

Managementul calității serviciilor medicale, adaptat la problemele specifice ale spitalului (conform cerințelor din Anunțul de concurs nr. 5/06.04.2026)

1. Descrierea situației actuale a spitalului

Situația actuală a Spitalul Clinic de Boli Infecțioase Constanța este una relativ stabilizată după problemele majore din trecut, dar încă marcată de eforturi de modernizare și adaptare.

În ultimii ani, spitalul a trecut printr-o perioadă dificilă, mai ales după incendiul din 2021, care a dus la închiderea temporară a unității și la relocarea pacienților. Acest eveniment a scos în evidență deficiențe legate de infrastructură, siguranță și management.

Clădirea este veche (din 1938) și avea probleme serioase, inclusiv risc seismic.

<https://www.radioconstanta.ro/2026/02/04/un-alt-corp-al-spitalului-clinic-de-boli-infecțioase-constanta-va-fi-reabilitat/>

Spitalul a fost afectat puternic de incendiul din 2021, ceea ce a accelerat nevoia de modernizare.

<https://www.g4media.ro/cladirea-spitalului-clinic-de-boli-infecțioase-constanta-va-fi-demolata-partial-si-reconstruita-spitalul-a-fost-afectat-puternic-in-2021-de-incendiul-in-care-7-persoane-au-murit-proiectul-este-fin.html>

În prezent:

- **Activitatea medicală a fost reluată**, însă nu la capacitate maximă, în funcție de stadiul lucrărilor și autorizărilor.
- Se desfășoară **lucrări de reabilitare și modernizare**, menite să aducă clădirea la standarde mai ridicate de siguranță (inclusiv instalații electrice, sisteme anti-incendiu, circuite medicale).
- Spitalul continuă să fie un punct important pentru tratarea bolilor infecțioase din județ, inclusiv pentru cazuri de gripă, hepatite, infecții respiratorii și alte patologii transmisibile.
- Există încă **presiune pe sistemul medical local**, deoarece capacitatea redusă sau reorganizările pot afecta fluxul de pacienți.

Pe partea administrativă și publică:

- Autoritățile locale și județene sunt implicate în procesul de **refacere și finanțare**.
- Există o atenție mai mare asupra **condițiilor de siguranță** și de prevenire a unor incidente similare.

Spitalul funcționează, dar se află într-o etapă de **reconstrucție și consolidare**, nu într-o formă complet optimă pentru că:

1.1. Activitatea medicală este mutată parțial

- Spitalul **nu funcționează integral în clădirea principală**.
- Pacienții sunt **relocați temporar** în spitalul modular și în alte secții (ex: zona Medeea)

<https://www.info-sud-est.ro/pacientii-din-spitalul-de-boli-infecțioase-mutati-temporar-pe-durata-lucrurilor-de-demolare-o-noua-portiune-a-spitalului-intra-in-reabilitare/>

Aceasta înseamnă că serviciile există, dar sunt **fragmentate și mai greu accesibile**.

1.2. Lucrări majore în desfășurare

- Clădirea trece prin **demolare parțială, reabilitare și consolidare și construcția unor corpuri noi**

<https://www.info-sud-est.ro/finantarea-prin-pnrr-ar-putea-fi-pierduta-pentru-lucrarile-de-la-spitalul-de-boli-infecioase-din-constanta-primaria-da-vina-pe-intarzierile-generate-de-cercetarea-arheologica-constructorul-vrea-prelungirea-termenului/>

- Proiectul este finanțat prin PNRR (~87 milioane lei).

<https://www.info-sud-est.ro/finantarea-prin-pnrr-ar-putea-fi-pierduta-pentru-lucrarile-de-la-spitalul-de-boli-infecioase-din-constanta-primaria-da-vina-pe-intarzierile-generate-de-cercetarea-arheologica-constructorul-vrea-prelungirea-termenului/>

Practic, spitalul este un **șantier activ**, nu o unitate complet funcțională.

1.3. Întârzieri serioase

- Lucrările sunt **întârziate cu luni de zile**.
- Cauza principală o reprezintă **cercetările arheologice obligatorii**.

<https://www.radioconstanta.ro/2026/02/25/primaria-constant-lucrarile-de-modernizare-si-consolidare-a-spitalului-clinic-de-boli-infecioase-constant-intarzie-din-cauza-extinderii-etapei-de-cercetare-arheologica>

- Au fost descoperite peste 30 de morminte romane și obiecte arheologice importante

<https://agerpres.ro/cultura-media/2026/02/27/constant-zeci-de-morminte-romane-descoperite-in-urma-cercetarilor-arheologice-pe-santierul-spitalul--1532481>

Aceste descoperiri au blocat temporar lucrările și au crescut costurile.

1.4. Risc de pierdere a finanțării, dat fiind că proiectul este finanțat prin PNRR, există un termen limită strict (în jur de 2026) și întârzierile pot duce la **pierderea fondurilor europene**.

<https://www.g4media.ro/cladirea-spitalului-clinic-de-boli-infecioase-constant-va-fi-demolata-partial-si-reconstruita-spitalul-a-fost-afectat-puternic-in-2021-de-incendiul-in-care-7-persoane-au-murit-proiectul-este-fin.html>

În spațiul public au apărut deja avertismente că finanțarea este în pericol dacă lucrările nu sunt accelerate.

<https://www.ct100.ro/inca-un-spital-doar-pe-hartie-florin-cocargeanu-chitac-la-un-pas-sa-piarda-finantarea-pnrr-pentru-infecioase/>

Rezumatul situației actuale: spitalul este în **plină reconstrucție**, activitatea medicală este **relocată și fragmentată**, lucrările sunt **întârziate semnificativ** și există **presiune mare pentru finalizare** din cauza riscului de pierdere a finanțării.

Pe termen lung, proiectul ar trebui să ducă la un spital modern, dar pe termen scurt situația rămâne instabilă și dependentă de ritmul lucrărilor.

1.5. În *Monitorul Oficial, Partea I nr. 360 din 30 aprilie 2026* a fost publicată *Hotărârea nr. 360/2026 privind aprobarea Planului național de paturi pentru perioada 2026-2028*, care prevede reducerea numărului de paturi contractabile la nivel național

Conform Raportului de transparență a informațiilor publice pe anul 2025, Spitalul Clinic de Boli Infecțioase Constanța dispune de 178 de paturi pentru spitalizare continuă și 15 paturi pentru spitalizare de zi. Analiza performanței evidențiază următoarele date critice:

	Capacitate	Rata de utilizare (2025)
Total Spital (Spitalizare continuă)	178 paturi	44.07%
Secția Boli Infecțioase Copii 1	42 paturi	53.86%
Compartiment boli infecțioase HIV/SIDA Copii	5 paturi	3.89%
Compartiment Îngrijiri Paliative	5 paturi	29.32%
Compartiment exterior boli infecțioase cronici HIV/SIDA	24 paturi	30.97%

Se observă o pondere foarte mare a spitalizării de zi din totalul spitalizărilor, atingând 82.25% în anul 2025, ceea ce denotă un flux rapid de pacienți, dar o neutilizare severă a paturilor de spitalizare continuă în anumite compartimente.

2. Analiza SWOT privind calitatea serviciilor

- **PUNCTE TARI (Strengths):** Capacitate mare de preluare a pacienților în regim de zi (peste 27.000 de pacienți în 2025); existența unei infrastructuri complexe cu 10 paturi de terapie intensivă copii și adulți; rol strategic regional în tratarea bolilor infecțioase; finanțare prin PNRR pentru modernizare; personal medical cu experiență; proiect amplu de reabilitare și modernizare.
- **PUNCTE SLABE (Weaknesses):** Rata de utilizare a paturilor de spitalizare continuă (44.07%) extrem de scăzută; ineficiența compartimentelor HIV/SIDA Copii (3.89%) și Paliative (29.32%); activitate medicală fragmentată în mai multe locații; întâzieri majore ale lucrărilor; infrastructură veche (în mare parte încă nefinalizată); dependență de factori externi (arheologie, constructori); imagine publică afectată (incendiu, întâzieri).
- **OPORTUNITĂȚI (Opportunities):** Restructurarea numărului de paturi pentru a reflecta morbiditatea actuală din regiunea Dobrogea; eficientizarea serviciilor de îngrijiri paliative prin colaborări intraspitalicești și regionale; posibilitatea de a deveni centru regional modern; creșterea importanței domeniului (după COVID-19); atragerea de personal și proiecte noi; implementarea digitalizării și tehnologiilor modern.
- **AMENINȚĂRI (Threats):** Pierderi financiare majore din cauza paturilor goale; riscul nerespectării indicatorilor de performanță asumați prin contractul cu Casa de Asigurări de Sănătate; risc de pierdere a finanțării PNRR; prelungirea relocării activității; creșterea costurilor de construcție; pierderea personalului medical; scăderea încrederii pacienților.

Concluzie analiza SWOT

Spitalul se află într-un moment de **tranziție critică**: are un potențial foarte mare datorită investițiilor, dar este vulnerabil din cauza întâzierilor și a funcționării provizorii. Dacă proiectul de renovare este dus la capăt la timp, instituția poate evolua semnificativ. Dacă nu, riscurile (financiare, operaționale și de imagine) sunt considerabile.

3. Identificarea problemelor critice

Problemele critice sunt acelea unde **slăbiciunile se intersectează direct cu amenințările** — adică zonele în care lucrurile pot deraja serios, nu doar funcționa suboptim, cu impact direct asupra calității serviciilor medicale.

Problemele critice majore din acest moment sunt:

3.1. Întârzierile lucrărilor de renovare și termenul limită PNRR

Cea mai sensibilă problemă este combinația dintre întârzierile mari (arheologie, execuție, management) și deadline-ul strict pentru finanțare. Dacă lucrările nu sunt accelerate rapid, există risc real de pierdere a fondurilor și de blocare a proiectului.

De ce e critic: ar transforma o oportunitate majoră într-un eșec structural pe termen lung, în defavoarea pacienților și a calității serviciilor medicale de care aceștia pot beneficia.

3.2. Fragmentarea activității și presiunea pe sistem

Mutarea în locații multiple duce la circuite medicale mai slabe, dificultăți logistice și suprasolicitarea personalului. În paralel, există riscul apariției unor noi valuri epidemiologice (în context post-COVID-19) sau creșterea adresabilității.

De ce e critic: afectează direct calitatea actului medical și siguranța pacientului, nu doar managementul.

3.3. Supradimensionarea unor compartimente cu adresabilitate scăzută (în special zona HIV/SIDA cronici și copii) concomitent cu subutilizarea resurselor disponibile afectează direct calitatea actului medical și eficiența financiară a unității.

De ce e critic- se suprapune contextual re-asezării numărului de paturi contractabile conform Planului Național de Paturi pentru perioada 2026-2028

3.4. Presiunea asupra personalului și risc de plecări

Condițiile actuale (provizorat, incertitudine, volum de muncă) pot duce la demotivare și migrarea medicilor și asistenților, iar un spital modernizat nu va funcționa eficient.

De ce e critic: resursa umană este greu de înlocuit și reconstruirea echipei durează ani.

3.5. Creșterea costurilor și blocaje administrative

Întârzierile și problemele neprevăzute (ex. arheologie) duc la costuri suplimentare, renegocieri și posibile dispute contractuale. În paralel birocrăția poate încetini și mai mult progresul.

De ce e critic: poate genera blocaje în lanț și chiar oprirea lucrărilor.

3.6. Încrederea publică scăzută și imagine afectată

După incendiul din 2021 și problemele actuale, percepția publică este fragilă. Dacă întârzierile continua pacienții pot evita spitalul și presiunea publică și politică crește.

De ce e critic: afectează utilizarea serviciilor și legitimitatea instituției.

Concluzie

Toate problemele duc, de fapt, la un **nucleu critic unic: capacitatea de management a proiectului în condiții de criză (timp, bani, logistică, resurse umane).**

4. Selecționarea problemelor prioritare în baza analizei indicatorilor medicali, financiari și administrativi, precum și a impactului direct asupra calității actului medical și siguranței pacientului are la bază necesitatea creșterii capacității instituției de a răspunde eficient provocărilor epidemiologice și nevoilor actuale ale sistemului sanitar, în scopul creșterii standardelor de calitate a serviciilor medicale prin optimizarea utilizării resurselor umane, materiale și financiare ale spitalului. Obiectivele SMART actuale sunt:

● **Obiectiv 1: Accelerarea finalizării lucrărilor și respectarea termenului PNRR (august 2026)**

Se impune abordarea imediată datorită presiunii de timp și a implicațiilor financiare, proiectul de renovare având impact și asupra celorlalte obiective majore.

● **Obiectiv 2: Restructurarea și avizarea unui nou plan de paturi în primele 6 luni de mandat, vizând creșterea ratei globale de utilizare a paturilor de la 44.07% la un minim de 60%.**

În contextual publicării în [Monitorul Oficial, Partea I nr. 360 din 30 aprilie 2026](#) a [Hotărârii nr. 360/2026 privind aprobarea Planului național de paturi pentru perioada 2026-2028.](#), adaptarea cât mai rapidă a resurselor la politicile de sănătate, ținând cont de adresabilitate reprezintă o necesitate.

Spitalul are potențial în a-și crește rolul ca centru regional pentru boli infecțioase grave, unitate mixtă (infecțioase și alte specialități deficitare) și centru de prevenție și control epidemiologic, prin:

Creșterea rolului în prevenție și sănătate publică prin valorificarea potențialului din următoarele direcții: vaccinare, screening (HIV, hepatite, TB), control focare;

Creșterea utilizării paturilor (fără să-și piardă rolul principal în controlul bolilor transmisibile) prin: concentrarea pe infecții cronice, cazuri complexe și pacienți imunodeprimați cu infecții recurente, infecții cronice majore (deja în sfera lor), infecții cronice tropicale sau rare, monitorizare pe termen lung, tratament antiretroviral, complicații Hepatita B și Hepatita C, evaluare periodică, tratament antiviral, complicații hepatice, Tuberculoza (forme cronice / rezistente), internări repetate, monitorizare tratament lung.

● **Obiectiv 3: Dezvoltarea și extinderea vizibilității Compartimentului de Îngrijiri Paliative, pentru a crește gradul de ocupare de la 29.32% la 70%, asigurând o calitate superioară a vieții pacienților terminali.**

Dat fiind că analiza nevoilor de îngrijire medicală a populației deservite, atât din punct de vedere geografic, cât și demografic, indică o adresabilitate în creștere și o piață a serviciilor medicale paliative nesaturată, există un potențial insuficient valorificat (HIV/SIDA avansat, Tuberculoză MDR/XDR, Hepatită cronică cu ciroză, sepsis cu evoluție nefavorabilă ,pacienți vârstnici cu infecții și comorbidități)

● **Obiectiv 4: Menținerea și îmbunătățirea duratei medii de spitalizare (actualmente la o medie excelentă de 4.71 zile), concomitent cu menținerea procedurilor stricte de combatere și de raportare a infecțiilor asociate asistenței medicale (IAAM).**

5.Dezvoltarea proiectului de management pentru top 3 probleme prioritare identificate, stabilite ca obiective prioritare din punct de vedere al urgenței (presiune de timp), impactului (asupra pacientului și spitalului), riscurilor (financiare, de resurse umane și de imagine/ încredere în sistem).

5.1. Accelerarea finalizării lucrărilor și respectarea termenului PNRR (august 2026) * - 4 luni

a. SCOP

Proiectul de modernizare se află în **etapa finală de implementare**, iar termenul limită PNRR (august 2026) este critic.

În luna mai 2026, stadiul lucrărilor indică existența unor întârzieri cumulate, ceea ce transformă perioada rămasă într-o **fază de recuperare accelerată (crash phase)**.

Prin urmare, asigurarea finalizării lucrărilor proiectului până la termenul PNRR (august 2026) implică implementarea unui plan de intervenție accelerată.

b. OBIECTIVE

Obiectiv general : Evitarea pierderii finanțării.

Obiective specifice: recuperarea întârzierilor în maximum 3–4 luni, creșterea ritmului de execuție cu minimum 40%, eliminarea blocajelor administrative în timp real;

c. ACTIVITĂȚI -prioritare (URGENTĂ)- Definire

A1 Audit rapid de situație (mai 2026)

- evaluare în 7–10 zile a stadiului real
- identificarea exactă a lucrărilor rămase
- stabilirea riscurilor critice

A2 Plan de recuperare accelerată

- refacerea graficului de execuție pe 3 luni
- eliminarea etapelor non-critice
- prioritizarea lucrărilor esențiale

A3 Mobilizare accelerată a șantierului

- suplimentare echipe muncitori
- lucru în 2–3 schimburi (dacă este posibil)
- livrare prioritară materiale

A4 Decizii administrative rapide

- procedură de aprobare accelerată
- eliminarea întârzierilor birocratice
- ședințe operative zilnice/săptămânale

A5 Monitorizare zilnică a progresului

- raport zilnic de șantier
- KPI: metri construiți / lucrări finalizate
- sistem de alertă pentru întârzieri imediat

Grafic Gantt (încadrare în timp: mai–august 2026)

Activitate	Mai	Iun	Iul	Aug
A1 Audit rapid	■			
A2 Replanificare	■	■		
A3 Execuție accelerată	■	■	■	■
A4 Decizii administrative	■	■	■	■
A5 Monitorizare zilnică	■	■	■	■

Resurse necesare:

Resurse umane

- manager de proiect (coordonare generală)
- ingineri constructori
- echipe suplimentare de muncitori
- diriginte de șantier
- reprezentanți instituționali pentru decizii rapide

Resurse materiale

- utilaje suplimentare
- materiale de construcții livrate prioritar
- echipamente IT pentru monitorizare zilnică
- infrastructură logistică extinsă

Resurse financiare

- buget PNRR existent
- posibile fonduri suplimentare de urgență (5–10%)

Responsabilități

- **Manager proiect:** coordonare generală și raportare finală
- **Constructor:** execuție în regim accelerat
- **Diriginte șantier:** verificare tehnică zilnică
- **Autorități locale:** decizii rapide și deblocare proceduri
- **Echipă monitorizare:** control zilnic al progresului

d. REZULTATE AȘTEPTATE

Implementarea unui plan de intervenție accelerată care se impune pentru respectarea termenului PNRR (august 2026), posibilă doar prin management de tip „crash project”.

În mai 2026, proiectul se află într-o **fază de intervenție de urgență**, în care succesul nu mai depinde de planificare pe termen lung, ci de:

- execuție accelerată
- decizie rapidă
- eliminarea blocajelor
- monitorizare permanentă

*S-a utilizat **orizont de 6 luni = plan operațional de recuperare a întârzierilor**, NU termen final PNRR adică 6 luni = perioada critică de „recuperare accelerată” și 2026 = termenul final real al finanțării.

e. INDICATORI (critici -KPI)

- **progres zilnic/săptămânal**

-**se monitorizează** prin rapoarte zilnice de șantier întocmite de antreprenor, centralizare săptămânală a stadiului fizic al lucrărilor, verificări în teren și fotografiile de progress, compararea progresului real cu graficul Gantt aprobat.

-**se evaluează** prin: procent de execuție realizat vs procent planificat, identificarea deviațiilor și stabilirea măsurilor corective, raport de progres transmis conducerii proiectului.

- **lucrări finalizate vs plan**

- **se monitorizează** prin: actualizarea periodică a listelor de activități și milestone-uri, verificarea recepției etapelor executate, urmărirea termenelor contractuale intermediare.

-**se evaluează** prin: calculul gradului de realizare (% realizat / % planificat); evidențierea activităților întârziate, analiză cauză–efect pentru abaterile identificate.

- **număr blocaje administrative**

-**se monitorizează** prin: registru dedicat blocajelor administrative, evidența avizelor, aprobărilor, situațiilor de plată și documentațiilor, raportarea săptămânală a problemelor care afectează ritmul lucrărilor.

- **se evaluează** prin: timp mediu de soluționare a blocajelor, impactul fiecărui blocaj asupra calendarului proiectului, clasificarea blocajelor după nivelul de severitate.

- **respectarea termenelor intermediare**

- **se monitorizează** prin: urmărirea milestone-urilor stabilite în graficul de execuție, ședințe operative săptămânale cu toate părțile implicate; actualizarea calendarului de implementare.

-**se evaluează** prin: număr de termene respectate vs termene depășite, analiza întârzierilor și a măsurilor de recuperare, evaluarea capacității antreprenorului de menținere a ritmului de execuție.

- **risc de întârziere (critic / ridicat / mediu)**

-se monitorizează prin:matrice de risc actualizată lunar, identificarea activităților critice din drumul critic al proiectului; monitorizarea resurselor, aprovizionării și fluxului financiar.

-se evaluează prin:clasificarea riscurilor în funcție de probabilitate și impact; stabilirea nivelului de alertă (critic – afectează termenul PNRR august 2026; ridicat – poate genera întârzieri majore; mediu – impact controlabil prin măsuri operative), implementarea planurilor de mitigare și urmărirea eficienței acestora.

RISURI ȘI MĂSURI

Nr.	Risc identificat	Probabilitate	Impact	Nivel risc	Măsuri de diminuare
1	Întârzieri în execuția lucrărilor	Mare	Critic	● Foarte ridicat	Monitorizare săptămânală a șantierului; penalități contractuale; plan de recuperare (recovery plan)
2	Blocaje în achiziții publice	Medie	Critic	● Ridicat	Pregătire anticipată documentații; reducerea timpilor SEAP; consultanță achiziții specializată
3	Întârzieri în avize și autorizații	Medie	Critic	● Ridicat	Depunere simultană a documentațiilor; responsabil unic avizare; comunicare permanentă cu autoritățile
4	Lipsa coordonării între proiectant–constructor–beneficiar	Mare	Major	● Ridicat	Ședințe săptămânale obligatorii; proiect manager unic; platformă digitală de urmărire proiect
5	Probleme tehnice neprevăzute în execuție	Medie	Major	● Mediu-ridicat	Verificare tehnică independentă; soluții rapide de modificare proiect; coordonare interdisciplinară
6	Neîncadrarea în termenul PNRR (august 2026)	Medie	Critic	● Critic	Plan de accelerare pe drum critic; execuție în paralel a lucrărilor; prioritizarea zonelor funcționale; raportare lunară către finanțator

5.2. Restructurarea și avizarea unui nou plan de paturi în primele 6 luni de mandat, vizând creșterea ratei globale de utilizare a paturilor de la 44.07% la un minim de 60%.

a. SCOP: Creșterea eficienței utilizării paturilor spitalicești prin restructurarea capacității funcționale și administrative a secțiilor, optimizarea fluxurilor de pacienți și avizarea unui nou plan de paturi adaptat cererii reale.

b. OBIECTIVE

Obiectiv general: Creșterea ratei de utilizare a paturilor de la **44,07% la minimum 60%** în 6 luni.

Obiective specifice:

1. Analiza utilizării actuale a paturilor pe secții (luna 1)
2. Identificarea secțiilor subutilizate și suprasolicitate
3. Elaborarea unui nou plan de paturi optimizat
4. Reorganizarea structurii funcționale a secțiilor
5. Obținerea avizelor necesare (DSP, Ministerul Sănătății, etc.)
6. Implementarea noului plan de paturi
7. Monitorizarea indicatorilor de performanță lunar

c. ACTIVITĂȚI prioritare

Definire

Faza 1 – Analiză inițială (Luna 1)

- Colectarea datelor privind internările, durata medie de spitalizare, gradul de ocupare
- Analiza fluxurilor de pacienți
- Identificarea dezechilibrelor de capacitate

Faza 2 – Planificare (Luna 2)

- Elaborarea mai multor scenarii de redistribuire a paturilor
- Consultare cu șefii de secție
- Selectarea variantei optime

Faza 3 – Elaborare plan nou de paturi (Luna 2–3)

- Reconfigurarea structurii pe secții
- Stabilirea numărului optim de paturi/sectie
- Corelare cu resursele umane

Faza 4 – Avizare (Luna 3–4)

- Depunere documentație către DSP
- Obținerea avizelor de la Ministerul Sănătății
- Ajustări conform observațiilor autorităților

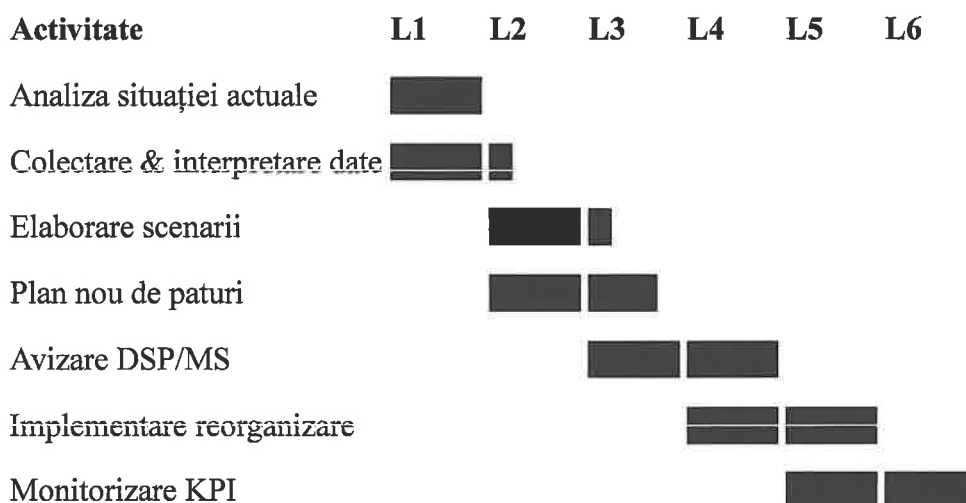
Faza 5 – Implementare (Luna 4–5)

- Reorganizarea efectivă a secțiilor
- Redistribuirea resurselor umane
- Ajustarea circuitelor pacienților

Faza 6 – Monitorizare și optimizare (Luna 5–6)

- Monitorizare lunară a gradului de ocupare
- Corecții operaționale
- Raport final de eficiență

Grafic GANTT (încadrare in timp 6 luni)



RESURSE NECESARE

Resurse umane

- Manager spital (coordonare proiect)
- Director medical
- Șefi de secție
- Epidemiolog
- Economist/analist financiar
- Compartiment statistică medicală
- Resurse umane
- IT (pentru date și raportare)

Resurse materiale

- Sistem informatic spitalicesc

- Software analiză date (Excel avansat)
- Documentație medical-administrativă
- Spații de lucru pentru echipa de proiect

Resurse financiare (estimativ)

- Consultanță și analiză: 20.000 – 40.000 RON
- Reorganizare logistică: 50.000 – 150.000 RON
- Training personal: 10.000 – 20.000 RON
- Total estimat: 80.000 – 210.000 RON

RESPONSABILITĂȚI

Manager de proiect (Director medical / Manager spital): coordonare generală, aprobare decizii strategice, relația cu autoritățile

Echipa de analiză: colectare și interpretare date, elaborare rapoarte

Șefi de secție: propuneri de reorganizare, implementare la nivel operațional

Compartiment statistică: monitorizare indicatori de ocupare, raportări lunare

Resurse umane: redistribuire personal medical, ajustare organigramă funcțională

DSP / Ministerul Sănătății (extern): avizare nou plan de paturi

d. REZULTATE AȘTEPTATE

- Creșterea eficienței utilizării paturilor la $\geq 60\%$
- Reducerea dezechilibrelor între secții
- Optimizarea costurilor per pacient
- Îmbunătățirea accesului pacienților la servicii

e. INDICATORI DE PERFORMANȚĂ (KPI)

- **Rata de ocupare paturi: $\geq 60\%$**

-**se monitorizează prin:** colectarea lunară a datelor privind numărul de zile de spitalizare; evidențierea numărului de paturi disponibile și utilizate; raportare separată pe secții și la nivel global.

-**se evaluează prin:** calculul ratei de ocupare, compararea valorii realizate cu ținta minimă de 60%; identificarea secțiilor cu grad redus de utilizare; analizarea tendinței de creștere sau scădere.

- **Durata medie de spitalizare**

- **se monitorizează prin:** urmărirea lunară a numărului total de zile de spitalizare, evidența numărului de pacienți externați, analiză pe secții și categorii de patologii.

- **se evaluează prin:** calculul duratei medii, compararea cu valorile istorice și standardele medicale, identificarea cazurilor cu spitalizare excesivă.

- **Rata de rotație a paturilor**

-se **monitorizează prin:** evidența numărului de pacienți externați pe fiecare pat/secție; raportare periodică privind fluxul de pacienți.

-se **evaluează prin:** calculul ratei de rotație, evaluarea eficienței utilizării capacității de spitalizare, identificarea secțiilor cu utilizare redusă sau supraîncărcare.

- **Grad de utilizare pe secții**

-se **monitorizează prin:** raport lunar privind ocuparea paturilor pe fiecare secție, analiza fluxului de pacienți pe specialități, monitorizarea variațiilor sezoniere.

- se **evaluează prin:** compararea gradului de ocupare între secții, identificarea secțiilor subutilizate sau suprasolicitate, evaluarea corelării dintre necesarul medical și capacitatea disponibilă.

- **Timp de internare/externare**

-se **monitorizează prin:** măsurarea duratei procesului administrativ de internare și externare, evidența timpilor de așteptare, colectarea feedback-ului pacienților.

- se **evaluează prin:** timp mediu de procesare a internării, timp mediu de finalizare a externării, identificarea blocajelor administrative sau medicale.

RISURI ȘI MĂSURI

Riscuri: rezistență la schimbare din partea personalului, întâzieri în avizare, subestimarea fluxului real de pacienți

Măsuri: implicarea timpurie a șefilor de secție, comunicare internă continuă, simulări de scenarii înainte de implementare

5.3. Dezvoltarea și extinderea vizibilității Compartimentului de Îngrijiri Paliative, pentru a crește gradul de ocupare de la 29.32% la 70%, asigurând o calitate superioară a vieții pacienților terminali

a. SCOP

Compartimentul de Îngrijiri Paliative din cadrul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase Constanța funcționează în prezent cu un grad de ocupare de 29,32%, sub capacitatea optimă de funcționare. Principalele cauze identificate sunt vizibilitate redusă a serviciilor oferite; informarea insuficientă a populației și medicilor trimitători; lipsa unor campanii de promovare; colaborarea cu rețeaua medicală și social care poate fi îmbunătățită.

b. OBIECTIVE

Obiectiv general: Creșterea accesului pacienților eligibili la servicii de îngrijiri paliative și îmbunătățirea calității vieții pacienților terminali și atingerea unui grad de ocupare de minimum 70%.

Obiective specifice: creșterea gradului de informare a populației privind serviciile de îngrijiri paliative cu minimum 50% în 12 luni, dezvoltarea unei rețele de colaborare cu medicii de familie și spitalele din județ, creșterea numărului de internări cu minimum 40%, îmbunătățirea condițiilor hoteliere și de confort pentru pacienți, creșterea gradului de satisfacție al pacienților și aparținătorilor, formarea continuă a personalului medical în domeniul îngrijirilor paliative.

c. ACTIVITĂȚI prioritare

Nr. crt.	Activitate	Definirea activității	Perioadă
1	Analiza situației existente	Evaluarea gradului de ocupare, adresabilității și cauzelor subutilizării	Luna 1
2	Elaborarea strategiei de promovare	Stabilirea canalelor și metodelor de promovare	Luna 1-2
3	Realizarea materialelor informative	Broșuri, pliante, afișe, bannere	Luna 2
4	Actualizarea site-ului și promovare online	Publicarea informațiilor privind serviciile oferite	Luna 2-3
5	Campanii de informare	Informarea populației prin mass-media și evenimente locale	Luna 3-12
6	Întâlniri cu medicii de familie	Prezentarea serviciilor și stabilirea circuitului de trimitere	Luna 3-12
7	Parteneriate instituționale	Colaborări cu spitale, ONG-uri și DGASPC	Luna 4-12
8	Formarea personalului medical	Participarea la cursuri și workshop-uri	Luna 4-8
9	Îmbunătățirea condițiilor hoteliere	Dotări și amenajări pentru confortul pacienților	Luna 4-10
10	Îmbunătățirea sistemului de feedback	Chestionare pentru pacienți și aparținători	Luna 5-12
11	Monitorizarea indicatorilor	Evaluarea periodică a rezultatelor	Permanent
12	Raport final și măsuri de sustenabilitate	Analiza rezultatelor și propuneri de continuitate	Luna 12

Grafic GANTT (încadrare în timp 12 luni)

	L1	L2	L3	L4	L5	L6	L7	L8	L9	L10	L11	L12
Analiza situației existente	■											
Elaborarea strategiei de promovare	■	■										
Realizarea materialelor informative		■										
Actualizarea site-ului și promovare online		■	■									
Campanii de informare			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Întâlniri cu medicii de			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Parteneriate instituționale				■	■	■	■	■	■	■	■	■
Formarea personalului medical				■	■	■	■	■				
Îmbunătățirea condițiilor hoteliere				■	■	■	■	■	■	■		
Îmbunătățirea sistemului de feedback					■	■	■	■	■	■	■	■
Monitorizarea indicatorilor	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Raport final și măsuri de sustenabilitate												■

RESURSE NECESARE

Resurse umane

Funcție	Responsabilități
Manager proiect	Coordonarea generală
Medic coordonator	Activitate medicală și indicatori
Asistenți medicali	Îngrijirea pacienților
Psiholog	Consiliere psihologică
Asistent social	Relația cu familia și instituțiile
Responsabil PR	Promovare și comunicare
Personal administrativ	Logistică și achiziții
IT administrator	Gestionare platforme online

Resurse materiale

Calculatoare și imprimante;
Materiale promoționale;
Mobilier medical și hotelier;
Consumabile medicale;
Echipamente multimedia;
Chestionare și formulare feedback.

Resurse financiare

Categoria	Cost estimativ (lei)
Materiale promoționale	15.000
Campanii media	20.000
Formare profesională	10.000
Dotări și amenajări	80.000
Consumabile și logistică	15.000
Monitorizare și evaluare	5.000
TOTAL	145.000

RESPONSABILITĂȚI

Activitate	Responsabil principal	Colaboratori
Management proiect	Manager spital	Echipa proiect
Activitate medicală	Medic coordonator	Personal medical
Promovare	Compartiment PR	Mass-media
Formare profesională	Director medical	Training intern/extern
Monitorizare indicatori	Compartiment statistică	Manager proiect
Feedback pacienți	RMC	Psiholog, Asistent social

d. REZULTATE AȘTEPTATE

- Creșterea gradului de ocupare la minimum 70%;
- Creșterea vizibilității compartimentului;
- Îmbunătățirea calității serviciilor;
- Creșterea satisfacției pacienților și aparținătorilor;
- Dezvoltarea unei rețele funcționale de colaborare medicală;
- Consolidarea imaginii instituției la nivel regional.

e. INDICATORI DE PERFORMANȚĂ

1. Creșterea gradului de ocupare la minimum 70%

-se evaluează prin: calcularea procentului de ocupare a paturilor din Compartimentul de Îngrijiri Paliative prin raportarea numărului total de zile de spitalizare la numărul total de zile disponibile ale paturilor.

- se monitorizează prin: colectare lunară a datelor, comparația trimestrială cu valoarea de referință de 29,32%, realizarea de rapoarte periodice către conducerea spitalului, analiză anuală a tendinței de ocupare.

2. Creșterea numărului de internări

-se evaluează prin: evoluția numărului de pacienți internați în compartiment pe durata implementării proiectului.

-se monitorizează prin: evidența lunară a internărilor, comparația cu perioada anterioară implementării proiectului, analiza semestrială a ritmului de creștere.

3. Numărul colaborărilor realizate

-se evaluează prin: numărul de parteneriate și colaborări încheiate cu medici de familie, ONG-uri, unități sanitare, autorități locale, furnizori de servicii sociale și medicale.

-se monitorizează prin: actualizarea permanentă a evidenței parteneriatelor, raportarea trimestrială privind colaborările active, evaluarea impactului colaborărilor asupra adresabilității serviciilor paliative.

4. Numărul campaniilor de informare

-se evaluează prin: cuantificarea numărului activităților și campaniilor de promovare și informare desfășurate pentru creșterea vizibilității compartimentului.

-se monitorizează prin: evidența lunară a campaniilor, analiza publicului atins și a canalelor utilizate, monitorizarea impactului asupra solicitărilor de internare.

5. Gradul de satisfacție al pacienților

-se evaluează prin: măsurarea nivelului de satisfacție al pacienților și aparținătorilor prin aplicarea de chestionare standardizate privind calitatea îngrijirilor, comunicarea cu personalul, condițiile de spitalizare, sprijinul emoțional acordat.

- se monitorizează prin: aplicarea chestionarelor la externare, centralizarea trimestrială a rezultatelor, analiza reclamațiilor și sugestiilor, implementarea măsurilor corective.

6. Numărul personalului instruit

-se evaluează prin: urmărirea numărului angajaților care participă la cursuri și sesiuni de formare în domeniul îngrijirilor paliative și comunicării cu pacienții terminali.

- se monitorizează prin: evidența participării la instruire, evaluarea cunoștințelor dobândite, monitorizarea aplicării competențelor în activitatea curentă.

RISURI ȘI MĂSURI DE PREVENIRE

Risc	Măsuri
Lipsa finanțării	Identificarea surselor alternative
Deficit de personal	Recrutare și formare
Reticența populației	Campanii de educare
Colaborare redusă	Întâlniri periodice și protocoale

Surse de finanțare

Bugetul spitalului, Consiliul Județean Constanța, sponsorizări și donații, fonduri europene și programe naționale.

Implementarea va conduce la dezvoltarea serviciilor de îngrijiri paliative din cadrul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase Constanța și la creșterea accesului pacienților terminali la servicii medicale specializate. Prin activități de promovare, colaborare și dezvoltare organizațională, compartimentul poate deveni un centru regional de referință în domeniul îngrijirilor paliative, contribuind semnificativ la îmbunătățirea calității vieții pacienților și familiilor acestora.

CONCLUZII

*Proiectul propune un proces continuu de dezvoltare instituțională centrat pe pacient, capabil să răspundă eficient atât nevoilor curente, cât și situațiilor epidemiologice speciale sau de criză sanitară, care să valorifice resursele spitalului, să valorifice know-how-ul de excepție al echipei medicale și să aducă plus valoare comunității, adică **un spital pregătit pentru provocările prezentului și ale viitorului.***

Bibliografie legislativă

I. LEGISLAȚIE ȘI ACTE NORMATIVE

A. Legislație sanitară generală

1. **Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății**, republicată, cu modificările și completările ulterioare.
2. **Legea nr. 46/2003 privind drepturile pacientului**, republicată.
3. **Legea nr. 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate.**
4. **Legea nr. 319/2006 privind securitatea și sănătatea în muncă.**
5. **Legea nr. 307/2006 privind apărarea împotriva incendiilor.**
6. **Legea nr. 53/2003 – Codul muncii**, republicată.
7. **Regulamentul (UE) 2016/679 (GDPR)** privind protecția datelor cu caracter personal.
8. **Legea nr. 190/2018** privind măsuri de punere în aplicare a GDPR.

B. Legislație privind managementul calității și acreditarea

9. **Ordinul ANMCS nr. 1312/2020** privind aprobarea categoriilor de acreditare a unităților sanitare cu paturi.
10. Standardele ANMCS pentru acreditarea spitalelor – ediția a II-a.
11. **Ordinul ministrului sănătății nr. 446/2017** privind aprobarea Standardelor, Procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor.
12. **Ordinul ministrului sănătății nr. 600/2018** privind aprobarea Codului controlului intern managerial.

C. Legislație privind prevenirea infecțiilor asociate asistenței medicale (IAAM)

13. **Ordinul MS nr. 1101/2016** privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale.
14. **Ordinul MS nr. 1761/2021** pentru aprobarea Normelor tehnice privind curățarea, dezinfecția și sterilizarea în unitățile sanitare.
15. **Ordinul MS nr. 1226/2012** privind gestionarea deșeurilor rezultate din activități medicale.
16. **Ordinul MS nr. 961/2016** privind normele tehnice pentru curățenie, dezinfecție și sterilizare.
17. **HG nr. 857/2011** privind stabilirea și sancționarea contravențiilor la normele din domeniul sănătății publice.

D. Legislație privind managementul spitalelor

18. **Ordinul MS nr. 1384/2010** privind modelul-cadru al contractului de management și indicatorii de performanță ai managerului spitalului public.
19. **Ordinul MS nr. 1520/2016** privind aprobarea Regulamentului pentru ocuparea funcției de manager persoană fizică.
20. **HG nr. 140/2018** privind pachetele de servicii și Contractul-cadru CNAS.

II. DOCUMENTE STRATEGICE ȘI GHIDURI OFICIALE

21. Strategia Națională de Sănătate 2023–2030 – Ministerul Sănătății
22. Planul Național de Prevenire și Combatere a Infecțiilor Asociate Asistenței Medicale.
23. Strategia națională pentru siguranța pacientului.
24. Documente și metodologii ANMCS
25. Ghidurile Institutului Național de Sănătate Publică privind supravegherea IAAM