rezultatelor de laborator (histologic, citologic) Diagnostic întârziat	Supravolum delprobe. Acces limitat investigații, dresare primară tardivă	3	3	9	Monitorizare/ diminuare/ tratare	Prioritizare, după diagnostic și timp de prelevare Protocol diagnostic Reducere timp programare	Sefi laborator Vicedirecții medicali, Medici responsabili	Pe parcursul anului, lunar	3	1	3
21	Perturbări în lanțul logistic în aprovizionarea cu medicamente și consumabile	Criza economico-financiară, procesul îndelungat de achiziții, nerespectarea prevederilor contractuale de agenți economici	3	3	9	Eliminare/ terminare	Asigurarea stocurilor, Înaintarea cu argumentări a revizuirii cadrului normativ legal privind achiziții	Vicedirecții, șef serviciu achiziții și contracte	Pe parcursul anului	3	2	6
22	Timpul de așteptare îndelungat a inițierii tratamentului în, fluctuația pacienților în sectorul privat	Insuficiență de aparataj medical, de spațiu și personalului medical instruit	3	3	9	Eliminare/ terminare	Recrutarea personalului medical, Instruirea Personalului medical, identificarea spațiilor pentru tratament	Vicedirecții medicali, bioingineri Șef resurse umane, Șef staționar de zi	Trimestru II	2	2	4
23	Risc de identificare greșită a pacienților	Lipsa unui mecanism de identificare a pacienților	2	2	4	Eliminare/ terminare	Aplicare ameteide de brățară cu identificarea pacientului	Monitorizare permanentă A aplicării brățării pacienților	Pe parcursul anului	2	2	4
24	Perioada îndelungată de așteptare la tratament în staționar	Lista comună (cazuri maligne și benigne) de așteptare în secții chirurgicale, nr limitat de paturi în oncologie medicală și hematologie, insuficiența dispozitivelor în radioterapie	3	3	9	Eliminare/ terminare	Optimizarea procesului diagnostic, Prioritizarea pacienților cu tumori agresive în rândul de așteptare la tratament chirurgical, prestarea serviciilor medicale în staționar de zi, dotarea cu dispozitive în radioterapie	Vicedirecție medicală, șefi secții clinice	Pe parcursul anului	2	2	4
25	Riscul deminuarii calității vieții pacientului prin persistența durerii	Evaluare insuficientă a durerii (scala EVA)	3	3	9	Evaluare EVA la fiecare caz cu documentare obligatorie	Monitorizare Continuă a completării (scala EVA)	Vicedirecție medicală, șefi secții clinice	Pe parcursul anului	2	2	4
26	Risc vital — toxicitate	Erori de dozaj citostatic	3	3	9	Eliminare/ terminare	Dublă verificare calcul doză	Vicedirecție medicală, șefi secții clinice Asistenta Sefa, asistente superioare, Sef Farmacie, farmacolog clinic	Pe parcursul anului	1	1	1

	<b>PROCEDURA DE SISTEM</b> <b>Managementul Riscurilor PS 01-128/19 din IMSP IO</b>							<b>Cod: Formularul nr.4</b> <b>Ediția 01/</b> <b>Revizia: 2/2026</b>			
	<b>Registrul riscurilor al IMSP Institutul Oncologic</b> <b>Plan de acțiuni pentru tratarea riscurilor și a oportunităților– IMSP IO – 2026</b>										

27	Risc de identificare eronată a probelor biologice, cu impact asupra corectitudinii rezultatelor de laborator, siguranței pacientului și conformității serviciilor medicale.”	Etichetare greșită necorespunzătoare a probelor biologice	3	3	9	Eliminare/terminare	Protocol etichetare la sursă; dublu check înainte de transport	Sef Depart.Diagnostic, Sefii de laborator, Asistentii medicali superiori,	Pe parcursul anului	1	1	1
28	Risc vital asociat deficitului de sânge și produse sanguine derivate, cu impact asupra actului medical, siguranței pacientului critic	Stoc insuficient de sânge și derivate	3	3	9	Eliminare/terminare	Acord cu Centrul Național Transfuzie pentru rezervă	Vicedirectori medicali. Sef cabinet Transfuzii, Serviciul juridic	Anual	1	1	1
29	Risc de complicații intraoperatorii, postoperatorii	Necompletarea Check-list obligatoriu Siguranta Chirurgicala	3	3	3	Eliminare/terminare	Check-list obligatoriu	Vicedirector medical. Sef Bloc Operator, Sefi sectii	Permanent	1	1	1
<b>Obiectivul 4.1. Asigurarea realizării Contractului cu CNAM, Normelor metodologice de prestare a serviciilor</b>												
30	Neîndeplinirea Condițiilor contractuale cu CNAM, volumului de servicii medicale contractate	Normativele rulajului de paturi necorespunzător Invalidarea cazurilor tratate	3	3	9	Eliminare/terminare	Monitorizarea lunara a respectării condițiilor contractuale cu CNAM	Vicedirector medical, secția economico-financiară, șef secție statistica medicala	lunar	2	2	4
31	Pierderi financiare, Penalități, din documentație medicală neconformă	Completare incorectă/incomplet eronata a documentației medicale, Externarea tardiva a pacientului decedat.	3	3	3	Eliminare/terminare	Monitorizarea Evaluare trimestriala a Formulelor 003e a decedaților	Vicedirector medical, secția economico-financiară, șef secție statistica medicala Comitetul Audit medical, SMC	trimestrial	2	2	4
<b>Obiectivul 5.1. Perfectionarea condițiilor hoteliere pentru pacienți</b>												
32.	Nesatisfacția pacienților	Condiții Hoteliere ,	3	3	9	Eliminare/terminare	Efectuarea lucrărilor de reparație și dotarea cu mobilier	Vicedirector administrarea patrimoniului, șefii secțiilor	Trimestru III-IV	1	1	1