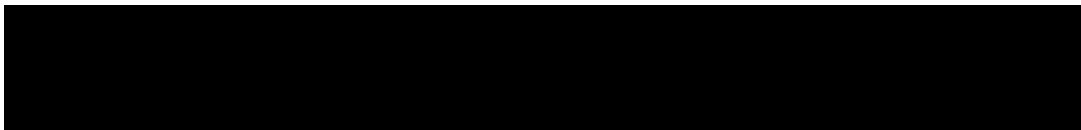


PROIECT DE MANAGEMENT

SCBI 220

Managementul Calității Serviciilor Medicale prin Modernizarea Infrastructurii și Creșterea Capacității Operaționale



Concurs pentru ocuparea funcției de manager al SCBI Constanța – Mai 2026

CUPRINS

1. DESCRIEREA SITUAȚIEI ACTUALE A SPITALULUI.....	3
2. ANALIZA SWOT	5
PUNCTE TARI.....	6
PUNCTE SLABE.....	6
OPORTUNITĂȚI.....	6
AMENINȚĂRI.....	7
3. IDENTIFICAREA PROBLEMELOR CRITICE	7
4. SELECȚIONAREA PROBLEMEI PRIORITARE ȘI MOTIVAREA ALEGERII	7
5. DEZVOLTAREA PROIECTULUI DE MANAGEMENT PENTRU PROBLEMA PRIORITARĂ.....	8
5.1. OBIECTIV GENERAL:.....	8
5.2. OBIECTIVE SPECIFICE (SMART)	8
5.3. STRATEGIA DE MANAGEMENT AL CALITĂȚII ÎN CADRUL PROIECTULUI.....	8
5.4. ACTIVITĂȚI PRINCIPALE ȘI CALENDAR DE IMPLEMENTARE	15
5.5. RESURSE FINANCIARE (BUGET ESTIMATIV).....	16
5.6. INDICATORI DE PERFORMANȚĂ (KPI) ȘI MONITORIZARE	16
5.7. RISCURI PRINCIPALE ȘI MĂSURI DE MITIGARE.....	17
5.8. IMPACTUL AȘTEPTAT AL PROIECTULUI ASUPRA MANAGEMENTULUI CALITĂȚII.....	17
5.9. CONCLUZII	17

1. Descrierea situației actuale a spitalului

Spitalul Clinic de Boli Infecțioase Constanța este o unitate sanitară publică cu personalitate juridică, de monospecialitate nivel II M, aflată în subordinea Consiliului Local al Municipiului Constanța.

Unitatea reprezintă principalul furnizor de servicii medicale de specialitate în domeniul bolilor infecțioase pentru județul Constanța și județele limitrofe (Tulcea, Ialomița, Călărași), asigurând totodată asistență medicală pentru turiștii aflați pe litoralul românesc, pentru navigatorii sosiți în Portul Constanța, precum și pentru pacienții cu boli infecțioase de import. Spitalul este Centru Regional HIV/SIDA și deține Centrul antirabic unic la nivel județean.

Capacitatea aprobată a SCBI Constanța este de **220 paturi de spitalizare continuă**. La data actuală (mai 2026), conform Autorizației Sanitare de Funcționare, sunt funcționale **doar 146 paturi** (66,4 % din capacitatea aprobată). Această scădere semnificativă față de sfârșitul anului 2025 (când erau funcționale 178 paturi) este consecința directă a constrângerilor majore de infrastructură generate de clădirea principală, construită în 1938 și grav afectată de incendiul din octombrie 2021.

Un corp de clădire a fost demolat în vederea reabilitării și ar fi trebuit finalizat în august 2026. La momentul actual, stadiul lucrărilor este vizibil în întârziere, iar constructorul nu a furnizat nicio actualizare oficială a termenelor. Această situație este critică deoarece **în noiembrie 2026 este termenul limită pentru depunerea solicitării pentru reacreditarea spitalului în Ciclu al III-lea, ANMCS**, a cărei vizită de evaluare este programată să înceapă în august 2027.

Dotările medicale ale spitalului sunt moderne și de ultimă generație. În perioada 2023–2025 au fost achiziționate și puse în funcțiune echipamente performante:

- Laborator de analize medicale echipat cu sisteme PCR performante (RT-PCR,
- GeneXpert, Multiplex – BioFire), identificare microbiologică MALDI-TOF și analizoare automate complete;
- Laborator de imagistică medicală dotat cu RMN Signa Explorer și CT Revolution Maxima (GE Healthcare, 2023);
- Compartiment de Terapie Intensivă echipat cu ventilatoare moderne, sistem Novolung, epurare renală continuă (CRRT) și alte dispozitive de suport vital avansat.

În anul 2025 au fost extinse serviciile ambulatoriului integrat prin introducerea cabinetelor de cardiologie, pneumologie, neurologie, psihologie și asistență socială.

De asemenea, începând cu ianuarie 2026, Camera de Gardă a fost transformată, cu avizul Ministerului Sănătății, în Compartiment de Primiri Urgențe de Specialitate (CPU-S).

Resurse umane

Normativul de personal aprobat este de 403,5 posturi, din care sunt ocupate 294 posturi (grad de ocupare 73 %). Deficitul de personal, combinat cu normativele învechite, reprezintă o provocare majoră pentru asigurarea continuității și calității actului medical.

Performanțe recente

În ciuda capacității reduse, în anul 2025 spitalul a înregistrat indicatori de management și calitate foarte buni: ICM realizat 2,2543 (113 % față de ținta asumată), rată a infecțiilor nosocomiale 0,42 %, rată a mortalității intraspitalicești 0,52 %, 5.976 pacienți internați, 77.608 consultații în ambulatoriu și 25.557 consultații de urgență. Aceste rezultate confirmă

profesionalismul personalului și calitatea actului medical, însă sunt sever limitate de constrângerile de infrastructură.

Situația strategică

Clădirea principală și întârzierea lucrărilor la corpul demolat reprezintă principala limitare a capacității operaționale, a siguranței epidemiologice și a îndeplinirii cerințelor de calitate impuse de reacreditarea ANMCS Ciclul III.

Există însă proiecte importante în derulare (reabilitare energetică prin PNRR, studiu de fezabilitate pentru corp nou de clădire), care creează premisele unei dezvoltări majore în următorii ani.

Viziune

Spitalul Clinic de Boli Infecțioase Constanța își propune să devină un centru regional de excelență în domeniul bolilor infecțioase și al infecțiilor emergente, oferind servicii medicale de calitate, moderne și sigure, într-o infrastructură complet reabilitată și adaptată standardelor actuale de calitate. Spitalul va contribui activ la îmbunătățirea stării de sănătate a populației, fiind un furnizor de servicii diversificate, accesibile și orientate către pacient, integrat în sistemul de sănătate compatibil cu standardele Europene.

Misiune

Misiunea Spitalului Clinic de Boli Infecțioase Constanța este de a furniza servicii medicale de specialitate de înaltă calitate în domeniul bolilor infecțioase – preventive, curative, de recuperare și paliative – prin utilizarea celor mai moderne tehnologii și a unui personal medical competent și dedicat.

Personalul angajat al spitalului își propune să:

- asigure servicii medicale de calitate superioară, centrate pe nevoile și așteptările pacientului;
- mențină un ambient prietenos, sigur și respectuos;
- promoveze educația medicală continuă și cercetarea științifică;
- dezvolte permanent capacitatea de răspuns la provocările epidemiologice actuale și viitoare;
- contribuie la profilaxia bolilor transmisibile și la creșterea gradului de sănătate publică în regiune.

Valori comune

- Respectarea dreptului la ocrotirea sănătății, la liberă alegere și la egalitate de șanse
- Garantarea calității și siguranței actului medical
- Creșterea rolului serviciilor preventive și al medicinei călătorului
- Asigurarea accesibilității și continuității serviciilor medicale
- Aprecierea și dezvoltarea continuă a competențelor profesionale ale personalului
- Transparența decizională și responsabilitatea instituțională
- Orientarea permanentă către pacient și parteneriatul cu comunitatea locală

2. Analiza SWOT

PUNCTE TARI	PUNCTE SLABE
<ul style="list-style-type: none"> • Unicul spital de boli infecțioase din regiunea de sud-est a României • Amplasare centrală cu accesibilitate ridicată • Centru Regional de referință HIV-SIDA • Clinică universitară + colectiv de cercetare științifică • Compartiment de Primiri Urgențe de Specialitate (CPU-S) avizat și funcțional din 2026 • Dotări moderne de ultimă generație (2023): <ul style="list-style-type: none"> - laborator cu sisteme PCR (RT-PCR, GeneXpert, BioFire), MALDI-TOF, analizoare automate complete, citometrie în flux - Imagistică: RMN Signa Explorer + CT Revolution Maxima (GE Healthcare, 2023) - Compartiment TI avansat (Novalung, CRRT, ventilatoare moderne) • Ambulatoriu integrat multidisciplinar extins în 2025 (cardiologie, pneumologie, neurologie, psihologie, asistență socială) • Centru antirabic unic la nivel județean + servicii de medicină a călătorului • Acreditări: ISO 9001:2015 și ANMCS nivel II • Indicatori de calitate excelenți în 2025 (ICM 2,2543, rata IAAM-uri 0,42 %, mortalitate 0,52 %) 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitate operațională sever redusă: doar 146 (66%) funcționale din 220 paturi aprobate prin ASF • Infrastructură veche (clădire principală 1938, afectată de trecerea timpului și, parțial, de incendiul din octombrie 2021) • Deficit cronic de personal (289,5 posturi ocupate din 403,5 aprobate ≈ 72 %) + normative de personal învechite • Laborator de analize medicale neacreditat RENAR • Dificultăți în menținerea circuitelor epidemiologice și riscuri de supraaglomerare • Spații insuficiente și funcționare sub capacitate a secțiilor de adulți • Resurse financiare limitate și dependență mare de contractul CJAS
OPORTUNITĂȚI	AMENINȚĂRI
<ul style="list-style-type: none"> • Acces la fonduri PNRR și europene pentru reabilitare structurală, energetică și extindere (studiu de fezabilitate corp nou deja realizat) • Poziție strategică (oraș port + centru turistic estival) → patologie infecțioasă diversă • Dezvoltarea structurii modulare pentru infecții emergente și afecțiuni pandemice • Acreditarea RENAR a laboratorului → venituri suplimentare și creștere calitate diagnostic • Extinderea serviciilor multidisciplinare și a serviciilor private/plătite • Digitalizare, telemedicină și sistem TV propriu • Creșterea adresabilității prin CPU-S și ambulatoriul extins 	<ul style="list-style-type: none"> • Situații epidemiologice neprevăzute și boli importate (prin port, turism și migrație legală din Asia) • Depășirea gravă a capacității actuale reduse (doar 146 paturi) în cazul unui val epidemic • Concurență din sectorul privat (ambulatoriu, imagistică, analize) • Fluctuație și demotivare a personalului (lipsa stimulentei de performanță) • Întârzierea lucrărilor de reabilitare structurală • Risc seismic / calamități naturale asupra clădirii vechi • Cadrul legislativ rigid, contradictoriu și normative neadaptate standardelor de calitate ale sistemului sanitar • Riscuri cibernetice asupra sistemului informatic

Puncte tari

Spitalul Clinic de Boli Infecțioase Constanța rămâne **unicul spital de profil din regiunea de sud-est a României**, ceea ce îi conferă o poziție clară de monopol regional și o adresabilitate relativ stabilă pe tot parcursul anului.

Amplasarea centrală, combinată cu punerea în funcțiune a Compartimentului de Primiri Urgențe de Specialitate (CPU-S) din 2026, asigură o accesibilitate excelentă și un răspuns rapid la urgențele epidemiologice.

Dotările medicale sunt de ultimă generație:

- Laboratorul de analize medicale dispune de sisteme PCR performante (RT-PCR, GeneXpert, BioFire), identificare microbiologică MALDI-TOF și analizoare automate complete;
- laboratorul de explorări imagistice include RMN Signa Explorer și CT Revolution Maxima (2023);
- Compartimentul Terapie Intensivă este echipat cu Novolung, CRRT și ventilatoare moderne.

Ambulatorul integrat a fost extins în 2025 cu specialități multidisciplinare (cardiologie, pneumologie, neurologie), în completarea cabinetelor deja existente de boli infecțioase, psihologie și asistență socială.

Clinica universitară, colectivul de cercetare, Centrul antirabic unic județean și acreditările ISO 9001:2015 + ANMCS nivel II completează un profil instituțional solid, susținut de indicatori de calitate excepționali în 2025 (ICM 2,2543, rata de Infecții Asociate Actului Medical 0,42 %, mortalitate 0,52 %).

Puncte slabe

În contrast puternic cu dotările medicale moderne, **infrastructura fizică reprezintă principala constrângere**. Clădirea principală, construită în 1938, afectată de trecerea timpului și de incendiul din octombrie 2021, permite funcționarea a doar **146 de paturi din cele 220 aprobate** (66,4 % din capacitate). Această scădere continuă (față de 178 paturi funcționale la sfârșitul anului 2025) generează o funcționare cronic sub capacitate a secțiilor de acuți și limitează sever veniturile din spitalizare continuă.

Deficitul de personal este persistent: din 403,5 posturi normate sunt ocupate doar 294 (grad de ocupare ~73 %), iar normativele de personal rămân învechite și neadaptate realității actuale. Laboratorul de analize medicale nu este acreditat RENAR, circuitele epidemiologice sunt dificil de menținut în clădirea veche, iar resursele financiare sunt limitate, spitalul fiind dependent în proporție foarte mare de contractul cu Casa de Asigurări.

Oportunități

Poziția geografică strategică (oraș port + centru turistic estival) oferă un flux constant de patologie infecțioasă diversă, inclusiv boli de import, ceea ce reprezintă o oportunitate majoră pentru dezvoltarea serviciilor de medicină a călătorului.

Există acces real la fonduri PNRR și europene pentru reabilitarea structurală, energetică și extinderea infrastructurii (studiu de fezabilitate pentru un corp nou de clădire deja realizat).

Acreditarea RENAR a laboratorului ar genera venituri suplimentare, iar extinderea serviciilor multidisciplinare și digitalizarea (telemedicină) pot atrage noi categorii de pacienți și crește veniturile proprii.

Amenințări

Riscul epidemiologic rămâne ridicat: orice val epidemic (boli de import prin navigatori, turism și, în ultima perioadă, de migrația legală din continentul asiatic) poate depăși rapid capacitatea actuală extrem de redusă de doar 146 paturi. Concurența din sectorul privat pe servicii ambulatorii, imăgistică și analize medicale este din ce în ce mai puternică.

Fluctuația și demotivarea personalului (cauzate de lipsa stimulentei de performanță și de normativele rigide) pot agrava deficitul de cadre. Cadrul legislativ învechit, contradictoriu și normarea bazată exclusiv pe numărul de paturi îngreunează suplimentarea posturilor necesare pentru siguranța pacientului. Riscurile naturale (seismic) sau provocate asupra clădirii vechi și riscurile cibernetice asupra sistemului informatic integrat completează tabloul amenințărilor externe cu posibil impact major asupra calității serviciilor medicale.

Întârzierea lucrărilor de construcție periclitează vizita ANMCS pentru reacreditarea spitalului în Ciclul III (mai - iulie 2027).

3. Identificarea problemelor critice

Din analiza SWOT se conturează clar următoarele probleme critice, care afectează direct **managementul calității serviciilor medicale**:

3.1. **Capacitate operațională insuficientă și infrastructură inadecvată** (doar 146 paturi funcționale + întârziere majoră la corpul demolat) – afectează accesibilitatea, timpii de răspuns, circuitele epidemiologice și siguranța pacientului.

3.2. **Deficit de personal** (298,5 posturi ocupate) – duce la suprasolicitare, risc crescut de erori și afectarea calității actului medical.

3.3. **Laborator neacreditat RENAR** – limitează calitatea diagnosticului și indicatorii de performanță, prin limitarea veniturilor proprii ale spitalului.

3.4. **Risc crescut de infecții asociate asistenței medicale** – cauzat de spații insuficiente și circuite epidemiologice dificile.

3.5. **Risc major de neîndeplinire a cerințelor reacreditării ANMCS Ciclul III** (dosar noiembrie 2026, vizită mai - iulie 2027) din cauza stadiului întârziat al lucrărilor de infrastructură.

Problema fundamentală (rădăcină): Infrastructura inadecvată și întârzierea lucrărilor de reabilitare afectează direct toate componentele managementului calității serviciilor medicale (siguranța pacientului, prevenirea infecțiilor asociate actului medical, respectarea standardelor ANMCS, indicatorii de performanță).

4. Selecționarea problemei prioritare și motivarea alegerii

Problema prioritara selectată:

Îmbunătățirea managementului calității serviciilor medicale prin accelerarea reabilitării infrastructurii și creșterea capacității operaționale la 220 paturi, în vederea îndeplinirii cu succes a reacreditării ANMCS Ciclul III.

Motivație:

Această problemă este o prioritate absolută deoarece reprezintă cauza rădăcină a tuturor disfuncționalităților identificate. O capacitate redusă la 66,4 % și întârzierea lucrărilor la corpul demolat afectează direct:

- siguranța pacientului și prevenirea infecțiilor asociate asistenței medicale (cerință majoră ANMCS);
- respectarea circuitelor epidemiologice și a standardelor de calitate;
- toți indicatorii de performanță (accesibilitate, eficiență, satisfacție pacient);
- posibilitatea de a depune un dosar solid pentru reacreditarea ANMCS Ciclul III în noiembrie 2026.

În lipsa soluționării urgente a acestei probleme, spitalul riscă observații majore sau chiar neacreditare în 2027, ceea ce ar avea consecințe grave asupra finanțării, reputației și calității serviciilor medicale. Alegerea este motivată și de existența proiectelor PNRR deja demarate, care oferă cadrul legal și financiar pentru intervenție rapidă.

5. Dezvoltarea proiectului de management pentru problema prioritară

Denumire proiect:

„SCBI 220 – Managementul Calității Serviciilor Medicale prin Modernizarea Infrastructurii și Creșterea Capacității Operaționale”

5.1. Obiectiv general:

Accelerarea reabilitării infrastructurii și creșterea capacității funcționale de la 146 la 220 paturi până în trimestrul II 2028, astfel încât spitalul să îndeplinească cu succes cerințele reacreditării ANMCS Ciclul III și să asigure un nivel superior de calitate și siguranță a serviciilor medicale.

5.2. Obiective specifice (SMART)

- 5.2.1. Finalizarea lucrărilor de reabilitare structurală și energetică a clădirii principale și a corpului demolat – trimestrul I 2027.
- 5.2.2. Punerea în funcțiune progresivă a celor 74 de paturi suplimentare – trimestrele I–II 2028.
- 5.2.3. Depunerea dosarului complet pentru reacreditarea ANMCS Ciclul III în noiembrie 2026 și pregătirea optimă a vizitei de evaluare (ulterior datei august 2027).
- 5.2.4. Raportarea acurată și la timp a infecțiilor nosocomiale (IAAM) și a evenimentelor adverse asociate asistenței medicale (EAAAM), cu creșterea ponderii near miss și a incidentelor la 20% din totalul evenimentelor adverse înregistrate.
- 5.2.5. Creșterea principalilor indicatori de calitate: grad de utilizare a paturilor $\geq 65\%$, grad de satisfacție a pacienților $\geq 92\%$, ICM $\geq 2,3$.

5.3. Strategia de management al calității în cadrul proiectului

Proiectul „SCBI 220” este conceput ca un proiect integrat de **management al calității serviciilor medicale**, bazat pe principiile standardului ISO 9001:2015 și pe cerințele ANMCS. Strategia urmărește îmbunătățirea continuă a calității prin ciclul PDCA (Plan-Do-Check-Act) la toate nivelurile: structură, proces și rezultat.

Principalele componente ale managementului calității integrate în proiect sunt:

5.3.1. Managementul riscurilor clinice

Se va implementa un sistem structurat de management al riscurilor clinice conform ISO 31000 și cerințelor ANMCS, care va include:

- Întruniri lunare ale **Comitetului de Management al Riscurilor Clinice** (director medical, șef CPIAAM, farmacist-șef, șefi de secții, RMC)

- Revizuirea **Registrului unic al riscurilor clinice** (identificare, evaluare probabilitate/ impact, plan de acțiune).
- Introducerea de **check-list-uri electronice** pentru procedurile cu risc înalt (intubație, administrare de antibiotice, transfer pacienți).
- Realizarea de analize Root Cause Analysis (RCA) pentru orice eveniment advers raportat.
- Încurajarea raportării active, voluntare și non-punitive a evenimentelor adverse asociate asistenței medicale, fără afectarea pacientului (incidente și situații near-miss), ca element esențial al culturii organizaționale a siguranței și calității, în scopul identificării precoce a vulnerabilităților sistemice, învățării din erori și implementării de măsuri preventive, menite să reducă riscul apariției evenimentelor cu consecințe asupra pacienților

5.3.2. Prevenirea infecțiilor asociate asistenței medicale (IAAM)

- Reproiectarea circuitelor epidemiologice în clădirea principală (fluxuri separate curat/ murdar, zone de izolare cu presiune negativă).
- Instalarea de sisteme de ventilație cu filtrație HEPA și monitorizare continuă a calității aerului.
- Introducerea screening-ului extins pentru germeni multirezistenți la toți pacienții internați în ATI și pacienții la risc din secțiile de acuți.
- Implementarea unui program de Antibiotic Stewardship (AST) - având în vedere specificul spitalului de monospecialitate boli infecțioase, unde un procent foarte ridicat din pacienții internați (peste 90 %) necesită tratament antibiotic, se va implementa un program structurat și realist de Antibiotic Stewardship, adaptat resurselor umane și profilului epidemiologic al unității.

Programul va fi bazat pe principiul „*prospective audit and feedback*” selectiv, evitându-se revizuirea exhaustivă a tuturor prescripțiilor, ceea ce ar fi nerealist în contextul actual al spitalului.

Componentele programului vor fi:

- Constituirea echipei de Antibiotic Stewardship (Antibiotic Stewardship Team – AST), formată din medic infecționist, farmacist și microbiolog, cu suportul șefilor de secții și al colectivului de cercetare.
- Revizuirea țintită a prescripțiilor de antibiotice de linia a doua și de rezervă (carbapeneme, linezolid, colistin, tigeciclină, vancomicină etc.), evaluate în primele 48–72 de ore;
- Prescripțiile cu durată prelungită (> 7–10 zile);
- Cazurile cu germeni multirezistenți sau cu evoluție clinică nefavorabilă.
- Elaborarea și actualizarea trimestrială a „Hărții germenilor circulanți din SCBI cu profil de sensibilitate și rezistență la antibiotice”, document strategic care va cuprinde speciile bacteriene predominante, ratele de rezistență la antibiotice critice și recomandări locale de tratament empiric bazate pe date reale din spital.
- Introducerea unui formular electronic de justificare pentru prescrierea antibioticelor de linia a doua și rezervă, care va necesita avizul prealabil al echipei AST.
- De-escaladare terapeutică sistematică în primele 72 de ore de la primirea rezultatelor microbiologice.
- Monitorizarea lunară a consumului de antibiotice (DDD/1000 pat-zile) și raportarea trimestrială către Comitetul Director.

Acest program va contribui direct la reducerea presiunii de selecție pentru bacterii multirezistente, la scăderea incidenței infecțiilor cu *Clostridioides difficile*, la optimizarea costurilor și la îmbunătățirea indicatorilor de calitate solicitați de ANMCS.

5.3.3. Satisfacția pacienților și sistemul de feedback

Extinderea colectării și analizei feedback-ului pacienților:

- Introducerea de chestionare standardizate de satisfacție adaptate specificului structurilor: spitalizare de zi boli infecțioase (SZ), Spitalizare zi HIV/SIDA, Cabinete și Centrul antirabic
- Formate disponibile: tipărit, digital QR code în saloane și cabinete
- Analiză lunară a rezultatelor de către Compartimentul de Management al Calității, cu prezentare în Comitetul Director și analiza trimestrială și anuală în Consiliul Medical
- Țintă: reducerea numărului de reclamații/ sesizări cu minimum 30 % în 12 luni prin implementarea rapidă a măsurilor corective

5.3.4. Digitalizarea proceselor de management al calității serviciilor medicale

Digitalizarea reprezintă un pilon esențial al modernizării managementului calității în cadrul proiectului SCBI 220. Implementarea soluțiilor digitale va permite trecerea de la un sistem de calitate reactiv și bazat pe documente fizice la un sistem proactiv, în timp real, transparent și ușor de monitorizat, perfect aliniat cu cerințele actuale ale ANMCS Ciclul III și standardului ISO 9001:2015.

Obiectivul principal este de a digitaliza fluxurile critice de date legate de calitate, astfel încât informațiile să fie colectate, analizate și utilizate rapid pentru luarea deciziilor și îmbunătățirea continuă a serviciilor medicale.

Propuneri de implementare:

- Dezvoltarea unui modul integrat de management al calității în sistemul informatic existent al spitalului
 - Colectarea electronică a chestionarelor de satisfacție a pacienților (prin tabletă la externare sau QR code în saloane și cabinete).
 - Generarea automată de rapoarte lunare privind gradul de satisfacție pe secții (inclusiv spitalizare continuă, spitalizare de zi și Centrul antirabic).
 - Monitorizarea în timp real a indicatorilor de calitate (grad utilizare paturi, rată IAAM, timp de răspuns la urgențe).
- Raportarea incidentelor și a evenimentelor adverse near-miss
 - Raportare anonimă și non-punitivă a evenimentelor adverse (incidente și near-miss).
 - Notificări automate către echipa de management al riscurilor clinice.
 - Analiză cauzală (Root Cause Analysis) înregistrată electronic și urmărirea implementării măsurilor corective.
- Crearea unui tablou de bord digital (Dashboard) al calității
 - Accesibil în timp real pentru Comitetul Director, șefii de secții și Compartimentul de Management al Calității.
 - Indicatori vizuali (grafice, culori codificate: verde/galben/roșu) pentru monitorizarea rapidă a performanței.
 - Alerte automate când un indicator depășește pragul critic (ex: creștere bruscă a ratei infecțiilor nosocomiale).

- Digitalizarea procesului de audit intern și a îmbunătățirii continue (PDCA)
 - Generarea automată de liste de verificare (check-list-uri) pentru audituri.
 - Înregistrarea electronică a neconformităților și a planurilor de acțiune corectivă.
 - Urmărirea automată a termenelor de implementare a măsurilor.
- Extinderea digitalizării către pacienți și aparținători
 - Posibilitatea completării online a chestionarelor de satisfacție după externare.
 - Acces securizat la informații medicale relevante (prin portal pacient, respectând GDPR).

Responsabili principali:

- Serviciul de Informatică (dezvoltare tehnică)
- Compartimentul de Management al Calității (conținut și monitorizare)
- Echipa de proiect SCBI 220 (coordonată de managerul SCBI)

Termene de implementare propuse:

- Q3 2026: Dezvoltare modul digital de feedback și raportare sesizări
- Q4 2026: Extindere tablou de bord al calității.
- Q1- Q2 2027: Extindere la toate secțiile și integrare completă cu sistemul informatic al spitalului.

Beneficii așteptate:

- Creșterea rapidității și acurateții colectării datelor de calitate.
- Reducerea timpului alocat de personal pentru activități administrative.
- Îmbunătățirea transparenței și a luării deciziilor bazate pe date reale.
- Demonstrarea clară a îmbunătățirii continue a calității în dosarul de reacreditare ANMCS Ciclul III.
- Crearea unei culturi organizaționale bazate pe date și îmbunătățire continuă

5.3.5. Audit intern și îmbunătățire continuă (PDCA)

Auditul intern și îmbunătățirea continuă reprezintă coloana vertebrală a unui sistem modern de management al calității. În cadrul proiectului SCBI 220, se va institui un program anual structurat de audituri interne, bazat pe ciclul PDCA (Plan – Do – Check – Act), conform cerințelor standardului ISO 9001:2015 și ale ANMCS Ciclul III. Acest program va asigura identificarea sistematică a neconformităților, analiza cauzelor profunde și implementarea de măsuri corective și preventive eficiente.

Obiectivul principal este transformarea auditului intern dintr-o activitate formală și periodică într-un instrument real de îmbunătățire continuă a calității serviciilor medicale și a siguranței pacientului.

Componentele programului de audit intern:

- Program anual de audituri interne (minimum 4 audituri pe an) Auditurile vor fi planificate și desfășurate sistematic, cu focus pe procesele critice cu impact direct asupra calității și siguranței pacientului:
 - Circuitele epidemiologice și prevenirea infecțiilor asociate asistenței medicale (IAAM);
 - Respectarea igienei mâinilor și a protocoalelor de asepsie;
 - Administrarea corectă a medicamentelor (în special antibiotice și medicamente cu risc înalt);
 - Gestionarea deșeurilor medicale cu risc biologic;
 - Respectarea procedurilor de identificare și etichetare a pacientului;

- Procesul de comunicare cu pacientul și aparținătorii.
- Aplicarea sistematică a ciclului PDCA pentru fiecare neconformitate identificată
 - Plan (Planificare): Stabilirea obiectivelor auditului, elaborarea listelor de verificare (check-list-uri) specifice și definirea criteriilor de conformitate.
 - Do (Executare): Desfășurarea auditului la fața locului, cu observare directă, interviuri și verificarea documentelor.
 - Check (Verificare): Analiza rezultatelor, identificarea neconformităților și cuantificarea lor.
 - Act (Acțiune): Elaborarea planului de acțiune corectivă, stabilirea termenelor, a responsabililor și a indicatorilor de eficacitate. Urmărirea implementării măsurilor și evaluarea eficienței acestora în auditul următor.
- Revizuirea și actualizarea procedurilor operaționale (PO)
 - Procedurile operaționale vor fi revizuite periodic (minimum o dată pe an) pe baza rezultatelor analizelor indicatorilor de performanță și auditurilor interne. Se vor introduce modificări concrete acolo unde se constată neconformități recurente sau unde evoluția practicii medicale sau modificările legislative impun actualizări.
 - Revizuirile vor fi documentate, aprobate de manager și aduse la cunoștința întregului personal, prin sesiuni de instruire.

Responsabili principali:

- Compartimentul de Management al Calității (coordonarea și realizarea auditurilor)
- Comitetul Director (analiza rezultatelor și aprobarea planurilor de acțiune)
- Șefii de secții/ structuri (implementarea măsurilor corective la nivelul structurilor)

Termene de implementare:

- Q2 2026: Elaborarea Programului anual de audituri interne 2026–2027 și a check-list-urilor specifice.
- Q3 2026: Realizarea primului audit intern complet.
- Anual: Minimum 4 audituri planificate + audituri neplanificate (la nevoie).

Prin implementarea acestui program riguros de audit intern și îmbunătățire continuă, spitalul va demonstra o cultură organizațională matură a calității, va identifica din timp riscurile și va asigura o îmbunătățire reală, măsurabilă și sustenabilă a serviciilor medicale – element esențial pentru succesul reacreditării ANMCS Ciclu III.

5.3.6. Instruirea și implicarea personalului

Instruirea continuă și implicarea activă a personalului reprezintă una dintre componentele fundamentale ale unui sistem eficient de management al calității. Într-un spital de monospecialitate boli infecțioase, unde riscurile clinice sunt ridicate și cerințele de calitate impuse de ANMCS Ciclu III sunt foarte exigente, competențele și atitudinea personalului devin factori critici pentru siguranța pacientului și performanța instituțională.

De aceea, proiectul SCBI 220 prevede implementarea unui program anual structurat, obligatoriu și evaluat de instruire continuă în domeniul managementului calității, care va viza întregul personal medical, auxiliar și administrativ.

Obiectivele principale ale programului:

- Dezvoltarea unei culturi organizaționale orientate către calitate și siguranța pacientului.
- Asigurarea cunoașterii și aplicării corecte a procedurilor operaționale și a standardelor ANMCS.
- Creșterea capacității personalului de a identifica, raporta și preveni riscurile clinice.

- Implicarea activă a angajaților în procesul de îmbunătățire continuă a serviciilor.

Propuneri practice concrete de implementare:

- Program anual obligatoriu de formare continuă (minimum 8 ore/an/persoană) cu următoarele module esențiale:
 - Siguranța pacientului și prevenirea infecțiilor asociate asistenței medicale (IAAM)
 - Managementul riscurilor clinice și raportarea incidentelor / near-miss
 - Antibiotic Stewardship și utilizarea rațională a antibioticelor
 - Managementul calității serviciilor medicale conform standardelor ANMCS și ISO 9001:2015
 - Circuite epidemiologice, igienă spitalicească și dezinfectare
 - Comunicarea cu pacientul și aparținătorii – aspecte de calitate și etică medicală
- Metode de instruire mixte și practice:
 - Cursuri teoretice + ateliere practice și simulări (ex: simulări de scenarii de infecție nosocomială, management al cazurilor critice, raportare incident)
 - E-learning (platformă internă) pentru modulele teoretice
 - Traininguri „la locul de muncă” (on-the-job training) coordonate de șefii de secții
 - Ședințe periodice de analiză a cazurilor și a incidentelor
- Implicarea activă a personalului:
 - Crearea de grupuri de lucru pe secții pentru revizuirea procedurilor operaționale
 - Implicarea medicilor și asistenților în elaborarea check-list-urilor și a protocoalelor
 - Sistem de recunoaștere și motivare a angajaților care contribuie la îmbunătățirea calității (premierea echipelor cu cele mai bune rezultate la indicatori de calitate)
- Evaluarea și monitorizarea eficienței programului:
 - Teste de evaluare a cunoștințelor înainte și după fiecare sesiune de instruire
 - Chestionare de feedback din partea participanților
 - Monitorizarea impactului asupra indicatorilor de calitate (ex: reducerea ratei infecțiilor nosocomiale, creșterea raportării near-miss, îmbunătățirea conformității cu protocoalele)

Responsabili principali:

- Compartimentul de Management al Calității Serviciilor de Sănătate (coordonare generală)
- Consiliul Medical și șefii de secții (implementare la nivel de secție)
- Serviciul RUNOS (organizare logistică și evidență)

Termene de implementare:

- Q3 2026: Elaborarea programului anual de instruire și a planului de formare pe 2026–2028
- Q4 2026: Lansarea primului ciclu de instruire obligatorie
- Anual: Revizuirea și actualizarea programului pe baza rezultatelor auditurilor și a nevoilor identificate

Prin acest program, spitalul va trece de la o instruire formală și pasivă la o cultură organizațională activă a calității, în care fiecare membru al personalului înțelege rolul său în asigurarea siguranței pacientului și în îmbunătățirea continuă a performanței instituționale.

5.3.7. Pregătirea specifică pentru reacreditarea ANMCS Ciclu III

Reacreditarea ANMCS Ciclu III reprezintă un moment strategic critic pentru Spitalul Clinic de Boli Infecțioase Constanța, deoarece va evalua nu doar conformitatea cu standardele minime, ci și gradul real de îmbunătățire a managementului calității serviciilor medicale în ultimii ani. Având în vedere că dosarul trebuie depus în noiembrie 2026, iar vizita de evaluare este programată să

înceapă după august 2027, pregătirea pentru acest proces devine o prioritate majoră a proiectului SCBI 220.

Pregătirea specifică va fi realizată în mod sistematic, structurat și documentat, astfel încât spitalul să demonstreze o îmbunătățire reală, măsurabilă și sustenabilă a calității serviciilor medicale.

Componentele principale ale pregătirii:

- Constituirea Grupului de lucru pentru reacreditare ANMCS
- Grupul se va reuni lunar (sau ori de câte ori este necesar) și va avea responsabilitatea de a coordona toate activitățile legate de reacreditare, de a monitoriza progresul și de a raporta direct Comitetului Director.
- Colectarea și organizarea sistematică a dovezilor de îmbunătățire a calității - Grupul de lucru va asigura colectarea, centralizarea și organizarea tuturor dovezilor generate de implementarea proiectului SCBI 220, structurate pe cele trei niveluri cerute de ANMCS:
 - Structură (infrastructură modernizată, dotări, resurse umane)
 - Proces (proceduri operaționale revizuite, circuite epidemiologice, protocoale de tratament, managementul riscurilor)
 - Rezultat (indicatori de calitate, rată IAAM, satisfacție pacienți, ICM, mortalitate etc.)
- Toate documentele vor fi arhivate electronic într-un dosar digital unic de reacreditare, cu indexare clară și trasabilitate completă, astfel încât să poată fi prezentate rapid și organizat evaluatorilor ANMCS.
- Simulări interne de vizită ANMCS - Începând cu trimestrul IV 2026, se vor organiza simulări interne periodice de vizită ANMCS (minimum 2 simulări până în august 2027) Acestea vor reproduce cât mai fidel condițiile reale ale evaluării externe și vor include:
 - Verificarea documentației și a dovezilor de îmbunătățire a calității
 - Tururi pe secții cu focus pe circuite epidemiologice, igienă, administrare medicamente și gestionarea deșeurilor
 - Interviuri simulate cu personalul medical și auxiliar
 - Evaluarea cunoștințelor personalului privind procedurile de calitate și siguranța pacientului
- Rezultatele simulărilor vor fi analizate în ședințe dedicate, iar neconformitățile identificate vor face obiectul unor planuri de acțiune corectivă imediate.

Termene cheie de pregătire:

- Q2 2026: Constituirea Grupului de Lucru și elaborarea Planului de Pregătire pentru Reacrediere
- Q3–Q4 2026: Începerea colectării sistematice a dovezilor și prima simulare internă
- Q1–Q2 2027: Simulări suplimentare + completarea dosarului
- Noiembrie 2026: Depunerea dosarului complet la ANMCS
- August 2027: Vizita de evaluare externă

Prin această pregătire riguroasă și anticipativă, spitalul nu doar că va îndeplini cerințele formale ale reacreditării, ci va demonstra o maturitate instituțională reală în domeniul managementului calității serviciilor medicale.

5.3.8. Acreditarea RENAR a laboratorului de analize medicale

Acreditarea RENAR a laboratorului de analize medicale constituie un obiectiv strategic major al proiectului SCBI 220 și un indicator important de maturitate a sistemului de management al calității. Deși laboratorul dispune în prezent de echipamente moderne de ultimă generație (sisteme

PCR performante, MALDI-TOF, analizoare automate complete), demersurile pentru acreditare au fost temporar sistate, deoarece este necesară separarea fizică și funcțională a laboratorului de microbiologie de restul activităților de analize medicale – cerință obligatorie pentru îndeplinirea standardului SR EN ISO/IEC 17025:2018.

În acest context, proiectul SCBI 220 oferă cadrul ideal pentru reluarea și finalizarea cu succes a procesului de acreditare RENAR, prin integrarea acestei componente direct în lucrările de reabilitare și extindere a infrastructurii.

Acțiuni propuse:

- Separarea fizică și funcțională a laboratorului de microbiologie de celelalte compartimente ale laboratorului de analize medicale, prin amenajarea unor spații dedicate în cadrul reabilitării clădirii principale și a corpului demolat.
- Elaborarea și implementarea Sistemului de Management al Calității specific laboratorului, conform cerințelor SR EN ISO/IEC 17025:2018, incluzând validarea metodelor, controlul intern și extern al calității, trasabilitatea metrologică și managementul documentelor.
- Constituirea echipei dedicate RENAR (șef laborator, microbiolog, responsabil calitate, farmacist clinician) care va lucra în paralel cu echipa de proiect SCBI 220.
- Realizarea de audituri interne pre-acreditare și corectarea neconformităților identificate.
- Depunerea dosarului de acreditare RENAR în trimestrul 2 al anului 2027, cu obiectivul obținerii acreditării până la sfârșitul aceluiași an sau, cel târziu, în prima jumătate a anului 2028.

Beneficii strategice ale acreditării RENAR:

- Creșterea încrederii clinicienilor în rezultatele de laborator și a preciziei diagnosticului microbiologic.
- Posibilitatea facturării suplimentare a analizelor de înaltă complexitate, cu atragere de fonduri suplimentare proprii
- Îmbunătățirea substanțială a indicatorilor de calitate ai spitalului.
- Demonstrarea clară a îmbunătățirii continue a calității în dosarul pentru reacreditarea ANMCS Ciclu III.
- Creșterea prestigiului și a competitivității instituționale, la nivel regional și național.

Prin integrarea acreditării RENAR în proiectul SCBI 220, spitalul transformă o constrângere actuală într-o oportunitate strategică de dezvoltare, asigurând alinierea completă a laboratorului la cele mai înalte standarde europene de calitate și competență.

5.4. Activități principale și calendar de implementare

Etapa I – Pregătire și accelerare (ianuarie – iunie 2026)

- Elaborarea Planului de Management al Calității al proiectului (ianuarie 2026).
- Actualizarea procedurilor operaționale legate de circuite epidemiologice și siguranță pacient.
- Solicitarea oficială de accelerare a lucrărilor către constructor și Primărie.
- Obținerea avizelor suplimentare ISU, DSP și Ministerul Sănătății.

Etapa II – Execuție principală (iulie 2026 – decembrie 2027)

- Reabilitare structurală și modernizarea instalațiilor cu respectarea standardelor de calitate și siguranță epidemiologică.
- Implementarea de noi protocoale de prevenție IAAM în zonele reabilite.
- Instruirea personalului medical și auxiliar privind noile circuite și echipamente.

- Realizarea de audituri interne periodice ale calității în timpul lucrărilor.

Etapa III – Finalizare, punere în funcțiune și reacreditare (ianuarie – decembrie 2028)

- Testare completă a noilor spații și punere în funcțiune a celor 220 paturi.
- Realizarea studiului de prevalență a infecțiilor nosocomiale post-reabilitare.
- Depunerea dosarului ANMCS Ciclul III (noiembrie 2026) și pregătirea vizitei de evaluare (august 2027).
- Implementarea unui sistem digital de monitorizare a indicatorilor de calitate.

5.5. Resurse financiare (buget estimativ)

Nr.	Categoria de cheltuieli	Estimare (lei)	Sursă principală
1	Reabilitare structurală + consolidare corp demolat	9.800.000	PNRR + buget local
2	Instalații (ventilație, electrică, hidranți, clorinare)	7.200.000	PNRR
3	Amenajări interioare + echipamente medicale noi	3.500.000	Buget local + sponsorizări
4	Reabilitare energetică	2.900.000	PNRR
5	Consultanță, proiecte tehnice, avize, audit	1.300.000	Buget local
6	Acreditări ANMCS/RENAR + programe de instruire personal	900.000	Buget propriu
7	Rezervă riscuri, indexări și imprevizibile	2.200.000	Buget local
	TOTAL	27.800.000	PNRR 60 %

5.6. Indicatori de performanță (KPI) și monitorizare

Indicator de calitate	Valoare actuală (2025)	Țintă 2028	Frecvență de monitorizare
Grad de utilizare a paturilor	44,07 %	≥ 65 %	Lunar
Rata IAAM	0,42 %	≤ 0,30 %	Lunar
Grad de satisfacție a pacienților	~89 %	≥ 92 %	Trimestrial
ICM (Indice Complexitate Caz)	2,2543	≥ 2,3	Annual
Număr audituri interne realizate	-	4/an	Trimestrial

Monitorizarea se realizează lunar de către Compartimentul de Management al Calității Serviciilor de Sănătate și trimestrial de către Comitetul Director.

5.7. Riscuri principale și măsuri de mitigare

Risc	Probabilitate	Impact	Măsuri de mitigare (legate de calitate)
Întârziere lucrări construcție	Mare	Mare	Plan de urgență + penalități contractuale + audituri săptămânale
Neîndeplinire termen reacreditare ANMCS	Medie	Critică	Plan de acțiune accelerat și solicitare de temporizare cu 1 an (vara 2028) a vizitei de acreditare ANMCS
Creșterea ratei de infecții asociate asistenței medicale în perioada lucrărilor	Medie	Mare	Izolarea zonelor de lucru + monitorizare zilnică
Suprasolicitare personal	Mare	Medie	Program de formare + rotație cu spitalul modular

5.8. Impactul așteptat al proiectului asupra managementului calității

- Creștere substanțială a siguranței pacientului și reducerea riscului de infecții asociate asistenței medicale.
- Îmbunătățirea tuturor indicatorilor de calitate (structură, proces, rezultat).
- Succes garantat la reacreditarea ANMCS Ciclu III.
- Creșterea satisfacției pacienților și a încrederii comunității.
- Consolidarea culturii organizaționale a calității la nivelul întregului personal.

5.9. Concluzii

Proiectul „SCBI 220 – Managementul Calității Serviciilor Medicale prin Modernizarea Infrastructurii și Creșterea Capacității Operaționale” reprezintă o abordare strategică, integrată și realistă prin care Spitalul Clinic de Boli Infecțioase Constanța poate depăși principalele constrângeri actuale și poate trece la un nou nivel de performanță instituțională.

Prin accelerarea reabilitării infrastructurii, creșterea capacității funcționale de la 146 la 220 paturi și implementarea unui sistem modern de management al calității, proiectul abordează direct rădăcina problemelor identificate: infrastructura inadecvată, riscul epidemiologic crescut, deficitul de personal și întârzierea lucrărilor la corpul demolat, toate acestea având un impact major asupra siguranței pacientului și a îndeplinirii cerințelor reacreditării ANMCS Ciclu III.

Implementarea acestui proiect va genera o transformare profundă și sustenabilă:

- va asigura un nivel superior de siguranță epidemiologică și de calitate a actului medical;
- va reduce semnificativ riscul infecțiilor nosocomiale;
- va optimiza utilizarea antibioticelor și va limita dezvoltarea rezistenței microbiene;
- va crește gradul de satisfacție a pacienților și va diminua numărul de reclamații;
- va consolida o cultură organizațională a calității, bazată pe transparență, raportare non-punitivă a incidentelor și îmbunătățire continuă (PDCA);
- va crea premisele reale pentru succesul reacreditării ANMCS Ciclu III în 2027.

SCBI 220 nu reprezintă doar un proiect de reabilitare a unei clădiri, ci un **proiect strategic de modernizare a întregului sistem de management al calității serviciilor medicale**. Prin acest demers, spitalul va trece de la o funcționare limitată de constrângeri fizice la un centru regional

modern, rezilient, orientat spre pacient și aliniat la cele mai înalte standarde europene de calitate și siguranță.

Implementarea cu succes a proiectului va permite Spitalului Clinic de Boli Infecțioase Constanța să își îndeplinească pe deplin misiunea asumată: aceea de a oferi servicii medicale de excelență, în condiții de maximă siguranță, pacienților din Constanța și din întreaga regiune de sud-est a României.

Sunt convins că, prin leadership ferm, planificare riguroasă și implicarea întregii echipe, vom reuși, nu doar să readucem spitalul la capacitatea sa completă, ci să îl transformăm într-un **model de bună practică în managementul calității serviciilor medicale la nivel național.**



SCBI 220

Grafic GANTT: Ianuarie 2026 – Iunie 2028

