

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
SPITALUL CLINIC DE RECUPERARE, MEDICINĂ FIZICĂ ȘI BALNEOLOGIE
EFORIE NORD

RAPORT DE ACTIVITATE
2025

CUPRINS

1.	Descrierea situatiei actuale a spitalului	
1.1.	Tipul si profilul spitalului.....	3
1.2.	Caracteristici relevante ale populatiei deservite.....	3
1.3.	Obiective generale.....	4
1.4.	Analiza SWOT.....	4
1.5.	Raport privind activitatea economico-financiară a spitalului.....	5
1.6.	Raport de activitate privind resursele umane și salarizarea	9
1.7.	Raport privind activitatea medicală	17
1.8.	Raport laboratorului de radiologie și imagistică medicală	21
1.9.	Raport laborator de analize medicale.....	23
1.10.	Raport privind activitatea Consiliului de administrație.....	28
1.11.	Raport privind activitatea de audituri interne și externe.....	32
1.12.	Raport privind activitatea SPIAAM.....	35
1.13.	Raport privind integritatea instituțională și etica profesională.....	37
1.14.	Raport privind gradul de satisfacție al pacienților.....	40
2.	Concluzii generale	48

1. Descrierea situatiei actuale a spitalului

1.1. Tipul și Profilul Spitalului

Spitalul Clinic de Recuperare, Medicină Fizică și Balneologie (SCRMFB) Eforie Nord este o unitate medicală publică de monospecialitate de interes național, aflată într-o stațiune balneoclimaterică permanentă, situată între Marea Neagră și extremitatea nord-estică a Lacului Techirghiol. Unitatea se află la o distanță de 15 km de orașul Constanța (Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța, Spitalul Militar de Urgență "Alexandru Gafencu" Constanța), 4 km de Eforie Sud (secția externă de RMFB a Spitalului Județean Constanța), 4 km de Techirghiol (Sanatoriul Balnear și de Recuperare Techirghiol), 5 km de autostrada A2 și 40 de km de Aeroportul Internațional Mihail Kogălniceanu. Spitalul este în subordinea directă a Ministerului Sănătății, fiind clasificat în categoria IIM.

Spitalul este acreditat în baza Ordinului Președintelui A.N.M.C.S. nr. 603 din 29.09.2016 și este încadrat în categoria a-II-a de acreditare, "Acreditat cu recomandări", în baza Ordinului Președintelui A.N.M.C.S. nr. 459/22.12.2023, în cadrul celui de al-II-lea ciclu de acreditare.

Prin parteneriatul cu U.M.F. "Carol Davila" București din 1974 când a fost înființată Secția Clinică și urmarea a activităților desfășurate, unitatea a căpătat o recunoaștere meritorie în mediul universitar românesc. În spital se desfășoară activitate didactică cu medicii rezidenți în specialitatea de RMFB (actual: medicina fizică și de reabilitare), activitate de cercetare clinică și activități de EMC pentru cadrele medii și pentru medici. În mod tradițional, în prima jumătate a lunii iunie, se organizează "școala de vară" pentru medici rezidenți în specialitate din cadrul UMF Carol Davila, dar și din alte centre universitare, privind utilizarea factorilor naturali de cura specifici litoralului românesc al Mării Negre și ai lacului Techirghiol (nămolul sapropelic și apa hipersalină a ghiolului, talasoterapia și climatoterapia specifică zonei de climat de litoral maritim), precum și pentru elementele specifice privind recuperarea în patologia degenerativă a coloanei vertebrale și alte teme moderne sau de actualitate.

SCRMFB din Eforie Nord oferă servicii de asistență medicală de tip profilactic (profilaxie primară și secundară pentru afecțiunile degenerative ale aparatului locomotor prin cura naturista cu helioterapie, onctiuni cu nămol și hidrokinetoterapie în lacul Techirghiol), curativ și de recuperare medicală (folosind termoterapie, electroterapie cu curenți de joasă și medie frecvență, ultrasunete, unde scurte, diapulse, magnetoterapie, laserterapie, drenaj limfatic, masoterapie, kinetoterapie individuală și de grup, hidrokinetoterapie, băi la cădă cu nămol și apă din ghiol).

1.2. Caracteristici relevante ale populației deservite

În cadrul analizei acestor caracteristici trebuie să ținem seama de diversitatea tipurilor de asistență medicală acordată în spital: în condiții de spitalizare continuă și în condiții de ambulator.

Patologia abordată în spitalul din Eforie Nord este reprezentată de afecțiunile aparatului locomotor de tip reumatismal (inflamator, degenerativ sau abarticular) sau posttraumatic/postoperator, afecțiuni de neuron motor periferic sau neuron motor central, afecțiuni dermatologice, afecțiuni ginecologice inflamatorii cronice, afecțiuni ale aparatului respirator, afecțiuni O.R.L. cronice.

Se poate remarca o adresabilitate relativ constantă în funcție de domiciliul pacienților, consemnându-se, încă din 1973, de la înființarea secției clinice, o proporție de aproximativ 50% pacienți din județul Constanța și 50% pacienți din alte județe și București, cu inerente variații anuale.

SCRMFB Eforie Nord, fiind unitate medicală de monospecialitate, oferă servicii medicale ce pot fi încadrate prin intermediul codificării diagnosticelor în grupa Z50 (Îngrijiri implicând proceduri de reabilitare), în mod particular în codul Z508 (Îngrijiri implicând alte proceduri de reabilitare; Educație privind activitățile vieții zilnice [ADL] NEC). Criteriul fundamental de internare a pacienților în secțiile

cu paturi este existenta unui deficit funcțional al sistemului neuro-mio-artro-kinetic, recuperabil sau ce poate fi ameliorat.

1.3.Obiective generale 2025

1.3.1.Menținerea și îmbunătățirea, după caz, în cadrul instituției, a unei atitudini generale de constientizare în ceea ce privește misiunea entității, obiectivele acesteia, precum și integritatea personală și profesională.

1.3.2.Îmbunătățirea calității serviciilor, prin eficiență, economicitate și eficacitate ținând cont de valori cum ar fi echitatea și dreptatea, precum și prin identificarea elementul de nesiguranță ce se poate materializa în orice activitate.

1.3.3.Menținerea și îmbunătățirea după caz a politicilor și procedurilor stabilite pentru abordarea riscurilor în vederea atingerii obiectivelor instituției.

1.3.4.Asigurarea unui nivel calitativ al sistemului informațional prin îmbunătățirea unui sistem care sa fie adecvat, oportun, actual, corect și accesibil, și care să permită conducerii luarea deciziilor corecte.

1.3.5.Digitalizarea Spitalului Clinic de Recuperare, Medicină Fizică și Balneologie Eforie Nord prin implementarea proiectului „PNRR 13.3 - Eforie”

1.3.6.Reparația curentă a spațiului de fizioterapie aflat în conservare în Ambulatoriul nr. 2 și augmentarea sistemului computerizat de kinetoterapie cu dispozitive suplimentare de evaluare, terapie și de recuperare cardio - vasculară.

1.4.Analiza SWOT

1.4.1.Analiza mediului intern

I. PUNCTE FORTE (STRENGTHS)	II. PUNCTE SLABE (WEAKNESSES)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Terapia de recuperare este mult solicitata 2. Factorii naturali de cura - apa si namolul de Techirghiol - unicat, eficient, apreciat 3. Forta de munca - calificare inalta, matura 4. Brand-urile "Grand" si "Efosan" recunoscute in randul pacienților si al lumii medicale 5. Pavilioane de bai reci pe malul lacului Techirghiol - solicitate in sezonul cald 6. Singurul spital cu acces atat la litoralul Marii Negre (solar) cat si al lacului Techirghiol 7. Traditie didactica (post)universitara-parteneriat cu UMF Carol Davila 8. Bloc alimentar si spalatorie proprii 9. Laboratorul de RMFB -sistem de kinetoterapie computerizat unic in sistemul public 10. Proiect de digitalizare prin PNRR in desfasurare pentru sistemul informatic 11. Studii de fezabilitate/DALI finalizate pentru reparatie/extindere/dotare/modernizare 12. Stabilitate financiara si a resursei umane 13. Sistem informatic unitar, upgradabil 14. Preluarea unor obiective de infrastructura de la 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Număr mic de paturi raportat la cererea de servicii in regim de intemare continua 2. Conditii hoteliere fara grad ridicat de confort 3. Infrastructura si instalatii vechi 4. Unele circuite medicate - greu de adaptat conform nonnelor actuale 5. Alimentatia - finantare insuficienta 6. Lipsa unei farmacii cu circuit inchis 7. Baza de tratament - circuite insuficient de bune, greu de modificat; putine echipamente moderne de fizioterapie 8. Posibila inertie a personalului la schimbare 9. Laboratorul de radiologie si imagistica - fara RM si DEXA; realizeaza suboptimal cantitativ serviciile 10. Probleme patrimoniale nerezolvate pentru unele obiective de infrastructura aflate in administrare 11. Promovare insuficienta a serviciilor 12. Actualizarea procedurilor operationale este cronofaga 13. Spatiul verde al spitalului nu prezinta facilitati de recuperare

DSP Constanta, pentru dezvoltarea spitalului	
--	--

1.4.2. Analiza mediului extern

I. OPORTUNITATI (OPORTUNITIES)	II. AMENINTARI (THREATS)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Cresterea veniturilor proprii ale spitalului prin cresterea ponderii serviciilor medicale la cerere in toate compartimentele 2. Finantari de la M.S./fonduri europene ptr dotarea cu echipamente, reabilitarea infrastructurii, pregatirea personalului, activitati de CDI cresterea suplimentara a eficientei energetice din resurse proprii sau din fonduri europene/guvernamentale 3. Realizarea de DALI/SF in vederea introducerii in circuitele medicate a unor spatii aflate in conservare 4. Crearea unui nucleu de cercetare; realizarea de activitati de CDI 5. Cresterea numarului si valorilor contractelor de prestari de servicii medicale cu terti (hotelieri, asiguratori s.a.) in ambulator 6. Protocoale de colaborare cu sectii clinice ale UMFCD pentru a asigura trasabilitatea pacientilor pentru recuperare si/sau CDI 7. Reluarea activitatilor de EMC 8. Introducerea de servicii medicate sau de formare profesionala noi/de nisa 9. Parteneriate public-privat cand legislatia o va permite 10. Utilizarea digitalizarii, realitatii virtuale/augmentate, a holoportarii si a inteligentei artificiale in dezvoltarea serviciilor medicale si in promovarea acestora 11. Dezvoltarea suplimentara a bunei colaborari cu MS si/sau national 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Finantare insuficienta a serviciilor de catre CJAS 2. Concurenta neloiala pentru serviciile din domeniul recuperarii medicale 3. Insuficiente surse de finantare pentru realizarea proiectelor de infrastructura 4. Insuficient personal bine pregatit in piata fortei de munca care sa suplinească pensionarile personalului actual, necesitand alocare de resurse suplimentare pentru pregatirea acestuia 5. Instabilitatea legislativa care necesita analiza cronofaga si riscuri in realizare, deciziilor 6. Riscuri/situatii de urgenta neprezavute cu adaptare dificilă

1.5. RAPORT PRIVIND ACTIVITATEA FINANCIAR-CONTABILĂ

Perioada: an 2025

Instituția: Spitalul Clinic RMFB Eforie Nord

Responsabil: Bădan Adriana-director financiar contabil

Departament: Financiar-Contabil

Data întocmirii: martie 2026

1.5.1. Introducere

Prezentul raport reflectă activitatea desfășurată de compartimentul financiar-contabil în anul 2025, evidențiind execuția bugetară, situația financiară și principalele activități realizate, în conformitate cu legislația în vigoare.

Activități desfășurate

1. Buget și execuție bugetară

În anul 2025, activitatea financiar-contabilă a vizat:

- elaborarea și actualizarea bugetului de venituri și cheltuieli
- monitorizarea execuției bugetare
- raportarea către instituțiile competente

Execuția bugetului de venituri :

- venituri realizate(incasari) = 33.610.015 lei
- buget aprobat = 58.878.223 lei
- grad de realizare = 57,08%

Veniturile aferente proiectelor finanțate din fonduri externe PNRR nu au fost realizate, deși au fost prevăzute în buget (5.878.000 lei), ca urmare a nealocării la timp a fondurilor.

Această situație a fost determinată de:

- nealocarea la timp a fondurilor aferente PNRR
- neîncheierea actelor adiționale necesare actualizării valorii contractelor (inclusiv ajustarea TVA)

În lipsa acestor elemente, nu au fost îndeplinite condițiile legale și financiare pentru angajarea și efectuarea cheltuielilor aferente investițiilor.

Execuția cheltuielilor:

- total cheltuieli = 29.441.713 lei
- grad de realizare = 50%

Structură:

- cheltuieli de personal = 84,09%
- bunuri și servicii = 57,49%
- cheltuieli de capital = 18,19%

Cheltuielile au fost efectuate în limita finanțărilor disponibile și a cadrului legal existent, execuția fiind influențată în principal de neimplementarea componentelor de investiții și a finanțărilor externe, în contextul nealocării fondurilor și al nefinalizării cadrului contractual necesar (inclusiv ajustarea TVA).

Nivelul redus al execuției la cheltuielile de capital este determinat de neutilizarea sumelor alocate, inclusiv a celor aferente proiectelor finanțate din PNRR, precum și de menținerea justificată a disponibilului din excedentul anilor anteriori pentru cofinanțarea proiectului strategic FEDR-Ambulatoriul II

Gestionarea plăților și încasărilor:

- derularea operațiunilor de angajare, lichidare, ordonanțare și plată
- plata drepturilor salariale și a obligațiilor bugetare
- achitarea facturilor către furnizori în termen
- monitorizarea încasărilor din contractele cu CJAS

Declarații și contribuții

- depunerea declarațiilor conform termenelor legale
- calculul și plata contribuțiilor
- corelarea evidențelor financiar-contabile cu cele salariale

Control financiar și audit

- pregătirea documentației pentru audit și controale

- implementarea măsurilor dispuse (nu a fost cazul)
- exercitarea controlului financiar preventiv
- respectarea cadrului legal privind utilizarea fondurilor publice

Indicatori financiari relevanți

Execuția bugetară față de bugetul de cheltuieli aprobat;	55,55%
Procentul veniturilor proprii din totalul veniturilor spitalului (sintagma venituri proprii înseamnă, în cazul acestui indicator, toate veniturile proprii ale spitalului public, mai puțin sumele încasate în baza contractelor încheiate cu casa de asigurări de sănătate;	18,83%
Procentul cheltuielilor de personal din totalul cheltuielilor spitalului;	36,69%
Procentul cheltuielilor cu medicamente din totalul cheltuielilor spitalului;	0,30%
Costul mediu/zi de spitalizare pe spital;	525,17

Interpretarea indicatorilor:

- gradul de realizare a execuției bugetare (55,55%), calculat prin raportarea plăților efectuate la prevederile bugetare aprobate ajustate prin excluderea sumelor aferente PNRR neutilizate în perioada analizată, este influențat de neimplementarea componentei de investiții și a proiectelor finanțate din fonduri externe, fără impact asupra activității curente a unității
- ponderea veniturilor proprii (18,83%) reflectă nivelul încasarilor din servicii medicale contra cost și alte activități proprii (Bai Reci), fiind influențată de gradul de adresabilitate și capacitate de prestare a unității
- ponderea cheltuielilor de personal în totalul cheltuielilor spitalului (36,69%) indică un nivel echilibrat al structurii de cheltuieli, se încadrează în limite sustenabile, asigurând echilibrul bugetar
- nivelul redus al cheltuielilor cu medicamentele (0,30%) este determinat de specificul activității unității (recuperare medicală), unde consumul de medicamente este limitat
- costul mediu/zi de spitalizare (525,17 lei) se menține în parametri comparabili cu nivelul asumat.

Situația financiară la 31.12.2025

- venituri totale: 33.633.550 lei
- cheltuieli totale: 27.791.027 lei
- rezultat patrimonial: excedent 5.842.523 lei

Active

Activele fixe au evoluat ca urmare a:

- reevaluării patrimoniului
- preluării a 2 imobile
- derulării investițiilor și documentațiilor tehnice

Active în curs de execuție: 2.467.129 lei

Activele în curs de execuție reflectă documentații tehnice și investiții aflate în diferite stadii de pregătire, fără a fi finalizate în perioada analizată.

Active fixe corporale: 5.216.142 lei

Activele fixe corporale au evoluat ca urmare a reevaluării patrimoniului, preluării a 2 imobile și derulării investițiilor.

Stocuri

- început an: 2.948.119 lei
- sfârșit an: 2.926.363 lei

Stocurile au înregistrat un nivel relativ constant.

Creanțe

-cont 411: 20.848 lei

-cont 418: 1.142.334 lei

Creanțele sunt generate de serviciile medicale prestate aferente lunii decembrie 2025 și nefacturate/nedecontate.

Datorii

-furnizori: 262.484 lei

-obligații bugetare (contributii salarii): 529.215 lei

-salarii: 748.195 lei

Obligațiile au fost gestionate în concordanță cu termenele legale.

Disponibilități

Disponibil la 31.12.2025: 23.984.228 lei

Excedent anual: 4.168.303 lei

Excedentul este determinat de diferența dintre veniturile realizate și cheltuielile efectuate.

Probleme întâmpinate

Problemele întâmpinate au fost generate de factori externi unității:

-nealocarea la timp a fondurilor aferente proiectelor PNRR

-lipsa actelor adiționale pentru actualizarea valorii contractelor (inclusiv TVA)

-imposibilitatea efectuării platilor în lipsa finanțării PNRR

-disfuncționalități în aplicația FOREXEBUG

-modificări legislative frecvente

Concluzii și recomandări

Activitatea financiar-contabilă s-a desfășurat în conformitate cu prevederile legale, fiind asigurată evidența corectă a operațiunilor și gestionarea resurselor financiare.

Execuția anului 2025 evidențiază:

-efectuarea cheltuielilor în limita finanțărilor disponibile

-existența unui excedent bugetar

-un grad redus de realizare a investițiilor, determinat de lipsa finanțării și neimplementarea proiectelor cu finanțare externă

Gradul redus de realizare a veniturilor și cheltuielilor aferente proiectelor PNRR nu este imputabil unității, fiind determinat de nealocarea la timp a fondurilor și de neactualizarea cadrului contractual (act adițional privind ajustarea TVA)

Execuția bugetară la data de 31.12.2025 evidențiază un grad de realizare sub nivelul previzionat, determinat în principal de neimplementarea componentelor de investiții și a finanțărilor externe.

Diferențele înregistrate nu sunt generate de activitatea curentă a unității, veniturile din servicii medicale și contractele cu Casa de Asigurări de Sănătate fiind realizate și, în unele cazuri, depășite.

Principalele cauze ale nerealizării bugetului sunt:

-neîncasarea sumelor aferente proiectului PNRR, ca urmare a neparcurgerii etapelor de implementare și a neîncheierii la timp a documentelor necesare (inclusiv act adițional privind actualizarea TVA)

-neutilizarea sumelor alocate la cheltuieli de capital, în contextul în care investițiile nu au fost demarate în perioada analizată

-menținerea disponibilului din excedentul anilor precedenți, repartizat inițial pentru investiții, a fost determinată de necesitatea asigurării cofinanțării proiectului cu finanțare externă nerambursabilă (FEDR- Ambulatoriul II), reprezentând o masura de prudenta și management financiar.

În aceste condiții, nivelul execuției nu reflectă disfuncționalități în activitatea operațională a unitatii, ci este rezultatul unor factori externi și al unor decizii justificate de management financiar.

Pozitia financiara a unității rămâne stabila, fiind asigurata capacitatea de finanțare a proiectelor viitoare și continuitatea activitatii.

1.6. RAPORT PRIVIND ACTIVITATEA RESURSELOR UMANE ȘI SALARIZĂRII PERSONALULUI

Are un rol esențial în gestionarea eficientă a resurselor umane din cadrul Spitalului Clinic de Recuperare, Medicină Fizică și Balneologie Eforie Nord. Serviciul Resurse umane se ocupă în general, cu gestionarea personalului, asigurând conformitatea cu legislația muncii și reglementările din domeniul sănătății.

1.6.1. Atribuții

Participă la elaborarea structurii organizatorice, organigramă, R.O.F., R.O.I.

Elaborează statul de funcții al unității;

Coordonează procedura de organizare a concursurilor și cea de promovare în grade, funcții sau trepte profesionale a personalului angajat în cadrul spitalului;

Gestionează întocmirea contractelor de muncă și a actelor adiționale, decizii privind încadrarea, promovarea, sancționarea, suspendarea sau încetarea raporturilor de muncă;

Coordonează procedura de evaluare anuală a performanțelor;

Centralizează planul anual de formare profesională a personalului;

Urmărește activitatea de reactualizare a fișelor de post de către șefii de departamente;

Asigură întocmirea statelor de plată și celelalte documente necesare plății salariilor;

Stabilește drepturile salariale ale personalului;

Completează și păstrează Registrului General de Evidență al salariaților Revisal;

Întocmește dosare de pensionare;

Asigură repartizarea informațiilor;

Urmărește în permanență dacă mesajele/e-mailurile/corespondența au fost recepționate/transmise și au ajuns la destinație;

Sortează și înregistrează corespondența primită în registrul intrări – ieșiri;

Tehnoredactează diferite materiale și redactează corespondența zilnică;

Convoacă la ședințe, întruniri participanții;

Întocmește situațiile statistice din spital;

Calculează indicatorii specifici prin care se analizează activitatea spitalului;

Colectează și prelucrează date pentru întocmirea situațiilor statistice;

Întocmește situații cu privire la activitatea spitalului, solicitate de diverse instituții publice- Ministerul Sănătății, Casa Județeană de Asigurări de Sănătate, Casa de Pensii, Administrația Financiară, Direcția de Sănătate Publică;

Generează calculului influențelor financiare determinate de creșterile salariale solicitate de C.J.A.S Constanța;

Întocmește documentelor justificate în vederea acordării voucherelor de vacanță;

Întocmește documentația necesară pentru memorandumurile centralizate de M.S.;

Oferă consultanță către colegii din alte departamente cu privire la legislația R.U.;

Întocmește dosarul cu certificate de concediu pentru incapacitate temporară de muncă ale salariaților, pentru C.A.S. Constanta și transmiterea către instituție;

Evidențiază situația anuală a concediilor fără plată și absențelor nemotivate;

Verifică datele necesare pentru întocmirea rapoartelor periodice cu privire la managementul calității în sectorul resurse umane;

Participă la întocmirea planului de măsuri privind îmbunătățirea calității în sectorul de activitate al resurselor umane;

Elaborează, verifică și revizuieste procedurile de lucru la nivel de activitate a resurselor umane;

Cunoaște și aplică prevederilor O.S.G.G. nr. 600/2018 privind aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice;

Participă la întocmirea listelor privind sarcinile elementare și riscurile asociate acestora;

Răspunde de aplicarea măsurilor privind gestionarea riscurilor asociate activității proprii precum și reevaluarea periodică a riscurilor proprii;

Asigură continuitatea activității la nivelul structurii și aplicarea măsurilor necesare în situații critice, care afectează activitatea;

Identifică măsurile de rezolvare a neconformităților și le aplică funcție de decizia luată de conducere în acest sens

Activități de secretariat al Consiliului etic al spitalului

Activități cu privire la protecția informațiilor clasificate din spital

Responsabil cu declarațiile de avere și interese

1.6.2. Obiective specifice. Activități. Documente justificative.

Etica și integritatea

S-a avut în vedere implementarea prevederilor la nivelul serviciului și asigurarea instruirii periodice a angajaților privind etica profesională, precum și monitorizarea respectării normelor de conduită și să ia măsuri disciplinare dacă este cazul.

Obiectiv 1. Codul de conduita etică și profesională a fost luat la cunoștință la nivelul Serviciului Runos prin intermediul procesului verbal nr.6104/13.12.2024.

Obiectiv 2. Conținutul procedurii privind Consolidarea integrității instituționale și prevenirea corupției a fost luat la cunoștință prin intermediul procedurii privind elaborarea și actualizarea declarațiilor de avere și interese ale persoanelor cu funcții de conducere- analiză eficiență și eficacitate P.O. NM 77 -4563/27.09.2024 și raport de analiză P.O. NM 77 -4564/27.09.2024.

Obiectiv 3. Identificarea problemelor individuale și, implicit, organizaționale are în vedere evaluarea personalului conform legislației în vigoare, activitatea care se realizează prin evaluarea performanțelor profesionale la nivelul serviciului pentru anul 2025 în conformitate cu adresa nr. 6419/15.12.2025.

Atribuții, funcții, sarcini

Scopul a fost ca fiecare angajat să cunoască exact ce trebuie să facă, cum și în ce limite de competență.

Obiectiv 1. Cunoașterea conținutului ROF si ROI privind atribuțiile generale ale Spitalului Clinic RMFB Eforie Nord se realizează prin luarea la cunoștință a conținutului ROF si ROI- acțiuni actualizate prin proces verbal 6104/13.12.2024, coroborat cu Lista obiectivelor specifice Serviciului RUNOS 6273/20.12.2024.

Obiectiv 2. Stabilirea și formularea atribuțiilor specifice pentru fiecare angajat din cadrul Serviciului RUNOS se realizează prin actualizarea fișelor de post pentru anul 2024 și prin evaluarea performanțelor angajaților din serviciu în conformitate cu adresa nr. 6419/15.12.2025.

Obiectiv 3 și 4. Identificarea funcțiilor sensibile din cadrul Serviciului RUNOS, precum și cunoașterea procedurii privind funcțiile sensibile are în vedere întocmirea inventarului funcțiilor sensibile și persoanele care ocupă aceste funcții în cadrul Serviciului RUNOS. Funcțiile sensibile din cadrul serviciului au în vedere activitatea de coordonare și organizare a șefului de serviciu, salarizarea și întocmirea declarațiilor de avere și interese de către personalul din serviciu conform Inventarului funcțiilor sensibile aferente Serviciului Runos 6309/23.12.2024 și actualizată prin Inventarul funcțiilor sensibile aferente Serviciului Runos 15/05.01.2025.

Obiectiv 5. Stabilirea activităților Serviciului RUNOS, pentru anul 2025 are în vedere elaborarea planului de activități pentru anul 2025.

Competență și performanță

S-a avut în vedere evaluarea periodică a competențelor personalului RUNOS., planificarea și desfășurarea de cursuri de perfecționare, precum și stabilirea clară a responsabilităților fiecărui angajat.

Obiectiv 1. Asigurarea concordanței între competențelor și sarcinile încredințate se realizează prin elaborarea, analizarea și actualizarea fișelor post ale personalului din cadrul Serviciului Runos pentru anul 2025, după caz.

Obiectiv 2. Performanțele angajaților sunt evaluate cel puțin anual și se realizează prin luarea la cunoștință a angajaților Serviciului RUNOS cu privire la conținutul procedurii P.O. NM 043 privind Evaluarea performanțelor profesionale individuale – proces verbal 6161/05.12.2025.

Obiectiv 3. Evaluarea performanțelor Serviciului RUNOS conform atribuțiilor și responsabilităților stabilite la nivelul serviciului se realizează prin stabilirea atribuțiilor și responsabilităților la nivelul Serviciului RUNOS, activitate realizată prin Lista de obiective specifice Serviciului Runos pentru anul 2025- 11/05.01.2025.

Obiectiv 4. Asigurarea accesului/participării tuturor angajaților la cursuri de formare profesională se realizează prin întocmirea Planului de formare profesională la nivelul Serviciului RUNOS pentru anul 2025 cu nr.254/16.01.2025.

Structura organizatorică

S-a avut în vedere clarificarea relațiilor de subordonare și colaborare între departamente, actualizarea fișelor de post în conformitate cu legislația în vigoare, precum și monitorizarea și optimizarea proceselor interne pentru eficientizare.

Obiectiv 1. Cunoașterea de către personalul din cadrul Serviciului RUNOS a prevederilor actului normativ de organizare și a organigramei a fost realizată prin intermediul procesului verbal 6104/13.12.2024, precum și prin postarea acestora pe rețeaua Intranet și pe site-ul unității.

Obiectiv 2. Respectarea competențelor sarcinilor și obligațiilor asociate postului are în vedere luarea la cunoștință a angajaților a prevederilor fișelor de post și întocmirea rapoartelor de informare privind îndeplinirea sarcinilor – raport activitate Runos 2025 – 11/05.01.2025.

Obiective

S-a avut în vedere definirea clară a obiectivelor specifice, monitorizarea indicatorilor de performanță ai departamentului RUNOS și integrarea obiectivelor RUNOS în strategia generală a spitalului.

Obiectiv 1. Cunoașterea de către personalului din cadrul Serviciului RUNOS a obiectivelor specifice, a activităților necesare pentru îndeplinirea acestora, a responsabililor și a termenelor de realizare a acestora este realizată prin luarea la cunoștință a planului de obiective specifice, activitatea realizată prin postarea în rețeaua internă a Planului de obiective specifice pentru anul 2025 cu nr.11/05.01.2025.

Obiectiv 2 și 3. Stabilirea obiectivelor și a activităților necesare pentru îndeplinirea acestora se realizează prin elaborarea Planului de obiective specifice pentru anul 2026.

Obiectiv 4. Cunoașterea de către personalul Serviciului RUNOS a obiectivelor generale ale Spitalului Clinic R.M.F.B. Eforie Nord. Acesta se realizează prin informare privind obiectivele generale ale

Spitalului Clinic RMFB Eforie Nord, activitate realizată prin Plan strategic elaborat, avizat de catre C.A. si postat in rețeaua interna a unității sanitare pentru perioada 2021-2025 cu nr. 6906/31.12.2021.

Planificarea activităților

S-a avut în vedere definirea de obiective clare, măsurabile și aliniate cu strategia generală prin:

Elaborarea planurilor de acțiune – Crearea unor planuri anuale/multianuale care includ activități, termene și responsabili

Monitorizarea și actualizarea planurilor – Evaluarea periodică a implementării planului și ajustarea acestuia în funcție de rezultate și schimbările din mediu

Corelarea cu resursele disponibile – Planificarea trebuie să țină cont de buget, resurse umane și infrastructură

Integrarea în sistemul de control intern managerial – Asigurarea că planificarea contribuie la o mai bună organizare și gestionare a riscurilor

Obiectiv 1. Cunoașterea de către personalul din cadrul Serviciului RUNOS a obiectivelor generale ale Spitalului Clinic RMFB Eforie Nord are în vedere analiza Planului strategic elaborat, avizat de către C.A. si postat in rețeaua interna a unității sanitare pentru perioada 2021-2025 cu nr. 6906/31.12.2021.

Obiectiv 2. Stabilirea obiectivelor si a activităților specifice, in concordanta cu cele generale, pentru anul 2025 se realizează prin întocmirea Planului de obiective și activități specifice Serviciului RUNOS pentru anul 2025.

Obiectiv 3. Monitorizarea stadiului de realizare a obiectivelor si activităților specifice se realizează prin elaborarea Raportului privind gradul de realizare a obiectivelor si activităților specifice, pentru anul 2025 cu nr.11/05.01.2025

Monitorizarea performanțelor în cadrul serviciului

În cadrul serviciului a fost implementat unui sistem de evaluare periodică a performanței angajaților și alinierea obiectivelor individuale la strategia generală a instituției.

Obiectiv 1. Monitorizarea stadiului de realizare a obiectivelor si activităților specifice se realizează prin Rapoartele de activitate anuale pentru anul 2025 cu numărul 16/05.01.2025 și raportul privind îndeplinirea obiectivelor specifice an 2025.

Obiectiv2. Monitorizarea gradului de implementare a standardelor Controlului intern managerial se realizează prin autoevaluarea anuală, activitate realizată prin intermediul Chestionarului de autoevaluare al Serviciului Runos cu numărul 9/05.01.2025.

Managementul riscurilor

În perioada raportată s-au desfășurat activități privind identificarea, evaluarea și gestionarea riscurilor în Serviciul de Resurse Umane, pentru a preveni probleme care ar putea afecta activitatea și obiectivele organizației. Serviciul Resurse Umane trebuie să gestioneze riscurile asociate cu administrarea personalului, conform legislației și procedurilor interne.

Situațiile generatoare de întreruperi în conformitate cu Inventarul situatiilor care pot conduce la discontinuități ale activității serviciul Runos 10/05.01.2025:

Lipsa șefului de serviciu prin încetarea raporturilor de serviciu.

Întreruperea temporara a energiei electrice.

Defecțiunea echipamentelor informatice.

Întreruperea temporara a accesului la internet.

Lipsa persoanelor din cadrul serviciului pe perioada concediului medical/de odihna/ întreruperea raporturilor de serviciu

Lipsa consumabilelor specifice activității de serviciu.

Distrugerea sau pierderea documentelor.

Aplicarea Standardului 8 în Serviciul RU:

Identificarea riscurilor specifice

Riscuri administrative: erori în documente, întârzieri în salarizare, neconformități în REGES

Riscuri legale: încălcarea legislației muncii, probleme cu ITM, litigii de muncă

Riscuri operaționale: lipsa personalului esențial, dificultăți în recrutare, fluctuație mare de personal

Riscuri legate de securitatea datelor: scurgeri de informații privind personalul, acces neautorizat la documente

Evaluarea riscurilor

Analiza impactului fiecărui risc asupra activității spitalului

Estimarea probabilității de apariție a riscurilor și a consecințelor acestora

Întocmirea unui registru al riscurilor, care trebuie actualizat periodic

Măsuri de prevenire și control

Proceduri clare pentru recrutare, salarizare și gestionarea documentelor

Automatizarea proceselor pentru a reduce erorile umane (ex. sisteme informatice pentru evidența personalului)

Formarea continuă a personalului RU pentru a evita greșelile administrative

Securizarea datelor personale prin acces restricționat și backup periodic

Monitorizarea și actualizarea riscurilor

Revizuirea periodică a riscurilor identificate

Testarea eficienței măsurilor luate și ajustarea lor dacă este necesar

Rapoarte periodice către conducerea spitalului privind riscurile și soluțiile implementate

Obiectiv 1, 2, 3 și 4. Identificarea riscurilor în strânsă legătură cu obiectivele stabilite și activitățile din cadrul Serviciului RUNOS, managementul și gestionarea riscurilor aferente activităților desfășurate în cadrul Serviciului RUNOS, identificarea măsurilor de control pentru riscurile semnificative și monitorizarea acestora are în vedere analizarea riscurilor identificate și gestionate, conform reglementării existente la nivelul unității, actualizarea registrului de riscuri în conformitate cu PS 08, ed. 2-Prevenirea riscurilor previzibile-managementul riscurilor, precum și informarea cu privire la acestea,, activități realizate prin raportul anual privind desfășurarea procesului de gestionare al riscurilor pentru anul 2025 în cadrul Serviciului Runos-14/05.01.2025.

Obiectiv 5. Desemnarea unui responsabil cu riscurile se realizează prin intermediul dispoziției 175/02.12.2024 în care sunt menționați toți responsabilii de riscuri pe unitate

Activități procedurabile

Obiectiv 1. Actualizarea procedurilor elaborate la nivelul unității, în acord cu schimbările legislative și cu procedura de sistem ce reglementează modul de elaborare al procedurilor, PS 00 are în vedere verificarea noutăților legislative, precum și rapoartele de analiză privind conformitatea procedurilor.

Din lista legislației uzuale din cadrul Serviciului Runos menționăm:

- Legea 153/2017 privind salarizarea personalului plătit din fonduri publice
- Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății
- Legea nr. 53/2003-Codul Muncii, cu modificările și completările ulterioare
- Ordinul 974/2020 privind stabilirea criteriilor de evaluare a performanțelor profesionale individuale pentru personalul contractual
- Ordinul 600/2018 privind aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice
- Ordinul MS 870 din 2004 privind timpul de muncă, organizarea și efectuarea gărzilor cu modificările și completările ulterioare
- OUG 158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate

- Legea 227/2015 Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare
- OMS nr. 1224/2010 privind aprobarea normativelor de personal
- HG 1336/2022 pentru aprobarea regulamentului cadru privind organizarea și dezvoltarea personalului contractual din sectorul bugetar plătit din fonduri publice
- Legea 360/2023 privind sistemul public de pensii

Obiectiv 2- Corelarea activităților procedurabile din *Lista activităților procedurabile cu activitățile documentate prin proceduri*. – are în vedere lista activităților care trebuie procedurate și cele care sunt clare și reglementate specific prin legislația în vigoare și care se realizează prin registrul unic de proceduri la nivel de unitate.

Activități de supraveghere-Standardul 10 are în vedere:

Respectarea procedurilor interne care presupune verificarea conformității activităților cu legislația muncii și reglementările din sănătate, asigurarea aplicării corecte a procedurilor de recrutare, salarizare, concedii etc.,

Monitorizarea activității angajaților are în vedere evaluarea respectării termenelor și a calității muncii în procesarea documentelor, verificarea corectitudinii datelor introduse în REGES și în alte sisteme informatice, controlul pontajelor și evidențelor de concedii pentru a preveni erori sau abuzuri

Identificarea și corectarea deficiențelor presupune raportarea problemelor și propunerea de măsuri corective, revizuirea procedurilor dacă se constată neconformități, training și instruire pentru îmbunătățirea cunoștințelor personalului RU

Obiectiv 1, 2 și 3 Planificarea activităților, necesară pentru anticiparea schimbărilor, pentru adaptarea în așa fel încât să se asigure atingerea obiectivelor organizaționale, corelarea fișelor de post cu R.O.F. și cu planul anual de activități, și supravegherea activităților și evaluarea îndeplinirii activităților. Toate acestea presupun respectarea activităților din cadrul serviciului, actualizarea constantă a fișelor de post și monitorizarea evaluării performanțelor pe anul 2025.

Asigurarea continuității activității

Standardul 11 se referă la asigurarea funcționării neîntrerupte a activităților esențiale, chiar și în situații de criză sau urgență. Într-un spital, Serviciul Resurse Umane trebuie să aibă planuri și măsuri pentru a evita blocajele administrative. Astfel apar necesare următoarele etape:

1. *Elaborarea unui plan de continuitate*
 - o Identificarea activităților critice (ex. salarizare, contracte, evidența personalului)
 - o Definirea riscurilor (ex., atac cibernetic, indisponibilitatea personalului cheie)
 - o Stabilirea măsurilor pentru fiecare situație
2. *Asigurarea redundanței în echipă*
 - o Instruirea mai multor angajați pentru procese esențiale (ex. operarea REGES)
 - o Delegarea responsabilităților pentru a evita dependența de o singură persoană
3. *Digitalizarea și securizarea documentelor*
 - o Utilizarea bazelor de date, fișe de post, dosare de personal
 - o Stocarea documentelor critice în sisteme de backup pentru protecție împotriva pierderii datelor
4. *Plan de reacție în caz de urgență*
 - o Proceduri pentru menținerea activităților RU în caz de criză
 - o Măsuri pentru muncă la distanță, dacă este necesar
 - o Colaborare cu alte departamente pentru prioritizarea activităților
5. *Testarea și actualizarea periodică a planului*
 - o Simulări și exerciții pentru a verifica dacă măsurile sunt eficiente
 - o Revizuirea planului în funcție de modificările legislative sau organizaționale

Obiectiv 1, 2 și 3 Identificarea situațiilor ce pot duce la afectarea atingerii obiectivelor, precum și identificarea măsurilor ce se impun pentru asigurarea continuității și asigurarea continuității în cadrul RU are în vedere inventarul activităților generatoare de întreruperi ale activității, planul de măsuri privind activităților generatoare de întreruperi în activitate prevăzute în inventarul situațiilor care pot conduce la discontinuități ale activității **SERVICIUL RUNOS 2025** cu nr 10/05.01.2026.

Activități privind informarea și comunicarea

Standardul 12 are în vedere informarea și comunicarea are în vedere canale oficiale de comunicare prin transmiterea informațiilor prin e-mailuri oficiale, note interne sau platforme digitale, afișarea procedurilor și regulamentelor pe intranetul spitalului sau la avizier, organizarea ședințelor periodice pentru clarificarea aspectelor de resurse umane. Un alt aspect are în vedere comunicarea drepturilor și obligațiilor personalului prin informarea noilor angajați despre contracte, salarizare, beneficii și regulament intern. Un alt aspect este legat de transmiterea corectă și la timp a informațiilor către autorități, raportarea angajărilor și încetărilor de contracte în REGES la ITM, comunicarea situațiilor de concedii medicale către Casa de Asigurări de Sănătate.

Obiectiv 1. Asigurarea unei bune comunicări în cadrul Serviciului RUNOS și cu restul compartimentelor, cu efecte asupra atingerii obiectivelor și a îndeplinirii sarcinilor și responsabilităților are în vedere instruirea personalului în legătură cu PO N.M. 075 privind emiterea și circuitul deciziilor prin proces verbal 6104 din 13.12.2024.

Obiectiv 2. Actualizarea informațiilor legislative se face prin intermediul accesului la un program legislativ conform contract de servicii privind accesul la un program legislativ.

Gestionarea documentelor în cadrul - Serviciului Resurse Umane-Salarizare

Standardul 13 reglementează modul în care spitalul trebuie să creeze, administreze, arhiveze și protejeze documentele, astfel încât să asigure accesibilitatea, confidențialitatea și integritatea informațiilor.

Într-un spital, Serviciul Resurse Umane are obligația de a gestiona corect documentele de personal pentru a evita pierderi, întârzieri sau probleme legale.

Această activitatea presupune:

Crearea și organizarea documentelor

Întocmirea corectă a contractelor de muncă, fișelor de post, statelor de plată, deciziilor de concedii etc.

Clasificarea documentelor în funcție de tip (ex. contracte, adeverințe, pontaje)

Arhivarea și păstrarea documentelor

Respectarea termenelor legale de arhivare

Păstrarea dosarelor de personal în locuri sigure

Acces controlat la documentele sensibile pentru protejarea datelor personale

Digitalizarea și securizarea documentelor

Utilizarea unui sistem informatic pentru evidența și căutarea rapidă a documentelor

Asigurarea backup-ului periodic pentru protecția împotriva pierderii de date

Restricționarea accesului la documente doar pentru personalul autorizat

Eliminarea documentelor expirate

Identificarea periodică a documentelor care și-au depășit termenul legal de păstrare

Distrușterea documentelor sensibile prin metode sigure (ex. tocător, firmă specializată)

Întocmirea unui proces-verbal de casare pentru documentele eliminate

Transparența și accesul la informații

Răspuns rapid la solicitările angajaților pentru eliberarea de adeverințe

Respectarea regulilor GDPR privind protecția datelor personale

Colaborarea cu alte departamente și instituții pentru transmiterea documentelor necesare (ex. Casa de Pensii, CJAS, ITM)

Obiectiv 1. Asigurarea unei bune gestionari/arhivari/accesării a documentelor, în condiții de legalitate Presupune instruirea personalul cu privire la PS NM 014 Arhivare, păstrare documente în cadrul unității, activitate realizată prin proces verbal de instruire din 6161/05.12.2025.

Dinamica de personal

În ceea ce privește dinamica de personal la începutul anului 2025 posturile ocupate – contract individual de muncă era în număr de 155 din care, 13 medici în specialitățile recuperare, medicină fizică și balneologie și radiologie și imagistică medicală, patru kinetoterapeuți și profesori CFM, 51 de asistenți medicali, specialitatea medicină generală, balneofiziokinetoterapie și masaj, igienă, radiologie și imagistică medicală, laborator, patru registratori medicali, 48 de angajați din categoria personal auxiliar cu funcția de băieș, îngrijitoare, infirmieră, brancardier. Din categoria Tesa și Comitet Director erau ocupate un număr de 17 posturi cu funcțiile de economiști, consilieri juridici, referenți, referenți de specialitate, ingineri, precum și 18 muncitori calificați precum bucătar, ospătar, fochist, șofer, instalator, lăcătuș mecanic, electrician. La sfârșitul anului 2025 în cadrul unității sanitare erau ocupate un număr de 172 de posturi, din care 16 medici în specialitățile recuperare, medicină fizică și balneologie și radiologie și imagistică medicală, cinci profesori CFM și kinetoterapeuți, 61 de asistenți medicali specialitatea medicină generală, balneofiziokinetoterapie și masaj, igienă, radiologie și imagistică medicală, laborator, patru registratori medicali, 53 de angajați din categoria personal auxiliar sanitar cu funcția de băieș, îngrijitoare, infirmieră, brancardier, 16 personal TESA și Comitet Director cu funcțiile de economiști, consilieri juridici, referenți, referenți de specialitate, ingineri, 17 muncitori calificați precum bucătar, ospătar, fochist, șofer, instalator, lăcătuș mecanic, electrician.

Concluzii

Serviciul Runos este un serviciu esențial pentru buna funcționare a spitalului, asigurând un cadru organizat pentru resursele umane.

Activitățile principale includ:

Recrutarea și angajarea personalului medical și nemedical, respectând normele legale și procedurile de concurs.

Gestionarea documentației (contracte de muncă, fișe de post, acte adiționale, concedii, evaluări).

Normarea și salarizarea – calculul drepturilor salariale, sporurilor și indemnizațiilor.

Evaluarea performanței angajaților și gestionarea promovărilor.

Formarea profesională – organizarea cursurilor de perfecționare și specializare.

Respectarea legislației muncii, inclusiv protecția datelor și sănătatea în muncă.

1.7. RAPORT PRIVIND ACTIVITATEA MEDICALĂ

Activitatea medicală poate fi evaluată în secțiile cu paturi și în ambulator, deservite de cele trei laboratoare (de RMFB, de Analize medicale și de Radiologie și imagistică medicală) și în sectorul Băi reci, cu caracter sezonier.

În secțiile cu paturi se internează pacienți în regim de internare continuă, majoritatea fiind planificate printr-o procedură internă, în funcție de complexitatea cazului și de rapiditatea nevoii de inițiere a programului de recuperare, extrem de puține cazuri fiind internate în regim de urgență.

În anul 2025 activitatea secțiilor medicale a fost următoarea:

secția clinică-ANUL 2025

Număr total de pacienți externați pe secția Clinică: 2672

Indicele de utilizare a paturilor pe secția Clinică: 331,07

Durata medie de spitalizare (DMS/pac externați) : 10,80 zile

4. Rata medie de ocupare a paturilor: 90,70 %

5. Turnover din ultimile 12 luni (rulaș pe un pat de spital) : 30,64 pacienți

6. Nr. investigații/pac. externat în ultimile 12 luni = 2,86 investigații/pac.

analize laborator = 4485 (cu plata = 421), EKG = 2672; radiografii = 462 (cu plata = 1), ecografii = 22 (cu plata = 4)

7. Starea pacienților la externare: 2672 pacienți, din care:
 Vindecat = 0
 Ameliorat = 2654
 Staționar = 17
 Agravat = 1
8. pacienți externați = 2672, din care: 118 pacienți au fost externați la cerere
9. Total pacienți = 2672, din care: CAS = 2662, cu plata = 10
 din județul Constanța = 1566 pacienți – 58,61%
 din alte județe = 1106 pacienți - 41,39%
10. Fișa antibiotic = 6

Secția recuperare-ANUL 2025

număr total de pacienți externați pe secția Recuperare: 1880

Indicele de utilizare a paturilor pe secția Recuperare: 347,12

Durata medie de spitalizare (DMS/pacienți externați) : 10,77 zile

4. Rata medie de ocupare a paturilor: 95,10 %

5. Turnover din ultimele 12 luni (rulaj pe un pat de spital) : 32,23 pacienți

6. Nr. investigații/pac. externat în ultimele 12 luni = 2,51 investigații/pac

analize laborator = 2579 (cu plata = 215), EKG = 1880 ; radiografii = 238 (cu plata = 1), ecografii = 14 (cu plata = 5)

7. Starea pacienților la externare: 1880 pacienți, din care:

Vindecat = 0

Ameliorat = 1862

Staționar = 18

Agravat = 0

8. pacienți externați = 1880, din care: 87 pacienți au fost externați la cerere

9. Total pacienți = 1880, din care: CAS = 1880, cu plata = 0

din județul Constanța = 1166 pacienți – 62,02 %

din alte județe = 714 pacienți – 37,98 %

10. Fișa antibiotic = 4

1.7.1. PROCEDURI BANEOFIZIOTERAPEUTICE ȘI DE RECUPERARE MEDICALĂ

În anul 2025, pacienții internați în secțiile cu paturi și cei prezentați în ambulatoriu, au efectuat în laboratorul RMFB un număr total de 383644 proceduri, din care procentul cel mai mare a fost reprezentat de procedurile din categoria electroterapie și masoterapie, urmate de procedurile de kinetoterapie și hidrokinetoterapie, așa cum reiese din tabelul statistic de mai jos.

1.ELECTROTERAPIE													
Specificare		TOTAL	Electroterapie	Electroterapie	Electroterapie	Electroterapie de	Băi galvanice	Electrostimulare	Electrostimulare	Magnetodiaflux	Ultrasonoterapie	Drenaj limfatic	Terapie cu unde
A	B	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
În ambul.	0 1	150729	7388	1780 4	2528 3	1412 9	5504	0	0	8991	2279 9	172	0

În stațion ar	0 2	232915	7283	1925 5	3479 6	1985 7	1036 2	0	0	7682	2697 0	4596	0
---------------	--------	---------------	------	-----------	-----------	-----------	-----------	---	---	------	-----------	------	---

B	2. FOTO-TERAPIE		3. PNEUMOTERAPIE					4. TERMOTERAPIE										5. KINETOTERAPIE ȘI				
	Fototerapie locală și		Aerosoloterapie																			
01	5038	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25	0
02	7610	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

B	MANEVRE ADJUVANTE						6. BALNEOTERAPIE							
01		0	0	0			0	0	0	0	0	0	0	0
02	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0

Număr bolnavi ieșiți	din care:	
	Număr cazuri contraindicate	Nr. discordanțe de diagnostic între unitatea
01	02	03
3676		
4552		

1.7.2.BOLNAVI IEȘIȚI DUPĂ CAUZA DE ÎMBOLNĂVIRE

DENUMIREA BOLII SAU A GRUPEI DE BOLI		Rândul	Total bolnavi ieșiți spital	din care: copii 0-16 ani
A	B	C	01	02
TOTAL		01	4552	0
Boli reumatologice inflamatorii	M05-M14	02	82	0
Boli reumatologice degenerative	M15-M19	03	2636	0
Boli reumatologice ale țesutului moale	M60-M79	04	443	0
Boli neurologice centrale	G00-G47	05	27	0
Boli neurologice periferice	G50-G64	06	282	0
Boli ale musculaturii striate	M60-M63	07	0	0
Tulburări de creștere	M40-M41	08	53	0
Boli gastrointestinale	K20-K31;K52	09	0	0
Boli hepatobiliare și pancreatice	K70-K87	10	0	0
Boli renourinare	N18;N20-N23;N31-N39	11	0	0
Boli cardiace	I05-I15;I20;I25;I50;I69-I70;	12	10	0
Boli circulatorii periferice	I83-I87	13	1	0
Boli respiratorii restrictive		14	0	0
Boli respiratorii obstructive	J40-J45	15	1	0
Boli endocrine și de metabolism	E10-E11;E65-E68	16	0	0
Boli ale sistemului osos	M80-M82;M85;M87;M89	17	22	0
Boli ale aparatului reproductiv	N40	18	0	0
Sechele posttraumatice și postoperatorii ale aparatului locomotor	T91-T94;Z96.6	19	254	0
Tulburări nevrotice	F30-F39;F41.2	20	0	0

În anul 2025, cele mai frecvente diagnostice pe secțiile cu paturi au fost cele din grupa de boli reumatologice degenerative, care au reprezentat un procent de 57,90% , urmate de diagnosticele din grupa de boli reumatologice ale țesutului moale și boli neurologice periferice.

1.8. RAPORT PRIVIND ACTIVITATEA DIN CADRUL LABORATORULUI DE RADIOLOGIE ȘI IMAGISTICĂ

1.8.1. Date generale ale laboratorului

Tipuri de servicii asigurate:

Radiografii convenționale

Ecografie

Computer Tomografie

Personal existent:

Medici specialiști: 2

Asistenți medicali: 1

Personal auxiliar: 1

Program de lucru: 07.00 -13.00, 5 zile / saptamana

Modificări în structura de personal în cursul anului:

Dr. Dumitrescu – medic specialist radiolog angajat din data de 01.02.2025

1.8.2. Activitatea desfășurată

Investigatii imagistice	TOTAL
Radiografii	4411
Ecografii	50
Computer Tomografie	171

Structura pacienților după caz

• Pacienți internați: 557

Pacienți ambulatori: 2968

Pacienți externi (chitanta): 1057

Timpi operaționali

Timp mediu de așteptare: 10 minute

Timp mediu de eliberare a rezultatului: Radiologie : in aceasi zi; CT : dupa 24 ore

Resurse utilizate

Echipe medicale

	Echipament 1	Echipament 2	Echipament 3
Denumire aparat	Instalatie radiologica cu un post grafie	Computer Tomograf	Ecograf
Tip/model/serie	Proteus f ST/Delfinium XR	Revolution EVO CBDGG2100088H M/2021	Sono Scape S40 Serie 40H 754

Data ultimei revizii/mentenante/ Verificari	08/08/2025	12/11/2025	01/10/2025
Probleme tehnice aparute (daca este cazul)	-	Transmitator pentru sistem CT volumetric defect	-

Consumabile

Consum anual :

filme 20/25- 23 cutii

filme 35/43- 28 cutii

ultravist 100ml – 75 buc

Radioprotecție

Dozimetrie personal:

Toți angajații au purtat dozimetre. Rezultate dozimetre: conforme

Protecție pacienți:

Echipamente de protecție folosite șorț plumb, protecții tiroidiene

Numărul de re-expuneri necesare: 1

Motive re-expuneri: probleme tehnice; pacient necooperant

Verificări tehnice radioprotecție:

Măsurători dozimetrice încăperi: efectuate

Conformitate cu limitele legale: Da

1.8.3. Calitatea serviciilor medicale

Număr reclamații primite: 0

Număr incidente raportate: 0

Conformitatea cu protocoalele/procedurile: apreciere generală bună

1.8.4. Activitate profesională și educațională

Participări la cursuri / congrese: Da

Activități de formare continuă (EMC): 40/an

Stagii de instruire pentru personal: Curs Radioprotecție

1.8.5. Probleme identificate și soluții propuse

Probleme identificate

Lipsă personal: necesar 1 asistent medical

Deficiențe în dotări / aparatură: necesar aparat de ecografie

Probleme în fluxul de pacienți / documente: -

Soluții propuse pentru anul următor

Angajare Asistent Medical

1.8.6. Obiective pentru anul viitor

Achiziții necesare (echipamente, consumabile): aparat de ecografie

Modernizarea infrastructurii: DA

Digitalizare / integrări software DA

1.8.7. Concluzii

Activitatea de radiologie s-a desfășurat normal în sensul că nu au existat defecțiuni ale aparatelor sau lipsa consumabilelor. Atât pacienții din Ambulatoriul de specialitate, fie că au avut sau nu programare, cât și cei trimisi din spital, au primit rezultatele investigațiilor de radiologie convențională în aceeași zi.

Pacienților din spital li se completează rezultatul pe buletine de rezultat și se adaugă și în sistemul informatic.

Măsuri/recomandări

În vederea creșterii adresabilității pacienților sunt necesare următoarele:

- îmbunătățirea continuă a calității actului medical printr-o bună colaborare medic - asistent
- creșterea nivelului de cunoștințe medicale prin educație medicală continuă
- diverse activități de marketing medical.
- asigurarea unei experiențe medicale pozitive a pacientului prin efectuarea unei anamneze temeinice și prin răspunsuri pertinente la întrebările pacientului.
- reevaluarea tarifelor examinărilor de Radiologie-Imagistică pentru serviciile la cerere.
- eficientizarea programărilor la investigațiile de Radiologie, CT, ce se efectuează în cele două puncte de lucru existente, pentru pacienții internați în spital și pentru cei care se prezintă în ambulator.

Procedura de examinare a pacienților presupune informarea pacienților despre principiul metodei utilizate, beneficiile și riscurile procedurii, contraindicațiile, etc. În acest sens, în cadrul Laboratorului de Radiologie utilizăm formulare de consimțământ informat în vedere expunerii radiologice pentru următoarele tipuri de investigații:

- Radiografie convențională
- Computertomografie

Analiza incidentelor și riscurilor terapeutice și infecțioase ale activității medicale în secție (dacă a fost cazul), în ceea ce privește:

Nu am sesizat situații care să contraindica efectuarea investigațiilor radiologice. Oportunitatea efectuării unei investigații ce presupune iradiere este stabilită de către medicul trimittor în colaborare cu medicul radiolog.

Nu au existat incidente sau accidente în timpul examinării.

Nu au existat cazuri în care pacientul să refuze investigația radiologică.

Pacienții sunt examinați doar după ce prezintă trimitere de la medic, documente de identitate, respectiv BI/CI.

Nu au existat sincope în aprovizionarea cu filme radiologice .

1.9. RAPORT ANUAL DE ACTIVITATE PRIVIND LABORATORUL DE ANALIZE MEDICALE-2025

Context legislativ, transparență și misiune

Prezentul raport este elaborat în conformitate cu normele de transparență instituțională și integritate, având ca fundamentare legislativă **Hotărârea de Guvern nr. 1269/2021** privind aprobarea Strategiei naționale anticorupție 2021-2025. Conform **Anexei 4** a acestui act normativ, standardul general de publicare a informațiilor de interes public impune raportarea clară a activității și a utilizării resurselor, constituind un indicator de performanță managerială. Activitatea laboratorului în anul 2025 a fost monitorizată și raportată prin prisma următorilor piloni normativi:

- **HG 1269/2021** – Asigurarea transparenței decizionale și a datelor de interes public.
- **Ordinul MS nr. 1.117/2025** – Publicarea datelor referitoare la activitatea spitalului (Anexa 1), inclusiv indicatorii de utilizare a serviciilor și de calitate.
- **OSGG nr. 600/2018** – Implementarea Sistemului de Control Intern Managerial (SCIM).
- **SR EN ISO 15189:2023** – Deși laboratorul **nu este acreditat RENAR**, activitatea se desfășoară respectând principiile de calitate și competență ale acestui standard pentru a asigura acuratețea rezultatelor.

Prezentarea structurii și organizarea funcțională

Laboratorul de Analize Medicale funcționează ca structură internă a Spitalului Clinic de Recuperare, Medicină Fizică și Balneologie Eforie Nord. Laboratorul nu se află în relație contractuală directă cu Casa de Asigurări de Sănătate (CJAS), funcționând în regim de circuit închis pentru:

- Pacienții internați (Spitalizare Continuă și de Zi).
- Pacienții din Ambulatoriul Integrat (decontare prin foaia de observație/consultație a spitalului).
- Solicitări contra-cost (venituri proprii ale spitalului).

Resursa Umană și Capacitatea Operativă

Laboratorul funcționează cu o organigramă optimizată la maximum, deservind un volum ridicat de activitate cu un personal numeric restrâns:

- 1 Medic Specialist Medicină de Laborator (Colaborare prin contract de prestări servicii) – asigură validarea rezultatelor și consultanța de specialitate.
- 1 Asistent Medical Principal de Laborator – asigură fluxul complet: recepție probe, prelucrare analitică, validare tehnică și managementul stocurilor.
- 1 Îngrijitor curățenie – asigură condițiile de igienă și biosiguranță.

Această structură impune o organizare riguroasă a timpului și prioritizarea strictă a urgențelor, personalul demonstrând un grad ridicat de policalificare și eficiență.

Modificări în structura de personal în cursul anului: Nu au existat modificări în organigramă, menținându-se deficitul critic de personal (un singur asistent). Această situație a creat vulnerabilități majore în sezonul estival, când fluxul de pacienți a crescut semnificativ.

Tipuri de servicii asigurate:

- Biochimie: DA (Glicemie, Profil lipidic, Funcție renală, Funcție hepatică etc.)
- Hematologie: DA (Hemoleucogramă completă, VSH)
- Imunologie (ASLO, CRP, FR, hormoni tiroidieni, markeri)
- Microbiologie (teste rapide screening)
- Analiză urină (Biochimie și sediment)

Dotarea Tehnică și modernizarea infrastructurii

Având în vedere resursa umană extrem de redusă și necesitatea optimizării fluxurilor de lucru fără a compromite acuratețea rezultatelor, strategia managerială în anul 2025 s-a axat pe automatizare.

Achiziție strategică 2025:

La jumătatea anului 2025, laboratorul a achiziționat și pus în funcțiune un analizor semiautomat pentru analiza sedimentului urinar – model UriSed Mini. Această investiție a fost imperios necesară pentru:

- Compensarea deficitului de personal: Automatizarea citirii sedimentului a redus semnificativ timpul de manoperă al asistentului de laborator.
- Creșterea calității serviciilor: Eliminarea subiectivismului inerent metodei manuale de microscopie și standardizarea rezultatelor.

- Reducerea timpului de analiză per probă: Permite gestionarea unui volum mai mare de pacienți într-un timp mai scurt.

Lista echipamentelor din dotare:

Activitatea analitică se desfășoară pe o platformă tehnică performantă, compusă din:

- Biochimie: Analizor automat Mindray BS 240;
- Imunologie: Analizor automat Mindray CL 960;
- Hematologie: Analizor semiautomat hemoleucogramă Mindray BC 5150;
 - Analiză urină:
 - o Biochimie urinară: Analizor automat DIRUI H-500;
 - o Sediment urinar: Analizor semiautomat UriSed Mini (Nou, 2025);
- Diabet: Analizor semiautomat Hemoglobină glicozilată CLOVER plus A1c;
- Metode Manuale/Teste Rapide: VSH (metoda Westergren), markeri virali (HBs, HCV) și alte teste imunocromatografice.

	Echipament 1	Echipament 2	Echipament 3	Echipament 4	Echipament 5	Echipament 6
Denumire aparat	Analizor Biochimie	Analizor Hematologie	Analizor Sediment Urinar	Analizor Imunologie	Analizor sunar urină	Analizor Hemoglobinp Glicozilată
Tip/model/serie	Mindray BS 240	Mindray BC 5150	UriSed Mini (Nou 2025)	Mindray CL 960	Dirui H500	Clover A1C
Data ultimei revizii	Conform contract service (august 2025)	Conform contract service (august 2025)	Instalare/Calibrare 2025	Conform contract service (august 2025)	Conform contract service (octombrie 2025)	Conform contract service (august 2025)
Verificări	Zilnice (IQC)	Zilnice (IQC)	Zilnice (ICQ)	Zilnice (ICQ)	Zilnice (ICQ)	Zilnice (ICQ)
Probleme tehnice	Minore, rezolvate operativ	Nu au fost	Nu au fost	Nu au fost	Nu au fost	Nu au fost

Consumabile și reactivi

- Consum anual: Gestionat conform bugetului aprobat și execuției raportate trimestrial (Indicator 12 OMS 1117).
- Stocuri minime asigurate: Pentru 30 de zile (buffer stock), crescut în sezonul estival.
- Observații privind eventuale întârzieri de aprovizionare: Au existat mici întârzieri logistice la reactivii de biochimie, gestionate prin stocul tampon, fără a afecta pacienții.

Concluzii:

Dotarea tehnică a fost modernizată prin achiziția analizorului UriSed Mini la jumătatea anului 2025, o investiție strategică pentru compensarea lipsei de personal prin automatizarea citirii sedimentului urinar. Mentenanța este asigurată contractual.

Analiza activității medicale: Indicatori de performanță (cf. Ordin 1117/2025)

Conform datelor centralizate și raportate trimestrial în baza Ordinului MS 1.117/2025, activitatea laboratorului a susținut direct activitatea clinică a spitalului, cu un vârf de sarcină în sezonul estival.

Volumul de analize efectuate (Total An 2025)

Conform centralizatorului anual, laboratorul a efectuat un total de 7.757 teste.

Structura pe tipuri de analize reflectă profilul de recuperare al spitalului (monitorizarea funcțiilor renale, hepatice și a statusului inflamator):

Categorie Analiză	Teste Reprezentative	Volum (Nr. Teste)	Observații
Hematologie	Hemoleucograma	690	Monitorizare de bază
Biochimie	Glicemie	689	Screening metabolic
	Creatinina	689	Funcție renală (esențial pt. recuperare)
	Acid Uric	682	Monitorizare specifică (gută/reumatologie)
	TGP / TGO	659 / 654	Funcție hepatică
	Proteine totale	4	Status nutrițional
	Colesterol / Trigliceride	294 / 293	Profil lipidic
Imunologie	ASLO	1	Monitorizare reumatismală
	Proteina C Reactivă	704	Status inflamator acut
Microbiologie	Antigen SARS-CoV-2	0	Situație epidemiologică stabilă

Indicatori de Utilizare a Serviciilor (Sursa: Rapoarte Trimestriale OMS 1117)

Se observă o sezonabilitate marcată a activității, corelată cu adresabilitatea în Ambulatoriul Integrat și Secția RMFB pe perioada verii.

Tabel centralizator servicii suport diagnostic (preluat din Rapoartele Trimestriale):

Indicator	Trimestrul I	Trimestrul II	Trimestrul III	Evoluție
Spitalizări continue deservite	1.083	1.157	1.121	Constant
Consultații Ambulatoriu Integrat	1.391	1.694	2.065	Creștere +48% (T3 vs T1)
Servicii medicale diagnostice și terapeutice efectuate (Ambulatoriu) – intra și serviciile de analize medicale	1.988	2.504	3.078	Creștere +54% (T3 vs T1)

Analiză: Creșterea masivă a solicitărilor din ambulatoriu în Trimestrul III (3.078 servicii) a pus o presiune semnificativă pe personalul restrâns al laboratorului, gestionată eficient prin optimizarea fluxurilor și utilizarea noilor echipamente. Volumul total de 7.757 teste reflectă profilul de recuperare (monitorizare boli cronice).

Timpi operaționali:

- Timp mediu de așteptare: Redus (recoltare imediată).
- Timp mediu de eliberare a rezultatului: 24 ore pentru analize uzuale; 2-4 ore pentru urgențe.

Managementul calității și biosiguranța

Deși laboratorul nu deține acreditare RENAR, activitatea se desfășoară sub incidența rigorilor profesionale și a legislației sanitare în vigoare, calitatea rezultatelor fiind prioritară.

Controlul Intern și Extern al Calității

Laboratorul aplică un program de asigurare a calității care include atât Controlul Intern (zilnic), cât și participarea riguroasă la scheme de Control Extern.

Participarea la Controlul Extern de Calitate (EQA):

Laboratorul participă activ la 4 scheme de control extern anual, distribuite trimestrial, în lunile martie, mai, septembrie și noiembrie. Aceste scheme acoperă parametrii din toate categoriile de analize efectuate în laborator:

- Biochimie serică (CMBS)
- Hematologie - Hemogramă (CMHE)
- Hematologie - VSH (CMVS)
- Imunologie - CRP, FR, ASLO (CMIP)
- Examen complet de urină (CMEU).

Rezultate obținute:

În urma rapoartelor de evaluare primite pentru anul 2025, majoritatea parametrilor analizați s-au încadrat în criteriile de performanță, primind calificativul "Rezultat Acceptabil".

Excepție (Analiză și Măsuri):

În cadrul ultimului raport de evaluare, aferent lunii noiembrie 2025, s-a înregistrat o deviație la un singur parametru hematologic:

- Parametru: RDW-CV (Lărgimea distribuției eritrocitare - coeficient de variație).
- Rezultat: Scorul Z obținut a fost de 2.49, ceea ce încadrează rezultatul în categoria "Rezultat Discutabil" (interval de atenționare $z= 2.0 - 3.0$).
- Acțiuni corective: Ca urmare a acestui rezultat, s-a demarat o analiză internă pentru identificarea cauzelor (verificarea calibrării analizorului hematologic Mindray BC 5150, integritatea probei de control) și s-au aplicat măsuri corective pentru a readuce parametrul în intervalul optim. Toți ceilalți parametri din runda noiembrie (inclusiv Hemoglobina, Leucocite, Trombocite, Biochimie, Urină) au fost "Acceptabili".

Indicatori de Calitate (Raportați în cf. OMS 1117/2025)

Conform anexelor trimestriale atașate prezentului raport:

- Rata infecțiilor asociate asistenței medicale (IAAM): 0% (raportat pe secțiile clinice, susținut de screening-ul de laborator).
- Procentul de probe neconforme: Sub 1%.

Sistemul de Control Intern Managerial (OSGG 600/2018)

În conformitate cu **Standardul 12 (Informarea și comunicarea)** și **Standardul 11 (Continuitatea activității)** din OSGG 600/2018, laboratorul a implementat:

- Proceduri operaționale: Deși personalul este redus, există proceduri clare pentru recepția probelor, lucrul pe analizoare și validarea rezultatelor.

- Managementul Riscului: Riscul principal identificat a fost "Indisponibilitatea personalului / Erori umane datorate suprasolicitării".
 - o *Măsura luată:* Achiziția analizorului de urină UriSed Mini pentru automatizarea proceselor repetitive și reducerea presiunii pe personal.

Activitate profesională și educațională

- Participări la cursuri / congrese: Medicul și asistentul au participat la cursuri EMC fizice și online.
- Activități de formare continuă (EMC): Obținerea creditelor anuale obligatorii OAMGMAMR / CMR.
- Stagii de instruire pentru personal: Instruire internă privind utilizarea noului echipament UriSed Mini și instruire privind raportarea datelor cf. Ordinului MS 1.117/2025.

Transparența instituțională (hg 1269/2021)

În vederea îndeplinirii indicatorilor de performanță managerială privind transparența:

- Laboratorul a furnizat trimestrial datele necesare actualizării site-ului spitalului (număr servicii, tipuri de analize).
- Lista analizelor disponibile și tarifele pentru serviciile contra-cost sunt afișate la recepția spitalului și în ambulatoriu.
- Nu s-au înregistrat incidente de integritate sau reclamații din partea pacienților privind condiționarea actului medical.

Concluzii și propuneri pentru 2026

Concluzii:

Laboratorul de Analize Medicale și-a îndeplinit misiunea de suport diagnostic, gestionând un volum de 7.757 analize cu o schemă de personal minimă. Modernizarea prin achiziția analizorului de sediment urinar în 2025 a demonstrat o creștere a eficienței. Rezultatele controlului extern confirmă acuratețea analizelor, cu o singură excepție minoră (RDW-CV) aflată în curs de remediere.

Propuneri:

- Resursă Umană: Analiza posibilității de angajare a încă unui asistent de laborator pe perioadă determinată în sezonul estival, având în vedere creșterea cu 50% a activității în ambulatoriu sau integrarea a încă un medic de laborator.
- Dotări: Continuarea contractelor de service pentru echipamentele Mindray și Dirui, și menținerea participării la cele 4 scheme anuale de control extern.
- Digitalizare continuă: Menținerea raportării digitale a indicatorilor conform OMS 1117/2025.
- Altele: Menținerea contractării schemelor de control extern de calitate (EQA) cu valori de referință.
- Termene: Trimestrial / Permanent 2026.
- Responsabili: Medic Laborator, Asistent Coordonator.

1.10.RAPORT PRIVIND ACTIVITATEA CONSILIULUI DE ADMINISTRAȚIE, PRIVIND ACHIZIȚIILE PESTE VALOAREA DE 50000 LEI.

Achiziții directe de peste 50 000 lei fără TVA avizate de C.A. în anul 2025

-achiziția directă în valoare de peste 50.000 lei fără TVA pentru elaborarea Expertizei tehnice privind securitatea la incendiu pentru Ambulatoriul nr.1 situat în orașul Eforie Nord, aleea Specială nr.1, jud. Constanța, conform referatului de necesitate nr.261/17.01.2025.

-achiziția directă în valoare de peste 50.000 lei fără TVA pentru lucrări de „reparație pompă apă ghiol și instalație absorbire/refulare stație pompe Băi Reci nr.1”, conform referatului de necesitate 433/29.01.2025.

- achiziția directă în valoare de peste 50.000 lei fără TVA pentru lucrări de „reparație instalație de încălzire tur-retur și instalație apă rece din canal termic clinică Grand”, conform referatului de necesitate 641/10.02.2025.

-achiziția directă în valoare de peste 50.000 lei fără TVA pentru lucrări/servicii reparații tâmplărie PVC -, Ambulatoriul 2 baza de tratament, situat în orașul Eforie Nord , bdul Republicii nr.63-69, jud. Constanța, conform referatului de necesitate nr.861/20.02.2025.

-achiziția directă în valoare de peste 50.000 lei fără TVA pentru „Sisteme de securitate CCTV/TVCI și sistem Pir alarma și detecție,, - Ambulatoriul nr.1 situat în orașul Eforie Nord, aleea Specială nr.1, jud. Constanța, valoare estimată de 136299 lei fără TVA, conform referatului de necesitate nr.1201/14.03.2025, în condițiile art. 187 alin. 10 lit.d din Legea nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății.

-achiziția directă în valoare de peste 50.000 lei fără TVA pentru „Sisteme de securitate CCTV/TVCI și sistem Pir alarma și detecție,, - Ambulatoriul nr.2 și clinică Grand, situate în orașul Eforie, str.Republicii nr....jud.Constanța, valoare estimată de 121000 lei fără TVA, conform referatului de necesitate nr.1345/21.03.2025, în condițiile art. 187 alin. 10 lit.d din Legea nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății.

-„Analizor semiautomat de microscopie urinara” , în valoare estimata de 60000 lei fara TVA, conform referatului de necesitate nr. 717/12.02.2025 ;

- „, Reparatie filtru colimator aparat CT Ge Revolution Evo” , în valoare estimata de 68900 lei fara TVA, conform referatului de necesitate nr. 1466/27.03.2025 ;

- servicii/lucrari „, Modernizare, consolidare, eficientizare energetica si dotarea sectiilor cu paturi la Ambulatoriu nr.2 din B-dul Republicii 63-69 si clinică Grand, Faza DALI (corpurile de cladire C1,C2,C3)” , în valoare estimată de 265546.22 lei fără TVA, conform referatului de necesitate nr. 1881/17.04.2025;

- servicii/lucrari „, Modernizare, consolidare, eficientizare energetica si dotarea sectiilor cu paturi la Ambulatoriu nr.2 din B-dul Republicii 63-69 si clinică Grand, Verificare DALI (corpurile de cladire C1,C2,C3)” , în valoare estimată de 151260.51 lei fără TVA, conform referatului de necesitate nr.1883/17.04.2025.

- servicii/lucrari „, Modernizare, consolidare, eficientizare energetica si dotarea sectiilor cu paturi la Ambulatoriu nr.2 din B-dul Republicii 63-69 si clinică Grand, Expertiza tehnica privind securitatea la incendiu -conf. Cerinte ISU Dobrogea (corpurile de cladire C1,C2, C3)” , in valoare estimata de 163865.55 lei fara TVA, conform referatului de necesitate nr. 1882/17.04.2025.

- servicii/lucrari „,Elaborare Expertiza tehnica, audit energetic, Studiu GEO, Studiu TOPO, pentru modernizare, consolidare, eficientizare energetica si dotarea sectiilor cu paturi la Ambulatoriu nr.2 din B-dul Republicii 63-69 si clinică Grand (corpurile de cladire C2, C3)” , in valoare estimata de 265546.22 lei fara TVA conform referatului de necesitate nr. 1879/17.04.2025.

- „,Lucrare de reparatii la tencuielile exterioare in incinta Bai Reci nr.1- parte a Spitalului Clinic de Recuperare, Medicina Fizica si Balneologie, Eforie Nord” , in valoare estimata de 172950 lei fara TVA, conform referatului de necesitate nr. 1652/08.04.2025.

- servicii/lucrari „,Actualizare Expertiza tehnica, audit energetic, Studiu GEO, Studiu TOPO, pentru modernizare, consolidare, eficientizare energetica si dotarea sectiilor cu paturi la Ambulatoriu nr.2 din B-dul Republicii 63-69 si clinică Grand(corpurile de cladire C1)” , in valoare estimata de 264418 lei fara TVA, conform referatului de necesitate nr. 1998/28.04.2025.

- „servicii de utilizare, asistenta mentenanta a sistemului informatic Hospital manager Suite”, in valoare estimata de 68000 lei fara TVA, conform referatului de necesitate nr. 2082/30.04.2025;
- „servicii medicale balneofizioterapie si recuperare”, in valoare estimata de 53712 lei fara TVA, conform referatului de necesitate nr. 2085/30.04.2025;
- „servicii medicale balneofizioterapie si recuperare”, in valoare estimata de 53712 lei fara TVA, conform referatului de necesitate nr. 2092/30.04.2025;
- „servicii medicale balneofizioterapie si recuperare”, in valoare estimata de 53712 lei fara TVA, conform referatului de necesitate nr. 2093/30.04.2025;
- „servicii medicale balneofizioterapie si recuperare”, in valoare estimata de 53712 lei fara TVA, conform referatului de necesitate nr. 2094/30.04.2025 ;
- „servicii medicale balneofizioterapie si recuperare”, in valoare estimata de 557232 lei fara TVA, conform referatului de necesitate nr. 2095/30.04.2025;
- „servicii medicale balneofizioterapie si recuperare”, in valoare estimata de 53712 lei fara TVA, conform referatului de necesitate nr. 2096/30.04.2025;
- „servicii medicale balneofizioterapie si recuperare”, in valoare estimata de 53712 lei fara TVA, conform referatului de necesitate nr. 2097/30.04.2025;
- „suport tehnic pentru – program informatic integrat pentru managementul documentelor și control intern managerial S.I.I.M.D. - S.C.I.M”, in valoare estimata de 50552 lei fara TVA, conform referatului de necesitate nr. 1994/25.04.2025 privind achizitia de servicii;
- „reparatie poarta auto, poarta pietonala, panouri/cadre metalice pontoane si steme prindere panouri”, in valoare estimata de 70172 lei fara TVA, conform referatului de necesitate nr. 2455/21.05.2025;
- servicii „ Salvamar in cadrul Bai reci nr.1” , in valoare estimata de 98221.2 lei fara TVA, conform referatului de necesitate nr. 2466/21.05.2025;
- servicii „Consultantă management de proiect” pentru proiectul Modernizare, consolidare, extindere, eficientizare energetică, dotarea secțiilor cu paturi, a Laboratoarului de RMFB și a Ambulatoriului nr. 2, în valoare estimată de 250000 lei fără TVA, conform referatului de necesitate 2963/19.06.2025.
- servicii „organizarea procedurilor de achizitie” pentru proiectul Modernizare, consolidare, extindere, eficientizare energetică, dotarea secțiilor cu paturi, a laboratoarului de RMFB și a Ambulatoriului nr. 2, in valoare estimata de 60000 lei fara TVA, conform referatului de necesitate nr.2973/20.06.2025;
- servicii „verificare PT” pentru proiectul Modernizare, consolidare, extindere, eficientizare energetică, dotarea secțiilor cu paturi a Laboratoarului de RMFB și a Ambulatoriului nr. 2, în valoare estimată de 120.000 lei fara TVA., conform referatului de necesitate 3591/23.07.2025.
- achizitia de produse „ server”, pentru proiectul PNNR- Digitalizare – I3.3 Eforie, Componenta C7, „Transformarea digitală I3. Realizarea sistemului de Health și telemedicină; Investiția specifică I3.3 –Investiții in sistemele informatice și în infrastructură digitală a unităților sanitare publice”; COD apel MS-733 în valoare estimată de 115.702 lei fără TVA., conform referatului de necesitate nr. 3600/23.07.2025
- achizitia de produse „Echipamente de protecție-personal”, în valoare estimată de 66.105,13 lei fără TVA., conform referatului de necesitate nr. 4780/26.09.2025;
- achizitia de produse „Echipamente retelistica si configurare”, in valoare estimata de 124127 lei fara TVA, conform referatului de necesitate nr. 4743/24.09.2025;
- achizitia de lucrari „reparatii spatiu dus subacval”, in valoare estimata de 280000 lei fara TVA., conform referatului de necesitate nr. 4645/18.09.2025.
- „servicii de extindere retea internet-echipamente retelistica si configurare”, in valoare estimata de 124127 lei fara TVA.referat de necesitate nr. 4743/24.09.2025;

- achiziția de produse „Echipamente de protecție - personal”, în valoare estimată de 66105.13 lei fără TVA. referat de necesitate nr. 4780/26.09.2025;

- achiziția de lucrări „reparații spațiu dus subacval”, în valoare estimată de 280000 lei fără TVA. referat de necesitate nr. 4645/18.09.2025;

- achiziția de lucrări „Reparație dușurile saloanelor 109, 307, 308 și 104. Lipire tarchet medical”, în valoare estimată de 85744 lei fără TVA. referat de necesitate nr. 5734/13.11.2025;

1.11. RAPORT PRIVIND ACTIVITĂȚILE DE AUDITURI INTERNE ȘI EXTERNE

În perioada raportată, la nivelul unității au avut loc două audituri, unul extern privind evaluarea conformării la cerințele standardului SR EN ISO 9001/2015, și unul intern, clinic/medical pentru evaluarea calității asistenței medicale.

1.11.1. Audit extern

Obiectivele auditului:

- evaluarea continuității conformității sistemului de management cu criteriile de audit;
- evaluarea continuității capacității sistemului de management de îndeplinire a cerințelor legale, de reglementare și contractuale;
- evaluarea continuității eficacității sistemului de management.

Auditul a fost efectuat în baza Planului de audit, agreeat cu organizația. Nu au existat abateri față de planul de audit. Concluziile echipei de audit au fost următoarele:

Top managementul Spitalului Clinic de Recuperare, Medicină Fizică și Balneologie Eforie Nord demonstrează leadership și angajament pentru sistemul de management. Abordarea bazată pe procese a permis organizației să își planifice procesele și interacțiunile lor. Aplicarea ciclului PDCA i-a permis organizației să se asigure că procesele sunt gestionate corect și că au fost alocate resurse adecvate și că oportunitățile de îmbunătățire sunt determinate și se acționează în consecință. Gândirea bazată pe risc i-a permis organizației să determine factorii care ar putea cauza abaterea proceselor sale și a sistemului de management de la rezultatele planificate.

Organizația menține informațiile documentate cerute de standardul de referință ce susțin operarea proceselor ori ce conferă încredere că procesele se realizează așa cum s-a planificat (ex. Domeniul de aplicare a SMC; Declarația de politică în domeniul calității; Lista obiectivelor; Lista furnizorilor acceptați; etc.).

Spitalul Clinic de Recuperare, Medicină Fizică și Balneologie Eforie Nord deține resursele de infrastructură necesare și pune la dispoziție mediul pentru operarea proceselor. Este disponibil personal competent ce deține cunoștințele organizaționale necesare pentru operarea proceselor.

Spitalul Clinic de Recuperare, Medicină Fizică și Balneologie Eforie Nord are stabilite și implementate acțiuni de planificare operațională și control pentru realizarea produselor/serviciilor. Măsurile de planificare operațională și control sunt aplicate în organizație prin disponibilitatea informațiilor documentate, utilizarea resurselor de monitorizare și măsurare adecvate, existența infrastructurii și a mediului corespunzător pentru operarea proceselor, desemnarea de persoane competente inclusiv a calificărilor necesare.

Spitalul Clinic de Recuperare, Medicină Fizică și Balneologie Eforie Nord evaluează performanța și eficacitatea sistemului de management inclusiv informațiile referitoare la satisfacția pacienților. Elementele de intrare au constat în: raportul Structurii de management al calității (SMC) privind modificările în aspectele externe și interne relevante pentru sistemul de management al calității; rapoarte ale șefilor de secții/servicii referitoare la performanța și eficacitatea proceselor derulate; raportul de audit intern, alte documente referitoare la adecvarea resurselor, oportunități de îmbunătățire, etc. Elementele de ieșire au constat într-un Plan de măsuri ce cuprinde oportunități de îmbunătățire, necesități de modificare a sistemului de management al calității, necesități de resurse, etc.

Organizația aplică toate deciziile stabilite în Planul de măsuri adoptat în cadrul ședinței de analiza de management și identifică oportunități, ca parte a îmbunătățirii continue.

1.11.2. Audit intern al calității asistenței medicale

Auditul calității asistenței medicale reprezintă o evaluare sistematică a eficacității, eficienței și siguranței serviciilor de sănătate, în vederea adoptării de măsuri pentru îmbunătățirea sistematică și continuă a asistenței medicale acordată pacienților. El este recunoscut ca un instrument de îmbunătățire continuă a calității. Este un proces care se bazează pe indicatori de calitate pe indicatori de calitate expliți și măsurabili. Auditul calității asistenței medicale stabilește dacă cunoștințele, abilitățile și resursele existente sunt utilizate corespunzător. Misiunea de audit medical/clinic intern a fost executată de echipa constituită conform deciziilor nr. 59/19.06.2025.

Auditul a avut ca teme, următoarele:

Misiunea de audit clinic/Obiectivul auditului: auditarea proceselor medicale/clinice privind modul de efectuare a curățeniei și dezinfecției în cadrul secțiilor cu paturi din cadrul SCRMFB

În cadrul procesului de audit:

- s-au auditat reglementările și documentele interne specifice temei de audit.

Astfel, au fost auditate 11 proceduri operaționale. S-au analizat documentele interne menționate. S-au verificat indicatorii de monitorizare din raportările periodice privind eficacitatea aplicării procedurilor aferente temei de audit.

Rezultate: sunt elaborate proceduri pentru toate activitățile necesare a fi auditate. Acestea conțin descrieri ale activităților desfășurate în cadrul SCRMFB, indicatori ce permit efectuarea analizelor de eficiență/eficacitate cu ușurință, riscurile aferente activităților reglementate în ele, precum și analize retrospective. Ex: PO M 109 Modul și verificarea curățeniei pentru fiecare secție și spațiu

Au fost prelevate probe de pe diferite suprafețe din cadrul SCRMFB.

- a fost verificată respectarea procedurilor aplicabile în concordanță cu tema de audit stabilită, inclusiv eventualele abateri de la acestea. Astfel au fost identificate autoanalize și rapoarte de autoanaliză privind activitatea medicală, din care reiese faptul că în perioada auditată nu au fost identificate abateri de la modul de efectuare a curățeniei și dezinfecției.

Rezultat:

- nu au fost raportate abateri de la modul de efectuare a curățeniei și dezinfecției, cu toate că activitatea de curățenie și dezinfecție se desfășoară diferit față de ceea ce este descris în anumite reglementări. Ex: În unitate se folosesc lavete și mopuri preimpregnate cu detergent-dezinfectant, asigurate de către o firmă externă, iar acest lucru nu este menționat în procedura ce reglementează modul de efectuare a curățeniei și dezinfecției.

- rezultatele obținute în urma prelevării probelor (registru evidență probe SPIAAM), au fost conforme.

Nu au fost identificate neconformități. Ex: Buletin analiza MAF sanitar nr.1252/31.03.2025

- a fost verificată respectarea planului anual de instruire, privind reglementările specifice temei de audit.

Plan anual de instruire înregistrat cu nr. 33/08.01.2025-SPIAAM

Astfel, s-au identificat procese verbale de instruire SPIAAM:

Ex: Proces verbal de instruire privind biocid de tip 2 (suprafețe) înregistrat cu nr.2235/08.05.2025

- rezultatele evaluărilor personalului din cadrul SCRMFB

Personalul din cadrul SCRMFB, secțiile cu paturi, a fost chestionat verbal în legătură cu modul de efectuare a curățeniei și dezinfecției după fiecare instruire, iar rezultatele au fost satisfăcătoare. Personalul și-a însușit modul de efectuare a curățeniei și dezinfecției.

Rezultate: În urma auditului s-au constatat următoarele:

SPIAAM elaborează anual Planul de instruire privind modul de efectuare a curățeniei și dezinfecției, pentru reglementările proprii ce se referă la această activitate. S-au identificat procese verbale de instruire a personalului medical, în conformitate cu planul de instruire anual. În ceea ce privește

evaluarea cunostințelor acumulate în urma instruirilor, nu s-au identificat procese verbale de evaluare a cunostințelor, dar personalul este chestionat verbal în urma instruirilor.

- s-a verificat aplicarea procedurilor de lucru privind activitatea de curățenie și dezinfectie în cadrul SCRMFB.

Astfel, au fost chestionate în total un număr de 4 persoane angajate, două îngrijitoare de curățenie de la fiecare secție. Cele patru îngrijitoare de curățenie au fost chestionate în legătură cu modul de efectuare a curățeniei și dezinfectiei în cadrul sectorului de activitate. Concluzia a fost că personalul folosește lavetele și mopurile plate uscate pentru efectuarea curățeniei, dar folosește și un tip de lavete și mopuri preimpregnate cu detergent dezinfectant, pentru a efectua activitatea de dezinfectie, ceea ce nu se specifică în reglementările interne.

Rezultate:

Din chestionarea personalului care aplică procedurile de curățenie și dezinfectie rezultă următoarele aspecte:

- personalul de curățenie folosește lavete și mopuri uscate și umede, preimpregnate cu detergent dezinfectant, pentru activitățile, de curățenie și dezinfectie.

- folosirea lavetelor uscate este reglementată, se respectă codul de culori reglementat la nivelul unității.

- folosirea lavetelor umede preimpregnate cu detergent dezinfectant, nu este reglementată, personalul care utilizează aceste lavete, cunoaște acțiunea acestora, le folosește corespunzător.

- Reclamații ale pacienților privind activitatea de curățenie și dezinfectie în cadrul SCRMFB/ Sesizări în chestionarele de satisfacție ale pacienților

În cadrul unității, în perioada auditată nu s-au înregistrat reclamații având ca obiect modul de efectuare a curățeniei și dezinfectiei, dar în chestionarele de satisfacție ale pacienților se regăsesc sesizări legate de unele deficiențe legate de procesul de efectuare a curățeniei și dezinfectiei în SCRMFB.

Analiza rezultatelor raportată la indicatorii stabiliți:

Indicatori urmăriti și modalitatea de validare:

- structura: procentul personalului existent necesar pentru efectuarea în bune condiții a activităților de curățenie și dezinfectie; procentul personalului ce efectuează activitatea de curățenie și dezinfectie instruit/evaluat; infrastructura funcțională pentru efectuarea în bune condiții a activităților de efectuare a curățeniei și dezinfectiei.

Rezultat: Conform datelor obținute reiese că numărul personalului necesar desfășurării în condiții optime a activității de curățenie și dezinfectie, este asigurat. La nivelul structurilor auditate au fost identificate planuri de instruire anuale, care cuprindeau și reglementările specifice activității auditate, precum și procese verbale de instruire dar, acțiunea de evaluare se realizează verbal. De asemenea ambele secții dețin infrastructura necesară desfășurării în condiții optime a activității, doar ca această activitate nu este reglementată corespunzător prin adaptarea la practica efectuată.

Indicatori îndepliniți 100%.

- proces: număr de aplicări eronate a procedurilor/reglementarilor aplicabile verificate; număr de instruire efectuate/ număr de instruire planificate, număr de evaluări efectuate/ număr de instruire efectuate, grad de însușire a cunostințelor rezultat în urma evaluărilor, număr de autoevaluări efectuate/ număr de autoevaluări necesare a fi efectuate.

Rezultat: Conform datelor obținute de la nivelul SCRMFB, reiese că au fost identificate aplicări diferite a procedurilor/reglementarilor în vigoare; la nivelul structurilor auditate a fost elaborat și respectat planul anual de instruire, iar evaluările aferente acestora au avut loc doar verbal. Gradul de însușire al cunostințelor în urma evaluărilor este unul ridicat, dar totuși activitățile de curățenie și dezinfectie se desfășoară într-un mod diferit, ceea ce rezultă fiind faptul că procedurile de curățenie și dezinfectie necesită revizii. Nu s-au identificat evenimente adverse în perioada auditată și nici IAAM.

Indicatori îndepliniți 80%

- rezultat: Numărul de reclamații ale pacienților privind activitatea de curățenie și dezinfectie-0; grad de satisfacție rezultat din chestionarele de satisfacție ale pacienților > 70%, grad de satisfacție considerat mulțumitor conform procesului verbal al Comitetului director din data de 07.12.2020.

Rezultat: În perioada auditată nu au fost înregistrate reclamații privind aplicarea reglementărilor privind activitatea de curățenie și dezinfectie, dar în chestionarele de satisfacție ale pacienților se regăsesc sesizări legate de modul deficitar de efectuare a curățeniei și dezinfectiei.

Grad de satisfacție SCRMFB >70%

Indicatori îndepliniți 100%.

Concluzii generale:

Având în vedere obiectivele auditului clinic/medical și scopul efectuării acestuia și anume acela de îmbunătățire a procesului auditat, identificarea problemelor, cauzelor și soluțiilor ce duc la această îmbunătățire, concluzionăm că acestea au fost atinse, activitatea de curățenie și dezinfectie din cadrul SCRMFB, se desfășoară adecvat, DAR fără a fi în concordanță cu reglementările aprobate și aplicabile la nivelul unității.

Procedurile ce reglementează activitatea de curățenie și dezinfectie în SCRMFB sunt elaborate, aprobate, sunt introduse în planurile de instruire, sunt analizate dar nu reiese faptul că au existat abateri de la normele stabilite prin aceste reglementări (ex: În unitate se folosesc lavete și mopuri preimpregnate cu detergent-dezinfectant, asigurate de către o firmă externă, iar acest lucru nu este menționat în procedura ce reglementează modul de efectuare a curățeniei și dezinfectiei.)

Personalul din cadrul SCRMFB efectuează aceste activități diferit de modul în care ele sunt reglementate, creându-se astfel o neconcordanță între ceea ce este scris și modul practic de efectuare a activităților.

Gradul de satisfacție al pacienților este unul satisfăcător, peste 70%.

Lipsa EAAM-uri privind activitatea auditată.

Menționăm că s-au identificat neconformități majore pe parcursul auditului, comisia de audit clinic/medical formulând câteva recomandări pentru îmbunătățirea activității.

Recomandări propuse:

- Revizia PO M 109 - Modul și verificarea curățeniei pentru fiecare secție și spațiu și adaptarea acesteia la practica curentă

- Introducerea în Planul anual de supraveghere, prevenire și limitare a IAAM 2026 și a activității de verificare a activă a foilor de observație, pe eșantion randomizat.

- Instruirea personalului din cadrul secțiilor cu paturi și a laboratoarelor RMFB pe baza noilor reglementări.

-Elaborarea Planului anual de supraveghere, prevenire și limitare a IAAM în cadrul SCRMFB astfel încât să se poată identifica cu ușurință cele trei componente: SUPRAVEGHEREA, PREVENIREA și LIMITAREA IAAM cu toate acțiunile aferente.

Gradul de satisfacție al pacienților este unul satisfăcător, iar punctele slabe sunt aduse la cunoștința Comitetului director, în vederea luării celor mai bune măsuri de remediere. Ariile în care sunt necesare îmbunătățiri au fost identificate, conform măsurilor recomandate în cuprinsul prezentului raport, nu atât în nerealizarea de activității, cât mai ales în necesitatea creșterii gradului de atenție la elaborarea și completarea documentelor precum și pentru găsirea modalităților cele mai eficiente pentru tratarea neconformităților. Menționăm că sistemul de asistență medicală din cadrul SCRMFB este unul adecvat, funcțional, care prezintă stabilitate și eficacitate.

1.12. RAPORT DE ACTIVITATE SPIAAM - ANUL 2025

Compartimentul de prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale, reprezintă o componentă semnificativă a actului medical și are ca principal scop prevenirea, limitarea și cunoașterea frecvenței infecțiilor asociate asistenței medicale, astfel încât serviciile medicale să se desfășoare în condiții de siguranță a pacienților respectiv a personalului.

Atribuțiile compartimentului de prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale sunt reprezentate de organizarea și derularea activităților de formare a personalului unității în domeniul prevenirii infecțiilor asociate asistenței medicale, elaborarea și supunerea spre aprobare a planului de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale, implementarea metodologiilor naționale privind supravegherea bolilor transmisibile, verificarea completării corecte a registrului de monitorizare a infecțiilor asociate asistenței medicale, raportarea la Direcția de Sănătate Publică Județeană a infecțiilor asociate asistenței medicale, organizarea și participarea la evaluarea eficienței procedurilor de curățenie și dezinfecție prin recoltare teste de autocontrol.

Activități :

În cadrul serviciului au fost întocmite :

Planul anual de supraveghere ,prevenire si control al infectiilor asociate asistentei medicale (nr. 30/08.01.2025)

Planul anual DDD (nr.32/08.01.2025)

Planul anual de autocontrol (nr.31/08.01.2025)

Planul anual de instruire a personalului medical (nr.33/08.01.2025)

Planul anual de instruire a pesonalului cu privire la gestionarea deseurilor periculoase (nr.34/08.01.2025)

Verificare constanta (lunar) a foilor de observatie cu privire la prescrierea medicației pacientului în cazul unei infecții și neraportarea acesteia(p.v. nr.4355/03.09.2025 ; p.v. nr.5447/03.11.2025)

Raportările catre Compartimentul Epidemiologie din cadrul DSPJ Constanta privind IAAM (ARI, SARI,BDA), au fost transmise saptamanal respectiv lunar și conform metodologiilor transmise de catre DSPJ Constanta raportate la sezon (atașăm exemple).

Verificarea periodică a biocidelor folosite în cadrul unității precum termenul și valabilitatea avizelor de folosire în unitati sanitare, conform Registrului National de Biocide si stabilirea produselor biocide folosite in carul unitatii, conform proces verbal nr. 2298/12.05.2025 al Comisiei de Biocide

Participarea la studiu de prevalență din data de 24.07.2025

Intocmirea referatului de necesitate și implicit stabilirea numărului de probe de sanitație, pentru contractul cu DSP Constanta conform planului de autocontrol (referat nr.60/09.01.2025).

Verificarea lunară a stocurilor din magazie, de materiale sanitare (masca protectie, mănuși consult,acoperitori încălțăminte de unică folosință, halat vizitator unică folosință, capeline) și substanțe dezinfectante (biocide), conform listelor de inventar.

Intocmirea referatelor de necesitate lunar pentru luna urmatoare, pentru materiale sanitare și dezinfectanți și înaintarea lor spre departamentul de achiziții, precum și verificarea documentației însoțitoare în cazul recepției substanțelor dezinfectante la magazie (p.v. nr. 3226/07.07.2025; nr.3225/07.07.2025; nr.5653/10.11.2025; nr. 5652/10.11.2025)

Verificare săptămânală a stocului de ambalaje destinate deșeurilor periculoase și comandă către furnizorul contractat

Verificarea periodică a stării de curățenie și dezinfecție a depozitului central pentru deșeuri periculoase și supravegherea în fiecare zi de vineri la predarea către firma care se ocupă de transportul, preluarea și eliminarea deșeurilor periculoase

Întocmirea referatului de necesitate trimestrial/semestrial după caz, luând în calcul desfășurarea activității în sezonul estival a sectorului Băi Reci, în vederea contractării serviciului de eliminare și

transport a deșeurilor periculoase, a furnizării ambalajelor destinate deșeurilor periculoase, urmărirea derulării contractului, respectiv a cantităților contractate de ambalaje (referat nr. 1573/03.04.2025)

Participarea la întocmirea referatelor de necesitate de către asistenții șefi de secție și șefii de compartimente pentru mopuri/lavete impregnate cu dezinfectant

Recepția și verificarea cantităților/calității mopurilor/lavetelor impregnate conform centralizatorului, în fiecare zi de luni, miercuri și vineri (p.v de recepție mopuri/lavete impregnate nr.116/02.04.2025; 123/25.04.2025; 137/28.05.2025; 128/07.05.2025)

Întocmirea referatului de necesitate pentru achiziția de servicii cursare personal privind noțiuni fundamentale de igienă (referat nr. 2478/22.05.2025)

Întocmirea referatului de necesitate pentru achiziții servicii deratizare/dezinsecție (referat nr.4889/01.10.2025)

Verificarea observațională a respectării procedurii de curatenie și dezinfectie, precum și prelevare probe conform planului anual de autocontrol (proces verbale de prelevare probe nr.26/27.11.2025; 20/18.09.2025; 19/18.09.2025; 03/12.03.2025)

Personalul medical a fost instruit semestrial cu privire la gestionarea deșeurilor periculoase, igiena primară a mâinilor, procedura de curatenie și dezinfectie pentru fiecare secție și spațiu, biocide folosite, curatenia pe tipuri de echipamente, circuitul lenjeriei, informații privind campaniile inițiate de DSPJ Constanța (p.v de informare nr. 3732/30.07.2025; 2235/08.05.2025; 5763/17.11.2025; 6371/12.12.2025)

Evaluarea stării de curățenie și dezinfectie s-a realizat prin prelevarea de probe conform planului de autocontrol după cum urmează:

Trimestrul 1 – salubrități sanitare – 5 probe

salubrități alimentare – 5 probe

mâini sector alimentar – 3 probe

apa imbaiere – 2 probe

apa potabilă – 4 probe

microaerofloră – 4 probe

Trimestrul 2 - salubrități sanitare - 7 probe

salubrități alimentare – 4 probe

mâini sector alimentar – 3 probe

apa imbaiere – 3 probe

apa potabilă – 4 probe

microaeroflora – 4 probe

examen coprocultura -24 probe

examen coproparazitologic – 24 probe

exsudat nazal – 24 probe nisip umed/uscat - 2 probe

Trimestrul 3 - salubrități sanitare – 7 probe

salubrități alimentare – 4 probe

mâini alimentar – 3 probe

apa imbaiere – 1 proba

apa potabilă – 4 probe

microaerofloră – 4 probe

Trimestrul 4 - salubrități sanitare - 5 probe

salubrități alimentare – 4 probe

mâini sector alimentar – 2 probe

apa imbaiere – 1 proba
apa potabilă – 4 probe
microaerofloră – 4 probe
examen coprocultură -22 probe
examen copro parazitologic – 22 probe
exsudat nazal – 22 probe

Buletine de analiză nr.1251/31.03.2025; 1253/31.03.2025; 5165/24.09.2025; 5884/10.11.2025;
6219/08.12.2025

1.13. RAPORT PRIVIND INTEGRITATEA ȘI ETICA INSTITUȚIONALĂ

În vederea implementării Strategiei Naționale Anticorupție, a fost elaborat Planul de integritate, prin dispoziție a managerului a fost desemnat un coordonator responsabil cu implementarea planului de integritate, la nivel de funcție de conducere, precum și persoanele de contact, la nivel de funcție de execuție. De asemenea, a fost adoptată și declarația privind asumarea unei agende de integritate organizațională, care a fost adusă la cunoștința personalului pe baza de semnătură. Monitorizarea implementării măsurilor asumate prin planul de integritate, agenda de integritate și declarația mai sus menționată, se face la finalul fiecărei perioade de un an, și se elaborează „Raportul anual privind stadiul implementării Planului de integritate”, care este transmis prin email la structura specifică din Ministerul Sănătății și postat pe site-ul spitalului în secțiunea „Integritate”.

În perioada raportată, s-au avut în vedere următoarele obiective:

- Identificarea, analizarea, evaluarea și monitorizarea riscurilor de corupție, precum și stabilirea și implementarea măsurilor de prevenire și control al acestora, conform HG nr. 599/2018;

Acest obiectiv a fost implementat prin analizele efectuate de grupul de lucru înființat pentru identificarea, analizarea, evaluarea și monitorizarea riscurilor de corupție. Astfel, riscurile de corupție au fost analizate, și s-au stabilit măsurile de prevenire și control ale acestora.

- Identificarea, evaluarea și raportarea unitară a incidentelor de integritate, conform HG nr. 599/2018, precum și stabilirea unor măsuri de prevenire și/sau control urmare producerii acestora.

Acest obiectiv a fost implementat prin reglementarea activității de raportare a incidentelor de integritate la nivelul unității, aducerea la cunoștința angajaților, precum și postarea în rețeaua internă. Menționăm că în perioada raportării nu s-au înregistrat incidente de integritate.

- Creșterea gradului de educație anticorupție a angajaților SCRMFB Eforie Nord.
Pentru implementarea acestui obiectiv la nivelul unității au fost distribuite și afișate diverse materiale privind bunele practici privind anticorupția.

- Consolidarea profesionalismului în cariera personalului din SCRMFB Eforie Nord, inclusiv prin aplicarea efectivă a mecanismelor de evaluare a performanțelor, evitarea numirilor temporare în funcțiile publice de conducere, transparentizarea procedurilor de recrutare în sectorul public și asigurarea stabilității funcției publice.

Pentru implementarea acestui obiectiv la nivelul unității, s-au elaborat planuri de: recrutare, formare/ dezvoltare profesională. Periodic personalul unității trece printr-un proces de evaluare, în urma căruia se întocmesc fișe de evaluare a personalului în care se regăsesc calificativele obținute de aceștia. De asemenea pe site-ul unității se regăsesc anunțuri de recrutare precum și rezultatele etapelor concursurilor de recrutare.

- Asigurarea unei protecții efective a cetățenilor/ angajaților care sesizează presupuse incidente de integritate săvârșite de furnizori/ angajații SCRMFB Eforie Nord.

Pentru acest obiectiv, la nivelul unității a fost reglementată activitatea de sesizare a incidentelor de integritate, precum și modul în care unitatea asigură protecția persoanelor care sesizează. A fost

numită și o persoană ca avertizor de integritate. Menționăm că la nivelul unității, în perioada raportată nu s-au înregistrat evenimente sau sesizări.

- Implementarea cadrului normativ privind consilierul de etică.

La nivelul unității este numită prin dispoziție, o persoană responsabilă cu activitatea de consiliere pe probleme de etică. S-a elaborat un plan de instruire, iar la finalul perioadei raportate s-a emis și un raport privind activitatea de consiliere pe probleme de etică.

- Evaluarea mecanismului de control intern managerial din perspectiva standardului nr. 1 - etica, integritatea, în vederea identificării vulnerabilităților aferente. Pentru implementarea acestui obiectiv, anual, fiecare membru al Comisiei de monitorizare, își autoevaluează modul de implementare al standardelor Codului controlului intern managerial al entităților publice, prin completarea chestionarului de autoevaluare. Menționăm că la nivelul unității acest standard este implementat.

- Transparentizarea utilizării resurselor publice prin publicarea centralizată a datelor privind achizițiile din sănătate. La nivelul unității funcționează compartimentul de achiziții publice, care întocmește și revizuieste la necesitate PAAP-urile necesare a fi elaborate precum și anexele acestora. De asemenea toate achizițiile peste 5000 euro sunt publicate pe site-ul unității, printr-un centralizator al acestora, trimestrial. Pentru asigurarea transparenței și aplicarea legislației în domeniu, se utilizează platforma SEAP.

- Implementarea sistemului digital de declarare a averilor și intereselor, în vederea automatizării procesului de completare, depunere și procesare.

Pentru implementarea acestui obiectiv, prin act administrativ emis de către conducătorul instituției, a fost desemnat un responsabil care să asigure implementarea prevederilor privind declarațiile de avere. Conform prevederilor legale, persoana desemnată este subordonată direct conducătorului instituției. În scopul informării și a unei mai bune înțelegeri a cerințelor ANI privind declararea averilor, a fost elaborată o procedură operatională pentru elaborarea și actualizarea declaratiilor de avere și interese ale personalului cu funcții de conducere și control. Procedura a fost adusă la cunoștința personalului vizat prin lista de difuzare a acesteia.

Conform prevederilor Legii 176/2010 privind integritatea în exercitarea funcțiilor și demnităților publice, pentru modificarea și completarea Legii nr. 144/2007 privind înființarea, organizarea și funcționarea Agenției Naționale de Integritate, precum și pentru modificarea și completarea altor acte normative, la termenele stabilite, în funcție de situație (depunerea declarației anuale la numire/încadrare în funcție, alegere, încheiere mandat sau activitate), toate persoanele vizate au depus declarațiile de avere, lucru care reiese din Registrul declarațiilor de avere și interese generat de aplicația e-DAI.

De asemenea, declarațiile de avere au fost afișate pe pagina de internet a spitalului, în termenul legal, prin anonimizarea datelor personale și sunt păstrate pe site pe toată durata exercitării funcției și 3 ani după încetarea acesteia.

Pe parcursul anului 2025, personalul a fost testat în legătură cu însușirea cunoștințelor legate de etică, integritate, declararea cadourilor, averilor și a intereselor, iar rezultatele se regasesc mai jos.

Rezultatele reevaluării gradului de cunoaștere a regimului incompatibilităților și conflictelor de interese în cadrul SCRMFB

În perioada 09.07.2025-17.07.2025 a avut loc retestarea personalului din cadrul Spitalului Clinic de Recuperare, Medicină Fizică și Balneologie Eforie Nord, prin aplicarea unui chestionar on-line. Tema chestionarului a fost despre regimul incompatibilităților și a conflictelor de interese și a fost distribuit către membrii Comisiei de monitorizare. La chestionar au răspuns 17 persoane, iar gradul de cunoaștere a informațiilor privind regimul incompatibilităților și a conflictelor de interese este de 92,94%, acesta reprezentând un nivel satisfăcător. În continuare prezentăm punctajul obținut la fiecare întrebare.

Astfel putem observa următoarele:

1. La întrebarea 1, au răspuns corect 17/17 respondenți.
2. La întrebarea 2, au răspuns corect 17/17 respondenți

3. La întrebarea 3, au răspuns corect 17/17 respondenți
4. La întrebarea 4, au răspuns corect 17/17 respondenți
5. La întrebarea 5, au răspuns corect 11/17 respondenți

Având în vedere aspectele de mai sus din care reiese faptul că gradul de cunoaștere a informațiilor privind gradul de cunoaștere a informațiilor privind regimul incompatibilităților și a conflictelor de interese a crescut de la 90,00% obținut la prima testare, la 92,46% obținut la a doua testare, propun ca acest grad de cunoaștere să fie încadrat ca fiind un grad de cunoaștere foarte bun, nemaifiind necesară o nouă reinstruire urmată de o retestare a personalului. Mentionez că la ultima întrebare, practic mai mulți respondenți au bifat răspunsurile corecte, dar faptul că exista și varianta de răspuns „toate răspunsurile sunt corecte”, a creat confuzie, astfel că unii au bifat fiecare răspuns ca fiind corect, iar alții au bifat varianta „toate răspunsurile sunt corecte”.

Rezultatul reevaluării prin aplicarea de chestionare on-line, cu privire la modalitatea de declarare a bunurilor primite cu titlu gratuit în exercitarea funcției sau mandatului

În perioada 09.07.2025-17.07.2025 a avut loc reevaluarea on-line a cunoștințelor personalului angajat, cu privire la modalitatea de declarare a bunurilor primite cu titlu gratuit în exercitarea funcției sau mandatului.

Rezultate obținute sunt evidențiate mai jos sub formă grafică, rezultând un grad de cunoaștere final de 96,92%. Astfel putem observa următoarele:

- La întrebarea 1, au raspuns corect 13/13 respoenți.
- La întrebarea 2, au răspuns corect 12/13 respondenți
- La întrebarea 3, au răspuns corect 12/13 respondenți
- La întrebarea 4, au răspuns corect 13/13 respondenți
- La întrebarea 5, au răspuns corect 13/13 respondenți

Având în vedere aspectele de mai sus din care reiese faptul că gradul de cunoaștere a informațiilor privind modalitatea de declarare a bunurilor primite cu titlu gratuit în exercitarea funcției sau mandatului, a crescut de la 85% obținut la prima testare, la 96,92% obținut la a doua testare, propun ca acest grad de cunoaștere să fie încadrat ca fiind un grad de cunoaștere foarte bun, nemaifiind necesară o nouă reinstruire urmată de o retestare a personalului.

Rezultatul reevaluării prin aplicarea de chestionare on-line, cu privire la modalitatea de completare și depunere a declarațiilor de avere și interese

În perioada 09.07.2025-17.07.2025 a avut loc reevaluarea on-line a cunoștințelor personalului angajat, cu privire la modalitatea de completare și depunere a declarațiilor de avere și interese.

Rezultate obținute sunt evidențiate mai jos sub formă grafică, rezultând un grad de cunoaștere final de 98,46%. Astfel, putem observa următoarele:

- La întrebarea 1, au raspuns corect 13/13 respoenți.
- La întrebarea 2, au răspuns corect 13/13 respondenți
- La întrebarea 3, au răspuns corect 13/13 respondenți
- La întrebarea 4, au răspuns corect 12/13 respondenți
- La întrebarea 5, au răspuns corect 13/13 respondenți

Având în vedere aspectele de mai sus din care reiese faptul că gradul de cunoaștere a informațiilor privind modul de completare a declarațiilor de avere și interese a crescut de la 74,55% obținut la prima testare, la 98,46% obținut la a doua testare, propun ca acest grad de cunoaștere să fie încadrat ca fiind un grad de cunoaștere foarte bun, nemaifiind necesară o nouă reinstruire urmată de o retestare a personalului.

Activitatea de consiliere etică

Activitățile de consiliere pe probleme de etică au la bază codul de conduită etică și profesională a întregului personal din cadrul Spitalului Clinic de Recuperare, Medicină Fizică și Balneologie Eforie Nord, care stabilește normele de conduită etică și profesională și principiile care trebuie respectate în relația cu pacienții, aparținătorii, colegii, în vederea creșterii încrederii și prestigiului instituției.

Pornind de la principiile care guvernează conduita profesională a personalului Spitalului Clinic de Recuperare, Medicină Fizică și Balneologie Eforie Nord și atribuțiile consilierului de etică privind monitorizarea aplicării prevederilor codului de conduită în cadrul unității de către toți angajații, pentru anul 2025, în cadrul cabinetului consilierului de etică a fost stabilită o întâlnire anuală de informare pe baza unei tematici stabilite anterior.

Astfel tematica abordată pentru perioada 15.10-15.12.2025 a avut ca scop conștientizarea personalului de importanța prevenirii și combaterii hărțuirii pe criteriul de sex, precum și a hărțuirii morale la locul de muncă, de menținerea unei culturi a muncii bazate pe respect și demnitate reciprocă.

În cursul întâlnirii de instruire, angajaților le-au fost aduse la cunoștință prevederile legale în vigoare care reglementează prevenirea și sancționarea tuturor formelor de discriminare, metodologia de prevenire și combatere a hărțuirii pe criteriu de sex, precum și hărțuirea morală la locul de muncă, reglementări privind egalitatea de șanse și tratament între femei și bărbați.

Perioada de instruire s-a finalizat cu un chestionar cu un număr de cinci întrebări din tematica propusă, care a avut drept scop evaluarea nivelului de cunoștințe ale persoanelor instruite.

În urma prelucrării răspunsurilor la întrebările din chestionarele distribuite angajaților, s-a constatat că aceștia și-au însușit informațiile cu privire la subiectul tematicii supuse dezbaterii, atât din sesiunea de instruire cât și prin studiu individual, la nivelul instituției existând elaborat și diseminat prin rețeaua de intranet a unității ghidul privind prevenirea și combaterea hărțuirii pe criteriu de sex, precum și a hărțuirii morale în cadrul unității, ghid din cuprinsul căruia sunt detaliate standardele comportamentale în cadrul instituției, informații privind modalitățile de semnalare a faptelor de hărțuire la locul de muncă și de recunoaștere a unei fapte de hărțuire, sprijinul pe care îl pot primi persoanele care, urmare a sesizării/semnalării unei fapte de hărțuire morală la locul de muncă, sunt convocate în diferite comisii.

De asemenea, la nivelul instituției, există afișat la loc vizibil un pliant prin care angajații sunt informați asupra faptului că tăcerea nu este o soluție, iar cazurile de hărțuire pe criteriul de sex, precum și hărțuirea morală la locul de muncă trebuie sesizate conform legii.

La nivelul unității, în anul 2025 nu au fost raportate incidente.

1.14. RAPORT PRIVIND GRADUL DE SATISFACTIE AL PACIENȚILOR

Evaluarea constantă a satisfacției pacienților reprezintă un indicator important care influențează în mod direct calitatea serviciilor, siguranța pacientului și performanța unității sanitare, feedbackul pacienților fiind un instrument de management.

Evaluarea satisfacției pacientului este un proces constant deoarece percepția pacientului reflectă adesea timpii de așteptare, comunicarea, coordonarea între servicii, prestarea serviciilor de îngrijire, cazare, hrană, curățenie, tratament, etc., actele normative în vigoare inclusiv standardele ANMCS, definesc satisfacția pacientului fiind un indicator obligatoriu pentru monitorizarea calității.

Evaluarea constantă permite identificarea disfuncționalităților operaționale, astfel încât acestea să nu fie transpuse în reclamații, reprezintă un mijloc de îmbunătățire a relației medic-pacient, reprezintă un instrument de management întrucât permite efectuarea analizelor comparative determinate de perioade de timp, astfel încât conducătorul unității sanitare să poată prioritiza intervențiile.

Evaluarea continuă a gradului de satisfacție a pacientului asigură creșterea încrederii și a reputației unității sanitare, un pacient mulțumit de serviciile oferite va reveni la medicul respectiv sau la spital sau va recomanda cu încredere și altor persoane să se adreseze spitalului.

Evaluarea gradului de satisfacție a pacientului reprezintă modalitatea în care spitalul vine în întâmpinarea valorilor și așteptărilor acestuia, încurajează responsabilizarea personalului, transparența și îmbunătățirea continuă a serviciilor.

Chestionarele analizate sunt diferențiate distinct, conținutul acestora referindu-se la serviciile acordate pacientului în ambulatoriu și la serviciile acordate în spitalizarea continuă.

Prezentul raport cuprinde analiza celor două tipuri de chestionare colectate în cele patru trimestre ale anului 2025 de la pacienții care au dorit să răspundă .

Astfel, chestionarul destinat pacienților care beneficiază de serviciile din ambulatoriul unității sanitare cuprinde un set de 5 întrebări la care au răspuns pacienții care au dorit să participe la sondaj, numărul lor fiind însă mai mic decât numărul pacienților care au beneficiat în timpul anului de serviciile din ambulatoriu.

Dintr-un număr de 219 de respondenți, gradul de satisfacție al pacienților mulțumiți și foarte mulțumiți este de 95,28 %.

Gradul de cunoaștere al pacienților respondenți privind sesizarea prin consiliul de etică al spitalului a încălcării normelor de etica sau deontologie medicală este de 94,97 %.

Referitor la datele statistice privind genul, vârsta, studiul și rezidența/locuința respondenților, analiza este următoarea:

Din totalul respondenților, 33,39% au fost bărbați, 56,33% au fost femei.

Cu privire la vârstă, raportarea se prezintă astfel:

18-30 _____ 2,41%

30-40 _____ 7,42%

40-60 _____ 39,37%, peste 60 de ani _____ 48,74%

În ceea ce privește rezidența/locuința, 75,69% dintre respondenți sunt din mediul urban, iar din mediul rural procentul este de 24,31%.

Chestionarul analizat pentru pacienții internați cuprinde un set de 14 întrebări, prin adaptarea anexei nr. 48 a OMS 1857/2023 care reglementează normele metodologice de aplicare a H.G. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

La acest moment, raportat la prevederile legale referitoare la evaluarea constantă a satisfacției pacienților, indicatorul măsoară percepția la externare asupra calității serviciilor medicale de care aceștia au beneficiat pe perioada internării, pe baza analizei chestionarelor completate de către respondenții care au dorit să participe la acest tip de sondaj, numărul lor fiind însă mai mic decât numărul pacienților externați în timpul anului.

Astfel, în anul 2025, dintr-un număr de 1.008 respondenți, gradul de satisfacție al pacienților mulțumiți și foarte mulțumiți de calitatea serviciilor oferite de unitatea noastră pe parcursul perioadei de internare este 92,51 % .

Concluzii:

Chiar dacă din analiza celor două tipuri de chestionare rezultă un scor pozitiv de peste 90% al gradului de satisfacție al pacienților care se adresează unității noastre, monitorizarea constantă, analiza și raportarea satisfacției pacientului este necesară întrucât analiza este parte integrantă a sistemului de management al calității, rezultatele oferind formarea unei opinii generale asupra percepției gradului de mulțumire al pacientului față de serviciile oferite și de asemenea ajută în luarea unor decizii de îmbunătățire a activității.

Obiectivele analizei au fost concentrate asupra evaluării așteptărilor pacienților SC RMFB Eforie Nord privind calitatea serviciilor medicale, gradul de satisfacție în ceea ce privește accesul la serviciile medicale și modul de prestare al acestora.

Totodată, în efectuarea analizei s-a ținut cont de faptul că satisfacerea nevoilor percepute de pacienți (cerințe subiective) nu se poate face decât prin respectarea normelor și standardelor (cerințe obiective).

Recomandări:

-monitorizarea continuă a gradului de satisfacție al pacienților care se adresează unității, pentru a identifica din timp eventualele probleme care pot apărea în legătură cu timpii de așteptare, îmbunătățirea continuă a condițiilor de tratament, îngrijire, curățenie, hrană, cazare și pentru îmbunătățirea relației empatică dintre personalul medical și pacient.

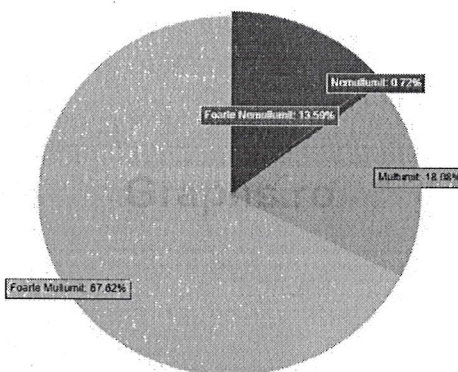
-participarea continuă a personalului la cursuri de formare profesională și instruirii tematice.

Raport privind gradul de satisfacție al pacienților, conform ordinului 1502/2016

Feed back privind serviciile medicale oferite de spital

Sunteți mulțumit de serviciile medicale oferite de spital?
Constanța - SPITALUL CLINIC DE RECUPERARE, MEDICINA - FIZICĂ ȘI BALNEOLOGIE EFORIE NORD - Anul 2025

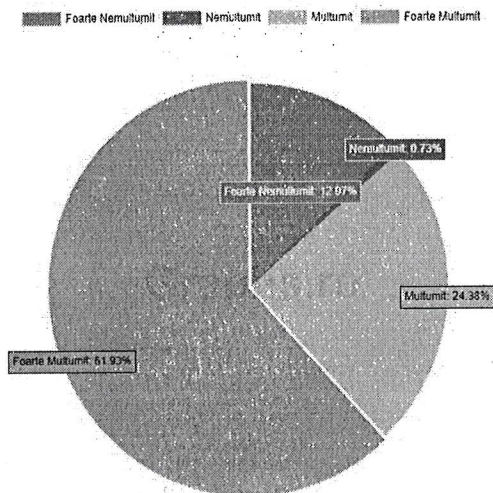
■ Foarte Nemulțumit ■ Nemulțumit ■ Mulțumit ■ Foarte Mulțumit



La întrebarea 1 au răspuns în total 979 persoane astfel: 133 prin SMS (13.59%), 846 prin completarea chestionarului online (86.41%). Dintre pacienții care au răspuns chestionarului în Anul 2025, 85.7% se declara mulțumiti și foarte mulțumiti de serviciile medicale din spital.

Feed back privind curățenia din spital

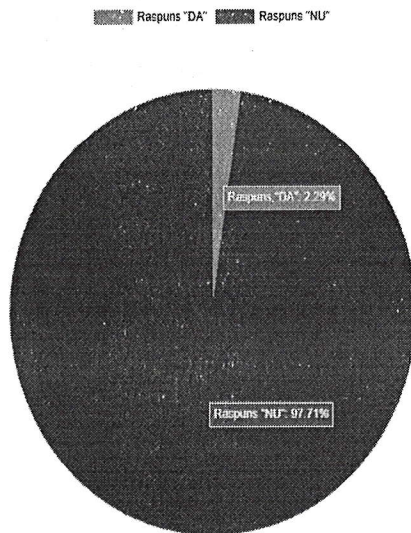
Sunteți mulțumit de curățenia din spital?
Constanța - SPITALUL CLINIC DE RECUPERARE, MEDICINA - FIZICĂ ȘI BALNEOLOGIE EFORIE NORD - Anul 2025



La întrebarea 2 au răspuns în total 964 persoane astfel: 118 prin SMS (12.24%), 846 prin completarea chestionarului online (87.76%). Dintre pacienții care au răspuns chestionarului în Anul 2025, 86.31% se declara mulțumiti și foarte mulțumiti de activitatea și implicarea medicului din spital.

Feed back privind cumpărarea de medicamente sau alte materiale sanitare

A fost nevoie să cumpărați medicamente sau alte materiale sanitare?
Constanța - SPITALUL CLINIC DE RECUPERARE, MEDICINA - FIZICĂ ȘI BALNEOLOGIE EFORIE NORD - Anul 2025

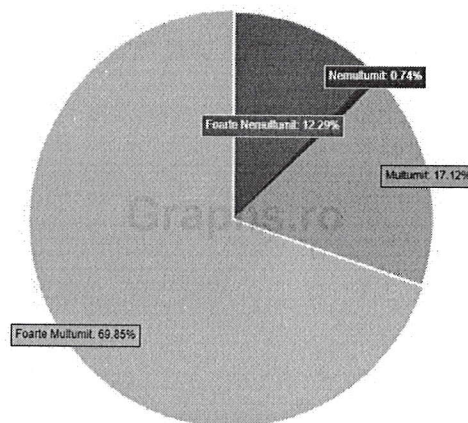


Feed back privind activitatea și implicarea personalului medical

Sunteți mulțumit de activitatea și implicarea personalului medical?

Constanța - SPITALUL CLINIC DE RECUPERARE, MEDICINA - FIZICA ȘI BALNEOLOGIE EFORIE NORD - Anul 2025

Foarte Nemulțumit Nemulțumit Mulțumit Foarte Mulțumit



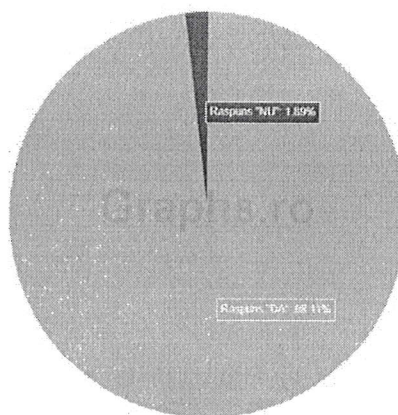
La întrebarea 4 au răspuns în total 952 persoane astfel: 106 prin SMS (11.13%), 846 prin completarea chestionarului online (88.87%).

Feed back privind primirea de explicații clare cu privire la diagnostic și tratament

Ați primit explicații clare cu privire la diagnostic și tratament?

Constanța - SPITALUL CLINIC DE RECUPERARE, MEDICINA - FIZICA ȘI BALNEOLOGIE EFORIE NORD - Anul 2025

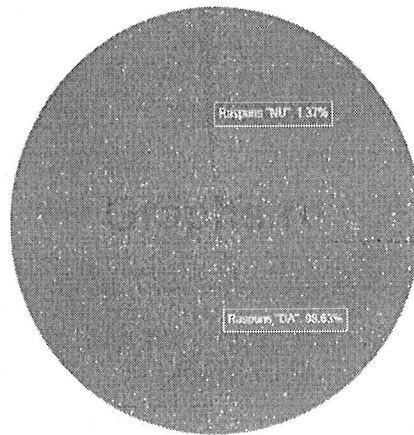
Răspuns "DA" Răspuns "NU"



La întrebarea 5 au răspuns în total 952 persoane astfel: 106 prin SMS (11.13%), 846 prin completarea chestionarului online (88.87%).

Feed back privind disponibilitatea de a recomanda unei persoane apropiate să se trateze la acest spital

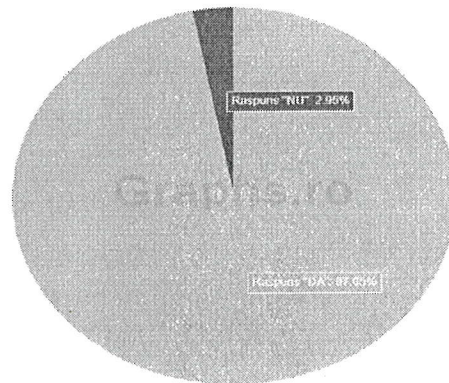
Răspuns "DA" Răspuns "NU"



La întrebarea 7 au răspuns în total 950 persoane astfel: 104 prin SMS (10.95%), 846 prin completarea chestionarului online (89.05%). Dintre pacienții care au răspuns chestionarului în anul 2025, 97.05% au declarat că ar recomanda unei persoane apropiate să se trateze la spitalul în care au fost internați din spital.

Feed back privind starea de sănătate după externare

Răspuns "DA" Răspuns "NU"



Dintre pacienții care au răspuns chestionarului în anul 2025, 97,05 % au declarat că starea lor de sănătate este mai bună după efectuarea tratamentului în cadrul spitalului. Au răspuns în total 846 persoane.

2.CONCLUZII GENERALE

În anul 2025, activitățile desfășurate în cadrul Spitalului Clinic de Recuperare, Medicină Fizică și Balneologie Eforie Nord s-au realizat în concordanță cu obiectivele strategice și indicatorii de

performanță asumați, reflectând o bună corelare între planificarea instituțională și rezultatele obținute. Analiza datelor colectate la finalul anului — provenite din raportările persoanelor responsabile, din evidențele statistice ale compartimentului de specialitate, din chestionarele privind gradul de satisfacție al pacienților, precum și din feedback-ul furnizat de Ministerul Sănătății și publicat pe platforma Graphs.ro — evidențiază o evoluție pozitivă a activității spitalului.

Aceste rezultate demonstrează faptul că personalul instituției manifestă un nivel crescut de implicare și responsabilitate, înțelegând importanța menținerii și, acolo unde este necesar, îmbunătățirii continue a calității actului medical și a serviciilor conexe. Totodată, se remarcă consolidarea unei culturi organizaționale bazate pe conștientizarea rolului individual în atingerea misiunii instituției, pe respectarea obiectivelor stabilite, precum și pe promovarea integrității profesionale și personale.

În acest context, menținerea unui climat organizațional orientat spre performanță, colaborare și etică profesională reprezintă un factor esențial pentru asigurarea sustenabilității și dezvoltării instituției pe termen mediu și lung. Direcțiile de acțiune asumate contribuie la creșterea încrederii pacienților și la consolidarea imaginii spitalului în sistemul sanitar.

Actuala echipă managerială își desfășoară activitatea în baza principiilor de transparență, profesionalism, economicitate și eficacitate, urmărind utilizarea judicioasă a resurselor disponibile. Printr-o abordare orientată către pacient, managementul instituției asigură condițiile necesare pentru furnizarea unor servicii medicale de calitate superioară, în deplină siguranță, cu respectarea standardelor în vigoare și în condiții de optimizare a costurilor.

În perspectivă, se impune continuarea eforturilor de modernizare, digitalizare și perfecționare profesională a personalului, precum și dezvoltarea unor mecanisme eficiente de monitorizare și evaluare a performanței, în vederea adaptării permanente la cerințele sistemului de sănătate și la nevoile populației deservite.

În vederea consolidării rezultatelor obținute și a creșterii continue a calității serviciilor medicale, se recomandă implementarea unor măsuri orientate spre eficientizarea activității și dezvoltarea instituțională. Astfel, este oportună continuarea procesului de digitalizare a fluxurilor interne și a serviciilor medicale, în scopul optimizării timpilor de răspuns și al creșterii accesibilității pentru pacienți. De asemenea, se impune intensificarea programelor de formare profesională continuă a personalului medical și auxiliar, cu accent pe noile practici terapeutice și pe îmbunătățirea comunicării cu pacienții.



