



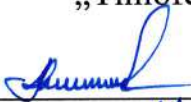
MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL  
REPUBLICII MOLDOVA  
IMSP SCR „Timofei Moșneaga”

**POLITICA INSTITUȚIONALĂ PRIVIND PRIVIND  
CALITATEA SERVICIILOR MEDICALE  
ȘI SIGURANȚA PACIENTULUI**

Anexa nr. 1 la ord. nr. 28 din 11.02. 2026

APROB

Director interimar IMSP SCR  
„Timofei Moșneaga”

  
\_\_\_\_ Andrei UNCUTA  
„11” februarie 2026

**POLITICA INSTITUȚIONALĂ  
PRIVIND CALITATEA SERVICIILOR MEDICALE  
ȘI SIGURANȚA PACIENTULUI**



## CUPRINS

|                                                                                 |      |
|---------------------------------------------------------------------------------|------|
| I. DISPOZIȚII GENERALE .....                                                    | 4 -  |
| 1.1. Scopul și obiectivele politicii.....                                       | 4 -  |
| 1.2. Domeniul de aplicare .....                                                 | 5 -  |
| 1.3. Principiile fundamentale .....                                             | 6 -  |
| 1.4. Definiții și termeni cheie.....                                            | 7 -  |
| II. CADRUL LEGAL ȘI DOCUMENTE DE REFERINȚĂ .....                                | 8 -  |
| 2.1. Cadrul internațional.....                                                  | 8 -  |
| 2.2. Cadrul Național .....                                                      | 9 -  |
| 2.3. Cadrul instituțional.....                                                  | 9 -  |
| III. VIZIUNEA ȘI ANGAJAMENTUL CONDUCERII.....                                   | 9 -  |
| 3.1. Leadership în calitatea serviciilor medicale și siguranța pacientului..... | 10 - |
| 3.2. Structuri responsabile și roluri.....                                      | 18 - |
| 3.3. Corelarea Politicii cu Sistemul de Control Intern Managerial .....         | 21 - |
| IV. IMPLEMENTAREA PROCESELOR DE CALITATE ȘI SIGURANȚĂ ....                      | 23 - |
| 4.1. Planificarea activităților.....                                            | 25 - |
| 4.2. Instrumente standardizate .....                                            | 27 - |
| 4.3. Instruirea personalului .....                                              | 29 - |
| 4.4. Implementarea efectivă.....                                                | 32 - |
| 4.5. Monitorizarea și evaluarea .....                                           | 32 - |
| V. RAPORTAREA ȘI COMUNICAREA .....                                              | 37 - |
| VI. ÎMBUNĂTĂȚIREA CONTINUA.....                                                 | 38 - |
| VII. DISPOZIȚII FINALE .....                                                    | 39 - |



**Lista abrevierilor utilizate:**

- SMCSM – Secția management al calității serviciilor medicale;
- SMEISAM – Secția monitorizare, evaluare și integrare a serviciilor de asistență medicală;
- SPIAAM – Serviciul de prevenție a infecțiilor asociate asistenței medicale;
- IAAM – Infecții asociate asistenței medicale;
- POS – Procedură operațională standard;
- PCN – Protocol clinic național;
- PCI – Protocol clinic instituțional;
- ATI – Anestezie și terapie intensivă;
- PDCA – Plan-Do-Check-Act (Planifică, efectuează, verifică, acționează).



## I. DISPOZIȚII GENERALE

Politica instituțională privind calitatea serviciilor medicale și siguranța pacientului constituie **baza conceptuală și operațională** a tuturor activităților desfășurate în cadrul IMSP Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga”, orientate spre realizarea obiectivului strategic al instituției de **îmbunătățire continuă a calității actului medical și creștere a nivelului de siguranță a pacientului**.

### 1.1. Scopul și obiectivele politicii

Scopul prezentei politici este de a asigura furnizarea unor servicii medicale sigure, eficiente, accesibile și centrate pe pacient, prin stabilirea unui cadru instituțional prin care IMSP Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga” va implementa și va menține un Sistem de Management al Calității care să prevină riscurile, să reducă evenimentele adverse și să îmbunătățească continuu performanța actului medical, în conformitate cu legislația în vigoare și standardele naționale și internaționale aplicabile.

Politica urmărește standardizarea proceselor de planificare, implementare, monitorizare și îmbunătățire continuă a calității serviciilor medicale și siguranței pacientului.

În vederea realizării scopului, politica urmărește următoarele obiective:

**1. Îmbunătățirea continuă a calității serviciilor medicale** prin aplicarea standardelor, Protocoalelor clinice naționale și instituționale, Procedurilor operaționale standard aprobate în cadrul instituției.

**2. Asigurarea siguranței pacientului** prin identificarea, evaluarea și reducerea riscurilor asociate actului medical, precum și prevenirea erorilor medicale și evenimentelor adverse.

**3. Promovarea unei culturi a calității serviciilor medicale și siguranței pacienților**, bazată pe responsabilitate profesională, transparență și învățare continuă.

**4. Creșterea satisfacției pacientului**, prin servicii medicale centrate pe nevoile pacientului, respectarea drepturilor acestuia și îmbunătățirea comunicării medic-pacient.





**5. Dezvoltarea competențelor profesionale ale personalului medical** prin instruire continuă și evaluare periodică a performanței.

**6. Monitorizarea și evaluarea permanentă a proceselor medicale și manageriale**, ce presupune utilizarea coerentă a indicatorilor de monitorizare (proces, rezultat și structură), analiza rezultatelor auditului și a feedback-ului pacienților pentru luarea deciziilor informate, prioritizarea intervențiilor și alocarea eficientă a resurselor, în vederea optimizării eficienței și eficacității acestora.

**7. Asigurarea conformității cu legislația în vigoare și standardele aplicabile**, inclusiv cerințele de acreditare și reglementările naționale din domeniul sănătății.

### **1.2. Domeniul de aplicare**

Prin caracterul său transversal, politica de calitate și siguranță influențează toate nivelurile organizaționale – de la conducere până la personalul implicat în îngrijirea pacientului asigurând coerența deciziilor manageriale și a activităților operaționale. Aceasta crează premise pentru dezvoltarea unei culturi organizaționale orientate spre calitate, responsabilitate și siguranță, în care prevenirea erorilor și protecția pacientului reprezintă priorități permanente.

Prezenta politică se aplică în mod obligator tuturor subdiviziunilor IMSP Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga” (departamente, secții clinice, servicii paraclinice și servicii de suport), tuturor categoriilor de personal (medical și non-medical), precum și colaboratorilor, rezidenților și altor persoane care desfășoară activități în incinta instituției sau în numele acesteia, în măsura în care pot influența calitatea serviciilor medicale și siguranța pacientului.

Dispozițiile politicii vizează toate procesele care influențează direct sau indirect calitatea îngrijirii și siguranța pacientului, pe întreg parcursul asistenței medicale: de la primire/internare și diagnostic, tratament, îngrijiri medicale, transfer, externare, inclusiv în activitățile de prevenire, educație medicală și management al riscurilor.



### 1.3. Principiile fundamentale

Aplicarea acestei politici se bazează pe respectarea unor principii fundamentale care asigură un cadru unitar de acțiune în vederea creșterii calității serviciilor și protejării siguranței pacientului. Pentru asigurarea unei implementări unitare și eficiente, politica se bazează pe următoarele principii:

**1. Centrarea pe pacient.** Presupune acordarea serviciilor medicale cu respectarea demnității, drepturilor, nevoilor și așteptărilor pacientului, având ca prioritate siguranța și bunăstarea acestuia.

**2. Siguranța pacientului ca prioritate.** Prevede prevenirea prejudiciilor și reducerea riscurilor asociate actului medical, astfel fiind o responsabilitate fundamentală a întregului personal.

**3. Îmbunătățirea continuă a calității.** Calitatea serviciilor medicale este un proces permanent, bazat pe monitorizare, evaluare și implementarea măsurilor corective și preventive.

**4. Abordarea sistemică a riscurilor.** Riscurile sunt gestionate prin analiza proceselor și a cauzelor profunde, nu prin blamarea individuală a personalului.

**5. Cultura non-punitivă a raportării.** Instituția promovează raportarea deschisă și transparentă a incidentelor, erorilor și near-miss incidente, fără sancționare, în scop de învățare și prevenție.

**6. Respectarea standardelor profesionale și legale.** Activitatea medicală se desfășoară în conformitate cu legislația în vigoare, standardele naționale și internaționale, precum și cu protocoalele clinice aprobate.

**7. Responsabilitate și responsabilizare.** Fiecare angajat își asumă responsabilitatea pentru calitatea actului profesional, în limitele competențelor sale.

**8. Transparență și comunicare eficientă.** Comunicarea corectă, completă și oportună între personalul medical, pacient și aparținători contribuie la creșterea siguranței și a încrederii.

**9. Dezvoltarea profesională continuă.** Instituția susține instruirea continuă a personalului ca element esențial al calității și siguranței pacientului.





**10. Decizii bazate pe dovezi și date.** Politica se bazează pe date obiective, indicatori de performanță și dovezi științifice, pentru fundamentarea deciziilor manageriale.

#### **1.4. Definiții și termeni cheie**

**Calitatea serviciilor medicale** reprezintă gradul în care serviciile medicale furnizate corespund nevoilor pacientului, standardelor profesionale, protocoalelor clinice și cerințelor legale, având ca scop obținerea celor mai bune rezultate posibile pentru sănătatea pacientului.

**Siguranța pacientului** reprezintă ansamblul măsurilor și acțiunilor destinate prevenirii erorilor medicale, reducerii riscurilor și evitării prejudiciilor asociate asistenței medicale.

**Evenimentul advers** este un incident asociat procesului de îngrijire medicală care a cauzat sau ar fi putut cauza vătămarea pacientului și care nu este determinat de evoluția naturală a bolii.

**Eroarea medicală** reprezintă o acțiune incorectă sau omisiune în procesul de acordare a asistenței medicale (diagnostic, tratament, manopere efectuate, etc.), care se abate de la standardele profesionale sau protocoalele clinice, indiferent dacă a produs sau nu un prejudiciu pacientului.

**Incidentul** reprezintă un eveniment sau circumstanță care ar fi putut conduce sau a condus la un eveniment advers.

**Aproape-incident (near miss)** reprezintă situația în care o eroare sau un incident a fost identificat și corectat înainte de a produce prejudicii pacientului.

**Dauna** reprezintă deteriorarea structurii sau funcționării corpului și/sau efectele vătămătoare care rezultă din aceasta.

**Managementul riscurilor** reprezintă un proces sistematic de identificare, analiză, evaluare și control a riscurilor care pot afecta calitatea serviciilor medicale și siguranța pacientului.

**Cultura siguranței pacientului** - ansamblul valorilor, atitudinilor, percepțiilor, competențelor și comportamentelor individuale și colective care determină



angajamentul unei instituții în promovarea siguranței și prevenirea daunelor pentru pacienți. O cultură deschisă, non-punitivă, care promovează raportarea erorilor medicale și învățarea din acestea.

**Evenimentul santinelă** reprezintă un eveniment advers grav, neașteptat, care duce la deces, vătămare severă sau risc major pentru pacient și necesită analiză imediată.

**Protocol clinic (national și instituțional)** definește documentul oficial bazat pe dovezi științifice, care stabilește modul standardizat de diagnostic, tratament și îngrijire a pacientului la nivel national și instituțional.

**Auditul clinic (medical)** este un proces sistematic de evaluare a practicilor medicale în raport cu standardele stabilite, în scopul îmbunătățirii calității serviciilor.

**Infecții asociate asistenței medicale (IAAM)** reprezintă infecțiile dobândite în timpul acordării îngrijirilor medicale, care nu erau prezente sau în incubație la momentul internării.

**Îmbunătățire continuă a calității** - proces permanent de analiză și optimizare a serviciilor medicale, bazat pe monitorizarea indicatorilor de performanță și implementarea măsurilor corective.

**Indicator de proces** – indicator privind respectarea unor activități convenite, cum ar fi igiena mâinilor, supravegherea, Procedurile operaționale standard. Acești indicatori pot să clarifice dacă asistența medicală a fost acordată corespunzător și la timp, dacă au fost respectate proceduri clinice definite.

**Indicator de structură** – indicator privind resursele, infrastructura, comitetele, personalul.

**Indicator de rezultat** – indicator de măsurare a efectelor intervențiilor, în special în ceea ce privește destinatarii direcți.

## II. CADRUL LEGAL ȘI DOCUMENTE DE REFERINȚĂ

### 2.1. Cadrul internațional

Global Patient Safety Action Plan 2021–2030.





MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL  
REPUBLICII MOLDOVA

IMSP SCR „Timofei Moșneaga”

POLITICA INSTITUȚIONALĂ PRIVIND  
CALITATEA SERVICIILOR MEDICALE  
ȘI SIGURANȚA PACIENTULUI

## **2.2. Cadrul Național**

Constituția Republicii Moldova;

Legea RM nr. 263/2005 privind drepturile și responsabilitățile pacientului;

Legea RM nr. 133/2011 privind protecția datelor cu caracter personal;

Hotărârea Guvernului nr. 387 din 14.06.2023 cu privire la aprobarea Strategiei naționale de sănătate „Sănătatea 2030”;

Ordinul Ministerului Sănătății nr. 1115 din 05.12.2025 cu privire la aprobarea Planului de acțiuni privind siguranța pacienților pentru anii 2026–2030.

## **2.1. Cadrul instituțional**

Regulamentul de organizare și funcționare al IMSP Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga”;

Ordinul IMSP Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga” nr. 211 din 29.12.2020 „Cu privire la sistemul de management al calității serviciilor medicale al IMSP Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga”;

Proceduri operaționale standard instituționale.

## **III. VIZIUNEA ȘI ANGAJAMENTUL CONDUCERII**

Conducerea IMSP SCR „Timofei Moșneaga” își asumă responsabilitatea directă pentru implementarea, coordonarea și menținerea Sistemului de Management al Calității și siguranței pacientului.

Sistemul de management al calității stabilește politica și obiectivele de calitate, elaborează și aplică procedurile operaționale standard, monitorizează indicatorii de performanță și implementează măsuri de îmbunătățire continuă. Sistemul este conceput astfel, încât să asigure conformitatea cu legislația în vigoare, standardele de acreditare și cerințele Sistemului de Control Intern Managerial.

Pentru îmbunătățirea continuă a calității serviciilor medicale și siguranței pacientului administrația se angajează să:

- promoveze cultura organizațională de calitate a serviciilor medicale și siguranței pacientului orientate spre învățare, transparență și îmbunătățire continuă;
- asigure conformitatea activităților instituției cu legislația în vigoare, standardele de calitate și cerințele de acreditare;



- aloce resursele necesare pentru furnizarea serviciilor medicale sigure și eficiente;
- promoveze respectarea protocoalelor clinice, procedurilor operaționale și normelor de bună practică;
- monitorizeze constant performanța serviciilor medicale și să adopte măsuri corective și preventive, acolo unde este necesar.

Prin leadership activ, alocarea adecvată a resurselor și monitorizarea permanentă a performanței, conducerea IMSP SCR „Timofei Moșneaga” urmărește reducerea evenimentelor adverse, creșterea satisfacției pacienților și consolidarea încrederii comunității în serviciile medicale oferite de instituție.

**Directorul** instituției își asumă responsabilitatea în întregime pentru stabilirea și menținerea Sistemului de management al calității și Sistemului de Control intern managerial, aprobă politica, asigură resurse și monitorizează performanța în instituție;

**Vicedirectorii medicali** – coordonează implementarea politicii, monitorizează, asigură și evaluează sistemul de management al calității serviciilor medicale în instituție.

### 3.1. Leadership în calitatea serviciilor medicale și siguranța pacientului

Guvernanța calității actului medical și siguranței pacientului în IMSP Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga” reprezintă ansamblul structurilor, rolurilor, regulilor și mecanismelor prin care politica instituțională este aplicată unitar la nivelul întregii instituții. Aceasta asigură conducerea, coordonarea și controlul proceselor care influențează calitatea serviciilor medicale, prin stabilirea responsabilităților pe niveluri ierarhice, alocarea resurselor necesare, supravegherea implementării cadrului legislativ și normativ, a procedurilor standardizate și monitorizarea performanței prin analiza activității, indicatori și misiuni interne de audit.

**Secția de Management al Calității serviciilor medicale (SMCSM)** din cadrul IMSP SCR „Timofei Moșneaga” reprezintă o structură organizațională specializată, responsabilă pentru implementarea și dezvoltarea Sistemului de Management al Calității și Siguranței Pacientului în întreaga instituție. Secția funcționează sub





coordonarea nemijlocită a Directorului instituției și este integrată în structura managerială, contribuind la atingerea obiectivelor de calitate și siguranță a pacientului.

Responsabilitățile principale ale acestei subdiviziuni sunt:

- promovarea culturii calității serviciilor medicale și siguranței pacientului prin dezvoltarea și actualizarea politicilor, procedurilor și protocoalelor de calitate;
- planificarea obiectivelor de calitate și siguranță;
- instruirea și suportul personalului;
- identificarea riscurilor și neconformităților cu inițierea și implementarea măsurilor corective și preventive;
- supravegherea respectării cerințelor legale și a standardelor de acreditare.

Secția promovează o cultură organizațională orientată spre calitatea serviciilor medicale și siguranța pacientului, responsabilitate și transparență. Prin instruirii, comunicare internă și suport metodologic, secția contribuie la implicarea întregului personal în menținerea și dezvoltarea standardelor de calitate.

**Consiliul Calității** reprezintă structura consultativă și decizională-cheie care **coordonează, sprijină și supraveghează** implementarea Sistemului de Management al Calității și Siguranței Pacientului în cadrul IMSP SCR „Timofei Moșneaga”. Consiliul este alcătuit din conducerea instituției, reprezentanți ai secțiilor clinice, SMCSM, SMEISAM și alte compartimente implicate în furnizarea serviciilor medicale. Rolul strategic al acestuia constă în asigurarea coerenței, eficienței și alinierii tuturor proceselor instituționale la politica de calitate și siguranță a pacientului. Prin atribuțiile sale, consiliul sprijină conducerea în luarea deciziilor strategice privind dezvoltarea, implementarea și îmbunătățirea continuă a serviciilor medicale.

Conform cadrului normativ aprobat, în componența nominală a Consiliului Calității al IMSP Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga” fac parte:

Vicedirector medical – președinte

Șeful Cabinetului de transfuzie a sângelui - secretar

Vicedirector exploatarea și securitatea obiectului

Șeful Departamentului chirurgie

Șeful Departamentului ATI

Șeful Departamentului chirurgie cardiovasculară și toracică





Șeful Departamentului terapie

Șeful Secției monitorizare, evaluare și integrare a serviciilor de asistență medicală

Șeful Serviciului de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale

Farmacistul-diriginte

Psihologul

Șeful Serviciului juridic

Șeful Secției resurse umane

Șeful Secției economie și planificare

Contabilul șef

Asistentă medicală șefă.

**Comitetele de calitate** – reprezintă structuri funcționale operative, create la nivelul instituției, care includ membri din majoritatea domeniilor și niveluri profesionale, cu scopul de a **monitoriza, analiza și susține implementarea politicii instituționale de calitate și siguranță a pacientului**. Ele acționează sub coordonarea Secției Management al Calității Serviciilor Medicale (SMCSM) și a Consiliului Calității, fiind implicate direct în activitățile de evaluare, prevenire și îmbunătățire continuă. Comitetele de Calitate asigură **transpunerea obiectivelor strategice de calitate și siguranță** în practică la nivel operațional. Ele reprezintă punctul de contact între conducerea instituției, SMCSM și personalul medical, facilitând aplicarea standardelor și protocoalelor în activitatea zilnică.

În cadrul instituției există următoarele comitete cu responsabilități clar delimitate, care sunt prezentate în tabelul 1.

**Tabelul 1. Comitetele de calitate instituționale și responsabilitățile acestora**

| Comitete de Calitate (CC)                  | Responsabilități                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Îmbunătățirea Calității actului medical și | <ul style="list-style-type: none"><li>• Promovează aspectele specifice privind siguranța pacienților în instituție;</li><li>• Elaborează proceduri operaționale standart privind obiectivele de siguranță a pacienților și colaboratorilor instituției</li></ul> |



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL  
REPUBLICII MOLDOVA

IMSP SCR „Timofei Moșneaga”

**POLITICA INSTITUȚIONALĂ PRIVIND  
CALITATEA SERVICIILOR MEDICALE  
ȘI SIGURANȚA PACIENTULUI**

|                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Siguranței<br>Pacienților<br>(SP)                                        | <p>(identificarea corectă a pacientului, îmbunătățirea comunicării efective (verbală și telefonică), transmiterea informației referitor la pacient (handover), raportarea rezultatelor critic a testelor diagnostice, managementul medicamentelor de risc înalt și electroliți concentrați, igiena mainilor, siguranța chirurgicală, prevenirea căderilor pacienților);</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Identifică și prioritizează riscurile clinice și administrative;</li><li>• Realizează și monitorizează acțiuni corective și preventive în instituție;</li><li>• Monitorizează Planul de management al calității serviciilor de sănătate în IMPS SCR „Timofei Moșneaga”;</li><li>• Stabilește și monitorizează indicatorii de calitate administrativi și medicali;</li><li>• Susține procesul de raportare a incidentelor.</li></ul> |
| Accesul la îngrijiri<br>medicale și<br>Evaluarea<br>pacientului<br>(AEP) | <ul style="list-style-type: none"><li>• Elaborează procedura de evaluare primară și reevaluare a pacientului;</li><li>• Standardizează procesul de spitalizare a pacienților și înregistrare a pacienților ambulatori;</li><li>• Elaborează procedura de externare și/sau transfer a pacientului;</li><li>• Stabilesc și gestionează fluxul de pacienți în cadrul spitalului;</li><li>• Elaborează procedura de gestionare a investigațiilor efectuate în afara laboratorului la patul pacientului.</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Managementul și<br>utilizarea<br>medicamentelor<br>(MUM)                 | <ul style="list-style-type: none"><li>• Determină un sistem eficient de gestionare a medicamentelor care va răspunde cerințelor pacienților în conformitate cu reglementările în vigoare;</li><li>• Elaborează Lista medicamentelor de bază;</li><li>• Elaborează Lista medicamentelor de risc înalt;</li><li>• Asigură instruirea personalului privind managementul medicamentelor;</li><li>• Monitorizează sistemul de management al medicamentelor,</li><li>• Stabilesc un sistem de monitorizare a rezistenței antibacteriene;</li><li>• Elaborează proceduri de comunicare a efectelor secundare, adverse ale medicamentelor, erori de medicație;</li></ul>                                                                                                                                                                                        |





MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL  
REPUBLICII MOLDOVA

IMSP SCR „Timofei Moșneaga”

**POLITICA INSTITUȚIONALĂ PRIVIND  
CALITATEA SERVICIILOR MEDICALE  
ȘI SIGURANȚA PACIENTULUI**

|                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                           | <ul style="list-style-type: none"><li>• Stabilesc procesul de control privind interacțiunea dintre medicamente și alimente, cât și interacțiunea medicament-medicament;</li><li>• Stabilesc proceduri și monitorizarea indicațiilor de medicamente;</li><li>• Elaborează un proces de gestionare a medicamentelor aduse de pacient;</li><li>• Determină un proces de depozitare în siguranță a medicamentelor în farmacie sau alte zone de îngrijire a pacientului;</li><li>• Stabilesc un proces de achiziționare a medicamentelor;</li><li>• Stabilesc proceduri privind managementul medicamentelor stupefiante și psihotrope.</li></ul>         |
| Drepturile<br>Pacientului<br>(DP)                         | <ul style="list-style-type: none"><li>• Realizează activități de protejare a drepturilor pacientului și a familiei acestuia în conformitate cu legislația în vigoare;</li><li>• Asigură instruirea personalului angajat privind drepturile pacienților;</li><li>• Implementează un proces de evaluare și analiză a satisfacției pacienților;</li><li>• Stabilesc un proces de informare a pacientului și luare a deciziilor privind tratamentul și îngrijirile medicale;</li><li>• Stabilesc proceduri de obținere a acordului informat a pacientului;</li><li>• Organizează procesul de elaborare a acordurilor informate standardizate.</li></ul> |
| Managementul<br>pacientului<br>chirurgical și ATI<br>(SC) | <ul style="list-style-type: none"><li>• Realizează și implementează proceduri și procese privind activitatea ATI, Blocului chirurgical;</li><li>• Realizează și implementează procesul de monitorizare și control a implanturilor utilizate;</li><li>• Elaborează proceduri privind intervențiile chirurgicale, cu implantarea unui dispozitiv medical;</li><li>• Elaborează planuri standard de îngrijire a pacientului chirurgical;</li><li>• Elaborează și monitorizează procedura de management a durerii;</li></ul>                                                                                                                            |



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL  
REPUBLICII MOLDOVA

IMSP SCR „Timofei Moșneaga”

**POLITICA INSTITUȚIONALĂ PRIVIND  
CALITATEA SERVICIILOR MEDICALE  
ȘI SIGURANȚA PACIENTULUI**

|                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                | <ul style="list-style-type: none"><li>•Elaborează și monitorizează procedura de siguranță chirurgicală;</li><li>•Organizează instruirii privind managementul durerii și siguranța chirurgicală;</li><li>•Elaborează și monitorizează protocoalele de antibioticoprofilaxie.</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Îngrijirea<br>pacientului<br>(Nursing)<br>(IP) | <ul style="list-style-type: none"><li>•Asigură supravegherea îngrijirilor și serviciilor sigure și eficiente tuturor pacienților;</li><li>•Elaborează planuri de evaluare a pacienților de către asistentele medicale;</li><li>•Elaborează planuri standard de îngrijire a pacienților, inclusiv chirurgical;</li><li>•Monitorizează procesul de management al durerii;</li><li>•Stabilesc proceduri de manipulare, utilizare și transfuzie a sângelui și produselor sanguine;</li><li>•Elaborează proceduri de îngrijire a pacienților de risc înalt;</li><li>•Monitorizează procedurile de alimentație a pacienților de staționar;</li><li>•Stabilesc proceduri de îngrijire a pacienților cu sistem imunitar supresat.</li></ul>                                |
| Managementul<br>pacientului<br>oncologic       | <ul style="list-style-type: none"><li>•Realizează și implementează proceduri și procese privind managementul pacientului oncologic;</li><li>•Realizează și implementează procesul de monitorizare și control a fluxului de pacienți oncologici;</li><li>•Participă la ședințele multidisciplinare organizate privind managementul pacientului oncologic;</li><li>•Elaborează planuri standard de îngrijire și tratament a pacientului oncologic;</li><li>•Elaborează și monitorizează protocoale instituționale, algoritmi de conduită a pacientului oncologic;</li><li>•Elaborează și monitorizează procedura de management a durerii pacientului oncologic;</li><li>•Organizează transferul pacientului oncologic în instituții de referință necesare.</li></ul> |





MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL  
REPUBLICII MOLDOVA

IMSP SCR „Timofei Moșneaga”

**POLITICA INSTITUȚIONALĂ PRIVIND  
CALITATEA SERVICIILOR MEDICALE  
ȘI SIGURANȚA PACIENTULUI**

|                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Prevenirea și<br/>Controlul<br/>Infecțiilor<br/>(PCI)</b>      | <ul style="list-style-type: none"><li>•Elaborează și realizează programul de supraveghere și control a IAAM, în conformitate cu standardele naționale cât și internaționale;</li><li>•Stabilesc proceduri standard de izolare a pacienților cu boli infecțioase, inclusiv aerogene;</li><li>•Elaborează și monitorizează procesul de management al deșeurilor, inclusiv obiectele înțepătoare- tăietoare;</li><li>•Stabilesc proceduri privind măsurile de intervenție în caz de risc de apariție a maladiilor cu potențial de răspândire globală;</li><li>•Elaborează o procedură de conduită privind managementul expunerii accidentale la produse biologice;</li><li>•Elaborează o procedură privind utilizarea echipamentului individual de protecție;</li><li>•Organizează instruirii privind utilizarea corectă a echipamentului individual de protecție;</li><li>•Monitorizează procesul de diminuare a rezistenței antibacteriene;</li><li>•Monitorizează procesul de dezinfecție și sterilizare a instrumentarului/ echipamentului medical;</li><li>•Organizează instruirii a angajaților în domeniul prevenirii și controlului infecțiilor;</li><li>•Stabilesc procesul de gestionare a spălătoriei, cât și manipularea lenjeriei.</li></ul> |
| <b>Managementul<br/>facilităților și<br/>siguranței<br/>(MFS)</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>•Stabilesc proceduri cu privire la identificarea și reducerea riscurilor pentru pacienți, însoțitorii acestora, vizitatori și personalul angajat;</li><li>•Stabilesc programul de management al echipamentului medical și nemedical;</li><li>•Monitorizează programul de securitate a spitalului;</li><li>•Stabilesc și monitorizează programul de gestionare a substantelor periculoase;</li><li>•Stabilesc și monitorizează programul de răspuns la situații excepționale a spitalului, inclusiv programul antiincendii;</li><li>•Monitorizează programul de reducere a fumatului;</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |



|                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                              | <ul style="list-style-type: none"><li>•Organizează lunar controlul facilității și stabilesc planul de îmbunătățire a facilității.</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Calificarea și educarea personalului (CEP)   | <ul style="list-style-type: none"><li>•Stabilesc o metodă standard privind elaborarea fiselor de post;</li><li>•Elaborează un proces de pregătire și evidență a dosarului personal al angajatului,</li><li>•Stabilesc procedura de planificare a statelor de personal;</li><li>•Stabilesc și organizează instruiți interne ale angajaților, conform Planului anual de instruiți interne;</li><li>•Stabilesc și organizează instruiți externe ale angajaților, conform Planului anual de instruiți externe;</li><li>•Elaborează un sistem și procedura de evaluare a performanțelor profesionale.</li></ul>                                                                                             |
| Managementul comunicării și informării (MCI) | <ul style="list-style-type: none"><li>•Stabilesc proceduri standard cu privire la managementul documentelor sistemului de management al calității;</li><li>•Monitorizează implementarea documentelor sistemului de management al calității;</li><li>•Monitorizează procedura de protecție a înregistrărilor medicale împotriva pierderilor, distrugerilor, falsificărilor și accesului sau utilizării neautorizate;</li><li>•Realizează procedura privind siguranța informațiilor și de autorizare a persoanelor cu acces la înregistrările medicale ale pacientului;</li><li>•Elaborează și standardizează menținerea fișei medicale standard;</li><li>•Monitorizează procesul de arhivare.</li></ul> |
| Guvernare, conducere, orientare (GCO)        | <ul style="list-style-type: none"><li>•Stabilesc Politica de Calitate în SCR;</li><li>•Stabilesc Strategia de dezvoltare a SCR;</li><li>•Stabilesc responsabilitățile personalului de Conducere;</li><li>•Stabilesc procedurile de gestionare a contractelor;</li><li>•Stabilesc procesele de achiziții;</li><li>•Aprobă Regulamentele de organizare a secțiilor/departamentelor;</li><li>•Aprobă și monitorizează elaborarea.</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Audit medical                                | <ul style="list-style-type: none"><li>•Verifică și evaluează corespunderea cerințelor stabilite în protocoale medicale, proceduri, alte documente de ordine internă;</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |





|             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|             | <ul style="list-style-type: none"><li>•Organizează la nivel de instituție auditele conform planului anual de audit;</li><li>•Elaborează și aprobă planul anual de audit;</li><li>•Prezintă conducerii instituției, concluziile finale de audit și planurile de acțiuni corective și/sau preventive;</li><li>•Pregătește rapoarte privind realizarea auditului planificat și neplanificat;</li><li>•Verifică dacă au fost implementate planurile de acțiuni corective și/sau preventive;</li><li>•Participă la pregătirea documentelor de efectuare a auditului (standarde, proceduri, fișe de control, etc.).</li></ul> |
| CC de Etică | <ul style="list-style-type: none"><li>• Monitorizează respectarea eticii în efectuarea cercetărilor științifice în cadrul instituției;</li><li>• Promovează valorile deontologice în activitatea instituției medicale;</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

**Serviciul de audit intern** - reprezintă structura responsabilă de **evaluarea independentă a conformității și eficienței proceselor** din cadrul instituției, care joacă un rol esențial în menținerea și îmbunătățirea Sistemului de Management al Calității serviciilor medicale și Siguranței Pacientului.

Serviciul de Audit Intern contribuie la consolidarea guvernancei instituționale prin evaluarea independentă a modului în care politicile, procedurile și mecanismele de control asigură calitatea serviciilor medicale și siguranța pacientului. Prin activitatea sa, auditul intern sprijină conducerea în identificarea riscurilor semnificative, a neconformităților și a oportunităților de îmbunătățire.

### 3.2. Structuri responsabile și roluri

Pentru monitorizarea și evaluarea activităților planificate pentru îmbunătățirea calității serviciilor medicale și siguranței pacienților sunt implicate Secția de monitorizare, evaluare, integrare a serviciilor medicale, comitetele de calitate instituționale și echipele de audit medical care au rolul de a analiza procesele, riscurile și neconformitățile, precum și de a propune și monitoriza acțiuni corective și preventive.



**Secția monitorizare, evaluare și integrare a serviciilor de asistență medicală** este o structură funcțională, cheie, în cadrul IMSP SCR „Timofei Moșneaga”, care asigură **monitorizarea și evaluarea implementării** proceselor de calitate și integrarea serviciilor medicale pentru continuitate și eficiență, contribuind direct la implementarea și menținerea Sistemului de Management al Calității și Siguranței Pacientului. Secția funcționează sub coordonarea vicedirectorului medical și colaborează îndeaproape cu Secția management al calității serviciilor medicale și toate compartimentele clinice și administrative.

Responsabilitățile principale ale acestei subdiviziuni sunt:

- Colectarea și analiza datelor privind activitatea clinică și non-clinică;
- Monitorizarea indicatorilor de calitate și siguranță;
- Evaluarea conformității cu protocoalele și procedurile;
- Integrarea proceselor între secții și compartimente;
- Raportarea către conducere și propunerea acțiunilor de îmbunătățire.

**Serviciul de prevenire a IAAM** este structură funcțională specializată în cadrul instituției, responsabilă de protecția pacientului și a personalului medical împotriva infecțiilor asociate actului medical. Serviciul joacă un rol esențial în Sistemul de Management al Calității și Siguranței Pacientului, contribuind la reducerea riscurilor, îmbunătățirea performanței clinice și respectarea standardelor de calitate și siguranță. Serviciul de Prevenire IAAM asigură **implementarea politicilor instituționale privind siguranța infecțioasă**, conform legislației naționale, standardelor de acreditare și protocoalelor clinice. Prin activitatea sa, contribuie la menținerea unui mediu sigur pentru pacienți și personal, prevenind apariția și răspândirea IAAM și minimizând impactul acestora asupra calității serviciilor medicale.

**Managerii operaționali (șefii de departamente, șefii de secții și asistentele superioare)** - reprezintă veriga esențială între conducerea instituției, personalul medical și nemedical, având rolul de a asigura implementarea și menținerea proceselor de calitate și siguranță a pacientului la nivel operațional. Aceștia sunt responsabili pentru coordonarea activităților clinice și administrative în conformitate cu politica





MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL  
REPUBLICII MOLDOVA

IMSP SCR „Timofei Moșneaga”

**POLITICA INSTITUȚIONALĂ PRIVIND  
CALITATEA SERVICIILOR MEDICALE  
ȘI SIGURANȚA PACIENTULUI**

instituțională, procedurile standard și obiectivele Sistemului de Management al Calității și Siguranței Pacientului. Managerii operaționali asigură **tranziția politicilor și obiectivelor strategice de calitate** stabilite de conducere și Secția management al calității serviciilor medicale (SMCSM) în activitatea zilnică a secțiilor și departamentelor. Ei facilitează implementarea sistemului de calitate prin supervizarea activităților, monitorizarea respectării protocoalelor și promovarea unei culturi organizaționale orientate spre siguranța pacientului.

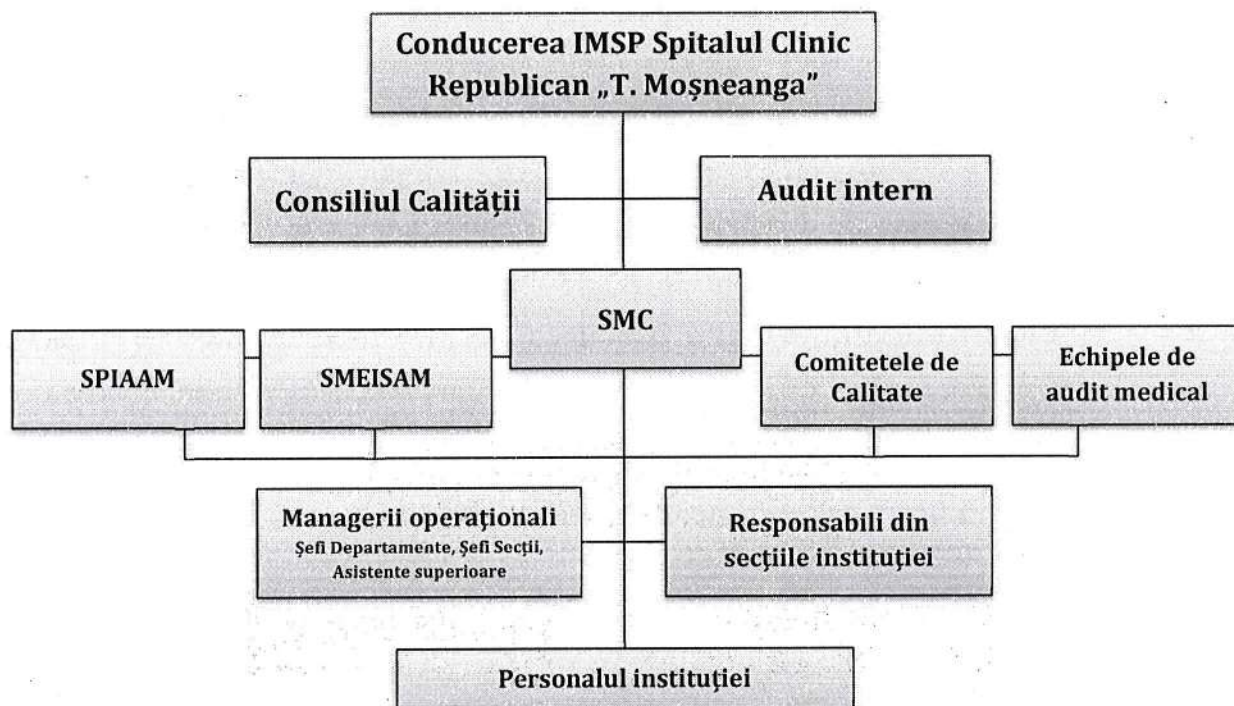
**Responsabilii de calitatea serviciilor medicale și siguranța pacienților din cadrul secțiilor** - asigură implementarea Politicii de calitate și siguranță a pacientului la nivel operațional, monitorizează respectarea protocoalelor, raportează indicatorii și incidentele, sprijină instruirea personalului și participă activ la îmbunătățirea continuă a serviciilor medicale.

**Personalul medical și non-medical** este responsabil de aplicarea protocoalelor clinice, POS și a practicilor sigure. Personalul nemedical va contribui la menținerea condițiilor organizatorice, logistice și administrative necesare desfășurării actului medical în condiții de calitate și siguranță.

**Îmbunătățirea calității serviciilor medicale și siguranței pacientului ține de responsabilitatea fiecărui angajat al instituției.**



Arhitectura instituțională prin care IMSP Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga” implementează, coordonează, monitorizează și îmbunătățește calitatea serviciilor medicale și siguranța pacientului este reprezentată în figura 1:



**Figura 1. Structura de guvernanță a calității serviciilor medicale și siguranței pacientului**

### 3.3. Corelarea Politicii cu Sistemul de Control Intern Managerial

Politica instituțională privind calitatea serviciilor medicale și siguranța pacientului nu reprezintă doar un document de referință, ci un **instrument strategic activ**, care susține realizarea misiunii instituției și realizarea obiectivelor instituționale, pentru creșterea încrederii pacienților și a personalului și contribuie la îmbunătățirea continuă a performanței instituției.

Controlul Intern Managerial (CIM) reprezintă cadrul prin care conducerea și managerii de toate nivelurile asigură că activitățile instituției sunt planificate, realizate și monitorizate astfel, încât obiectivele să fie atinse în mod controlat, coerent și





verificabil. Controlul Intern Managerial este integrat în procesele clinice și de suport și contribuie la prevenirea neconformităților, la diminuarea riscurilor și la creșterea performanței organizaționale.

Politică este integrată în Sistemul de Control Intern Managerial (CIM) al instituției, asigurând coerența între obiectivele de calitate, procesele operaționale și mecanismele de control instituțional. Sunt două sisteme interdependente și se completează reciproc, având ca scop comun gestionarea riscurilor, prevenirea neconformităților și îmbunătățirea continuă a performanței instituționale.

Politica de calitate și siguranță a pacientului definește obiectivele specifice privind furnizarea de servicii medicale sigure și de calitate, iar CIM asigură cadrul metodologic prin care aceste obiective sunt planificate, implementate, monitorizate, evaluate și îmbunătățite. Riscurile asociate calității și siguranței pacientului sunt integrate în **Registrul riscurilor instituțional**, fiind evaluate periodic și tratate prin măsuri de control adecvate.

Politica de calitate stabilește procesele, procedurile și standardele de calitate, iar CIM asigură existența controalelor interne pentru respectarea acestora; definește responsabilitățile și nivelurile de control; monitorizează aplicarea procedurilor prin mecanisme de raportare, audit și evaluare. Astfel, controalele interne CIM devin instrumente operaționale de susținere a calității și siguranței pacientului.

Corelarea dintre Politică și CIM este asigurată prin implicarea coordonată a următoarelor structuri:

- **Administrația instituției**, care aprobă politica, stabilește obiectivele și asigură resursele necesare;
- **Secția management al calității serviciilor medicale (SMCSM)**, care elaborează și implementează procedurile de calitate;
- **Secția management al calității serviciilor medicale (MEISAM)**, care monitorizează indicatorii și performanța;
- **Serviciul audit intern**, care evaluează funcționarea CIM și respectarea politicii de calitate;



• **Managerii operaționali**, care aplică politicile și controalele la nivel operațional.

Politica de calitate prevede mecanisme de monitorizare și evaluare a performanței (indicatori, audituri, analize), iar CIM: stabilește cadrul formal de raportare; asigură trasabilitatea deciziilor; permite evaluarea periodică a eficienței controalelor interne. Rezultatele evaluărilor sunt utilizate pentru: actualizarea politicii de calitate; ajustarea controalelor interne; fundamentarea deciziilor manageriale.

Corelarea dintre politica de calitate și CIM susține: responsabilitatea managerială la toate nivelurile; cultura organizațională orientată spre calitate, siguranță și prevenție; procesul de îmbunătățire continuă bazat pe date, audit și feedback.

CIM oferă cadrul de evaluare a maturității sistemului de calitate și mecanismele necesare pentru corectarea neconformităților identificate.

Prin această corelare, Politica de calitate și siguranță a pacientului devine parte integrantă a sistemului de guvernare instituțională, sprijinind un management responsabil, transparent și orientat spre rezultate în cadrul IMSP SCR „Timofei Moșneaga”.

#### IV. IMPLEMENTAREA PROCESELOR DE CALITATE ȘI SIGURANȚĂ

Implementarea proceselor de calitate și siguranță a pacientului reprezintă etapa operațională prin care Politica instituțională privind calitatea serviciilor medicale și siguranța pacientului este aplicată în mod sistematic în toate structurile IMSP SCR „Timofei Moșneaga”. Aceasta asigură integrarea principiilor de calitate și siguranță în activitatea curentă, atât la nivel clinic, cât și organizațional.

Implementarea proceselor de calitate și siguranță se realizează printr-o **abordare bazată pe procese**, care presupune: identificarea proceselor-cheie ce influențează calitatea serviciilor și siguranța pacientului; definirea clară a etapelor, responsabilităților și interacțiunilor dintre procese; standardizarea practicilor prin proceduri și protocoale aprobate; monitorizarea continuă a conformității și performanței. Această abordare permite controlul eficient al activităților și reducerea variabilității și a riscurilor.





MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL  
REPUBLICII MOLDOVA

IMSP SCR „Timofei Moșneaga”

POLITICA INSTITUȚIONALĂ PRIVIND CALITATEA  
CALITATEA SERVICIILOR MEDICALE  
ȘI SIGURANȚA PACIENTULUI

În contextul celor expuse, etapele implementării Politicii de calitate și siguranță a pacientului trebuie să fie **structurate, logice și practice**, astfel încât să transforme principiile strategice în acțiuni operaționale și să fie clar integrate în Sistemul de Management al Calității, fapt expus în Figura 2:

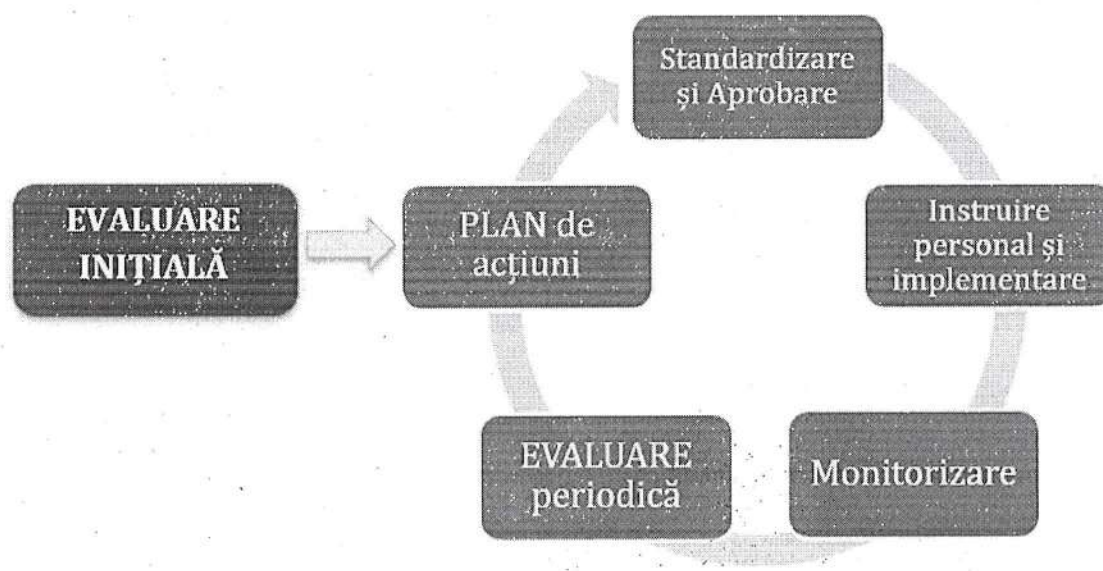
Implementarea Politicii de calitate a serviciilor medicale și siguranță a pacientului include următoarele etape:

1. Planificarea activităților
2. Standardizarea proceselor
3. Instruirea personalului
4. Implementarea efectivă
5. Monitorizarea și evaluarea

Ciclul de implementare și îmbunătățire continuă a Politicii instituționale privind calitatea serviciilor medicale și siguranța pacientului în IMSP SCR „Timofei Moșneaga”, ilustrat în Figura 2, pornește de la **Evaluarea inițială**, care fundamentează Planul de acțiuni, iar ulterior activitățile se derulează într-un circuit continuu: Standardizare și aprobare → Instruire personal și implementare → Monitorizare →



valoare periodică. Rezultatele evaluării periodice generează actualizări ale planului și ale documentelor aplicabile, asigurând control, trasabilitate și îmbunătățire permanentă.



**Figura 2. Ciclul de implementare și îmbunătățire continuă**

#### **4.1. Planificarea activităților**

Planificarea activităților reprezintă o **componentă esențială** a Politicii instituționale privind calitatea serviciilor medicale și siguranța pacientului din cadrul IMSP SCR „Timofei Moșneaga”, asigurând transpunerea obiectivelor strategice în acțiuni concrete, coerente și monitorizabile. Prin procesul de planificare se creează cadrul necesar pentru implementarea sistematică și eficientă a măsurilor de îmbunătățire a calității și siguranței actului medical.

Planificarea activităților de calitate și siguranță este realizată în concordanță cu: misiunea și viziunea instituției; obiectivele strategice; cerințele legislației în vigoare și ale standardelor de acreditare și rezultatele evaluărilor interne, auditului și monitorizării performanței.





MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL  
REPUBLICII MOLDOVA

IMSP SCR „Timofei Moșneaga”

**POLITICA INSTITUȚIONALĂ PRIVIND  
CALITATEA SERVICIILOR MEDICALE  
ȘI SIGURANȚA PACIENTULUI**

Obiectivele de calitate și siguranță sunt definite clar, sunt măsurabile și orientate spre rezultate, fiind integrate în planurile operaționale anuale ale instituției.

În procesul de planificare sunt identificate activitățile necesare pentru atingerea obiectivelor stabilite, cu accent pe: prevenirea riscurilor clinice; reducerea evenimentelor adverse și a infecțiilor asociate asistenței medicale; îmbunătățirea proceselor clinice și a continuității îngrijirilor și creșterea satisfacției pacienților și a siguranței acestora.

Activitățile sunt prioritizate în funcție de nivelul de risc, impactul asupra pacientului și resursele disponibile.

Planificarea activităților se bazează pe analiza riscurilor identificate. Riscurile asociate calității și siguranței pacientului sunt: incluse în Registrul riscurilor; evaluate periodic și abordate prin măsuri planificate de control și prevenție.

Această abordare permite anticiparea problemelor și reducerea impactului potențial asupra pacienților și activității instituției.

Pentru fiecare activitate planificată sunt stabilite: structurile responsabile (SMCSM, SMEISAM, SPIAAM, manageri operaționali, comitete de calitate); responsabilități clare și termene de realizare; resursele necesare (umane, materiale, financiare și informaționale). Această claritate contribuie la responsabilizarea personalului și la eficiența implementării politicii.

Planificarea include mecanisme de: monitorizare periodică a realizării activităților; evaluare a gradului de atingere a obiectivelor stabilite; revizuire și actualizare a planurilor, în funcție de rezultatele obținute, de constatările auditului intern și de feedback-ul pacienților și personalului.

Rezultatele monitorizării sunt analizate în cadrul Consiliului Calității și sunt utilizate pentru ajustarea planurilor și îmbunătățirea continuă a sistemului.

**Prin includerea componentei de planificare, Politica de calitate și siguranță devine un instrument activ de management, care asigură o abordare structurată, orientată spre rezultate și bazată pe riscuri. Planificarea activităților contribuie direct la**



realizarea obiectivului strategic al IMSP SCR „Timofei Moșneaga” de îmbunătățire continuă a calității serviciilor medicale și de creștere a siguranței pacientului.

#### 4.2. Instrumente standardizate

Standardizarea proceselor reprezintă baza funcționării sistemului de management al calității și siguranței pacientului în cadrul instituției, având rolul de a asigura practici uniforme, previzibile și conforme cu cerințele legale și profesionale. Prin standardizare se stabilește „modul corect de lucru” pentru procesele clinice și de suport, se reduc variațiile nejustificate, se diminuează riscurile și se îmbunătățește performanța instituțională.

Implementarea și funcționarea eficientă a Politicii instituționale privind calitatea serviciilor medicale și siguranța pacientului se realizează prin utilizarea **instrumentelor standardizate ale politicii**, care asigură aplicarea unitară, coerentă și sistematică a principiilor și obiectivelor stabilite la nivel instituțional.

Instrumentele standardizate ale politicii reprezintă ansamblul de metode, documente, mecanisme și practici aprobate, utilizate pentru **planificarea, implementarea, monitorizarea, evaluarea și îmbunătățirea continuă** a calității serviciilor medicale și a siguranței pacientului, în conformitate cu legislația în vigoare, standardele de acreditare și cerințele Sistemului de Control Intern Managerial.

Instrumentele standardizate au rolul de a:

- transpune politica de calitate și siguranță din nivel strategic în acțiuni operaționale;
- reduce variabilitatea practicilor și riscurile asociate actului medical;
- asigura trasabilitatea deciziilor și a rezultatelor;
- susține managementul bazat pe date și dovezi;
- facilita îmbunătățirea continuă a performanței instituționale.

În cadrul politicii, instrumentele standardizate sunt grupate în următoarele categorii:





- **Instrumente de planificare**, care susțin stabilirea obiectivelor și activităților de calitate și siguranță: Planul anual de activități de îmbunătățire a calității și siguranței pacientului, Planuri operaționale pe secții/departamente, obiective de calitate și siguranță definite SMART, registre de riscuri (secții și consolidat);
- **Instrumente de standardizare a practicilor**, care reglementează procesele clinice și organizaționale (protocoale clinic naționale și instituționale, proceduri operaționale standard, instrucțiuni de lucru, checklist-uri);
- **Instrumente de monitorizare și măsurare**, care permit urmărirea performanței și a siguranței pacientului (indicatori de calitate și siguranță, fișe de monitorizare și registre, rapoarte periodice de performanță, monitorizarea conformității cu protocoalele);
- **Instrumente de evaluare și analiză**, utilizate pentru verificarea conformității și eficacității proceselor (audit intern, audit medical, autoevaluări și evaluări interne, analiza incidentelor și evenimentelor adverse);
- **Instrumente de raportare și feedback**, care susțin transparența și cultura siguranței (sistem de raportare a incidentelor, registrul reclamațiilor, analiza reclamațiilor, chestionare de satisfacție a personalului/pacienților);
- **Instrumente de îmbunătățire continuă**, care permit implementarea măsurilor corective și preventive (PDCA, planuri de acțiuni corective și preventive, proiecte de îmbunătățire a calității, revizuirea și actualizarea procedurilor).

Instrumentele standardizate ale politicii sunt dezvoltate, actualizate și aplicate prin proceduri interne, sub coordonarea Secției management al calității serviciilor medicale, cu implicarea structurilor responsabile (SMEISAM, SPIAAM, manageri operaționali, comitete de calitate, audit intern). Utilizarea acestora este obligatorie pentru toate structurile și nivelurile instituției.

Instrumentele standardizate sunt analizate și revizuite periodic, în funcție de: rezultatele monitorizării și evaluărilor; constatările auditului intern și auditului medical; modificările legislative și ale standardelor aplicabile și feedback-ul pacienților și al personalului.



Prin utilizarea instrumentelor standardizate, Politica de calitate și siguranță a pacientului devine un instrument funcțional de management, care asigură aplicarea consecventă a principiilor de calitate, prevenirea riscurilor și îmbunătățirea continuă a serviciilor medicale furnizate de IMSP SCR „Timofei Moșneaga”.

#### 4.3. Instruirea personalului

Instruirea personalului reprezintă procesul sistematic de informare, pregătire și dezvoltare a competențelor angajaților privind Politica de calitate și siguranță a pacientului, procedurile standardizate și rolurile fiecăruia în implementarea proceselor.

Instruirea are rolul de a:

- standardiza practicile prin cunoașterea și aplicarea corectă a Protocoalelor Clinice Naționale, Protocoale Clinice Instituționale și Procedurile Operaționale Standard;
- promova și de a consolida cultura calității serviciilor medicale și siguranței pacientului în cadrul instituției;
  - preveni erorile medicale și complicațiile;
  - crește nivelul de conformitate cu cerințele legale;
  - crește responsabilitatea și implicarea personalului în menținerea siguranței pacientului;
- susține îmbunătățirea continuă și adaptarea la modificările procedurale sau legislative.

IMSP Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga” asigură instruirea continuă a personalului medical și non-medical ca element esențial pentru menținerea și îmbunătățirea calității serviciilor medicale și a siguranței pacientului.

Responsabili de instruirea personalului sunt următoarele structuri ale Sistemului de Management al Calității: Secția management al calității serviciilor medicale coordonează instruirea primară; membrii Comitetelor de calitate organizează și instruiesc angajații instituției la instruirea primară; managerii operaționali asigură participarea personalului, iar evaluarea cunoștințelor se realizează prin teste sau





monitorizare practică. Managerii operaționali și responsabili pentru managementul calității din secții vor organiza instruiți periodice la necesitate în cadrul unităților.

Instruirea se desfășoară planificat și sistematic, prin:

- a) instruire inițială la angajare, inclusiv privind drepturile pacientului, confidențialitate, siguranță, raportarea incidentelor și utilizarea POS;
- b) instruiți periodice obligatorii (anuale/semestriale), adaptate riscurilor și specificului subdiviziunilor;
- c) instruiți tematice/ad-hoc în urma incidentelor, auditului, modificărilor de proceduri sau apariției unor riscuri noi;
- d) instruire la locul de muncă mentorat și sesiuni practice/simulări pentru procese critice (ex.: identificare pacient, prevenirea căderilor, comunicare sigură, rezultate critice, transfer pacient, prevenirea IAAM).

**Metode de instruire:** cursuri interne, workshopuri, sesiuni de instruiți practice, simulări, materiale instructive și platforme online.

Subdiviziunile responsabile mențin evidența instruirilor (plan anual, participanți, teme, rezultate) și raportează periodic nivelul de acoperire și performanță. Rezultatele evaluărilor sunt utilizate pentru ajustarea planului de instruire, stabilirea instruirilor suplimentare și implementarea măsurilor corective/preventive, astfel încât instruirea să producă îmbunătățiri măsurabile procesele de calitate și siguranță.

Evaluarea cunoștințelor angajaților reprezintă un element esențial al Sistemului de Management al Calității și al asigurării siguranței pacientului.

După desfășurarea activităților de instruire, personalul este supus unui proces de evaluare a cunoștințelor de managerii operaționali (zilnic, săptămânal) sau în cadrul misiunilor de audit, realizat prin metode adecvate tipului de instruire, care pot include:

- chestionare de evaluare;
- evaluări practice (observare directă, demonstrații);
- interviuri sau discuții structurate;
- evaluarea competențelor la locul de muncă.



Rezultatele evaluării sunt documentate și analizate de către echipele din cadrul misiunilor de audit, în vederea identificării nivelului de conformitate cu cerințele stabilite.

În cazul în care se constată neconformități sau nivel insuficient de însușire a cunoștințelor, se dispun măsuri corective, care pot include reinstruirea personalului, instruire suplimentare sau alte acțiuni de îmbunătățire.

Datele obținute în urma evaluărilor sunt utilizate pentru:

- îmbunătățirea continuă a programelor de instruire;
- creșterea siguranței pacientului;
- prevenirea evenimentelor adverse;
- monitorizarea performanței profesionale a angajaților.

Procesul de evaluare a cunoștințelor este monitorizat periodic și revizuit ori de câte ori apar modificări legislative, procedurale sau organizaționale.

În scopul asigurării eficienței instruirilor și a creșterii nivelului de calitate a serviciilor medicale și siguranței pacientului, instituția aplică un sistem structurat de evaluare a cunoștințelor angajaților, fundamentat pe indicatori de performanță (Tabelul 2), analizați în cadrul misiunilor de audit.

Rezultatele evaluării sunt documentate, analizate și raportate de către șefii de subdiviziuni și de către membrii echipelor misiunilor de audit medical.

În situația în care indicatorii nu ating pragurile stabilite, se inițiază acțiuni corective și preventive, care pot include:

- organizarea de reinstruire tematică;
- actualizarea materialelor de instruire;
- intensificarea monitorizării la locul de muncă;
- revizuirea procedurilor și protocoalelor aplicabile.

Datele obținute sunt utilizate în procesul de îmbunătățire continuă a calității, pentru prevenirea evenimentelor adverse și consolidarea siguranței pacientului.





Indicatorii de evaluare a cunoștințelor sunt monitorizați periodic (trimestrial sau anual) și sunt incluși în rapoartele de performanță ale instituției, fiind analizați în cadrul ședințelor de management și calitate.

#### 4.4. Implementarea efectivă

Implementarea efectivă a planului reprezintă etapa în care procesele, procedurile și obiectivele definite sunt aplicate în practică, la nivelul secțiilor și departamentelor instituției. Această etapă asigură transpunerea politicii instituționale în activități concrete, contribuind direct la creșterea calității serviciilor și siguranței pacientului.

- **Aplicarea procedurilor standardizate.** Toate secțiile și departamentele desfășoară activități conform protocoalelor clinice, procedurilor operaționale standard și instrucțiunilor de lucru.
- **Coordonarea la nivelul secțiilor.** Responsabilii de calitate și managerii operaționali supraveghează aplicarea corectă a Protocoale Clinice Instituționale și POS.
- **Colectarea datelor și monitorizarea.** Se înregistrează indicatorii de performanță; se raportează incidentele și evenimentele near-miss către Secția management al calității serviciilor medicale.
- **Asigurarea respectării standardelor de siguranță.** Personalul respectă măsurile de prevenire IAAM, protocoalele de siguranță și procedurile de control a riscurilor.
- **Feedback și ajustare în timp real.** Problemele identificate în timpul implementării sunt discutate și corectate rapid; se aplică măsuri corective și preventive imediat, dacă este necesar.

Implementarea efectivă a planului garantează că Politica de calitate a serviciilor medicale și siguranță a pacientului nu rămâne doar un document, ci devine parte integrantă a activității zilnice, asigurând siguranța pacientului și performanța instituției.

#### 4.5. Monitorizarea și evaluarea

Monitorizarea și evaluarea activităților reprezintă procesul sistematic de urmărire, analiză și apreciere a implementării activităților prevăzute în Politica de



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL  
REPUBLICII MOLDOVA

IMSP SCR „Timofei Moșneaga”

**POLITICA INSTITUȚIONALĂ PRIVIND  
CALITATEA SERVICIILOR MEDICALE  
ȘI SIGURANȚA PACIENTULUI**

calitate a serviciilor medicale și siguranță a pacientului, pentru a asigura respectarea procedurilor, atingerea obiectivelor și prevenirea riscurilor pentru pacient.

Pentru a asigura funcționarea eficientă a sistemului de management al calității și a siguranței pacientului, IMSP Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga” realizează evaluarea inițială pentru identificarea problemelor și necesităților, iar după elaborarea instrumentelor standardizate și instruirea personalului efectuează evaluări periodice ale proceselor clinice și de suport. Evaluarea (primară sau periodică) are ca scop identificarea punctelor vulnerabile, aprecierea nivelului de conformitate cu procedurile și standardele, măsurarea performanței prin indicatori și fundamentarea deciziilor manageriale pentru îmbunătățire continuă.

Monitorizarea și evaluarea se realizează printr-un set instituțional de indicatori de performanță, structurați pe indicatori de structură, proces și rezultat, cu formule de calcul, frecvență și ținte stabilite. Indicatorii sunt colectați și validați de subdiviziunile responsabile (SMCSM/SMEISAM/SPIAAM/manageri operaționali), analizați în cadrul Consiliului Calității și utilizați pentru decizii manageriale, acțiuni corective și preventive, revizuirea Procedurilor Operaționale Standard/Protocoale Clinice Instituționale și actualizarea planului anual. Setul complet de indicatori este prezentat în tabelul de mai jos:

**Tabelul 2. Lista indicatorilor de performanță în IMSP SCR „Timofei Moșneaga”**

| Nr                             | Indicator                                      | Formula de calcul                                                                        | Frecvența |
|--------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>INDICATORI DE STRUCTURĂ</b> |                                                |                                                                                          |           |
| 1.                             | Rata personalului instruit POS                 | $(\text{Nr. personal medical instruit} / \text{Nr. total personal medical}) \times 100$  | Anual     |
| 2.                             | Rata de evaluare a cunoștințelor postinstruire | $(\text{Nr. personal evaluat după instruire} / \text{Nr. personal instruit}) \times 100$ | Anual     |





MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL  
REPUBLICII MOLDOVA

IMSP SCR „Timofei Moșneaga”

**POLITICA INSTITUȚIONALĂ PRIVIND  
CALITATEA SERVICIILOR MEDICALE  
ȘI SIGURANȚA PACIENTULUI**

|                             |                                                                                    |                                                                                                          |                                            |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 3.                          | Rata de promovare a evaluării                                                      | (Nr. personal „admis” / Nr. personal evaluat) $\times 100$                                               | Anual                                      |
| 4.                          | Rata managerilor operaționali instruiți în managementul calității                  | (Nr. Managerilor operaționali / Nr. total manageri operaționali) $\times 100$                            | Anual                                      |
| 5.                          | Rata personalului medical instruiți în Managementul calității                      | (Nr. personal medical instruit / Nr. total personal medical) $\times 100$                                | Anual                                      |
| 6.                          | Rata personalului medical instruiți în PC IAAM                                     | (Nr. personal medical instruit / Nr. total personal medical) $\times 100$                                | Anual                                      |
| 7.                          | Rata personalului medical instruiți în urgențe medicale                            | (Nr. personal medical instruit / Nr. total personal medical) $\times 100$                                | Anual                                      |
| 8.                          | Gradul de actualizare anuală a POS                                                 | (Nr. POS revizuite / Nr. total POS aplicabile) $\times 100$                                              | Anual                                      |
| 9.                          | Gradul de instituționalizare anuală a PCI                                          | (Nr. PCI instituționalizate / Nr. total PCN aplicabile) $\times 100$                                     | Anual                                      |
| 10.                         | Existența sistemului de raportare a incidentelor și erorilor medicale              | Da / Nu + dovadă funcțională                                                                             | Anual                                      |
| <b>INDICATORI DE PROCES</b> |                                                                                    |                                                                                                          |                                            |
| 11.                         | Gradul de aplicare a cunoștințelor                                                 | (Nr. angajați observați/auditați care respectă cerințele / Nr. angajați observați/auditați) $\times 100$ | Colectare trimestrială<br>Raportare anuală |
| 12.                         | Număr de reinstruiri efectuate                                                     | (Nr. angajați reinstruiți / Nr. angajați instruiți) $\times 100$                                         | Anual                                      |
| 13.                         | Rata de raportare a incidentelor                                                   | (Nr. incidente raportate / Nr. pacienți externați) $\times 1.000$                                        | Colectare trimestrială<br>Raportare anuală |
| 14.                         | Numărul de evenimente adverse raportate raportat la numărul de pacienți externați. | (Nr. evenimente adverse raportate / Nr. pacienți externați) $\times 1.000$                               | Anual                                      |



|                               |                                                                                   |                                                                                                                  |                                            |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 15.                           | Procentul evenimentelor adverse grave analizate                                   | $(\text{Nr. evenimente grave analizate} / \text{Nr. total evenimente grave}) \times 100$                         | Anual                                      |
| <b>INDICATORI DE REZULTAT</b> |                                                                                   |                                                                                                                  |                                            |
| 16.                           | Rata IAAM                                                                         | $(\text{Nr. cazuri IAAM confirmate} / \text{Nr. pacienți externati}) \times 100$                                 | Colectare trimestrială<br>Raportare anuală |
| 20.                           | Rata complicațiilor post-procedurale                                              | $(\text{Nr. complicații post-procedurale} / \text{Nr. proceduri efectuate}) \times 100$                          | Colectare trimestrială<br>Raportare anuală |
| 21.                           | Rata de participare la chestionarea de satisfacție (pacienților/personal medical) | $(\text{Nr. chestionare completate} / \text{Nr. chestionare distribuite sau Nr. persoane eligibile}) \times 100$ | Anual                                      |
| 22.                           | Gradul de satisfacție (pacienților/personal medical)                              | $(\text{Nr. respondenți satisfăcuți} / \text{Nr. respondenți}) \times 100$                                       | Anual                                      |
| 23.                           | Rata reclamațiilor justificate                                                    | $(\text{Nr. reclamații justificate} / \text{Nr. total reclamații investigate}) \times 100$                       | Anual                                      |

Auditul medical intern este organizat conform unui plan anual și poate fi completat de audituri tematice sau ad-hoc pentru procese cu risc crescut în instituție. Constatările auditului sunt documentate, comunicate administrației și subdiviziunilor implicate și urmate de implementarea recomandărilor. Eficacitatea măsurilor este verificată prin audit de follow-up și prin monitorizarea indicatorilor aferenți.

În cadrul evaluărilor se vor:

**1. Colecta date relevante privind:**

- Indicatorii de performanță și siguranță a pacientului;
- Rapoartele de audit intern medical;
- Evenimentele adverse, incidente și near-miss-uri;
- Feedback-ul de la pacienți și personalul medical.

**2. Analiza și evalua performanțele obținute:**

- Compararea indicatorilor cu obiectivele stabilite;





- Identificarea abaterilor și neconformităților;
- Evaluarea eficienței proceselor și respectării procedurilor standard.

### **3. Raporta rezultatele:**

- Comunicarea concluziilor către SMC, Consiliul Calității și conducerea instituției;
- Punerea la dispoziția managerilor operaționali pentru acțiuni corective.

### **4. Colecta Feedback-uri pentru îmbunătățire:**

- Chestionarea pacienților;
- Chestionarea angajaților;
- Ajustarea procedurilor, instruirea suplimentară a personalului și modificarea planului dacă este necesar.

Această etapă asigură controlul efectiv al implementării Politicii de calitate și siguranță, identificarea riscurilor înainte ca acestea să afecteze pacientul și oferă baza pentru îmbunătățirea continuă a proceselor și serviciilor medicale.

Implementarea proceselor de calitate și siguranță este realizată prin implicarea coordonată a:

- **Administrației instituției**, care asigură suportul managerial și resursele;
- **Secției de Management al Calității**, care coordonează și monitorizează implementarea;
- **SMEISAM**, care colectează și analizează indicatorii de performanță în urma misiunilor de audit medical intern;
- **Serviciul de prevenire IAAM**, care implementează măsuri de siguranță infecțioasă;
- **Managerilor operaționali**, care aplică procesele la nivelul secțiilor;
- **Comitetelor de calitate**, care monitorizează implementarea la nivel local.

Implementarea proceselor de calitate și siguranță asigură funcționarea efectivă a Sistemului de Management al Calității, transformând politica instituțională într-un



mecanism practic de control, prevenție și îmbunătățire continuă a calității serviciilor medicale și siguranței pacientului.

## V. RAPORTAREA ȘI COMUNICAREA

Raportarea și comunicarea reprezintă componente fundamentale ale Politicii de calitate și siguranță a pacientului, având rolul de a asigura identificarea timpurie a riscurilor, prevenirea evenimentelor adverse și îmbunătățirea continuă a calității serviciilor medicale.

Instituția promovează un sistem de raportare transparent, accesibil și eficient, bazat pe principiile responsabilității profesionale, confidențialității, învățării organizaționale și caracterului nonpunitiv.

În cadrul instituției sunt determinate mecanisme clare și standardizate de raportare a:

- incidentelor și evenimentelor adverse;
- aproape-incidentelor (near-miss);
- neconformităților și riscurilor identificate;
- reclamațiilor și sesizărilor pacienților;
- situațiilor care pot afecta calitatea serviciilor medicale sau siguranța pacientului.

Raportarea se realizează prin formulare și canale stabilite la nivel instituțional, fiind accesibilă tuturor categoriilor de personal.

Instituția aplică principiul **nonpunitiv** în raportarea și analiza incidentelor, evenimentelor adverse și a neconformităților, încurajând personalul să raporteze deschis și responsabil orice situație care poate afecta calitatea serviciilor medicale sau siguranța pacientului.

Raportarea se realizează într-un climat de încredere, fără aplicarea de sancțiuni disciplinare pentru erori neintenționate sau raportări de bună-credință, scopul fiind identificarea cauzelor sistemice și prevenirea reapariției acestora.





Răspunderea individuală este abordată în mod echilibrat, cu respectarea legislației în vigoare, fiind aplicată doar în situații de neglijență gravă, abatere intenționată sau nerespectare deliberată a procedurilor.

Informațiile obținute prin raportare sunt analizate de structurile responsabile (Secția management al calității serviciilor medicale, SMEISAM, Comitetele de Calitate) și sunt utilizate pentru:

- identificarea cauzelor sistemice;
- definirea și implementarea măsurilor corective și preventive;
- monitorizarea indicatorilor de calitate și siguranță;
- îmbunătățirea continuă a proceselor clinice și de suport.

Comunicarea internă privind aspectele de calitate și siguranță se realizează prin:

- ședințe ale Consiliului Calității;
- transmiterea de informații periodice către personal;
- instruirii și sesiuni de feedback;
- diseminarea lecțiilor învățate în urma analizelor evenimentelor raportate.

## VI. ÎMBUNĂTĂȚIREA CONTINUĂ

Îmbunătățirea continuă a calității serviciilor medicale și a siguranței pacientului reprezintă un principiu fundamental al Politicii și constituie o responsabilitate comună a managementului și a întregului personal. Instituția promovează o cultură organizațională orientată spre calitate, siguranță, transparență și învățare continuă, având ca obiectiv prevenirea riscurilor, reducerea evenimentelor adverse și creșterea satisfacției pacientului.

Procesul de îmbunătățire continuă se realizează prin identificarea, analiza și tratarea sistematică a neconformităților, riscurilor și oportunităților de îmbunătățire, utilizând date obiective provenite din indicatori de performanță, misiunile de audit medical intern, evaluări clinice, feedback-ul pacienților, raportarea evenimentelor adverse și rezultatele activităților de monitorizare.



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL  
REPUBLICII MOLDOVA

IMSP SCR „Timofei Moșneaga”

**POLITICA INSTITUȚIONALĂ PRIVIND  
CALITATEA SERVICIILOR MEDICALE  
ȘI SIGURANȚA PACIENTULUI**

Pentru implementarea îmbunătățirii continue, instituția utilizează instrumente precum:

- ciclul Planifică – Execută – Verifică – Acționează (PDCA);
- acțiuni corective și preventive;
- revizuirea periodică a procedurilor și protocoalelor clinice;
- instruirea continuă a personalului;
- monitorizarea indicatorilor de calitate și siguranță.

Rezultatele procesului de îmbunătățire continua sunt analizate periodic în cadrul ședințelor de management și calitate și sunt integrate în planurile de dezvoltare instituțională.

## **VII. DISPOZIȚII FINALE**

Prezenta Politică instituțională privind calitatea serviciilor medicale și siguranța pacientului intră în vigoare la data aprobării de către directorul IMSP Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga” și este obligatorie pentru toate subdiviziunile și întregul personal al instituției;

Politica se comunică oficial tuturor subdiviziunilor și este adusă la cunoștința personalului prin mecanisme interne (instrucțiuni, ședințe, instruirii, platforme/internet). Versiunea actuală a politicii se păstrează în format controlat la nivelul administrației și este accesibilă, după caz, personalului și altor părți interesate, conform regulilor de confidențialitate și protecție a datelor.

Toți angajații (medicali și non-medicali), colaboratorii și persoanele care desfășoară activități în cadrul instituției au obligația de a cunoaște și respecta prevederile prezentei politici, precum și documentele asociate. Nerespectarea prevederilor politicii poate genera riscuri pentru pacient și instituție și atrage răspundere conform legislației și actelor interne aplicabile;

Implementarea și monitorizarea aplicării politicii se realizează prin structurile și mecanismele instituționale de guvernantă (managementul instituției, Consiliul Calității, secțiile și subdiviziunile implicate), inclusiv prin indicatori, audituri interne, raportarea





MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL  
REPUBLICII MOLDOVA

IMSP SCR „Timofei Moșneaga”

**POLITICA INSTITUȚIONALĂ PRIVIND  
CALITATEA SERVICIILOR MEDICALE  
ȘI SIGURANȚA PACIENTULUI**

incidentelor și analiza feedback-ului pacienților și al personalului. Rezultatele sunt reflectate în Raportul anual de activitate al instituției și constituie baza pentru elaborarea Planului anual de îmbunătățire a calității serviciilor medicale și siguranței pacienților;

Prezenta politică se revizuieste ori de câte ori intervin modificări legislative, normative, organizaționale sau în urma constatărilor relevante din audituri, incidente, evaluări de risc ori recomandări ale autorităților competente. Revizuirea se inițiază de către structurile responsabile și se aprobă conform procedurii instituționale de control a documentelor.

Prezenta politică se aplică în corelare cu cadrul legal național, ordinele Ministerului Sănătății și documentele interne ale instituției (regulament de organizare și funcționare, regulamente de activitate pe secții, POS, Protocoale clinice instituționale, ghiduri, instrucțiuni, etc). În situația apariției unor neconcordanțe, se aplică prevederile actelor normative în vigoare și se inițiază actualizarea documentelor interne pentru armonizare;

Conducerea instituției își asumă responsabilitatea managerială pentru funcționarea sistemului de management al calității și siguranței pacientului, inclusiv prin integrarea cerințelor în Sistemul de Control Intern Managerial (CIM), managementul riscurilor și monitorizarea permanentă a eficacității controalelor interne, în vederea prevenirii incidentelor și îmbunătățirii continue a performanței.