

„APROB”
Director IMSP IMșiC
Dr.șt.med., conf. universitar
_____ Sergiu GLADUN

PLANUL DE ACȚIUNI
AL INSTITUȚIEI MEDICO-SANITARE PUBLICE
INSTITUTUL MAMEI și COPILULUI
pentru anul 2026

Chișinău

PLANUL DE ACȚIUNI AL IMSP INSTITUTUL MAMEI ȘI COPILULUI pentru anul 2026

Planul de acțiuni (în continuare - Planul) al Instituției medico-sanitare publice Institutul Mamei și Copilului (în continuare - IMSP IMȘiC) pentru anul 2026 a fost elaborat în conformitate cu obiectivele stabilite în documentele de politici și actele normative ale Ministerului Sănătății (în continuare -MS), Companiei Naționale de Asigurări în Medicină (în continuare - CNAM), Agenției Naționale pentru Sănătate Publică (în continuare - ANSP) cu angajamente în domeniile de activitate ale instituției. Planul reflectă acțiunile necesar de întreprins pentru a asigura funcționalitatea subdiviziunilor și exercitarea funcțiilor atribuite.

Scopul Planului IMSP IMȘiC ca instituție reprezentantă a sistemului sanitar, care trebuie să facă față unor provocări majore în privința rolului și locului său, în cadrul unui sistem de sănătate național aflat în reforme, este acela de a crea în continuare un cadru optim în vederea îmbunătățirii activității instituției în sensul menținerii poziției de top între instituțiile spitalicești din țară prin diversificarea serviciilor oferite populației, cu respectarea drepturilor pacienților, prestarea unui act medical în condiții de calitate și eficiență economică, într-un mediu sigur și confortabil, astfel încât pacienții să beneficieze de cele mai bune și ireproșabile servicii, și cu un înalt grad de satisfacere a așteptărilor, prin integritate și competențe profesionale deosebite, promovarea bunelor practici medicale și implementarea tehnologiilor inovatoare, precum și dezvoltarea echilibrată a relațiilor cu pacienții, angajații, furnizorii și societatea în ansamblu.

Planul definește direcțiile majore ale IMSP IMȘiC, stabilind obiectivele principale și prioritățile, care vizează dezvoltarea în continuare a unui management instituțional performant, precum și acțiunile necesare pentru a le atinge, fiind esențial pentru alinierea eforturilor, alocarea resurselor și ghidarea dezvoltării, oferind o viziune clară și un cadru de lucru pe parcursul anului, având ca obiective: crearea unui climat de lucru inovator și de colaborare interdisciplinară în scopul reducerii perioadei de diagnosticare a pacienților și implicit a duratei medii de spitalizare; dotarea cu dispozitive medicale și echipamente performante, implementarea programelor de perfecționare profesională continuă a personalului angajat; obținerea unor rezultate științifice medicale de excelență și competitive; promovarea serviciilor medicale prestate printr-o politică adecvată de marketing (publicitatea instituțională și profesională: web, facebook, publicații de specialitate etc.). Reperele strategice, stabilite pe domenii de activitate, sunt cuantificate și controlate prin indicatori de management ai resurselor umane, de utilizare a serviciilor medicale prestate pacienților, de calitate și economico-financiari.

La baza acestora stă misiunea și viziunea IMSP IMȘiC ce caracterizează orientarea echipei manageriale a IMSP IMȘiC, astfel încât să se realizeze în continuare îmbunătățirea stării de sănătate a populației deservite, orientând profilurile serviciilor medicale către caracteristicile de morbiditate a populației, având ca valori: primordialitatea criteriilor de performanță în activitatea instituției, optimizarea raportului cost-eficiență în administrarea instituției, asigurarea condițiilor de accesibilitate și echitate a populației, îmbunătățirea continuă a condițiilor implicate în asigurarea satisfacției pacientului și a personalului angajat, cu utilizare judicioasă și eficiență a fondurilor și a spațiilor, precum și realizarea unor circuite conform standardelor europene.

În procesul de implementare al Planului pentru anul 2026 se va efectua monitorizarea continuă a realizării obiectivelor și a rezultatelor obținute, pentru ca, în caz de necesitate, să fie operate modificări și actualizări. Monitorizarea Planului prezent va fi efectuată de către Serviciul monitorizare, evaluare și integrare a serviciilor de asistență medicală (SMEISAM). Pentru a estima rezultatele implementării obiectivelor generale, se vor stabili următoarele criterii de performanță: performanță înaltă – implementarea a peste 85% din acțiunile stabilite; performanță medie – implementarea a 70-85% din acțiunile stabilite; performanță joasă – implementarea a 55-70% din acțiunile stabilite. Performanța va mai fi măsurată și prin următorii indicatori: durata medie de spitalizare; indicele CASE-MIX (ICM); standardele de curățenie și igienă ridicate.

Rapoartele privind gradul de implementare al Planului pentru anul 2026 vor fi prezentate trimestrial în adresa SMEISAM de către toate subdiviziunile structurale ale instituției. Modificarea Planului pentru anul 2026 va fi efectuată în cazul delegării sarcinilor/responsabilităților noi ce rezultă din prevederile documentelor de politici și/sau intrării în vigoare a altor acte normative ale MS, CNAM și ANSP.

Acțiuni/subacțiuni	Termen de realizare	Indicatori de produs/rezultat	Responsabili
Obiectivul nr.1: Îmbunătățirea în continuare a managementului organizațional și instituțional, și a proceselor decizionale în realizarea obiectivelor stabilite, orientate spre calitate și eficiență.			
1.1. Elaborarea planurilor anuale de acțiuni a instituției și subdiviziunilor pentru anul 2027.	Decembrie	Planuri anuale de acțiuni elaborate și aprobate	Director Vicedirectorii medicali Șefii centrelor/clinicilor/ departamentelor/ subdiviziunilor
1.2. Aprobarea Planului de acțiuni al Consiliului Medical al IMSP IMșiC pentru anul 2027.	Decembrie	Plan de acțiuni elaborat și aprobat	Director Vicedirectorii medicali Membrii Consiliului Medical
1.3. Analiza activității IMSP IMșiC conform indicilor anului 2025 și elaborarea direcțiilor strategice și obiectivelor specifice de dezvoltare a instituției pentru anul 2026: • Raport anual statistic și financiar prezentat MS, ANSP și CNAM. • Totalizările activității subdiviziunilor instituției pe anul 2025. • Totalizările activității IMSP IMșiC pe anul 2025, aprobarea strategiei și priorităților de activitate pentru anul 2026.	Perioada: ianuarie-februarie (conform graficului)	Rapoarte finale elaborate, aprobate și prezentate Totalizările activității efectuate Planului de dezvoltare strategică actualizat	Director Vicedirectorii medicali Șefii centrelor/clinicilor/ departamentelor/ subdiviziunilor
1.4. Actualizarea Planului de dezvoltare strategică prin includerea îmbunătățirii continue a siguranței pacienților ca obiectiv prioritar.	Trimestrul I	Planului de dezvoltare strategică actualizat	Director Vicedirectorii medicali
1.5. Actualizarea Regulamentului intern al instituției, prin includerea în atribuțiile subdiviziunilor medicale a responsabilităților referitoare la siguranța pacientului.	Trimestrul I	Regulament actualizat	Director Șef SRU
1.6. Implementarea în continuare a Sistemului de control intern managerial (SCIM).	Pe parcursul anului	SCIM implementat	Director Vicedirectorii medicali Șefii centrelor/clinicilor/ departamentelor/ subdiviziunilor

1.7. Elaborarea și înaintarea propunerilor către MS privitor la cadrul normativ în domeniul eficientizării activității instituțiilor medico-sanitare publice (participarea la elaborarea politicilor MS, Programelor Naționale, actelor legislative și normative privind activitatea spitalelor; reglementarea finanțării asistenței medicale spitalicești în cadrul sistemului de finanțare DRG, CASE-MIX etc.).	Pe parcursul anului	Propuneri elaborate și prezentate	Șeful Serviciului audit intern Director Vicedirectorii medicali Șefii centrelor/clinicilor/ departamentelor/ subdiviziunilor
1.8. Ședințe de lucru ale Consiliului Administrativ.	Trimestrial – ședințe ordinare; în caz de necesitate – ședințe extraordinare	Număr ședințe ale Consiliului Administrativ organizate	Director
1.9. Ședințe de lucru ale Consiliului Director.	Săptăminal, luni, 13.00	Număr ședințe ale Consiliului Director organizate/lunar Număr rapoarte de activitate și decizii aprobate	Director Vicedirectorii medicali Șefii centrelor/clinicilor/ departamentelor/ subdiviziunilor
1.10. Ședințe de lucru ale Consiliului Medical cu examinarea problemelor: prestării de servicii medicale calitative și cost-eficiente pacienților; de garantare a siguranței actului medical; de management al IAAM; privind realizarea controlului intern managerial; activității de cercetare-dezvoltare și inovare; situației economico-financiare; privind fortificarea bazei tehnico-materiale etc.	Lunar, a IV zi de miercuri a lunii, 13.00 (conform agendei ședințelor)	Număr ședințe ale Consiliului Medical organizate/anual Număr rapoarte prezentate și hotărâri/ordine/ /dispoziții aprobate	Director - Președintele Consiliului Secretarul Consiliului Vicedirectorii medicali Șefii centrelor/clinicilor/ departamentelor/ subdiviziunilor
1.11. Ședințe de lucru ale Consiliului științific.	Lunar, a IV zi de joi a lunii, 13.00	Număr ședințe ale Consiliului științific organizate/anual Număr rapoarte prezentate și hotărâri aprobate	Director Vicedirector cercetare și inovare
1.12. Ședințe de lucru ale Comisiilor curative de control.	Lunar	Număr ședințe	Vicedirectorii medicali

	și pe măsura necesităților	ale Comisiilor curative de control organizate/lunar Număr măsuri de asigurare a calității serviciilor medicale și micșorare a letalității	Șefii centrelor/clinicilor/ departamentelor/ subdiviziunilor
1.13. Organizarea și petrecerea conferințelor clinice, clinico-anatomice; a) analiza divergențelor de diagnostic de trimitere/internare/clinic și anatomopatologic; b) analiza divergențelor de diagnostic între secțiile consultative copii și femei din cadrul DCSI și secțiile spitalicești ale IMSP IMȘIC, cât și din IMSP din republică (SR, CMF, CS și al.).	Lunar și pe măsura necesităților	Număr de conferințe clinice, clinico- anatomice organizate/lunar Număr acțiuni de micșorare a letalității	Vicedirectorii medicali Șefii centrelor/clinicilor/ departamentelor/ subdiviziunilor
1.14. Ședințe de lucru a Comitetului și subcomitetelor de supraveghere și control a infecțiilor asociate asistenței medicale (IAAM).	Lunar și pe măsura necesităților	Număr ședințe a Comitetului/ subcomitetelor organizate/lunar/ anual cu luare a măsurilor de reducere a ratei infecțiilor asociate asistenței medicale	Director Vicedirectorii medicali Șefii centrelor/clinicilor/ departamentelor/ subdiviziunilor Președinții: Comitetului/subcomitetelor de supraveghere a infecțiilor nosocomiale Șeful SIAAM
1.15. Ședințe de lucru a Comitetului Formularului Farmacoterapeutic(CFF)	Lunar și pe măsura necesităților	Număr ședințe ale CFF	Președintele CFF
1.16. Vizite ale Comisiei permanente pentru controlul și supravegherea păstrării și utilizării medicamentelor (CPCSPUM), precum și a respectării normelor de recepționare și distribuire a medicamentelor în subdiviziunile instituției.	Lunar și pe măsura necesităților	Număr și rata subdiviziunilor supuse controlului Număr controale efectuate	Președintele CPCSPUM Vicedirectorii medicali Șefii centrelor/clinicilor/ departamentelor/ subdiviziunilor

			Asistentele medicale principale pe profiluri Moșa principală
1.17. Ședințe de lucru ale Comitetului de Bioetică.	Lunar și pe măsura necesităților – ședințe extraordinare	Număr ședințe ale Comitetului de Bioetică organizate	Președintele Comitetului de Bioetică
1.18. Ședințe de lucru ale Consiliului asistentelor medicale superioare, moașelor superioare.	Săptămînal	Rapoarte de evaluare	Asistenta medicală șefă Asistentele medicale principale pe profiluri
1.19. Petrecerea conferințelor matinale în: - Centrul Perinatal nivelul III - Clinica Pediatrie - Centrul Național Științifico-Practic Chirurgie Pediatrică „Academician Natalia Gheorghiu” - Clinica „Em.Coțaga” - Centrul Sănătatea Reproduserii și Genetică Medicală - Departamentul asistență medicală specializată de ambulator (în continuare - DAMSA)	Luni – vineri 8.30 Luni – joi 8.30 Luni – vineri 8.15 Vineri – 8.15 Vineri – 8.30 Miercuri - 8.30; Joi - 14.30	Raportarea situației curente	Director Vicedirectorii medicali Șefii centrelor/clinicilor/ departamentelor/ subdiviziunilor Șefii clinicilor universitare Medicii
1.20. Perfecționarea în continuare a sistemului existent de planificare și finanțare a IMSP IMȘiC: 1.20.1. Elaborarea, coordonarea și aprobarea planului anual de prestare a serviciilor medicale.	Trimestrul IV	Plan aprobat	Director Vicedirectorii medicali Șefii centrelor/clinicilor/ departamentelor/ subdiviziunilor Șef SEF
1.20.2. Realizarea prevederilor Contractului anual cu CNAM de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală.	Pe parcursul anului	Contract realizat	Director Vicedirectorii medicali Șefii centrelor/clinicilor/ departamentelor/ subdiviziunilor
1.20.3. Elaborarea, aprobarea și prezentarea rapoartelor, dărilor de seamă statistice medicale și economico-financiare în conformitate cu actele normative în vigoare.	Conform planului MS, ANSP,	Rapoartele, dările de seamă acceptate de	Director Șef Secție managementul calității

	CNAM	MS, ANSP, CNAM	serviciilor medicale Şef SSM Şef SRU Şef SEF
1.20.4. Încheierea Contractului cu CNAM de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2027.	Luna decembrie	Contract semnat	Director
1.20.5. Evaluarea activității compartimentelor instituției (centrelor, clinicilor, departamentelor, subdiviziunilor) în vederea creșterii eficienței lor (analiza rezultatelor activității clinice, a volumului serviciilor medicale prestate, a indicatorilor de performanță și a eficienței utilizării fondurilor existente, inclusiv a fondului de paturi, în contextul finanțării spitalelor în baza sistemului grupelor de diagnostice DRG (CASE-MIX).	Lunar și trimestrial	Rapoarte de evaluare	Director Vicedirectorii medicali Şefii centrelor/clinicilor/ departamentelor/ subdiviziunilor Şef SEF Şef SMCSM Şef SSM
1.21. Participarea la conferințele matinale în subdiviziuni.	Săptămânal	Decizii luate	Director Vicedirectorii medicali Şefii centrelor/clinicilor/ departamentelor/ subdiviziunilor
1.22. Dezvoltarea în continuare a unor circuite eficiente a pacienților de la internare până la externare în conformitate cu actele normative în vigoare, inclusiv prin asigurarea respectării prevederilor: a) ordinului MS și CNAM nr.1089/288-A din 23.12.2024 „Privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală”; b) ordinului MS nr.62 din 29.12.2010 „Cu privire la organizarea asistenței perinatologice”; c) ordinului MSMPS nr.62 din 22.01.2018 „Cu privire la aprobarea Planului de acțiuni privind îmbunătățirea calității și siguranței serviciilor medicale” etc.	Permanent	Reducerea DMS Majorarea DMUP Majorarea indicatorului de activitate chirurgicală Micșorarea letalității Majorarea nivelului ICM	Director Vicedirectorii medicali Şefii centrelor/clinicilor/ departamentelor/ subdiviziunilor
1.23. Instruirea angajaților în domeniul de management al calității serviciilor medicale și siguranței pacienților, inclusiv la locul de muncă, pentru aplicarea corectă a actelor normative instituționale.	Pe parcursul anului	Activitate realizată Îmbunătățirea contnuă a calității asistenței medicale	Director Vicedirectorii medicali Şefii centrelor/clinicilor/ departamentelor/ subdiviziunilor Şef SRU

1.24. Prioritizarea activităților SJ în scopul acordării asistenței juridice subdiviziunilor IMșiC, inclusiv la elaborarea proiectelor actelor interne sau externe.	Pe parcursul anului	Activitate realizată	Șef SJ
1.25. Evaluarea tuturor reglementărilor de interes instituțional și informarea tuturor angajaților despre conținutul lor.	Pe parcursul anului	Organizarea de seminarii, instruiți, ședințe cu tematica reglementată prin actele normative interne. Invitarea specialiștilor pentru instruirea personalului medical referitor la normele anticorupție, influențe necorespunzătoare, integritate, conflicte de interese, prevenire hărțuire sexuală etc.	Șef SJ
1.26. Familiarizarea colaboratorilor instituției cu Nomenclatorul arhivistic al instituției și instruirea privind respectarea prevederilor acestuia în gestionarea corespondenței instituționale și a subdiviziunii.	Pe parcursul anului	Sarcini realizate	Șef SCC
1.27. Ajustarea denumirii funcțiilor și numărului de state din cadrul SCC în statele de personal al IMSP IMșiC.	Trimestrul I	State ajustate	Șef SCC Șef SRU Șef SEF
1.28. Informarea pacienților privind procedurile de reclamație, inclusiv modalitățile de depunere și termenii de soluționare.	Trimestrul I	Activitate realizată	Șef SCC
1.29. Prezentarea analizei petițiilor, cererilor și adresărilor parvenite în adresa IMSP IMșiC și eficacitatea soluționării acestora.	Semestrial	Raport prezentat.	Șef SCC
1.30. Asigurarea accesului pacienților la informații privind siguranța serviciilor, prin publicarea actelor normative pe pagina web oficială a instituției și/sau prezentarea lor la solicitare.	Permanent	Acces asigurat	Șef SCC
1.31. Dezvoltarea în continuare a parteneriatelor de colaborare bilaterale și multilaterale în domeniul sănătății.	Pe parcursul anului	Număr de tratate de colaborare adoptate/ratificate Număr de reuniuni ale	Director Vicedirectorii medicali Șefii centrelor/clinicilor/ departamentelor/ subdiviziunilor

		organizațiilor internaționale la care s-a participat	
Obiectivul nr.2: Dezvoltarea unui management eficient al resurselor umane în scopul creșterii performanțelor activității instituției.			
1. Îmbunătățirea activității de analiză și proiectare a posturilor, utilizând metodele și tehnicile clasice: 1.1. Estimarea necesarului de resurse umane pentru atingerea obiectivelor instituției. 1.2. Utilizarea metodelor și tehnicilor de analiză, proiectare și evaluare a posturilor. 1.3. Analiza utilizării prezente a resurselor umane: enumerarea numărului de angajați pe diverse categorii, estimarea fluctuației (<i>numărul pierderilor/numărul mediu de angajați x 100</i>) pentru fiecare categorie de personal, analiza orelor suplimentare lucrate, evaluarea performanței și potențialului angajaților, analiza nivelului salariilor personalului, comparativ cu alte IMSP. 1.4. Analiza mediului extern al instituției: analiza pieței forței de muncă, posibilitatea de recrutare a diferitelor categorii de personal, analiza efectului recrutării personalului de către alte IMSP, cunoașterea politicilor guvernamentale referitoare la formare, pensionare, subvenții, identificarea modificărilor în legislație. 1.5. Elaborarea Planului de personal, care se referă la: posturile care se vor crea, vor dispărea, sau se vor transforma, în măsura în care este posibilă redistribuirea sau reorientarea personalului, nevoile de pregătire, recrutarea, surplusul sau pensionarea.	Trimestrul I Permanent Permanent Permanent Pe parcursul anului	Număr de posturi vacante pe specialități Analiză efectuată Analiză efectuată Plan elaborat	Director Șef SRU Șef SEF
2. Perfecționarea în continuare a procesului de planificare a resurselor umane: 2.1. Estimarea necesarului de resurse umane: pentru atingerea obiectivelor organizaționale (se ține seama când se face proiecția de personal). 2.2. Analiza utilizării prezente a resurselor umane: enumerarea numărului de angajați pe diverse categorii, estimarea fluctuației (<i>numărul pierderilor/numărul mediu de angajați x 100</i>) pentru fiecare categorie de personal, analiza orelor suplimentare lucrate, evaluarea performanței și potențialului angajaților, analiza nivelului salariilor personalului, comparativ cu alte IMSP. 2.3. Analiza mediului extern al instituției: analiza pieței forței de muncă, posibilitatea de recrutare a diferitelor categorii de personal, analiza efectului recrutării personalului de către alte IMSP, cunoașterea politicilor guvernamentale referitoare la formare, pensionare, subvenții, identificarea schimbărilor în legislație. 2.4. Elaborarea Planului de personal, care se referă la: posturile care se vor crea, vor dispărea, sau se vor transforma, măsura în care este posibilă redistribuirea sau reorientarea personalului, nevoile de pregătire, recrutarea, surplusul sau pensionarea.	Permanent Semestrul I	Număr de posturi vacante pe specialități Planului de personal elaborat	Director Șef SRU Vicedirectori medicali Șefi de departamente/subdiviziuni

3. Perfecționarea în continuare a activităților de recrutare și selecție a personalului într-o asigurarea tuturor subdiviziunilor cu cadre necesare (cunoștințe profunde, abilități și competențe, necesare pentru a ocupa posturile libere din cadrul instituției): 3.1. Planificarea recrutării: de câți angajați este nevoie, când sunt necesari aceștia, ce cunoștințe și aptitudini sunt necesare. 3.2. Stabilirea responsabilităților organizaționale: stabilirea strategiilor de recrutare, stabilirea procesului de recrutare, stabilirea persoanelor implicate în recrutare, în afara serviciului resurse umane. 3.3. Stabilirea deciziilor organizaționale: stabilirea surselor de recrutare – internă, externă, internet etc., stabilirea tipului de personal – permanent, cu normă redusă, temporar etc. 3.4. Stabilirea metodelor de recrutare: anunțuri în publicații, anunț intern, alte posibilități de atragere, inclusiv: a) elaborarea solicitării justificative către MS față de necesarul de personal; b) colaborarea cu USMF „N.Testemițeanu”, Colegiile de Medicină etc.; c) angajarea personalului la posturile scoase la concurs, inclusiv prin aplicarea testelor pentru măsurarea obiectivă și standardizată a însușirilor necesare, identica pentru toți candidații. 3.5. Asigurarea stabilității personalului care dă dovadă de pregătire profesională deosebită, prin acordarea de stimulente, în conformitate cu cadrul legislativ.	Permanent	Număr de posturi scoase la concurs. Număr de posturi vacante ocupate cu personal de specialitate. Număr subdiviziuni orientate la prevederile ordinului MS nr.100 din 10.03.2008 „Cu privire la Normativele personalului medical”	Director Șef SRU Șef SEF Vicedirectori medicali Șefi de departamente/subdiviziuni
4. Dezvoltarea capacității instituționale privind dezvoltarea resurselor umane: 4.1. Creșterea capacității instituției în asigurarea necesarului de instruire în vederea satisfacerii cerințelor de perfecționare a pregătirii profesionale ale angajaților la un standard calitativ superior, inclusiv prin: a) promovarea unei strategii unitare privind formarea profesională a personalului; b) dezvoltarea și implementarea programelor anuale de formare profesională a personalului; c) îmbunătățirea sistemelor de evaluare a programelor anuale de formare profesională a personalului din instituție prin implementarea de noi instrumente; d) adăugarea de noi competențe angajaților din instituție; e) asigurarea relațiilor de colaborare stabilite în procesul de instruire profesională. 4.1. Asigurarea instruirii personalului instituției pentru a se asigura că acesta este capabil să ducă la îndeplinire sarcinile, corelat cu strategia de fortificare a platoului tehnic și implementarea tehnologiilor medicale moderne. 4.2. Participarea personalului medical la activități de educație medicală continuă, menținerea unui nivel optim al competenței profesionale, actualizat permanent, în funcție de nevoile pacienților și de evoluția domeniului de activitate. 4.3. Cuprinderea tuturor angajaților cu pregătire profesională continuă, asigurând perfecționarea în diferite domenii de activitate, inclusiv prin pregătirea la locul de muncă, în clinicile performante din țară și de peste hotare.	Permanent Plan de instruire al personalului instituției elaborat și aprobat – Noiembrie-decembrie	Plan de instruire al personalului instituției elaborat și aprobat. Număr de angajați care participă anual la pregătire profesională continuă din total angajați. Număr și rata personalului deținător de categorii	Director Vicedirectorii medicali Șefii centrelor/clinicilor/departamentelor/subdiviziunilor Șef SRU Șef SEF

4.4.Furnizarea unui mediu excelent pentru educație și dezvoltare profesională pentru întregul personal și comunitatea medicală.		de calificare.	
4.5. Stimularea instruirii profesionale continue a personalului.			
5. Creșterea responsabilităților profesionale a angajaților: 5.1. Instruirea personalului la capitolul: etica și conduita lucrătorului medical, interdicții și incompatibilități în exercitarea funcției de lucrător medical. 5.2. Instruirea personalului nou-angajat la capitolul: etica și conduita lucrătorului medical, interdicții și incompatibilități în exercitarea funcției de lucrător medical, promovarea și dezvoltarea unor relații de bună calitate între angajați, implementarea demnității și respectului la locul de muncă, asigurarea clarității rolurilor și responsabilităților. 5.3. Asigurarea respectării prevederilor Codului de conduită profesională a angajaților IMSP IMȘIC. 5.4. Educarea angajaților în spiritul respectării valorii umane și aprecierii aportului fiecăruia în cadrul echipei multidisciplinare pentru a obține un pacient tratat și satisfăcut, crearea unui mediu ambiant care să reflecte demnitatea și respectul față de actul medical.	Plan tematic – I trimestru	Plan tematic – elaborat	Șef SRU Șef SJ Comitetul de bioetică Comisia de etică
	Permanent	Număr cazuri nerespectare a Codului de conduită	Vicedirectorii medicali Șefii centrelor/clinicilor/ departamentelor/ subdiviziunilor Șef SRU Șef SJ Comitetul de bioetică Comisia de etică
6. Stimularea satisfacției profesionale a angajaților: 6.1. Elaborarea unor noi criterii de evaluare și stimulare a personalului. 6.2. Elaborarea indicatorilor de performanță în concordanță cu obiectivele din Planul instituției. 6.3. Stimularea materială a lucrătorilor medicali, dar și nemedicali, respectiv indicatorilor de performanță și sumei alocate în casa contabilității pentru prestarea serviciilor medicale contra plată. 6.4. Intervenții de ajutor social al personalului, cum ar fi: consilierea personalului, promovarea unei vieți sănătoase și susținerea angajaților, care au nevoie de aceste servicii.	Pe parcursul anului - stimularea materială a angajaților	Criterii de evaluare și stimulare, indicatori de performanță – perfecționați și implementați	Director Vicedirectorii medicali Șefii centrelor/clinicilor/ departamentelor/ subdiviziunilor Șef SRU Șef SEF
7. Dezvoltarea unei culturi organizaționale pozitive a salariaților și de întărire a motivației: 7.1. Crearea unor „pachete motivaționale” pe categorii de vârstă, pregătire profesională și aspirații, de natură să satisfacă așteptările angajatului din instituție. 7.2. Îmbunătățirea comunicării între generații, prin inițierea unor activități în care să poată fi etalate competențele fiecăruia, indiferent de vârstă. 7.3. Asigurarea unui cadru de lucru de natură să stimuleze performanța. 7.4. Întărirea mândriei angajaților pentru apartenența la instituție. 7.5. Crearea unui mediu propice dezvoltării profesionale pentru fiecare angajat. 7.6. Încurajarea participării angajaților la procesul de luare a deciziei, în special în problemele care se leagă de viața instituției. 7.7. Întărirea relațiilor dintre angajați pentru menținerea unei coeziuni de grup. 7.8. Continuarea programului de lucrări de reparații și modernizări la secțiile instituției și dotarea	Pe parcursul anului	Dezvoltarea unei culturi favorabile, cu valori și norme care să ateste calitățile unei instituții în dinamică	Director Vicedirectorii medicali Șefii centrelor/clinicilor/ departamentelor/ subdiviziunilor Șef SRU

cu aparatură medicală performantă.			
Obiectivul nr.3: Consolidarea capacităților instituționale în scopul prestării serviciilor medicale accesibile, calitative, complexe, cost-eficiente și într-un mediu sigur și confortabil, conforme așteptărilor pacienților.			
<i>1. Fortificarea în continuare a capacităților tehnologice și profesionale a subdiviziunilor instituției în aspect de prestare a serviciilor medicale calitative, competitive, în siguranță și adaptate cerințelor moderne, cu utilizarea eficientă a fondurilor, prin:</i> a) diversificarea structurii serviciilor medicale oferite pacienților, inclusiv printr-o restructurare și modernizare permanentă, prin contractarea cu CNAM de noi tipuri de servicii medicale, de diversificare a spectrului de SÎP etc.; b) prestarea serviciilor medicale conform numărului de cazuri contractate de CNAM pentru anul 2026 în cadrul: Programului general, Programului cazuri de 1 zi în condiții de staționar, Programului de reabilitare, Programului Hospice; prestarea de noi și într-un număr mai mare de servicii medicale în cadrul Programelor speciale: în CNȘPCP „Acad. N.Gheorghiu” („Corecția anatomică coloanei vertebrale și cutiei toracice la copii”; în Clinica „Em.Coțaga” („Implant cohlear la copii”); Servicii medicale de înaltă performanță, Sedințe de hemodializă; c) alocarea numărului de paturi pe secții și adaptarea acestuia în funcție de criterii obiective – indicii demografici, incidența și prevalența maladiilor, adresabilitate, indice de utilizare a patului; d) gestionarea eficientă a circuitului bolnavilor în cadrul instituției; e) îmbunătățirea calității condițiilor hoteliere cu utilizare judicioasă și eficientă a spațiilor și circuitelor conform standardelor europene (continuarea investițiilor pentru lucrările de reabilitare-consolidare-modernizare); f) sporirea numărului de servicii medicale acordate pacienților contra plată.	Pe parcursul anului	Rata noilor servicii medicale prestate Timpul necesar de diagnosticare a unui pacient Număr cazuri tratate și nivel de ICM, conform prevederilor Contractului de acordare a asistenței medicale cu CNAM pentru anul 2026 Condiții hoteliere îmbunătățite Servicii medicale prestate contra plată în creștere, comparativ cu anul 2025	Vicedirectorii medicali Șefii centrelor/clinicilor/ departamentelor/ subdiviziunilor Șef SRU Șef SEF
<i>2. Îmbunătățirea eficacității și eficienței asistenței medicale spitalicești și specializate de ambulator, inclusiv prin utilizarea eficientă a fondurilor disponibile:</i> 2.1. Utilizarea eficientă a Fondului de paturi.	Pe parcursul anului Monitorizare permanentă	Centrul Perinatal nivelul III – 245 paturi CNȘP Chirurgie pediatrică – 243 paturi Clinica Pediatrie – 266	Vicedirectorii medicali Șefii centrelor/clinicilor/ departamentelor/ subdiviziunilor Șef SMCSM

2.2. Optimizarea duratei medii de tratament (spitalizare) a pacienților (DMS).	Pe parcursul anului Monitorizare lunară	paturi Clinica „Em.Coțaga” - 150 paturi <u>Reducere DMS:</u> - în secțiile chirurgie pediatrică – până la 7,1 zile; - în secțiile pediatrie – până la 6,4 zile; - în secțiile obstetrică – până la 3,4 zile; - secțiile ginecologie – până la 3,1 zile; - în secțiile specializate – până la 4,0 zile	
2.3. Fortificarea activității chirurgicale a secțiilor, inclusiv prin creșterea indicelui activității și eficienței intervenției chirurgicale prin tehnologii medicale moderne, din cadrul: • Centrului Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică „Acad. Natalia Gheorghiu” • Centrului Perinatal nivelul III • Clinicii „Em.Coțaga”.	Monitorizare lunară	<u>Rata</u> <u>intervențiilor</u> <u>chirurgicale:</u> › 45,5% › 76,0% › 90,0%	
2.4. Eficientizarea și sporirea calității asistenței medicale specializate de ambulator.	Pe parcursul anului	Număr vizite/pacienți	
2.5. Fortificarea Serviciului de intervenție timpurie.	Pe parcursul anului	consultați Majorarea numărului de	
2.6. Evaluarea și analiza selectivă a activității medicilor, moașelor, asistentelor medicale, altor categorii de lucrători medicali, inclusiv și a calității perfectării documentației medicale în vigoare, conform cerințelor Normelor metodologice de aplicare a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală și altor acte normative în vigoare.	Sistematic	vizite Îmbunătățirea continuă a calității	
2.7. Evaluarea periodică a indicatorilor principali de activitate.	Trimestrial	asistenței medicale	

2.8. Analiza de etapă a executării Contractului cu CNAM de prestare a serviciilor medicale în cadrul AOAM.	Lunar, trimestrial, anual	Rapoarte de activitate	
Obiectivul nr.4: Asigurarea în continuare a pacienților cu servicii medicale accesibile, sigure, inofensive și calitative, prin implicarea sinergică și eficientă a potențialului uman, componentelor procesuale și tehnologice, inclusiv prin utilizarea eficientă a fondurilor disponibile. Îmbunătățirea continuă a performanței, eficienței și eficacității sistemului de management al calității și a proceselor din instituție conform standardelor, normativelor și a instrucțiunilor aprobate de Ministerul Sănătății.			
<i>1. Dezvoltarea și implementarea continuă a instrumentelor necesare și procedurilor sistemului de management al calității serviciilor medicale:</i> 1.1. Implementarea Ghidurilor practice, PCN, PCS, SMDT pentru asigurarea calității serviciilor medicale și siguranței pacienților. 1.2. Implementarea și monitorizarea managementului riscurilor clinice și non-clinice. 1.3. Elaborarea, aprobarea și implementarea PCI, PCLL, PG, PO, PSO și Algoritmilor de conduită medicală pentru maladiile prioritare de profil, cu ulterioara lor reactualizare. 1.4. Monitorizarea gradului de aplicare a PCN, PCS, PCI, PCLL, SMDT, PG, PO, PSO și Protocoalelor de îngrijiri etc. 1.5. Evaluarea și analiza selectivă a activității subdiviziunilor și medicilor, moașelor, asistentelor medicale, altor categorii de lucrători medicali, privitor la aplicarea PCN, PCS, PCI, PCLL, SMDT, PG, PO și PSO. 1.6. Controlul calității perfectării documentației medicale, conform cerințelor actelor normative în vigoare. 1.7. Evaluarea respectării Standardelor de Codificare, Regulilor de codificare a diagnosticelor și procedurilor medicale, Procedurii de gestionare a Fișei medicale a bolnavului de staționar.	Permanent și oportun Pe parcursul anului	Număr PCN, PCS, SMDT implementate/an Număr PCI, PCLL, SMDT, PG, PO și PSO elaborate/ implementate/an în raport cu maladiile de profil Număr controale efectuate/an Managementul riscurilor clinice și non-clinice implementat. Număr rapoarte de audit/an	Vicedirectorii medicali Șefii centrelor/clinicilor/ departamentelor/ subdiviziunilor Grupurile de autori Șef SMCSM Șef SMEISAM
<i>2. Dezvoltarea în continuare a unui proces de feed-back realist cu pacienții și asigurarea unui grad ridicat de satisfacție al acestora de calitatea serviciilor medicale prestate:</i> 2.1. Dezvoltarea continuă a unor măsuri care să îmbunătățească permanent: relația pacient/apartinător – medic curant (referitor la informația cu privire la diagnostic, metoda de tratament propusă, riscuri vs beneficii, evoluția pacientului etc.); relația pacient/apartinător – șef de secție (necesitatea de a cunoaște o a doua opinie medicală, reguli clare de accesibilitate a șefului de secție etc.); respectarea drepturilor vizitatorilor (în ceea ce privește orarul de vizită etc.). 2.2. Monitorizarea și evaluarea continuă a gradului de satisfacție al pacienților cu privire la condițiile hoteliere, calitatea serviciilor medicale oferite, precum și față de relaționare și de	Permanent, monitorizare lunară Raportare trimestrială la ședințele Consiliului Medical	Număr chestionare colectate/total pacienți externi Evaluare a min. 20% din nr. pacienți spitalizați în	Vicedirectorii medicali Șefii centrelor/clinicilor/ departamentelor/ subdiviziunilor Șef SMCSM Șef SMEISAM

comunicare. 2.3. Colectarea de informații feed-back de la pacienți, care au beneficiat de serviciile medicale ale instituției pe baza „<i>Chestionarului de opinie a satisfacției pacienților</i>”, periodic reactualizat (<i>Chestionarul poate fi completat în format fizic sau utilizând QR-codul, sau on-line pe pagina web a instituției</i>). 2.4. Analiza periodică a punctelor de vedere exprimate în cadrul Chestionarelor de opinie a satisfacției pacienților întru identificarea problemelor semnalate și luarea deciziilor de remediere a lor în cunoștință de cauză, precum și monitorizarea eficienței măsurilor adoptate. 2.5. Transmiterea periodică a rapoartelor privind analiza gradului de satisfacție a pacienților Directorului, precum și prezentarea lor în ședințele Cosiliului Medical și Consiliului Calității. 2.6. Analiza Chestionarelor de opinie a satisfacției pacienților pe compartimente/secții/servicii, la fel și analiza comparativă pe secțiile de același profil în scopul emiterii unor concluzii bine fundamentate cu privire la modul în care este percepută activitatea fiecărei subdiviziuni, precum și măsurile necesar a fi implementate. 2.7. Continuarea activităților de evaluare internă a gradului de satisfacție al pacienților la nivelul secțiilor și compartimentelor de către comisiile de evaluare, constituite pe secții și compartimente, cu întocmirea rapoartelor de evaluare a gradului de satisfacție al pacienților (<i>petrecerea activă a anchetării confidențiale a pacienților vis-a-vis de calitatea serviciilor medicale prestate și gradului de satisfacție al lor</i>). 2.8. Efectuarea controlului asupra corectitudinii gestionării condicelor de reclamații în subdiviziunile IMSP IMȘiC. 2.9. Analiza reclamațiilor, cererilor și adresărilor parvenite în adresa IMSP IMȘiC cu sistematizarea rezultatelor examinării și a eficacității soluționării acestora. 2.10. Fortificarea activităților ce țin de educația pentru sănătate a pacienților și a aparținătorilor: afișaj, broșuri, pliante, publicarea informațiilor etc., maximalizând utilizarea IT.	Trimestrial Permanent Trimestrial Permanent Permanent Permanent Permanent	subdiviziune Grad de satisfacție obținut – min.95% Număr de măsuri de îmbunătățire a activității luate/an Număr rapoarte prezentate Nr. subdiviziuni antrenate în evaluarea satisfacției pacienților Număr rapoarte de evaluare Număr propuneri de îmbunătățire a activităților respective Număr sesizări / reclamații de la pacienți în unitate de timp Ponderea reclamațiilor considerate obiective Nr. informații elaborate	Șefii centrelor/clinicilor/ departamentelor/ subdiviziunilor Șef SCC Vicedirectorii medicali Șefii centrelor/clinicilor/ departamentelor/ subdiviziunilor Vicedirectorii medicali Șefii centrelor/clinicilor/ departamentelor/ subdiviziunilor
--	--	--	--

3. <i>Îmbunătățirea în continuare a calității serviciilor medicale prestate pacienților, prin:</i> 3.1. Organizarea auditurilor medicale interne și externe, în special pentru procesele cu risc crescut. 3.2. Auditarea FMBA pentru a urmări concordanța diagnosticului la trimitere cu cel la consult/internare/externare din secțiile de staționar. 3.3. Auditarea FMBS pentru a urmări concordanța diagnosticului la internare cu cel la externare, diagnosticele secundare, complexitatea cazurilor. Analiza divergențelor de diagnostic stabilit de către medicii-specialiști din teritorii și cel din secțiile consultative pentru copii și femei, precum și cel clinic din secțiile de staționar, cu informarea ulterioară a managerilor IMSP din teritoriile respective. 3.3. Asigurarea utilizării Fișei de Siguranță Chirurgicală a Pacientului (FSCP). 3.4. Creșterea siguranței mediului spitalicesc, inclusiv prin: a) reorganizare de circuite funcționale în compartimente și secții, asigurarea circuitului deșeurilor cu risc biologic, ținând cont de evoluția situației epidemiologice; b) asigurarea condițiilor sigure de muncă și acordare a serviciilor medicale, conform cadrului normativ; c) respectarea Standardelor de acreditare în vederea menținerii acreditării instituției.	Lunar Pe parcursul anului Pe parcursul anului Permanent Permanent	Număr rapoarte de audit medical Număr FMBS și FMB din UPU, FMBA auditate Rata concordanței diagnosticelor internare – externare (91-100%); trimitere/consult/internare /externare Număr FSCP utilizate conform Circuite funcționale reorganizate Standarde de acreditare respectate	Vicedirectorii medicali Șefii centrelor/clinicilor/ departamentelor/ subdiviziunilor Șef SMCSM Șef SMEISAM Vicedirectorii medicali Șefii centrelor/clinicilor/ departamentelor/ subdiviziunilor Șef SMCSM Șef DISAP Șef SCIAAM
4. <i>Monitorizarea riguroasă și evaluarea calității serviciilor medicale prestate pacienților în scopul îmbunătățirii continuă a performanței instituției prin:</i> 4.1. Analiza activității clinice a instituției pe tipuri de servicii prestate pacienților. 4.2. Analiza fluxurilor de date clinice pe tipuri de servicii prestate pacienților (codificare, colectare, transmite, validare). 4.3. Creșterea capacității de răspuns a instituției la așteptările pacienților. 4.4. Elaborarea propunerilor de îmbunătățire a performanței instituției pe baza analizei activității clinice. 4.5. Implementarea în continuare a sistemului de autoevaluare, evaluare de către colegi și a sistemului de supervizie internă.	Lunar și trimestrial Pe parcursul anului Pe parcursul anului	Număr rapoarte elaborate și examinate în compartimentele instituției Număr propuneri de îmbunătățire a performanței instituției Rata subdiviziunilor ce au implementat sistemul de	Vicedirectorii medicali Șefii centrelor/clinicilor/ departamentelor/ subdiviziunilor Șef SMCSM Șef SSM Șef SMEISAM

		autoevaluare, de evaluare de către colegi și a sistemului de supervizie internă	
5. <i>Îmbunătățirea continuă a calității și siguranței serviciilor medicale prestate pacienților prin realizarea și evaluarea indicatorilor de calitate:</i> 5.1. Implementarea indicatorilor de calitate pe subdiviziuni, compartimente și integral pe instituție. 5.2. Monitorizarea indicatorilor de calitate. 5.3. Micșorarea ratei letalității. 5.4. Reducerea ratei deceselor letalității postoperatorii.	Pe parcursul anului	Set de indicatori de calitate reactualizați și aprobați Rata îndeplinirii indicatorilor de calitate pe subdiviziuni, compartimente și instituție <u>Micșorarea ratei letalității copiilor în:</u> - Clinica Pediatrie (până la 0,1%); - CNȘP Chirurgie pediatrică (până la 0,3%); - Centrul Perinatal nivelul III (până la 2,1%); - Clinica „Em.Coțaga” (până la 0,01%) <u>Micșorarea ratei letalității postoperatorii în:</u> - CNȘP Chirurgie	Vicedirecții medicali Șefii centrelor/clinicilor/ departamentelor/ subdiviziunilor Șef SMCSM Șef SSM Șef SMEISAM

5.5. Micșorarea ratei mortalității perinatale. 5.6. Reducerea ratei bolnavilor reinternăți (fără programare) în intervalul de 30 de zile de la externare.		pediatrică (până la 0,5%); - Centrul Perinatal nivelul III (până la 0%); - Clinica „Em.Coțașă” (până la 0%) Până la 16,3‰ Trend progresiv de reducere a ratei bolnavilor reinternăți (fără programare) în intervalul de 30 de zile de la externare	
6. Fortificarea în continuare a activităților de menținere și îmbunătățire a procesului de audit perinatal, matern și cazurilor de proximitate de deces: 6.1. Auditarea cazurilor de proximitate de deces perinatal. 6.2. Auditarea cazurilor de proximitate de deces matern.	Auditare lunar Raportare trimestrială	Rata cazurilor de proximitate de deces perinatal auditate Rata cazurilor de proximitate de deces matern auditate	Vicedirectorii medicali Șeful Centrului Perinatal nivelul III Șefii centrelor/clinicilor/departamentelor/subdiviziunilor
7. Asigurarea conformă a subdiviziunilor cu medicamente, produse farmaceutice, parafarmaceutice și consumabilele eficiente, de bună calitate, inofensive și necesare pentru prestarea serviciilor medicale calitative, în siguranță și cost-eficiente pacienților, conform PCN, PCS, PCI, PCLL, SMDT, PG, PO, PSO, cu utilizarea rațională și argumentată a acestora: 7.1. Planificarea eficientă și utilizarea rațională a resurselor disponibile pentru achiziționările de medicamente și consumabile într-o asigurare deplină cu medicamente, articole farmaceutice și consumabile. Elaborarea și aprobarea în termeni optimi a Formularului Farmacoterapeutic Instituțional. 7.2. Fortificarea controlului și supravegherea permanentă a respectării normelor de recepționare, distribuție, păstrare și utilizare a medicamentelor în subdiviziunile instituției. Monitorizarea concordanței între medicamentele solicitate, recepționate și utilizate în conformitate cu Formularul Farmacoterapeutic și Protocoalele Clinice. 7.3. Monitorizarea utilizării raționale a medicamentelor și dispozitivelor medicale, și menținerea	Permanent Permanent Vicedirectorii, CFF, Farmacist diriginte, CPCSPUM - nu mai rar de	Cota parte a medicamentelor esențiale procurate preponderent, conform listei elaborate de MS Cota parte a medicamentelor procurate până la încheierea contractelor de procurare	Director Vicedirectorii medicali Șefii centrelor/clinicilor/departamentelor/subdiviziunilor Comitetul Formularului Farmacoterapeutic Farmacist diriginte Comisia permanentă pentru controlul și supravegherea păstrării și utilizării medicamentelor în subdiviziuni (CPCSPUM)

b) Planului de acțiuni privind realizarea Strategiei de gestionare a deșeurilor medicale în IMSP IMȘiC, conform Regulamentului sanitar aprobat prin HG nr.696 din 11.07.2018 privind aprobarea Regulamentului sanitar privind gestionarea DRAM; c) Planului de măsuri pentru prevenirea și controlul infecțiilor și combaterii rezistenței la antimicrobiene; e) Programului anual de monitorizare a mediului spitalicesc bacteriologic; d) Planului anual de gestionare a deșeurilor infecțioase și menajere; e) Planului anual de formare profesională a personalului mediu și auxiliar angajat și a noului personal angajat, în vederea prevenirii și combaterii IAAM. 8.3. Instruirea profesională a personalului medical în aspecte de prevenire și controlul infecțiilor și a IAAM (organizarea și desfășurarea conferințelor, seminarelor tematice cu lucrătorii medicali). 8.4. Supravegherea sanitaro-epidemiologică: ▶ Supravegherea epidemiologică a respectării regulilor sanitaro-igienice și antiepidemice (a condițiilor hoteliere și deservire diagnostico-curativă a pacienților), morbidității infecțioase (depistarea, evidența, raportarea, analiza morbidității), măsuri de control, intervenție și prevenire. ▶ Supravegherea epidemiologică a IAAM în IMȘiC, aprecierea operativă a situației epidemiologice și efectuarea măsurilor de prevenire și control de rigoare în focare la înregistrare. ▶ Depistarea activă a infecțiilor asociate asistenței medicale. ▶ Monitorizarea calității raportării IAAM și RAM la nivel instituțional. ▶ Anchetarea cazurilor de IAAM, privind rezistența la antimicrobiene a florei izolate de la pacienți cu infecții asociate asistenței medicale cu elaborarea propunerilor de rigoare. ▶ Prezentarea conducerii IMȘiC, comitetelor spitalicești responsabile de organizarea și efectuarea măsurilor de prevenire și control a infecției SARS CoV-2, IAAM, consumul de antimicrobiene, informații despre realizarea măsurilor antiepidemice și profilactice. ▶ Anchetarea epidemiologică a cazurilor de COVID-19, boli infecțioase, accidentări profesionale, înregistrate în subdiviziunile instituției cu organizarea complexului de măsuri de intervenție, prevenire și controlul realizării lor. ▶ Monitorizarea executării documentelor directive în vigoare privind respectarea regulilor și normelor sanitaro-igienice, regimului antiepidemic, cerințelor, standardelor de dezinfecție și sterilizare, funcționare și exploatare a utilajului de sterilizare în subdiviziunile instituției. ▶ Monitorizarea periodică a gradului de ocupare a paturilor la nivel de secții, în vederea identificării situațiilor cu risc crescut de IAAM. ▶ Monitorizarea raportului personal medical / pacient în secții cu risc crescut de IAAM. ▶ Organizarea și evaluarea respectării circuitelor funcționale în instituție (alimente, lenjerie, deșeuri rezultate din activitatea medicală, circulația pacienților și vizitatorilor, a personalului, studenților, rezidenților) pentru evitarea contaminării încrucișate. ▶ Organizarea și desfășurarea examenului medical periodic al colaboratorilor IMSP IMȘiC,	Pe parcursul anului	realizate Număr sesiuni de instruire Număr persoane instruite Trend progresiv de reducere a ratei IAAM [incidența IAAM (nr. IAAM/nr. pacienți externați)] Aplicarea 100% a măsurilor prevăzute în Programele și Planurile anuale de prevenire și control a IAAM	
---	--------------------------------	---	--

inclusiv și personalul care activează în condiții și factori nocivi. ► Fortificarea monitorizării mediului spitalicesc prin investigații microbiologice a aerului, probelor la sterilitate, lavaje la calitatea respectării regimului sanitaro-igienic și materialului biologic de la pacienți, de comun cu specialiștii laboratorului microbiologie și imunologie. ► Cartografierea instituției cu determinarea zonelor cu risc înalt, mediu și redus pentru transmiterea infecțiilor. 9. Organizarea și desfășurarea acțiunilor de popularizare a cunoștințelor medico-igienice, conform recomandărilor OMS, ordinelor și dispozițiilor MS. 10. Elaborarea și revizuirea periodică a procedurilor operaționale standard în domeniul prevenirii și controlului IAAM, conform prevederilor Ordinului MS nr. 749/2024. .		Număr Protocoale, Proceduri elaborate și implementate	
10. <i>Menținerea constantă a acreditării instituției certificată de către Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate (CNEAS), Agenția Națională de Asigurare a Calității în Educație și Cercetare (ANACEC).</i>	Permanent	Număr subdiviziuni, în care nici-un standard CNEAS ne implementat și ne corespunzător în proporție 90–100 %	Director Vicedirectorii medicali Șefii centrelor/clinicilor/ departamentelor/ subdiviziunilor
Obiectivul nr.5: Fortificarea și dezvoltarea în continuare a activităților de cercetare și inovare, precum și a activităților științifico-practice, orientate spre eficiență și competitivitate			

<i>1. Realizarea proiectelor științifice:</i> 1.1. Subprogramul de cercetări științifice în cadrul Programului instituțional cu tema: „Dezvoltarea capacităților de cercetare în managementul integrat al bolilor netransmisibile pentru ameliorarea sănătății materne și rezultatelor perinatale prin prisma medicinei celor 4 P: predictivă, personalizată, participativă și profilactică” (conducător: dr.șt.med., conf.cercet. Victor Petrov). 1.2. Proiectul de cercetări științifice în cadrul Programului de stat cu tema: „Impactul factorilor de risc biomedical și psihosocial asupra creșterii și dezvoltării copiilor de vârstă mică în Republica Moldova” (conducător: dr.hab. șt.med., conf.cercet. Ninel Revenco). 1.3. Proiectul de cercetări științifice în cadrul Programului de stat cu tema: „Managementul disfuncției colonice neurogene în malformațiile congenitale la copii ” (conducător: dr.șt.med., Veaceslav Boian). 1.4. Proiectul de cercetări științifice în cadrul Programului de stat cu tema: „Diagnosticul și monitoringul bolilor genetice în profilaxia sănătății mamei și copilului (DiMoGEN)” (conducător: dr.șt.med., conf.cercet., Natalia Ușurelu).	Pe parcursul anului Pe parcursul anului Pe parcursul anului Pe parcursul anului	Colectarea și sistematizarea informației primare. Analiza datelor. Colectarea și sistematizarea informației primare Analiza datelor. Colectarea datelor și completarea Registrului de evidență a pacienților cu dizabilități funcționale pelvine Colectarea și sistematizarea informației primare	Colaboratorii Laboratorului științific de obstetrică și perinatologie Colaboratorii Laboratorului științific de pediatrie Colaboratorii Laboratorului științific corecție chirurgicală a viciilor congenitale la copii Colaboratorii laboratoarelor științifice profilaxia patologiilor ereditare, genetică moleculară umană, reproducere umană și investigații imunochimice
<i>2. Fortificarea în continuare a activităților științifico-metodice, organizator-metodice și curative:</i> 2.1. Contribuție și participare la reactualizarea actelor normative. 2.2. Organizarea și participarea (cu rapoarte) la lucrările: • Conferinței naționale cu ocazia marcării Zilei Internaționale a Bolilor Rare. • Conferinței științifice anuale a IMSP IMȘiC. 2.3. Activitatea curativă în secțiile clinice ale IMSP IMȘiC conform ordinului de repartizare a lucrului curativ și consultativ. 2.4. Acordarea asistenței organizator-metodice instituțiilor medicale din Republica Moldova.	Pe parcursul anului Pe parcursul anului Pe parcursul anului Pe parcursul anului	Număr acte elaborate Număr participanți / număr rapoarte Număr vizite în teritoriu	Vicedirector cercetare și inovare Colaboratorii laboratoarelor științifice Colaboratorii laboratoarelor științifice Colaboratorii laboratoarelor științifice

3. <i>Participare la forumuri naționale și internaționale, cooperare internațională:</i> 3.1. Participare la conferințe, simpozioane, congrese științifico-practice de peste hotare. 3.2. Organizarea colaborării științifico-practice cu instituții de peste hotare (din România, Polonia, Ucraina, Germania, Ungaria, Franța, USA și Italia) în domeniul diagnosticului prenatal și postnatal al maladiilor ereditare monogenice (metabolice, fibroza chistică și altele).	Pe parcursul anului Pe parcursul anului	Număr participanți / număr rapoarte	Vicedirector cercetare și inovare Colaboratorii laboratoarelor științifice
4. <i>Activitatea de editare</i> (pregătirea și publicarea lucrărilor științifice): • articole – 20, din care 5 în reviste cu IF; • teze – 25; • protocoale clinice naționale noi și reactualizarea altora - 4; • îndrumări metodice – 2. Editarea revistei Buletin de Perinatologie.	Pe parcursul anului	Număr materiale elaborate, aprobate și editate	Vicedirector cercetare și inovare Colaboratorii laboratoarelor științifice
5. <i>Fortificarea activităților de brevetare de inovare</i> - pregătirea și înaintarea a: • 5 propuneri de inovații; • 2 certificate cu drept de autor.	Trimestrul IV	Număr patente acceptate și implementate	Vicedirector cercetare și inovare Colaboratorii laboratoarelor științifice
Obiectivul nr.6: Îmbunătățirea continuă și modernizarea procesului curativ prin implementarea de tehnologii noi și metode avansate, și cost-eficiente de diagnostic, tratament și reabilitare medicală			
<i>Implementarea:</i> <u>I. Metodelor de diagnostic:</u> 1. Utilizarea activă a diagnosticului Y-AZF, trombofiliei și a ciclului folatic; set de reagenți pentru, diagnosticarea hipertensiunii ereditare prin metoda qPCR, mutațiilor asociate cu hemocromatoza, mutației MCM6 asociată cu intoleranță la lactoză, determinarea sexului în lichidul amniotic, determinarea rhesus-factorului fetal; reagenți pentru tiparea locusului de histocompatibilitate DBQB1, mutațiilor asociate cu cancer ereditar (include polimorfisme BRCA1,2, Cys61GLY, deleții și inserții în exon 19, inserții în exon 20n, mutații L858R), mutațiilor asociate cu sindromul Li-Fraumeni (cancer ereditar). 2. Implementarea metodelor noi de investigații specifice și de înaltă performanță precum: anticorpi-antispermali, anticorpi-antiovariari; marker tumoral: PSA liber și total, CA-125, CEA; marker ai funcției androgene precum: SHBG (sex-hormon-binding globuline) și teste screening pe parcursul sarcinii: dublu și triplu-test. 3. Implementarea metodei MLPA pentru diagnosticul sindroamelor Prader-Willi/Angelman, Rh-factor la făt, boala Becker, boala Thomsen și sindromul Andersen-Tawil (ATS); diagnosticul: Laminopatii; Distrofia musculară a centurii membrelor tip 1A, 1B, 1C (LGMD1A/1B/1C); Distrofia musculară Emery-Dreifuss; Sindromul progeriei Hutchinson-Gilford; Miopatii miofibrilare.	Pe parcursul anului	Număr metode implementate Număr pacienți investigați	Șef Centrul Sănătatea Reproducerii și Genetică Medicală Șefii subdiviziunilor Medicii-specialiști

4. Implementarea unor metode noi de investigare: efectuarea automată a spermogramei, lupus anticoagulant, cardiopiline, himocisteina.			
<i>Implementarea:</i> I. <u>Metodelor de diagnostic:</u> 1. Test rapid PCR (Proteina C-reactiva) la femeile din grupa de risc pentru dezvoltarea infecțiilor puerperale. 2. Test rapid PCT (Procalcitonina). II. <u>Metodei de tratament:</u> 1. Terapia cu Presiune Negativă a plăgilor compromise, cu potențial septic după intervențiile obstetricale (Polyvac set Closed wound suction unit).	Pe parcursul anului	Număr metode implementate Număr pacienți investigați/tratați	Șef Secție obstetrică nr.1
<i>Implementarea:</i> I. <u>Metodelor de diagnostic:</u> 1. Testul rapid Amnisure™/Actim PROM sau alte metode similare. 2. Determinarea fibronectinei fetale pentru evaluarea riscului de naștere prematură (test rapid fFN).	Pe parcursul anului	Număr metode implementate Număr pacienți investigați	Șef Secție patologia sarcinii și urgențe obstetricale
<i>Implementarea:</i> I. <u>Metodelor de diagnostic:</u> 1. Detectarea ecocardiografică a disfuncției sistolice/diastolice subclinice înainte de scăderea FE. 2. Evaluarea funcției ventriculului drept în HTP prin TAPSE indexat. 3. Utilizarea Testului mesei înclinate la copii cu sincopă. 4. Aprecierea testelor imunohistologice la pacienții cu intoleranță la lactoză. <u>Metodelor de tratament:</u> 1. Utilizarea Sol. Levosimendanum pentru creștere DC la copiii cu sindrom de ICC și FE părușită. 2. Studiu de eficacitate a Dapagliflozinum în tratamentul ICC. 3. Tratamentul cu antagoniști duali al receptorilor endotelinei ETA și ETB1 Tab. Macitentan 2,5 mg și 10 combinație cu inhibitorii fosfodiesterazei V (Sildenafilum) în hipertensiunea pulmonară primară și secundară șunturilor stînga-dreapta. 4. Integrarea în tratamentul antihipolipemiant a Pitavastatinei, statină de generația a IV-a din clasa inhibitorilor HMG-CoA reductazei, la copiii cu hipercolesterolemie familială heterozigotă.	Pe parcursul anului	Număr metode implementate Număr pacienți investigați/tratați	Șef Secție cardiologie
<i>Implementarea:</i> I. <u>Metodelor de diagnostic:</u> 5. Determinarea nivelului de IL-1, IL-6 în status epileptic. 6. Utilizarea modelului predictiv prin determinarea riscului de dezvoltare a epilepsiei. <u>Metodei de tratament:</u> 1. Dosarea enolazei specific neuronale la copiii cu epilepsie.	Pe parcursul anului	Număr metode implementate Număr pacienți investigați/tratați	Șef Secție neurologie nr.1 Șef Secție

2. Dozarea proteinei S100 la copiii cu status epileptic.			neurologie nr.2
<i>Implementarea:</i> I. <u>Metodei de tratament:</u> 1. Implimentarea tratamentului cu pompă de insulină pacienților cu diabet zaharat.	Pe parcursul anului	Metodă implementată Număr pacienți tratați	Șef Secție endocrinologie
<i>Implementarea:</i> I. <u>Metodei de diagnostic:</u> 1. Aprecierea nivelului de FeNO în aerul expirat pentru aprecierea tipajului eozinofilic de inflamație alergică. II. <u>Metodei de tratament:</u> 1. Optimizarea metodelor de terapie alergen-specifică la pacienții cu astm bronșic și rinită alergică.	Pe parcursul anului	Număr metode implementate Număr pacienți investigați/tratați	Șef Secție alergologie
<i>Implementarea:</i> I. <u>Metodei de diagnostic:</u> 1. Electroforeza proteinelor în stările de hipogamaglobulinemie. II. <u>Metodei de tratament:</u> 1. Tratamentul prin nebulizarea Sol. NaCl 5-7% și kinezioterapia respiratorie pacienților cu afecțiuni cronice pulmonare.	Pe parcursul anului	Număr metode implementate Număr pacienți investigați/tratați	Șef Secție pulmonologie
<i>Implementarea:</i> I. <u>Metodei de diagnostic:</u> 1. Implementarea metodelor de examinare molecular-genetice în anemiile hemolitice ereditare. II. <u>Metodei de tratament:</u> 1. Terapi cu Micofenolat în trombocitopatii.	Pe parcursul anului	Număr metode implementate Număr pacienți investigați/tratați	Șef Secție hemopatii benigne
<i>Continuarea implementării:</i> I. <u>Metodelor de diagnostic</u> a biomarkerilor renali în afecțiuni renale acute și progresiei BCR: (SAA, cisteina C, gama-glutamyltranspeptidaza, NGAL). 2. Aprecierea anticorpilor anti-membrană bazală glomerulară (anti-MBG).	Pe parcursul anului	Număr metode implementate Număr pacienți investigați	Șef Secție nefrologie
<i>Implementarea:</i> I. <u>Metodelor de tratament:</u> 1. Introducerea unor tehnici de terapie ocupațională pentru dezvoltarea abilităților motorii fine și grosiere la pacienții cu afectarea motricității membrului superior. 2. Metoda kinezioterapeutică Schroth în tratamentul scoliozelor. 3. Electroacupunctura nervului peroneal în patologiile vezicii urinare neurogene.	Pe parcursul anului	Număr metode implementate Număr pacienți tratați	Șef Secție reabilitare medicală și medicină fizică

4. Magnitolaseroterapie în maladiile degenerative-distrofice ale aparatului locomotor.			
<i>Implementarea:</i> <u>I. Metodelor de tratament:</u> 1. Organizarea camerei senzoriale cu elemente de terapie ocupațională pentru copii. 2. Implimentarea terapiei manuale, relaxarea post izometrică.	Pe parcursul anului	Număr metode implementate Număr pacienți tratați	Șef Secție reabilitare generală pediatrică
<i>Implementarea:</i> <u>I. Metodei de diagnostic:</u> 1. Ultrasonografia transcraniană la copii.	Pe parcursul anului	Metodă implementată Număr pacienți investigați	Șef Secție diagnostic funcțional
<i>Implementarea:</i> <u>I. Metodelor de diagnostic:</u> 1. Test rapid pentru sânge ocult în materii fecale. 2. Test imunocromatografic Helicobacter pylori (antigen fecal).	Pe parcursul anului	Număr metode implementate Număr pacienți investigați	Șef laborator clinico-diagnostic
<i>Implementarea:</i> <u>II. Metodei de diagnostic:</u> 1. Chemiluminiscenta (CLIA) pentru cercetările imunologice prin analizatorul „Maglumi X3”.	Pe parcursul anului	Metodă implementată Număr pacienți investigați	Șef laborator microbiologie și imunologie
<i>Implementarea:</i> <u>I. Metodelor de diagnostic:</u> 1. Electroneurografia intraoperatorie în anomaliiile congenitale a axului neural-spinal și traumatismele vertebro-medulare. 2. Neuro-monitoring-ul intra-operator pentru pacienții neurochirurgicali și chirurgiei vertebro-spinale. <u>II. Metodelor de tratament:</u> 1. Optimizarea algoritmului de tratament chirurgical al chisturilor intraventriculare (tratament endoscopic). 2. Optimizarea tratamentului chirurgical al formelor grave a hemoragiilor intraventriculare a nou-născutului (tratament endoscopic).	Pe parcursul anului	Număr metode implementate Număr pacienți investigați/tratați	Șef Secție neurochirurgie Șef Secție ortopedie și traumatologie
<i>Implementarea:</i> <u>I. Metodelor de diagnostic:</u> 1. Biopsia percutantă USG-ghidată pentru tumorile hepatice și renale la copii. <u>II. Metodelor de tratament:</u>	Pe parcursul anului	Număr metode implementate Număr	Șef Secție urologie Șef Secție chirurgie generală

1. Lărgirea palmaresului intervențiilor chirurgicale minim-invazive.		pacienți investigați/tratați	
<i>Continuarea implementării:</i> 1. Puncția periferică a venelor centrale la copiii nou născuți. 2. Aplicare la necesitate a venelor jugulare ca vena centrală la copii. 3. Implementarea echilibrului acid-bazic vena-artera. 4. Implementarea pe larg al procedurilor de plasmofereză și hemodiafiltrare veno-venoasă continuă.	Pe parcursul anului	Număr metode implementate Număr pacienți investigați/tratați	Șef Departament ATI
<i>Continuarea implementării (II):</i> 1. Metodei verbo-tonale de reabilitare.	Pe parcursul anului	Metodă implementată Număr pacienți tratați	Șef Serviciul Audiologie, protezare auditivă și reabilitare medico-pedagogică
<i>Continuarea implementării (VI) metodelor noi de tratament:</i> 1. Implementarea tehnicilor de osteotomii standard de a scheletului facial la pacienți cu malformații congenitale. 2. Aplicarea A-PRF-ului (fibrina centrifugată îmbogățită cu factori de creștere) în plastia defectelor congenitale a țesuturilor moi și dure la pacienții cu despicături. 3. Aplicarea tehnicii de grefare osoasă la pacienții cu despicături labio-maxilo-palatine. 4. Aplicarea abordării interdisciplinare a tratamentului infecțiilor mucoasale cu centrul dermatovenerologic. 5. Aplicarea noilor metode în tratamentul parotiditelor acute și cronice la copii. 6. Tratamentul miniminvasiv a fracturilor prin aplicarea implantelor ortodontice și a sistemului Braket. 7. Tratamentul chisturilor odontogene și neodontogene la copii prin marsupializare. 8. Tratamentul și diagnosticarea tumorilor țesuturilor moi și dure la copii.	Pe parcursul anului	Număr metode implementate Număr pacienți tratați	Șef Secție chirurgie oro-maxilo-facială
<i>Continuarea implementării (V):</i> I. <u>Metodelor noi de diagnostic:</u> 1. Tomografia retinei prin coerență optică pentru depistarea patologiilor retinei la copii. 2. Biomicroscopia ochiului la copii cu lampa cu fantă portabilă. 3. Aprecierea tensiunii intraoculare prin metoda noncontact cu tonometrul Icare. II. <u>Metodelor noi de tratament:</u> 1. Tratamentul retinopatiei prematurității la copii prin injecții intravitriene cu Avastin. 2. Operații endovitreale.	Pe parcursul anului	Număr metode implementate Număr pacienți investigați/tratați	Șef Secție oftalmologie
<i>Continuarea implementării (III):</i> I. <u>Metodei noi de tratament:</u> 1. Folosirea terapiei celulare în reabilitarea complexă postoperatorie a pacienților cu rinită cronică hipertrofică.	Pe parcursul anului	Metodă implementată Număr pacienți tratați	Șef Secție ORL
<i>Implementarea metodelor de diagnostic (II):</i>	Pe parcursul	Număr	Șef Secție

I. Reacția de polimerizare în lanț, cu detecție în timp real: 1. Panel intestinal, care cuprinde întreg spectrul intestinal atât bacterian, cât și viral, inclusiv Clostridium difficile toxin A, B; Rotavirus, Norovirus, Astrovirus, Adenovirus, Campylobacter, E. coli patogenă, Yersinia. 2. <u>Panel respirator bacterian</u>: Mycoplasma pneumoniae, Hemophilus influenza, Streptococcus pneumoniae, Bordetella.	anului	metode implementate Număr pacienți investigați	dereglări metabolice și malnutriție
<i>Implementarea metodelor de diagnostic:</i> 1, Teste rapide de depistare a virusului gripal. 2. Teste rapide de depistare a Streptococului gr.A Streptotest).	Pe parcursul anului	Număr metode implementate Număr pacienți investigați	Șef UPU Clinica „Em.Coțağa”
<i>Continuarea implementării (VI):</i> <u>I. Metodelor noi de tratament(V):</u> 1. Folosirea vacuum presiunii negative în tratamentul arsurilor termice profunde și a leziunilor posttraumatice supurate. 2. Folosirea Prontosanului și a Octenilinei în tratamentul topic local al leziunilor termice. 3. Terapia celulară în tratamentul arsurilor grave la copii. 4. Studiarea efectului laseroterapiei și a Regensil, Nascar, Sodermix, Strataderm și utilizarea lor în tratamentul sechelelor cicatriciale postcombustionale și posttraumatice. 5. Utilizarea Fermencolului în managementul medical al sechelelor cicatriciale. 6. Utilizarea Betametazonei în tratamentul sechelelor cicatriciale la pacienții cu vârsta peste 15 ani. 7. Ozonoterapia - metodă de tratament local și general al leziunilor postcombustionale. <i>Continuarea implementării (III):</i> <u>II. Metodelor noi de tratament(III):</u> 1. Utilizarea în tratamentul topic local al arsurilor a unguentului ReghinAg. 2. Utilizarea Sterofundinei în terapia infuzională a pacienților cu boala arșilor. <u>Implementarea:</u> Utilizarea aparatului modern Zimer dermatom cu aer comprimat și dermatom Humeca în chirurgia plastică reconstructivă.	Pe parcursul anului	Număr metode implementate Număr pacienți tratați	Șef Secție combustii
<i>Continuarea implementării (V):</i> 1. Metodelor de detoxifiere extracorporală la pacienții septici (plazmafereză, plazmoabsorbție).	Pe parcursul anului	Număr metode implementate Număr pacienți tratați	Șef Secție reanimare generală Clinica „Em.Coțağa”
<i>Continuarea implementării (IV):</i> Sistemului de evaluare, documentare și tratament al durerii postoperatorii pediatrice.	Pe parcursul anului	Metodă implementată Număr	Șef Secție anesteziologie Clinica

		pacienți investigați/tratați	„Em.Coțaga”
<i>Continuarea implementării:</i> 1. Screeningul-ui audiologic universal la nou-născut. 2. Testelor rapide: streptococ, gripă, H. Pylori. 3. Tratatamentelor cu alfa-dornaza și tobramicină la pacienții cu Fibroză chistică. 4. Tratatamentelor antivirale în Hepatita virală B, C. 5. Tratatamentelor cu Emicizumab la pacienții cu forme severe de hemofilia A. 6. Extinderea vaccinării cu vaccin anti-HPV la femeile eligibile. <i>Implementarea:</i> <u>I. Metodelor de diagnostic:</u> 1. Ecografia cardiacă și dopplerul vascular la femeile gravide/ginecopate. 2. Procedura de histerosalpingografie. 3. Implmentarea coriocentezei. 4. Screeningul HPV. 5. Pilotarea și, ulterior, implementarea autoprelevării de probe pentru screeningul cancerului de col uterin. 6. Introducerea testelor standardizate în evaluarea și diagnosticarea copiilor cu tulburări de dezvoltare. 7. Pilotarea vaccinării cu vaccin antimeningococic. 8. Ecografia articulară la pacienții cu afecțiuni reumatice. 9. Capilaroscopia la pacienții cu suspiciune de afecțiune reumatică/afecțiune reumatică confirmată.	Pe parcursul anului	Număr metode implementate Număr pacienți investigați/tratați	Şef DAMSA
Obiectivul nr.7: Dezvoltarea și modernizarea în continuare a infrastructurii instituționale, a platoului tehnologic prin dotare cu dispozitive/echipamente medicale performante și eficiente, IT și mijloace de transport specifice. Fortificarea siguranței instituției.			
<i>1. Reorganizare subdiviziuni, cu eficientizarea și optimizarea activității lor:</i> 1.1. Reorganizarea numărului de paturi și a profilurilor (reprofilarea numărului de paturi în funcție de evoluția indicatorilor medico-demografici precum și de situația epidemiologică la nivel național).	La necesitate, pe parcursul anului	Secții și profiluri reorganizate și funcționale	Director Vicedirectorii medcali Şefii de compartimente/subdiviziuni respective
<i>2. Continuarea lucrărilor de reabilitare/modernizare secții/servicii, cabinete, spații hoteliere, cu respectarea structurii organizatorice aprobate pentru fiecare secție/clinică/compartiment, a normelor privind capacitatea optimă de paturi în saloane, aria utilă minimă/pat, dotarea minimă necesară fiecărui salon/subdiviziune și eficientizarea activității lor:</i> 2.1. Elaborarea unui <u>Plan anual</u> privind investițiile în baza tehnico-materială și reparații	Trimestrul I	Plan elaborat și	Director Vicedirectorii medicali Şef DIAT Şef SSF Şefii subdiviziunilor

2.5. Menținerea în stare de funcționalitate a hidranților antiincendiari interni. 2.6. Asigurarea subdiviziunilor instituției cu un număr suficient de stingătoare. 2.7. Instalarea în subdiviziunile instituției a sistemelor de detectare și semnalizare a incendiilor. 2.8. Precăutarea posibilității dotării secțiilor spitalului cu un sistem de înștiințare și avertizare a bolnavilor, vizitatorilor și personalului în caz de pericol sau declanșare a situațiilor excepționale. 2.9. Asigurarea marcării clare și explicite a tuturor căilor și ieșirilor de evacuare în caz de incendiu sau alte situații excepționale. 2.10. Întreprinderea acțiunilor ce se impun întru asigurarea economiilor de întreținere a parcului auto. 2.11. Achiziționarea a două autoturisme sanitare și a unui tractor dotat conform pentru asigurarea salubrității teritoriului. 2.12. Efectuarea reprofilării unui ascensor spitalicesc și ascensor de pasageri în Blocul Chirurgie pediatrică. 2.13. Renovarea și modernizarea ascensoarelor din cadrul instituției. 2.14. Organizarea spațiului din subsoluri și etaje tehnice cu eliberarea de deșeuri și resturi de construcții și securizarea acestora. 2.15. Organizarea și dotarea conformă a sălilor de joc în secțiile: alergologie, cardiologie, neurologie, pulmonologie, chirurgie generală, chirurgie septică, neurochirurgie, ginecologie infantilă. 2.16. Instalarea sistemelor de reglare a presiunii în conductele de alimentare cu apă potabilă la blocul alimentar. 2.17. Consolidarea spațiilor și dotarea conform actelor normative în vigoare a Arhivei cu mobilier, tehnică de calcul și <i>rafturi</i> metalice. 2.18. Amenajarea conformă a teritoriului instituției. 2.19. Înverzirea teritoriului. 2.20. Amenajarea unei parări auto pentru angajați pe teritoriul instituției. 2.21. Executarea lucrărilor de instalare și conectare a generatorului electric cu capacitatea de 120kw la P.T. 340. 2.21. Elaborarea și implementarea <u>Proiectelor</u>: 1. „<i>Izolarea termică a pereților blocurilor IMSP IMșiC</i>”; 2. „<i>Înlocuirea geamurilor în Clinica Pediatrie, CNȘPChirurgie pediatrică și Clinica „Em. Coțaga</i>”.	Pe parcursul anului Pe parcursul anului Pe parcursul anului Pe parcursul anului Trimestrul II- III Pe parcursul anului Pe parcursul anului Trimestrul I- II Pe parcursul anului # Pe parcursul anului	Protecție contra incendiilor asigurată Siguranța activității instituției și a vizitatorilor instituției asigurată Activități realizate # # # Săli de joc funcționale Apeduct reparat Arhiva dotată corespunzător Teritoriu amenajat și înverzit Activitate realizată Reducerea cheltuielilor de consum la energia termică	
--	--	---	--

3. Fortificarea în continuare a activităților de implementare a tehnologiilor informaționale moderne în instituție, inclusiv: 1. Asigurarea securității datelor și a informațiilor medicale. Obiectiv: Creșterea nivelului de securitate cibernetică pentru protejarea informațiilor sensibile. Acțiuni: 1. Instruirea periodică a personalului privind securitatea informațiilor și protecția datelor cu caracter personal. 2. Autentificarea cu semnătura electronică pentru accesul la sistemele informaționale. 2. Dotarea subdiviziunilor instituției cu tehnică de calcul. Obiectiv: Asigurarea accesului la echipamente informatice performante. Acțiuni: 1. Evaluarea necesarului de echipamente IT (calculatoare, imprimante, echipamente periferice). 2. Achiziționarea de echipamente noi pentru înlocuirea celor uzate sau depășite moral. 3. Distribuirea echipamentelor în funcție de prioritățile subdiviziunilor. 4. Asigurarea mentenanței periodice pentru prelungirea duratei de viață a echipamentelor. 3. Interoperabilitatea Sistemelor Informaționale SIA AMP și SIA AMS. Obiectiv: Crearea unui flux de date eficient între sistemele informaționale existente. Acțiuni: 1. Realizarea unui plan tehnic de comun cu CNAM și MS RM pentru implementarea interoperabilităților sistemelor. 2. Testarea și integrarea modulelor pentru schimbul de date. 4. Achiziționarea hardware-ului și software-ului necesar. Obiectiv: Modernizarea infrastructurii IT pentru susținerea funcționării eficiente a serviciilor instituției. Acțiuni: 1. Identificarea și definirea specificațiilor tehnice pentru hardware și software. 2. Organizarea procedurilor de achiziții publice conform legislației în vigoare. 3. Instalarea, configurarea și testarea echipamentelor și aplicațiilor achiziționate. 5. Îmbunătățirea paginii web a instituției. Obiectiv: Creșterea accesibilității, transparenței și funcționalității platformei web instituționale. Acțiuni: 1. Redesign-ul paginii web pentru o navigare mai intuitivă și structurată. 2. Actualizarea permanentă a informațiilor publice afișate pe site. 3. Dezvoltarea secțiunii dedicate screening-ului colului uterin, inclusiv implementarea funcțiilor de programare online. 4. Optimizarea site-ului pentru utilizarea pe dispozitive mobile. 6. Modernizarea rețelilor de telefonie fixă. Obiectiv: Modernizarea și eficientizarea sistemului de comunicații interne prin implementarea	Pe parcursul anului	Sisteme informaționale implementate și funcționale. Reducerea incidentelor de securitate cibernetică cu 30%. Înlocuirea a cel puțin 30% din echipamentele IT depășite. Interoperabilitate a completă a SIA AMP și SIA AMS până la sfârșitul trimestrului IV. Lansarea noii versiuni a paginii web (până la finalul trimestrului II). Realizarea conformă a activităților planificate.	Director Șef DISAP Șef Serviciu informațional și telecomunicații Șef SEF
---	----------------------------	---	--

telefoniei IP. Acțiuni: 1. Analiza infrastructurii existente de telefonie fixă. 2. Elaborarea planului tehnic de tranziție către telefonia IP. 3. Implementarea soluțiilor VoIP și integrarea acestora în rețeaua de date a instituției. 4. Instruirea personalului privind utilizarea noilor sisteme de telefonie. 7. Stocarea bazelor de date pe M-CLOUD. Obiectiv: Creșterea securității și accesibilității datelor instituției. Acțiuni: 1. Monitorizarea constantă a accesului și performanței în M-cloud. 2. Implementarea mecanismelor de backup și redundanță a datelor. 8. Restructurarea și dezvoltarea rețelei de supraveghere video. Obiectiv: Asigurarea securității fizice a instituției prin modernizarea și extinderea sistemului de supraveghere video, în conformitate cu cadrul normativ. Acțiuni: 1. Evaluarea stării actuale a rețelei de supraveghere video. 2. Restructurarea arhitecturii sistemului conform regulamentelor în vigoare. 3. Extinderea și modernizarea echipamentelor de supraveghere video. 4. Asigurarea stocării securizate a înregistrărilor și controlului accesului la acestea. Indicatori: Reducerea incidentelor de securitate cibernetică cu cel puțin 30%. 1. Înlocuirea a minimum 30% din echipamentele IT depășite. 2. Asigurarea interoperabilității funcționale dintre SIA AMP și SIA AMS până la sfârșitul trimestrului IV 2026. 3. Lansarea versiunii actualizate a paginii web până la finalul trimestrului II 2026. 4. Migrarea integrală a bazelor de date pe M-CLOUD până la trimestrul IV 2026. 5. Implementarea funcțională a telefoniei IP în principalele subdiviziuni ale instituției. 6. Modernizarea rețelei de supraveghere video conform regulamentului aprobat.		Migrarea integrală a bazelor de date pe M-CLOUD.	
<i>4. Dotarea adecvată în continuare cu dispozitive medicale performante, echipamente și consumabile, necesare pentru modernizarea subdiviziunilor și prestarea serviciilor medicale de calitate, cu utilizarea lor eficientă, asigurând mentenanța corespunzătoare, inclusiv prin:</i> 1. Actualizarea bazei de date SIMDM, inventarierea și etichetarea dispozitivelor medicale. 2. Elaborarea planului de mentenanță.	Trimestrul I, II Pe parcursul anului	Incluse 3053 dispozitive medicale Pentru toate modelele de dispozitive aflate	Șef Departament bioinginerie medicală și gaze medicale Șef SEF

3. Planificarea și efectuarea verificării periodice și metrologice. 4. Planificarea de consumabile și piese de schimb pentru dispozitivele existente. 5. Planificarea procurării de servicii de mentenanță preventivă și corectivă a dispozitivelor medicale. 6. Planificarea procurării dispozitivelor medicale de strictă necesitate. 7. Planificarea și efectuarea mentenanței preventive la dispozitivele medicale. 8. Elaborarea ghidurilor rapide. 9. Instruirea utilizatorilor. 10. Casarea și înlocuirea dispozitivelor. 11. Dotarea departamentului cu scule ingineresti.	Pe parcursul anului Trimestrul I Trimestrul I Trimestrul I Pe parcursul anului Pe parcursul anului Trimestrul II, III, IV Trimestrul III-IV Trimestrul I	în gestiune Conform planului de verificări periodice și metrologice 3053 dispozitive medicale active Dispozitive medicale neactive(mecanice) 33 - dispozitive medicale active Conform necesarului prezentat Conform planului de mentenanță Pentru toate modelele de dispozitive aflate în gestiune Periodic și la necesitate Dispozitive medicale cu termenul de exploatare depășit Consumabile ingineresti	
5. Identificarea și evaluarea în continuare a riscurilor de accidentare și îmbolnăviri profesionale, cu stabilirea măsurilor tehnice și organizatorice în vederea diminuării/eliminării acestora: 5.1. Identificarea factorilor de risc la locul de muncă. 5.2. Evaluarea riscurilor de accidentare și îmbolnăviri profesionale (dependente de cele patru componente ale sistemului de muncă: Executant; Sarcina de muncă; Mijloacele de producție;	Sistematic	Zero accidente	Director Vicedirectorii medicali Șefii centrelor/clinicilor/ departamentelor/ subdiviziunilor Șef DIAT

Mediul de muncă) și supravegherea stării de sănătate a angajaților. 5.3. Informarea și instruirea angajaților. 5.4. Raportarea, înregistrarea și prevenirea accidentelor.			
6. Fortificarea în continuare a activităților de realizare a măsurilor prevăzute în Planul de acțiuni privind implementarea Strategiei de Gestionare a deșeurilor în Republica Moldova pentru anii 2013-2027, aprobată prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr.248 din 10.04.2013, modificată ulterior.	Pe parcursul anului conform prevederilor Planului	Acțiuni realizate conform prevederilor Planului	Director Vicedirectorii medicali Șefii centrelor/clinicilor/ departamentelor/ subdiviziunilor Șef DIAT Șef SCIAAM Șef SEF
7. Realizarea conformă în continuare a activităților specifice de securizare a instituției: 7.1. Asigurarea realizării conforme a prevederilor ordinului MS nr.1017 din 19.12.2016 „Cu privire la unele măsuri de fortificare a capacităților de securitate în domeniul instituțiilor medico-sanitare publice”. 7.2. Înzestrarea în continuare cu tehnică modernă de supraveghere video a edificiilor, teritoriului, preluarea sub pază tehnică a caselor și birourilor medicale de investigații a instituției. 7.3. Concentrarea sistemului de supraveghere video într-un singur punct. 7.4. Fortificarea activității Serviciului securitate internă în conformitate cu Regulamentul de funcționare, contractelor de muncă, ordine, dispoziții a instituției, altor documente în probleme de securitate și pază. 7.5. Instalarea sistemului de securizare a secțiilor (la necesitate lacăt electronic etc.).	Permanent Pe parcursul anului Pe parcursul anului Permanent Pe parcursul anului	Securizare asigurată Înzestrare conformă Concentrare efectuată Organizarea activității conformă Activitate realizată	Director Vicedirectorii Șefii centrelor/clinicilor/ departamentelor/ subdiviziunilor Șef DIAT Șef Serviciu securitate internă și pază Șef SEF
8. Consolidarea în continuare a activităților de asigurare a siguranței instituției: 8.1. Prevederea posibilităților tehnice de conectare a instituției la sursele la energie electrică prin intermediul a cel puțin 2 intrări separate. 8.2. Examinarea posibilității pentru instalarea (construcția) pe teritoriul instituției a sursei de rezervă de apă potabilă, a rezervoarelor sau fântînilor cu o capacitate adecvată necesităților timp de nu mai puțin de 48 ore. 8.3. Restabilirea sistemelor de ventilare și condiționare a aerului. 8.4. Executarea tuturor lucrărilor de reparație a încăperilor planificate, de renovare a rețelelor externe și interne de aprovizionare cu apă, canalizarea instalațiilor de filtre și ventilare, a aparatelor de măsură și control, a stației electrice-diesel în edificiul de protecție a instituției. 8.5. Renovarea sistemului exterior de aprovizionare a instituției cu apă în caz de incendii (hidranți și țevi de incendiu exteriori).	Pe parcursul anului Pe parcursul anului Pe parcursul anului Pe parcursul anului Pe parcursul anului	Siguranță asigurată Înzestrare conformă Rețele și sisteme renovate	Director Șef DIAT Șef Serviciu antiincendiar, securitatea muncii și protecție civilă Șef SEF

Obiectivul nr.8: Asigurarea unei gestiuni financiare sustenabile și eficiente prin optimizarea alocării, utilizării și monitorizării resurselor financiare, atragerea de fonduri suplimentare și dezvoltarea unui management al riscurilor, capabil să sprijine performanța și calitatea serviciilor medicale (continuarea activităților din anul 2025).

1. <i>Eficientizarea managementului financiar și bugetar pentru atingerea obiectivelor instituționale, prin:</i> 1) asigurarea conformității activităților economico-financiare cu cadrul normativ și reglementările interne; 2) creșterea eficienței operațiunilor financiare prin analiza și optimizarea proceselor bugetare; 3) optimizarea gestiunii activelor și pasivelor pentru maximizarea performanței financiare; 4) asigurarea integrității și siguranței informațiilor financiare.	Pe parcursul anului Permanent	Obiective instituționale realizate Operațiuni financiare conforme Management eficient al activelor și pasivelor Zero incidente de securitate financiară	Șef SEF Sef Serviciu IT
2. <i>Susținerea procesului de elaborare a bugetului IMSP IMșiC pentru asigurarea unei planificări financiare eficiente, prin:</i> 1) organizarea și coordonarea procesului de elaborare a bugetului, inclusiv emiterea instrucțiunilor și actualizarea procedurilor interne; 2) fundamentarea propunerilor de buget prin analiză și colaborare cu subdiviziunile structurale ale instituției; 3) acordarea asistenței metodologice subdiviziunilor structurale în procesul de elaborare și execuție bugetară; 4) participarea la elaborarea strategiei de dezvoltare a IMSP IMșiC prin estimarea costurilor activităților și detalierea limitei de cheltuieli; 5) organizarea consultărilor bugetare pentru obținerea consensului și aprobarea propunerilor finale; 6) asistarea conducerii în negocierea și prezentarea ofertei către CNAM și alte instituții relevante.	Trimestrul I/IV	Buget elaborat și aprobat Proceduri interne actualizate Propuneri bugetare validate Asistență metodologică oferită Costuri estimative incluse în planurile strategice Bugetul aprobat	Director Șef SEF
3. <i>Asigurarea monitorizării și analizei execuției bugetului pentru respectarea legalității, eficienței și transparenței financiare, prin:</i> 1) verificarea legalității, eficienței, economiei și transparenței în utilizarea mijloacelor bugetare, cu respectarea limitelor aprobate;	Trimestrial/ anual	Buget executat conform Rapoarte	Director Șef SEF

		raportate privind circulația activelor	
5. <i>Perfecționarea procesului de raportare financiară și bugetară, corelat cu elaborarea și execuția bugetului, prin:</i> 1) organizarea și implementarea unui sistem eficient de comunicare și raportare a informațiilor financiare și bugetare; 2) întocmirea și prezentarea rapoartelor privind execuția bugetară conform termenelor stabilite; 3) elaborarea și prezentarea rapoartelor financiare și a altor rapoarte specifice, în conformitate cu cerințele instituționale; 4) asigurarea calității, plenitudinii și siguranței informațiilor din rapoarte prin procese de verificare și validare.	Pe parcursul anului Trimestrial Permanent	Sistem de raportare eficient implementat Sistem de raportare funcțional Rapoarte de execuție bugetară prezentate la timp Rapoarte financiare complete și conforme Informații din rapoarte validate și fără erori	Șef SEF
6. <i>Dezvoltarea, perfecționarea și eficientizarea proceselor economico-financiare și administrative, prin:</i> 1) primirea, evidența și controlul legal și eficient al activelor și serviciilor procurate; 2) gestionarea și evidența corectă a cheltuielilor de personal; 3) achitarea bunurilor și a serviciilor procurate; 4) organizarea și supravegherea eficientă a funcției interne de casierie; 5) asigurarea și securitatea operațiunilor de casă și a păstrării numerarului, precum și asigurarea identificării și controlului eficace al riscurilor de delapidare, fraudă sau corupție; 6) participarea la procesul de achiziții publice în conformitate cu atribuțiile grupului de lucru pentru achiziții; 7) evidența și monitorizarea executării contractelor de achiziții publice; 8) ținerea evidenței patrimoniului, administrarea terenurilor proprietate publică a statului aferente bunurilor imobile proprietate de stat din gestiune și prezentarea dărilor de seamă privind patrimoniul public organului abilitat; 9) optimizarea cheltuielilor serviciilor de regie (apă, canalizare, energie electrică și termică) prin măsuri de eficiență energetică și utilizarea rațională a resurselor.	Pe parcursul anului Permanent	Procese economico- financiare optimizate Rapoarte complete privind cheltuielile de personal Zero incidente de gestiune Zero cazuri raportate de fraudă Rapoarte periodice de conformitate Dări de seamă	Șef SEF Șef DIAP

		validate și transmise în termen Reducerea cu 10% a costurilor de regie	
7. <i>Asigurarea controlului eficient asupra recepționării, păstrării, evidenței, distribuirii și utilizării ajutoarelor umanitare, prin:</i> 1) verificarea autenticității documentelor aferente donațiilor (acte de donație, documente de însoțire); 2) asigurarea recepționării, depozitării, evidenței și utilizării medicamentelor și dispozitivelor medicale conform normelor legale; 3) supravegherea distribuției și utilizării ajutoarelor umanitare pentru a preveni comercializarea sau utilizarea lor în scopuri de profit. 4) prezentarea trimestrială a rapoartelor privind recepția, depozitarea, evidența și utilizarea ajutoarelor umanitare către autoritățile competente.	Pe parcursul anului Permanent Trimestrial	Documente de donație verificate și conforme Zero documente cu semne de falsificare Conformitate cu reglementările în vigoare Zero cazuri raportate de utilizare incorectă Rapoarte transmise la timp către autoritățile competente	Director Comisia pentru ajutoare umanitare Șef DIAP Șef SEF
8. <i>Gestionarea eficientă a riscurilor economico-financiare pentru asigurarea unei administrări conforme și sustenabile, prin:</i> 1) implementarea unui sistem eficient de gestionare a riscurilor economico-financiare, integrând controale preventive, curente și de detectare; 2) crearea și actualizarea periodică a Registrului de riscuri, care să includă evaluarea riscurilor și propuneri de acțiuni corective; 3) elaborarea descrierilor grafice și narrative ale proceselor economico-financiare pentru identificarea și monitorizarea riscurilor; 4) monitorizarea continuă a riscurilor economico-financiare, inclusiv revizuirea și raportarea periodică a acțiunilor corective.	Pe parcursul anului Permanent	Riscuri identificate, evaluate și gestionate Procese economico-financiare cu riscuri gestionate Registru al riscurilor aprobat și actualizat Proceduri și diagrame	Șef SEF

		procesuale finalizate Rapoarte de monitorizare a riscurilor realizate trimestrial	
9. <i>Elaborarea și implementarea proiectelor strategice pentru dezvoltarea instituțională, prin:</i> 1) identificarea nevoilor strategice de dezvoltare instituțională și prioritizarea proiectelor în funcție de impact; 2) elaborarea planurilor de acțiune detaliate pentru proiectele de dezvoltare; 3) coordonarea implementării proiectelor, monitorizarea progresului și ajustarea activităților în funcție de evoluția obiectivelor; 4) asigurarea resurselor necesare implementării proiectelor, inclusiv identificarea și atragerea de finanțare suplimentară; 5) evaluarea rezultatelor proiectelor pentru a determina impactul asupra dezvoltării instituționale.	Pe parcursul anului Permanent	Proiecte de dezvoltare finalizate și implementate Listă de proiecte prioritizate Rapoarte de progress Finanțare obținută pentru proiectele strategice	Șef SEF
10. <i>Efectuarea în continuare a achizițiilor publice în termen și conform cadrului normativ în vigoare:</i> 1) Elaborarea Planului anual de achiziții. 2) Corelarea cu bugetul aprobat. 3) Publicarea planului în Mtender. 4) Elaborarea caietelor de sarcini. 5) Inițierea procedurilor de achiziție. 6) Evaluarea ofertelor. 7) Încheierea contractelor. 8) Monitorizarea executării contractelor. 9) Raportare și control intern.	ianuarie – februarie și pe parcursul anului, conform modificărilor aprobate Pe parcursul anului Pe parcursul anului Pe parcursul anului Pe parcursul anului Pe parcursul anului Trimestrial/ Anual	Plan aprobat și publicat Note de fundamentare Plan publicat Caiete de sarcini elaborate Anunțuri publicate Rapoarte de evaluare Contracte semnate Procese-verbale Rapoarte	Șef Serviciu achiziții publice Angajații Serviciului achiziții publice

Obiectivul nr.9: Consolidarea în continuare a sistemului de control intern managerial și audit intern
(continuarea activităților din anul 2025)

1. Dezvoltarea și îmbunătățirea în continuare a sistemului de control intern managerial(SCIM): 1.1. Asigurarea implementării și dezvoltarea continuă a SCIM. 1.2. Consiliere în desfășurarea procesului de autoevaluare și raportare a SCIM. 1.3. Consiliere în dezvoltarea continuă a SCIM. 1.4. Perfecționarea SCIM prin instituirea unui sistem eficient al managementului riscurilor.	Pe parcursul anului Trimestrul I Permanent Pe parcursul anului	SCIM conform Standardelor naționale de control intern Asistență acordată subdiviziunilor structurale Raportul consolidat elaborat și prezentat directorului IMSP IMșiC, MS și MF, în termenul stabilit Asistență acordată subdiviziunilor structurale Riscurile critice aferente proceselor gestionate documentate și evaluate corespunzător	Șef Serviciu audit intern Serviciul audit intern Grupul de lucru responsabil de implementarea și dezvoltarea SCIM Serviciul audit intern Coordonatorul procesului de autoevaluare a SCIM Serviciul audit intern Serviciul audit intern Grupul de lucru responsabil de implementarea și dezvoltarea SCIM
2. Asigurarea evaluării sistematice a proceselor cu scopul de a furniza asigurare rezonabilă privind eficacitatea SCIM în cadrul IMSP IMșiC: 2.1. Evaluarea sistematică și oferirea recomandărilor de îmbunătățire a sistemelor curente de control intern managerial, prin efectuarea misiunilor de audit de asigurare și consiliere.	Pe parcursul anului	Rapoarte de audit intern aprobate Nivel înalt de implementare a	Șef Serviciu audit intern Subdiviziunile supuse auditului

2.2. Monitorizarea implementării de către subdiviziunile auditate a recomandărilor oferite în rezultatul misiunilor de audit efectuate. 2.3. Dezvoltarea competențelor profesionale ale angajaților Serviciului audit intern. 2.4. Planificarea, evaluarea și raportarea rezultatelor activității de audit intern.	Semestrial Pe parcursul anului Până la 01 martie 2025	recomandărilor de audit și a standardelor naționale de audit intern Rapoarte privind nivelul de implementare a recomandărilor de audit aprobate Nu mai puțin de 40 ore/per angajat Plan și Raport de activitate aprobat	Șef Serviciu audit intern Serviciul audit intern Șef Serviciu audit intern
3. <i>Alte aspecte solicitate de managementul IMSP IMșiC:</i> 3.1. Asigurarea procesului de monitorizare a recomandărilor și cerințelor incluse în hotărârile Curții de Conturi, Inspecției Financiare și alte organe de control.	Pe parcursul anului la necesitate	Nivel înalt de implementare a recomandărilor de audit și control	Serviciul audit intern Subdiviziunile supuse auditului și controlului
Obiectivul nr.10: Fortificarea continuă a capacităților organizator-metodice, de supervizie și consultative, de monitorizare și evaluare a serviciilor medicale integrare acordate mamei și copilului			
1. <i>Fortificarea într-o continuare logică a activităților organizator-metodice, de supervizie și consultative:</i> 1.1. Fortificarea în continuare a activităților organizator-metodice, de supervizie și curativ-profilactice pentru îmbunătățirea sănătății mamei și copilului, sănătății reproducerii populației. 1.2. Monitorizarea sistematică a indicatorilor demografici, morbidității și mortalității, inclusiv a patologiei ereditare, a malformațiilor congenitale și invalidității copiilor. 1.3. Organizarea prin coordonare cu MS a întrunirilor cu specialiștii principali din teritorii în asistența mamei și copilului întru analiza minuțioasă a nivelului de organizare a asistenței medicale cu fixarea sarcinilor concrete și asigurarea controlului realizării lor. 1.4. Acordarea asistenței organizator-metodice și consultative specialiștilor din instituțiile medico-sanitare din teritorii, inclusiv prin organizarea deplasărilor medicilor-curatori,	Pe parcursul anului	Număr activități efectuate	Vicedirectorii medicali Șefii centrelor/clinicilor/departamentelor/subdiviziunilor Șef SMEISAM Medicii-curatori Șefii laboratoarelor științifice

consultanților, specialiștilor, inclusiv a serviciului evaluare, monitorizare și integrare a serviciilor de asistență medicală în teritorii, în scopul acordării suportului organizator-metodic și consultativ, evaluarea nivelului asistenței medicale mamei și copilului, inclusiv, respectarea nivelului de regionalizare și conlucrarea Centrelor perinatale de nivelul I cu Centrele perinatale interraionale de nivelul II și Centrul perinatal de nivelul III, precum și la solicitarea IMSP teritoriale. 1.5. Analiza defectelor de trimitere a pacienților din instituțiile medico-sanitare din teritorii la consultația specialiștilor din instituțiile medicale republicane și conlucrarea ulterioară cu conducătorii IMSP teritoriale în vederea înlăturării defectelor depistate. 1.6. Analiza cazurilor de spitalizare a pacienților în stare gravă, trimitere tardivă în clinicile IMSP IMșiC cu informarea la consfăturile republicane cu specialiștii principali în asistența medicală mamei și copilului.			
2. <i>Fortificarea în continuare a capacităților de curăție/supervizie:</i> 2.1. Elaborarea planului anual de vizite a medicilor curatori/supervizori în IMSP din teritorii. 2.2. Reactualizarea listelor medicilor curatori/supervizori. 2.3. Reactualizarea agendelor de activitate a medicilor curatori/supervizori. 2.4. Organizarea și petrecerea Seminarelor informativ-instructive pentru medicii curatori în pediatrie, obstetrică-ginecologie, neonatologie și chirurgie-pediatică, privind eficientizarea și facilitarea procesului de autoevaluare și supervizie internă/externă, și controlul asupra executării unor acte directive și normative ale MSMPS, conform programului aprobat. 2.5. Organizarea training-urilor și seminarelor de simulare în probleme actuale în pediatrie, obstetrică, neonatologie, chirurgie pediatică etc. 2.6. Monitorizarea și informatizarea IMSP teritoriale prin Avizurile respective referitor la defectele de supraveghere, conduită incorectă și eşalonare în stare grava și foarte gravă a copiilor bolnavi, gravidelor la nivelul terțiar. 2.7. Implementarea planului anual al vizitelor de curăție/supervizie a medicilor-curatori.	Trimestrul I Pe parcursul anului	Plan de vizite elaborat, implementat și aplicat consecvent Număr training- uri și seminare de simulare organizate Număr medici instruiți Număr rapoarte monitorizare/ evaluare pe an	Vicedirectorii medicali Șefii centrelor/clinicilor/ departamentelor/ subdiviziunilor Șef SMEISAM Medicii-curatori Șefii laboratoarelor științifice
3. <i>Monitorizarea și evaluarea în continuare a implementării cadrului normativ cu privire la asistența medicală acordată mamei și copilului, conform prevederilor:</i> 3.1. <u>Programelor Naționale, aprobate prin Hotărâri ale Guvernului RM:</u> • HG nr.467/2023 „Cu privire la aprobarea Programului național de securitate transfuzională și autoasigurare a țării cu produse sanguine pentru anii 2023-2027”; • HG nr.211/2023 „Cu privire la aprobarea Programul Național de Imunizări pentru anii 2023-2027”; • HG nr.129/2023 „Cu privire la aprobarea Programului național de prevenire și control al bolilor netransmisibile prioritare în Republica Moldova pentru anii 2023-2027 și Planul de acțiuni pentru implementarea acestuia”; 3.2. <u>Hotărârilor Guvernului RM:</u> • nr.143/2018 „Pentru aprobarea Instrucțiunii cu privire la mecanismul de cooperare	Pe parcursul anului	Număr rapoarte monitorizare/ evaluare pe an Număr deplasări de curăție	Vicedirectorii medicali Șefii centrelor/clinicilor/ departamentelor/ subdiviziunilor Șef SMEISAM Medicii-curatori Șefii laboratoarelor științifice

intersectorială pentru prevenirea primară a riscurilor privind bunăstarea copilului” (Raport anual); • nr.816 din 30.06.2016 „Pentru aprobarea Regulamentului-cadru privind organizarea și funcționarea serviciilor de intervenție timpurie și a standardelor minime de calitate pentru serviciile de intervenție timpurie”; • nr.270 din 04.04.2014 „Cu privire la aprobarea Instrucțiunilor privind mecanismul intersectorial de cooperare pentru identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea copiilor victime și potențiale victime ale violenței, neglijării, exploatării și traficului”(Raport anual); • nr.1182 din 22.12.2010 „Pentru aprobarea Regulamentului privind mecanismul de colaborare intersectorială în domeniul medico-social în vederea prevenirii și reducerii ratei mortalității infantile și a copiilor cu vârsta de până la 5 ani la domiciliu”. 3.3. <u>Ordinelor Ministerului Sănătății</u>: • nr.327 din 04.10.2005 „Cu privire la implementarea tehnologiilor oportune în asistența perinatală și perfecționarea măsurilor antiepidemice și de control al infecțiilor nozocomiale în Maternitățile Prietenoase Familiei”; • nr.397 din 24.10.2007 „Cu privire la fortificarea asistenței medicale mamei și copilului în republică”; • nr.263 din 27.06.2008 „Cu privire la unele măsuri de fortificare a serviciului obstetrical în republică” (Mediatizarea informației în IMSP teritoriale – Raport trimestrial); • nr.429 din 21.11.2008 „Cu privire la metodologia elaborării, aprobării și implementării Protocoalelor Clinice Instituționale și Protocoalelor Clinice la locul de lucru”; • nr.168 din 12.06.2009 „Cu privire la aprobarea Standardelor de calitate a serviciilor de sănătate prietenoase tinerilor în Republica Moldova”; • nr.343 din 12.10.2009 „Cu privire la organizarea și implementarea Anchetei Confidențiale de analiză a cazurilor de deces matern și cazurilor de proximitate de deces matern”; • nr.118 din 19.02.2010 „Cu privire la instituirea și implementarea serviciului republican de diagnostic și supraveghere a nou-născutului”; • nr.139 din 03.03.2010 „Cu privire la asigurarea calității serviciilor medicale în instituțiile medico-sanitare”; • nr.647 din 21.09.2010 „Cu privire la efectuarea întreruperii voluntare a cursului sarcinii în condiții de siguranță”; • nr.362 din 05.05.2011 „Cu privire la aprobarea formularelor statistice pentru formarea și implementarea sistemului de supraveghere a malformațiilor congenitale” (Numărul de formulare statistice recepționate și introduse în baza de date, cu transmiterea informației trimestrial - CSRGM); • nr.482 din 14.06.2011 „Cu privire la aprobarea Standardelor pentru efectuarea întreruperii sarcinii în condiții de siguranță”;			
--	--	--	--

• nr.865 din 11.11.2011 „Cu privire la executarea Hotărârii Colegiului MS nr.7-1 din 28.10.2011 „Privind serviciile anatomopatologice din Republica Moldova și perspectivele de dezvoltare”; • nr.969 din 15.12.2011 „Cu privire la realizarea Programului național strategic în domeniul securității demografice a RM (2011-2025)”; • nr.569 din 11.07.2011 „Cu privire la aprobarea Listei indicatorilor calității asistenței medicale”; • nr.68 din 30.01.2012 „Cu privire la implementarea analizei VEN-ABC”; • nr.722 din 16.07.2012 „Cu privire la ameliorarea activității serviciului anatomopatologic și citologic în Republica Moldova”; • nr.905 din 17.09.2012 „Cu privire la instituirea Sistemului național de Supraveghere nutrițională”; • nr.13/71/41 al MMPS și F, MS și ME din 28.01.2013 „Cu privire la aprobarea criteriilor de determinare a dizabilității la copii în vârstă de până la 18 ani”; • nr.165 din 21.02.2013 „Cu privire la organizarea trimeriei la expertizare pentru determinarea dizabilității și capacității de muncă”; • nr.40 din 22.01.2014 „Cu privire la fortificarea procesului de îngrijire a nou-născuților prematuri cu greutatea mică și foarte mică la naștere” (Mediatizarea informației în IMSP teritoriale - trimestrial); • nr.445 din 09.06.2015 „Cu privire la aprobarea Instrucțiunii metodice privind intervenția instituțiilor medicale în identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea cazurilor de violență, neglijare, exploatare și trafic al copilului” (Raport anual - MS); • nr.437 din 06.06.2017 „Cu privire la realizarea Hotărârii Colegiului MS nr.2 din 30.05.2017” privitor la implementarea și dezvoltarea Serviciului de intervenție timpurie în Republica Moldova”; • nr.483 din 20.06.2017 „Cu privire la crearea Centrului de Referință în Colposcopie”; • nr.672 din 25.08.2017 „Cu privire la instituirea Unității de Coordonare a Implementării Screeningul-ui de col uterin”; • nr.960 din 12.12.2017 „Cu privire la fortificarea activităților în domeniul asistenței medicale mamei și copilului” (Raport semestrial - MS); • nr.62 din 22.01.2018 „Cu privire la aprobarea Planului de acțiuni privind îmbunătățirea calității și siguranței serviciilor medicale”; • nr.964 din 02.09.2019 „Cu privire la aprobarea Standardului de supraveghere a creșterii și dezvoltării copiilor în condiții de ambulator și a Carnetului de dezvoltare a copilului (F-112/e)”; • nr.1077 din 25.09.2019 „Cu privire la aprobarea Regulamentului de activitate a Centrului ambulator de fibroză chistică și alte maladii rare”; • nr.649 din 09.07.2021 „Cu privire la aprobarea Regulamentului de organizare a evaluării cazurilor de mortalitate infantilă și mortalitate a copiilor cu vârsta de până la 5 ani” (mediatizarea informației - specialiștilor Comisiei de specialitate Pediatrie a MS – Raport trimestrial);			
--	--	--	--

• nr.672 din 14.07.2021 „Cu privire la organizarea și funcționarea Cabinetului de dezvoltare a copilului”; • nr.708 din 27.07.2021 „Cu privire la punerea în aplicare a prevederilor Hotărârii Guvernului nr.79/2021” • Ordinul comun nr.96 al MMPS, nr.1006 al MS și nr.1158 al MEC din 25.11.2022 „Cu privire la aprobarea Fișei de observare a bunăstării copilului, Fișei de evaluare a bunăstării copilului și a Fișei de planificare a acțiunilor pentru prevenirea primară a riscurilor privind bunăstarea copilului”; • nr.1269 din 29.12.2022 „Cu privire la implementarea Hotărârii Colegiul Ministerului Sanatatii 02/22 din 06 decembrie 2022 „Cu privire la mortalitatea maternă în Republica Moldova în contextual Obiectivelor de Dezvoltare Durabilă „Agenda 2030”; • nr.311 din 11.04.2023 „Cu privire la aprobarea Standardului de supraveghere a gravidelor cu evoluție fiziologică a sarcinei în condiții de ambulator”; • nr.417 din 05.05.2023 - Hotărârea Colegiului Ministerului Sanatatii nr.01/23 din 04.05. 2023 „Cu privire la eliminarea transmiterii infecției HIV de la mamă la făt în Republica Moldova”; • nr.580 din 29.06.2023 „Cu privire la analiza mortalității materne”; • nr.799 din 28.09.2023 „Cu privire la implementarea Hotărârii Guvernului 507/2023 în vederea dezvoltării serviciilor de intervenție timpurie la copii pentru anii 2023-2027”; • nr.1161 din 21.12.2023 „Cu privire la implementarea Hotărârii GRM nr.211/2023 „Cu privire la aprobarea Programul Național de Imunizări pentru anii 2023-2027”; • nr.1180 din 22.12.2023 „Cu privire la implementarea Screening-ului audiologic universal la nou-născuți”; • nr.1210 din 28.12.2023 „Cu privire la implementarea Programului național de securitate transfuzională și autoasigurare a țării cu produse sanguine pentru anii 2023-2027” și Planul de acțiuni (Raport anual – MS, către 25 februarie); • nr.365 din 20.04.2023 „Cu privire la fortificarea activităților în domeniul asistenței medicale obstetrical-ginecologice”; • nr.570 din 30.06.2025 „Cu privire la organizarea Serviciului Perinatologic”; • nr.173-ps2 din 15.10.2025 „Cu privire la aprobarea Regulamentului privind procedura de prevenire, examinare și raportare a cazurilor de hărțuire în cadrul Ministerului Sănătății, instituțiilor publice și private prestatoare de servicii medicale și instituțiilor de învățământ medical”; • nr.781 din 05.09.2025 „Cu privire la aprobarea unor formulare”; • nr.979 din 27.10.2025 „Cu privire la aprobarea Regulamentului-cadru de organizare a auditului confidențial al cazurilor de deces perinatal și neonatal la nivel de instituție”; • nr.1115 din 05.10.2025 „Cu privire la aprobarea Planului de acțiuni privind siguranța pacienților pentru anii 2026-2030”.			
---	--	--	--

3.4. <u>Dispozițiilor Ministerului Sănătății:</u> • nr.737-d din 22.12.2008 referitor la Lista patologiilor obstetricale ce necesită raportare. 3.5. <u>Hotărârilor Colegiului Ministerului Sănătății:</u> • Hotărârii Colegiului Ministerului Sănătății nr.2 din 06.12.2022 „Cu privire la mortalitatea maternă în Republica Moldova în contextul Obiectivelor de Dezvoltare Durabilă „Agenda 2030”.			
4. <i>Oferirea suportului metodologic specialiștilor din CSR, CSF, CSPT în scopul sporirii nivelului de cunoștințe și abilități practice în prestarea serviciilor de calitate în sănătatea reproducerii și genetică medicală populației:</i> 4.1. Acordarea asistenței organizator-metodice instituțiilor medicale din Republica Moldova în promovarea sănătății reproducerii și genetică medicală. 4.2. Participarea la organizarea trainingurilor tematice în sănătatea reproducerii și genetică medicală pentru specialiști CSPT, CSR și CSF. 4.3. Participarea la ședințele Societăților republicane a medicilor și prezentarea rapoartelor la: - Asociația „Sănătatea reproducerii” - Asociația medicilor obstetricieni-ginecologi - Asociația de Medicina Perinatală - Asociația medicilor pediatri - Asociația medicilor de familie. 4.4. Organizarea consfătuirilor republicane cu medicii CSPT, CSR și CSF. 4.5. Colaborarea și cooperarea cu organizațiile internaționale de caritate și ONG-rile naționale în asistența organizator-metodică, de instruire și informațional-educativă acordată în problemele protejării sănătății reproducerii. 4.6. Dezvoltarea relațiilor de colaborare cu instituțiile similare din alte țări, participarea la congrese, conferințe, seminare de instruire organizate la nivel internațional în sănătatea reproducerii și genetică medicală.	Pe parcursul anului Pe parcursul anului Trimestrul I-II Pe parcursul anului Lunar Pe parcursul anului Pe parcursul anului	Număr activități organizate Număr participanți Număr traininguri organizate Număr participări la ședințe Număr rapoarte prezentate Număr consfătuiri Număr participări Număr acorduri de colaborare și cooperare Număr acorduri cu instituțiile similare din alte țări Număr activități organizate	Șeful Centrului Sănătății Reproducerii și Genetică Medicală Șefii subdiviziunilor Medicii specialiști
5. <i>Fortificarea în continuare a activităților de monitorizare și evaluare a serviciilor de sănătate a reproducerii și genetică medicală:</i> 5.1. Evaluarea activității CSR, CSF și a CSPT. 5.2. Participarea la analiza cazurilor de mortalitate maternă și perinatală cu examinarea ulterioară la ședințele comisiilor ministeriale respective.	Pe parcursul anului Pe parcursul anului	Rapoarte elaborate Număr rapoarte la Comisie	Șeful Centrului Sănătății Reproducerii și Genetică Medicală Șefii subdiviziunilor Medicii specialiști

5.3. Participarea la organizarea și desfășurarea consfăturilor de lucru cu persoanele responsabile de problemele sănătății mamei și copilului. 5.4. Participarea la implementarea Programului Național privind sănătatea și drepturile sexuale și reproductive pentru anii 2023-2028. 6. <i>Participarea la Expoziții specializate cu postere:</i> ▪ Expoziția Internațională specializată de invenții „INFOINVENT - 2026”. ▪ Expoziția specializată C.I.E. MOLDEXPO, Mold MEDIZIN & Mold DENT – 2026.	Trimestrial Pe parcursul anului Trimestrul III	Număr ședințe de analiză Număr consfătuiri de lucru Număr participanți Număr rapoarte de progres Număr participări și participanți	
Obiectivul nr.11: Întărirea continuă a capacităților de menținere și promovare a imaginii proprii favorabile a instituției și creșterea vizibilității acesteia			
<i>1. Amplificarea în continuare a activităților de creare a unei imagini instituționale calitativ superioare, pozitive și dezirabile, cu tradiții și totodată modernă, dinamică, dispusă la schimbare, cu o identitate specifică IMSP Institutul Mamei și Copilului prin:</i> 1.1. Crearea în continuare a unei imagini bivalente de instituție cu tradiție și, totodată, cu o deschidere totală spre actualitatea medicală europeană și internațională. 1.2. Crearea în continuare a unei imagini dinamice a unei instituții în permanentă transformare, luând în considerare cerințele pieței de servicii medicale. 1.3. Formarea unui sistem de comunicare intra-instituțional unitar, coerent și funcțional. 1.4. Formarea unui sistem de comunicare inter-instituțional, care să fie permanent în contact direct cu alte instituții și care, de asemenea, trebuie să aibă un dialog continuu cu societatea civilă. 1.5. Stabilirea unor relații corespunzătoare cu diferite categorii de pacienți/apartinători. 1.6. Anticiparea reacțiilor opiniei publice și analiza feed-back-ului. 1.7. Monitorizarea presei și relațiilor cu mass-media, inclusiv prin intensificarea relațiilor de colaborare și dezvoltarea unei atitudini proactive pentru întărirea acestor relații, oferirea promptă de puncte de vedere proprii în domeniile de competență la activitățile desfășurate în instituție; organizarea de conferințe de presă periodice, pentru prezentarea în fața mass-media a instituției, cu principalele ei evenimente, pentru a informa și convinge într-un cadru controlat prin intermediul mass-media, cum ar fi televiziunea, radioul, panourile publicitare, ziarele și revistele. 1.8. Organizarea evenimentelor și/sau sponsorizarea acestora cu scopul de a atrage atenția și de a promova un comportament dorit față de IMSP IMșiC, cum ar fi o conferință de presă, apariția celebrităților, eveniment grandios de deschidere, oferirea mențiunilor, prezentarea cercetării sau	Permanent pe parcursul anului	Număr accesări în evoluție Număr conferințe de presă, emisiuni radio/tv Număr albume și ghiduri ale instituției broșuri, pliante de prezentare, afișe și postere afișate, fluturași de informare Pagina web a instituției modernizată și actualizată	Director Vicedirectorii medicali Șefii centrelor/clinicilor/ departamentelor/ subdiviziunilor Șef Serviciu comunicare și cancelarie Purtătorul de cuvânt

unor metode de diagnostic și tratament performante. 1.9. Evidențierea evenimentelor importante ce au loc în cadrul IMSP IMșiC, cu semnificație și de interes pe plan local, regional, global (intern și internațional). 1.10. Evidențierea rolului angajaților IMSP IMșiC (rolul angajaților marcanți ai instituției; drepturile și obligațiile angajaților; profesionalismul, competența și onestitatea personalului; contribuția angajaților la realizarea scopului instituției; participarea angajaților instituției la acțiuni naționale și internaționale de prestigiu etc.). 1.11. Construirea răspunsului adecvat la provocările, care se conturează la adresa cerințelor medicale actuale și pentru adaptarea la cerințele pacientului și aparținătorului. 1.12. Gestionarea adecvată din punctul de vedere al comunicării a situațiilor de criză (este necesar să se reacționeze rapid și să se comunice cât mai curând posibil motivele care au declanșat această situație, să se prezinte intențiile și soluțiile identificate pentru soluționarea problemei apărute, cu respectarea următoarelor principii: informare rapidă și deschisă, abordare proactivă, raportare zilnică și de ultima oră către părțile interesate, informațiile /fapte și mesaje/ furnizate trebuie să fie clare, concise, detaliate, obiective și veridice). 1.13. Încurajarea sentimentului de apartenență la instituție. 1.14. Modernizarea și actualizarea paginii <i>web</i> a instituției. 1.15. Elaborarea unui <i>logo</i> și a unui set de mesaje de prezentare, centrate pe ideea de instituție modernă, acreditată, cu cadre de profesioniști, aparataj modern, parteneriate valoroase; elaborarea și plasarea de pliante pentru pacienți etc. 1.16. Statuarea regulilor de comunicare vizuală și grafică pentru toate materialele referitoare la instituție; stabilirea regulilor de utilizare a denumirilor și simbolurilor, a regulilor de multiplicare a elementelor de identitate vizuală și a materialelor de promovare a instituției. 1.17. Adoptarea noilor tehnologii în furnizarea noutăților IMSP IMșiC, cum ar fi utilizarea YouTube, SMS, emisiuni video etc. 1.18. Utilizarea sporită a paginii de Facebook a IMSP IMșiC pentru a facilita socializarea cu părțile interesate, în special cu pacienții/asociațiile de pacienți și mass-media.			
---	--	--	--

Lista abrevierilor:

AMDM – Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale

ANSP – Agenția Națională pentru Sănătate Publică

AOAM – Asigurarea obligatorie de asistență medicală

CFF – Comitetul Formularului Farmacoterapeutic

CNAM – Compania Națională de Asigurări în Medicină

CNEAS – Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate

CPCSPUM – Comisia permanentă pentru controlul și supravegherea păstrării și utilizării medicamentelor

CSF – Centru de sănătate a femeii

CSPT – Centru de sănătate prietenos tinerilor

CSR – Cabinet de sănătate a reproducerii

DAMSA – Departamentul asistență medicală specializată de ambulator
DISAP - Departament infrastructură și administrare patrimoniu
DMUP – Durata medie de utilizare a patului
DMS – Durata medie de spitalizare
DRG – Diagnosis Related Groups (sistemul de clasificare în grupe de diagnostice)
FAOAM – Fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală
FMBA – Fișa medicală a bolnavului de ambulator
FMBS – Fișa medicală a bolnavului de staționar
IAAM – Infecții asociate asistenței medicale
ICM – Indicele de complexitate a cazului
IMSP – Instituție medico-sanitară publică
IMșC – Institutul Mamei și Copilului
TI – Tehnologii informaționale
NMAISP – Norme metodologice de audit intern în sectorul public
MS – Ministerul Sănătății
MSMPS – Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale
MF – Ministerul Finanțelor
PCI – Protocol clinic instituțional
PCLL – Protocol clinic al locului de lucru
PCN – Protocol clinic național
PCS – Protocol clinic standardizat
PG – Proceduri generale
PO – Proceduri operaționale
PSO – Proceduri standard de operare
SAOAM – Sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală
SCC – Serviciul comunicare și cancelarie
SCIAAM – Serviciul control infecții asociate asistenței medicale
SCIM – Sistem de control intern managerial
SEF – Secția economico-financiară
SJ – Serviciul juridic
SÎP – Servicii de înaltă performanță
SMCSM – Secția managementul calității serviciilor medicale
SMDT – Standarde medicale de diagnostic și tratament
SMEISAM - Serviciul monitorizare, evaluare și integrare a serviciilor de asistență medicală
SNAI – Standarde naționale de audit intern
SRU – Serviciul resurse umane
SSM - Serviciul statistică medicală
TIC – Tehnologia informației și comunicațiilor
UPU – Unitatea primiri urgențe