PLAN DE MANAGEMENT
AL SPITALULUI ORASENESC ALESD

Imbunatatirea structurii si organizarii spitalului

AUTOR :
EC. CRET FLORIN

2021

CUPRINS

1. **Scurta analiza a situatiei Spitalului orasenesc Alesd**

1.1.Profilul si pozitionarea spitalului
1.2.Caracteristici relevante ale populatiei deservite
1.3.Structura spitalului
1.4.Situatia dotarii spitalului
1.5.Situatia resurselor umane
1.6.Activitatea spitalului
1.7.Situatia financiara a spitalului
1.8.Analiza SWOT a spitalului
1.9.Problemele identificate la nivel de spital

2. **Proiectul de management**

2.1. Problematica prioritara abordata
2.2. Scopul planului
2.3. Obiective propuse
2.4. Activitatile necesare
2.5. Graficul Gantt de planificare a activitatilor in timp
2.6. Resurse necesare
2.7. Surse de finantare identificate
2.8. Rezultatele asteptate
2.9. Indicatorii vizati.

I. SCURTĂ ANALIZĂ DE SITUAŢIE A SPITALULUI ORĂŞENESC ALEŞD

1.1. Profilul si pozitionarea spitalului

Oraşul Aleşd este situat în judeţul Bihor, pe DN1 (E60) la o distanţă de 40 de km. faţă de municipiul reşedinţă de judeţ Oradea. Spitalul din orașul Aleșd este o unitate sanitară cu personalitate juridică, proprietate de stat, aflată în subordinea Consiliului Local al Oraşului Aleşd. În funcţie de criteriul teritorial este spital orăşenesc, iar în funcţie de specificul patologic este spital general. Conform OMS nr. 323/2011 privind aprobarea metodologiei şi a criteriilor minime obligatorii pentru clasificarea spitalelor în funcţie de competenţă, Spitalul Orăşenesc Aleşd este unitate sanitară de categoria a IV-a. Din aprilie 2008 spitalul este certificat pentru sistemul de management al calităţii conform standardului internațional SR EN ISO 9001. Auditul extern a fost și este efectuat de către firma de certificare S.C.Unicert Internaţional Group S.R.L. Spitalul Orăşenesc Aleşd este prima unitate spitalicească din sistemul public bihorean acreditată de către Comisia Naţională de Acreditare a Spitalelor, CoNAS (actualmente ANMCS) certificatul de acreditare fiind emis la 14 martie 2013.

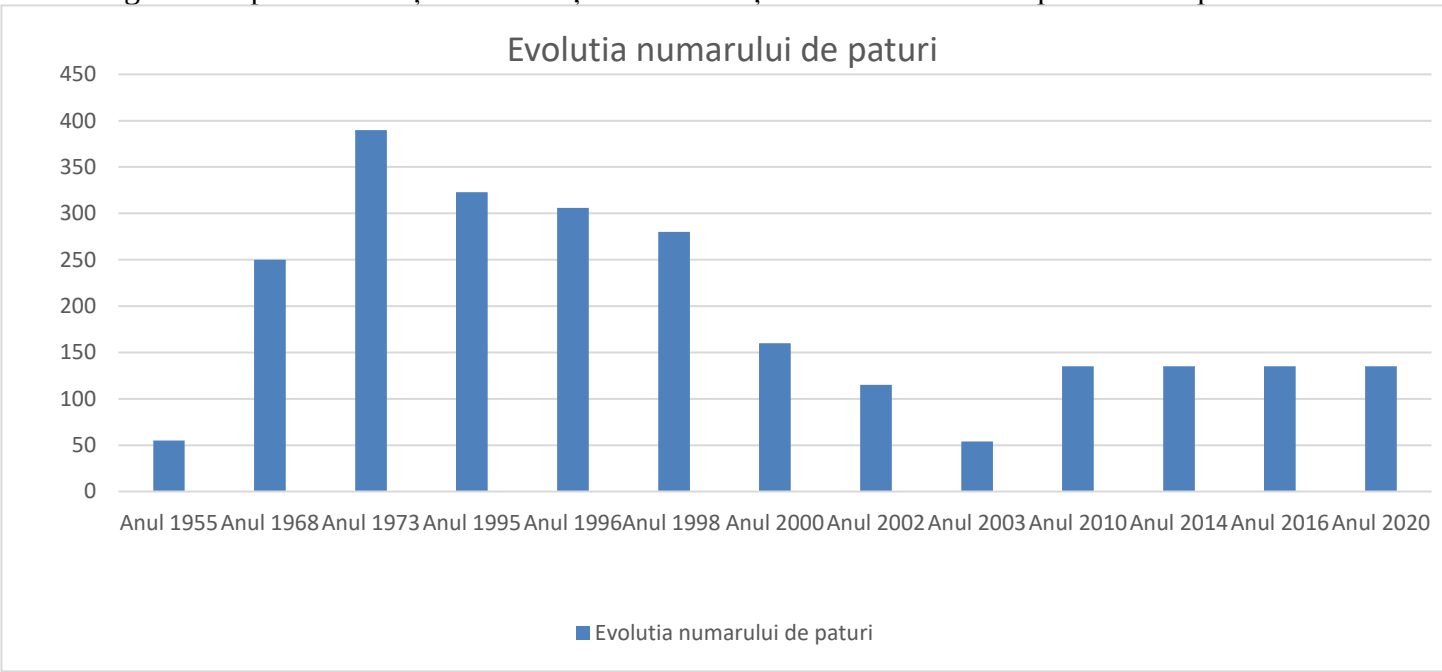
1.2.Caracteristici relevante ale populatiei deservite

La ora actuală, Spitalul Orăşenesc Aleşd împreună Dispensarul Policlinic deservesc o zonă foarte mare ca suprafaţă, de la Remeţi la Tileagd şi de la Zece Hotare la Pădurea Neagră. Populaţia totală deservită este de aproximativ 60.000 de persoane, din care 10.000 provin din oraşul Aleşd, iar restul de 50.000 din localităţile rurale înconjurătoare.

1.3.Structura spitalului

Prima structura spitalicească din oraşul Aleşd a fost înfiinţată în anul 1955 având 55 de paturi: 30 paturi pe secţia de medicină internă şi 25 paturi pe secţia de obstetrică, având in dotare doar o singură autosanitară. În anul 1968, odată cu reorganizarea administrativ-teritoriala a ţării, în orasul Aleşd s-au înfiinţat 3 secţii de spital, cu un număr de 250 de paturi, din care 40 paturi pentru Secţia Bratca. Spitalul Teritorial Aleşd, sub noua sa denumire, a fost organizat în anul 1973 şi a funcţionat cu cele 4 secţii: Medicină internă - 60 de paturi, Chirurgie - 50 de paturi, Obstetrică - 50 paturi, Pediatrie - 50 paturi şi 80 paturi secţia Bratca, totalizând 390 de paturi. Au existat în coordonarea spitalului 12 circumscripţii sanitare, din care în anul 1980 au rămas 10, au functionat 5 dispensare de intreprindere şi 5 case de naşteri cu câte 5 paturi, spitalul a avut în dotare 16 autosanitare. Pe parcursul anilor spitalul a suferit unele modificări structurale (Fig. 1):

Fig. 1. Spitalul Orășenesc Aleșd – Evoluția numărului de paturi în perioada 1955–2020



Sursa: Compartimentul Statistică/DRG Spital Orășenesc Aleșd

Structura actuală a unitatii sanitare cuprinde secţii cu paturi (135 de paturi +10 paturi spitalizare de zi + 2 paturi pentru insotitori), laboratoare şi servicii ambulatorii, în sistem pavilionar, după cum urmează (Tabel 2):

Tabel 2 – Structura actuală a Spitalului Orășenesc Aleșd

Sectia/Compartimentul	Nr. paturi
Secția de Medicină Internă, din care:	**47**
Compartiment Neurologie	6
Compartiment Îngrijiri Paliative	8
Compartiment Chirurgie Generală, din care:	**16**
A.T.I.	2
Ortopedie – Traumatologie	3
Compartiment Obstetrică – Ginecologie,din care:	**8**
Neonatologie	2
Compartiment pediadrie	**17**
Secţie externă Pneumologie - TBC din care:	**47**
Compartiment Pneumologie – TBC	17
Compartiment Pneumologie cronici	25
Compartiment Pneumologie – acuti	5
Spitalizare de zi	**10**
Însoțitori	2

Sursa: Structura Spitalului Orășenesc Aleșd/2020

1.4 Situatia dotarii spitalului

Activitatea spitalului se desfăşoară în mai multe corpuri de clădire , si anume
1.4.1 Sectia Pneumologie TBC situata pe str.Richter Karoly
1.4.2 Ambulatoriul de specialitate (Policlinica) situata in P-ta Unirii
1.4.2 Compartimentul de recuperare si spalatoria spitalului situate ambele pe str.Ciocarliei
1.4.3.Sediul principal cu sectii/compartimente situate pe str.1Decembrie

Spitalul detine infrastructura necesara prestarii serviciilor medicale in conditii normale conform autorizatiei de functionare . Tot ceea ce inseamna dotarea suplimentara cu aparatura moderna consideram ca, tinand cont si de situatia financiara a spitalului , aceasta se poate face exclusiv prin atragerea de fonduri . Investitiile in dotarea cu aparatura medicala sunt benefice ori de cate ori exista aceasta posibilitate avand in vedere ca medicina evolueaza pe zi ce trece.

Anul 2020 a fost un an benefic in acest sens , impreuna cu Primaria Alesd am lucrat la un proiect , proiect depus de catre ordonatorul principal de credite , proiect castigat prin care in context COVID-19 am dotat spitalul cu aparatura medicala moderna.

Aparatura medicala achizitionata este evidentiata in ANEXA 1 depusa la lucrare .

1.5. Situatia resurselor umane

În prezent**, numărul de persoane angajate** în Spitalul Orăşenesc Aleşd este de 190, din care:

Tabel 3- Personal angajat, pe categorii profesionale, decembrie 2020

	CATEGORIE PERSONAL	TOTAL din care	POSTURI OCUPATE, din care:	POSTURI VACANTE
0	**1**	**2=(3+4)**	**3**	**4**
1	COMITET DIRECTOR	3	3	0
2	MEDICI	36,5	24,5	12
3	ASISTENTI MEDICALI	100	84	16
4	ALT PERSONAL MEDICAL CU STUDII SUPERIOARE	6	5	1
5	REGISTRATORI MEDICALI	3	1	2
6	STATISTICIENI MEDICALI	1	1	0
7	BRANCARDIERI	2	2	0
8	AUXILIAR SANITARI	59.5	42	17,5
9	TESA	20	11	9
10	MUNCITORI	28	17	11
	TOTAL POSTURI	**259**	**190,5**	**68,5**

Sursa:RUNOS. Spital Orăşenesc Aleşd

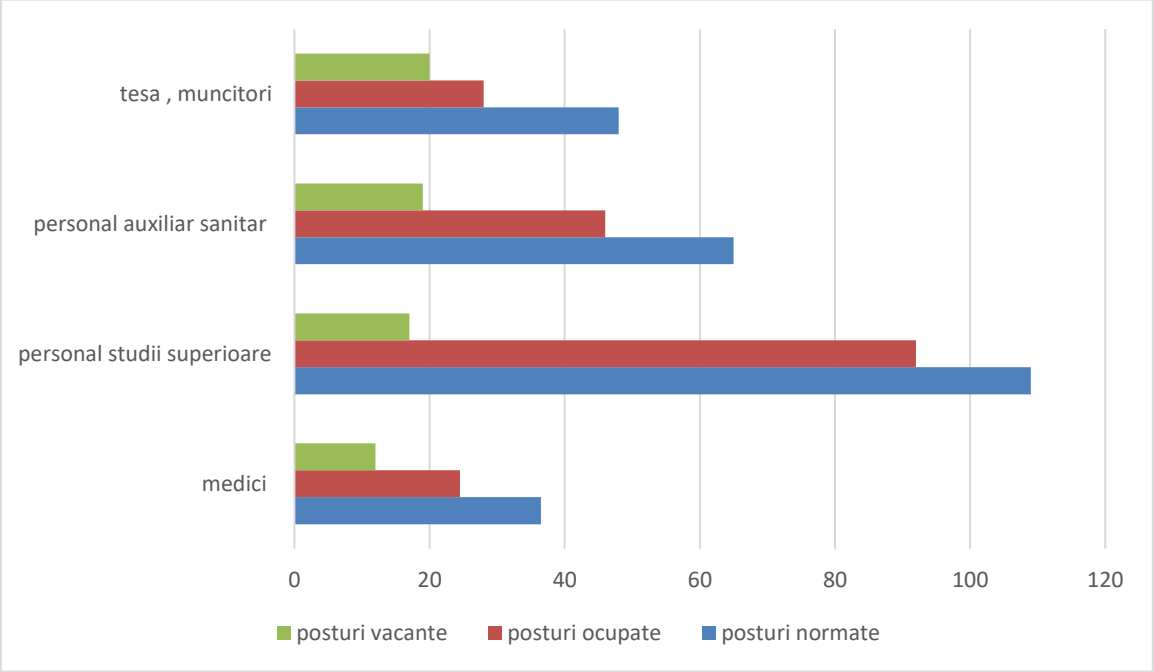


Fig. 2. Resurse umane Spital Orășenesc Aleșd, decembrie 2020

1.6. Activitatea spitalului

Serviciile medicale sunt împărţite în două categorii:

A. Spitalizare continuă în specialităţile:

- Medicină Internă + Compartiment de Neurologie;
- Chirurgie Generală + Compartiment A.T.I.+ortopedie traumatologie;
- Compartiment Obstetrică - Ginecologie ;
- Compartiment Pediatrie;
- Compartiment Pneumologie - TBC;
- Compartiment Pneumologie Cronici;
- Compartiment Îngrijiri Paliative.

B. Spitalizare de zi – Camera de gardă

1.7. Situatia financiara a spitalului

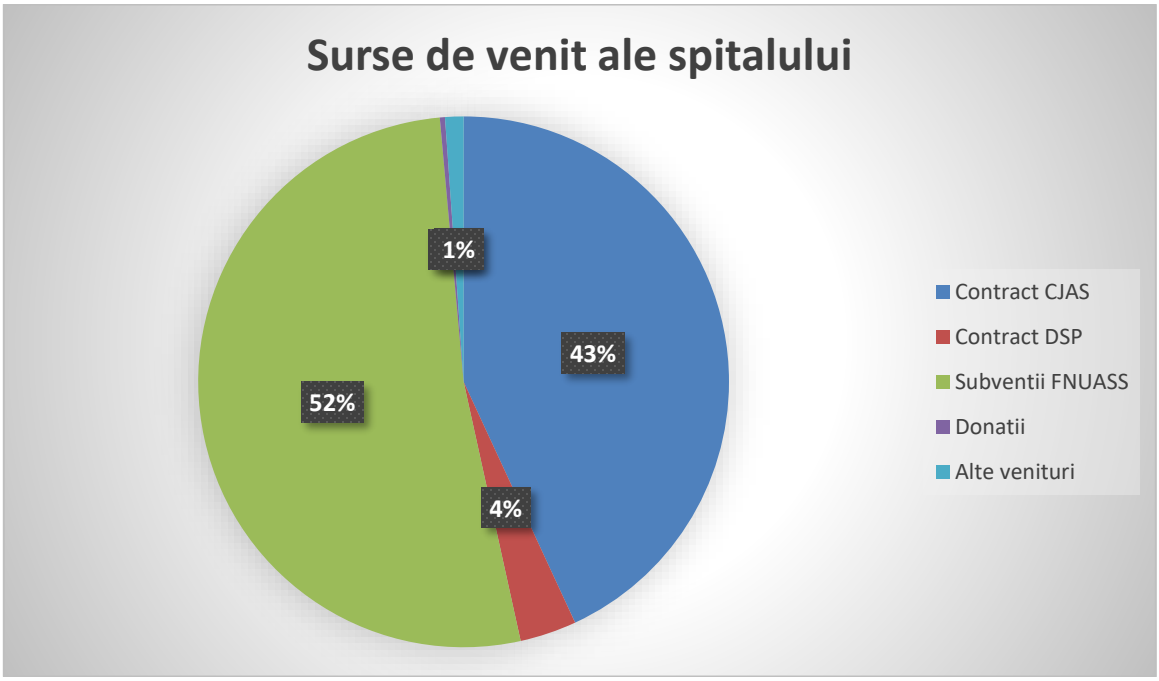
Structura veniturilor:

Pentru anul 2020 resursele financiare în cadrul spitalului sunt :

Venituri din contracte cu CAS Bihor	9.002.399,54
Venituri din contracte cu DSP	720.886,00
Subventii FNUASS	10.865.351,00
Alte venituri prestari servicii	174.006,46
Sume alocate stimulent risc	60.000,00

Donaţii şi sponsorizări		65.200,00
Subventii buget local		190.000,00
TOTAL VENITURI :	**21.077.843,00 lei**	**(+1,06 %)**
Total venituri in 2019	**19 870 326,18 lei**	

Fig. 3. Sursele de Venit ale Spitalului Orăşenesc Aleşd (2020):



Sursa:Compartiment financia contabil. Contul de rezultat patrimonial / 2020
Spital Orășenesc Aleșd

Structura cheltuielilor :

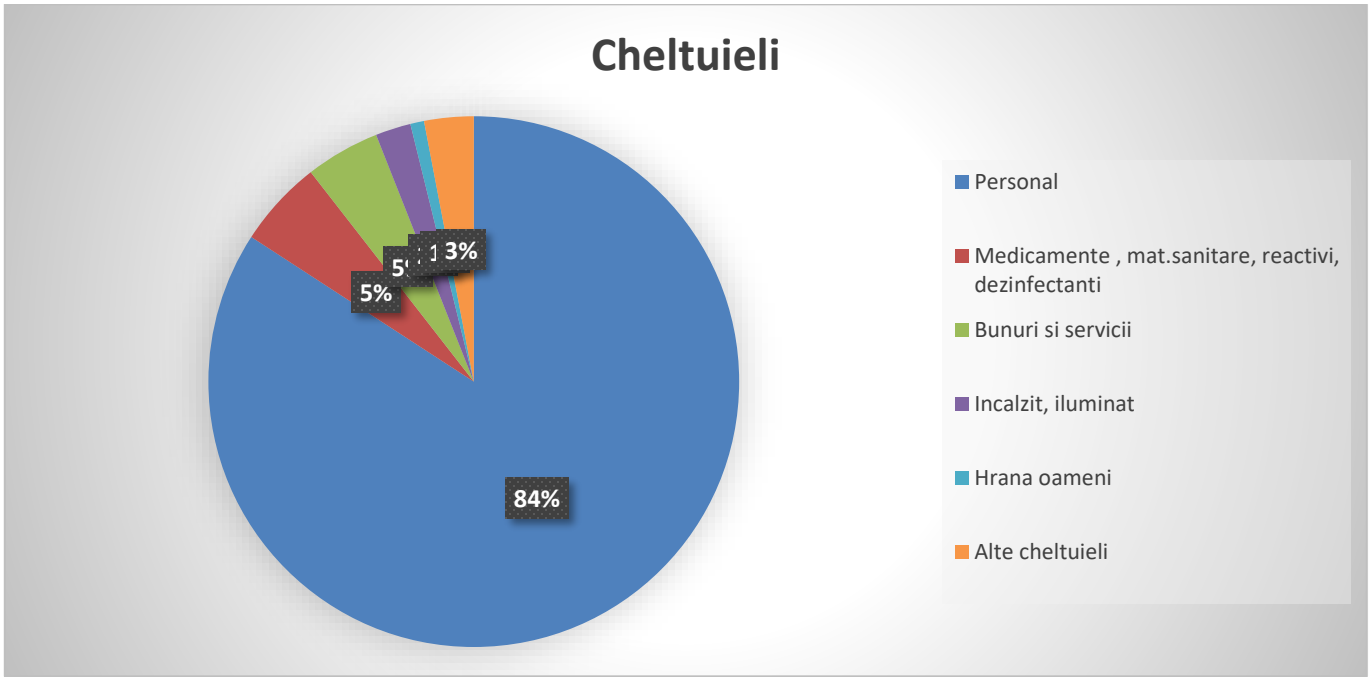
Plaţile efectuate in anul **2020** sunt in val.totala de	**20.918.190,54** lei din care:
-Cheltuieli de personal	**17.607.405,00** (84%)
Salarii de baza	12.168.810,00
Sporuri pentru cond.de munca	2.114.232,00
Alte sporuri	1.515.321,00
Fond aferent platii cu ora	699.998 00
Contributii aferente salariilor	379.195,00
Indemnizatia de hrana	600.999,00
Indemnizatie detasare	68.850,00
Stimulent risc	60.000,00
-Mat.si prestari servicii cu caracter functional	52.617,76
-Bunuri si servicii	947.315,37
-Medicamente , mat.sanitare. reactivi, dezinfectanti	1.108.690,56
-Hrana pt.oameni	175.027,31
-Obiecte de inventar	14.543,92

-Reparatii curente , capitale	7.171,73
-Alte sume aferente pers.cu handicap neinc.	177.083,00
-Incalzit , iluminat	451.003,41
-Alte cheltuieli	377.332,48

(carburanti, apa ,canal,posta ,mat.curatenie etc)

Raportul de executie bugetara scoate in evidenta o diferenta de 159.652,46 lei , diferenta (excedent) intre veniturile incasate si platile efectuate .

Fig. 4. Cheltuielile Spitalului Orăşenesc Aleşd (2020):



Sursa:Compartiment financia contabil. Contul de rezultat patrimonial / 2020
Spital Orășenesc Aleșd , Executia Bugetara 2020

1.8. Analiza SWOT a spitalului

Mediul intern	
Puncte TARI	**Puncte SLABE**
- Adresabilitate ridicată datorită numărului mare al populaţiei deservite, dar şi datorită locaţiei spitalului (drumul european E60); -- Existenţa unei echipe de lucru formată din personal majoritar tânăr, profesionist şi dedicat; - Infrastructură (clădiri şi dotări) peste medie; Spitalul este certificat conform SR EN ISO	- Disfuncţionalităţi în asigurarea constantă şi cu costuri reduse a confortului termic în toate clădirile spitalului - Costuri mari cu combustibilul pentru încălzire - Cheltuieli mari cu personalul din total pondere cheltuieli inregistrate

9001; ISO 14001 - Spitalul este acreditat conform normelor CoNAS (ANMCS); - Înființare unei ONG a spitalului (Asociația Hospital Pro Aleșd). -Laborator analize medicale acreditat RENAR	
Mediul extern	
Oportunitati - Descentralizarea sistemului sanitar şi apropierea acestuia faţă de nevoile reale ale comunităţiii; - Existenţa unei relaţii contractuale între unitatea sanitară şi CAS Bihor (serviciile sunt decontate de către CAS în totalitate); - Posibilitatea iniţierii de parteneriate transfrontaliere şi internaţionale cu alte unităţi sanitare din străinătate, în vederea elaborării de proiecte cu finanţare nerambursabilă sau a schimbului de experienţă între cadrele medicale; - Existenţa pe raza oraşului Aleşd a unei staţii de ambulanţă care transportă cazurile urgente; - Posilibitatea obţinerii de fonduri nerambursabile destinate domeniului sanitar; implementarea unor proiecte cu finanțare europeană; - Obţinerea de sponsorizări din partea unor agenţi economici / ONG-uri.	**Ameninţări** - Finanţare insuficientă pentru a continua procesul de modernizare al spitalului (reabilitare şi dotare); - Înfiinţatea de cabinete medicale şi laboratoare private moderne pe raza oraşului, structuri care se află în relaţii contractuale cu CAS Bihor. - Migrarea personalului medical in alte tari europene - Apropierea de granita cu Ungaria, face ca pacientii sa aleaga furnizorii de servicii de sanatate de peste granita

1.9. Problemele spitalului

Din analiza SWOT la nivelul spitalului am scos in evidenta cateva probleme cu care acesta se confrunta in prezent

1. Cheltuieli ridicate cu personalul
2. Lipsa unei independente energetice care sa conduca la reducerea costurilor cu combustibilul pentru incalzire

II. Proiectul de management

2.1.Problematica prioritara abordata :

Imbunatatirea structurii si organizarii spitalului

In abordarea acestei teme un rol esential la avut si proiectul in lucru cu privire la actualizarea masterplanului de servicii medicale pentru regiunea Nord-Vest (document atasat-ANEXA 2) .

Conform celor descrise ”Masterplanul este un document de politica sanitara , traseaza linii directoare de optimizare a serviciilor medicale pe termen mediu , in scopul asigurarii accesului la servicii medicale de calitate , a

cresterii eficientei serviciilor medicale si a sustenabilitatii financiare si de operare a serviciilor in conditii normale si de criza ". In acelasi timp se prevede ca "principiile de reorganizare din masterplan sunt aplicabile tuturor unitatilor sanitare din regiunea Nord Vest ".

Analiza cu privire la actualizarea masterplanului include si : DMS (Durata medie de spitalizare) , adresabilitatea (populatia acoperita) , serviciile de spitalizare de zi , continua , prezentarile in urgenta si consultatii in ambulator, modificari si progresul inregistrat la nivelul unor unitati sanitare prin reorganizare , investitii in infrastructura , dezvoltarea serviciilor .

In ceea ce priveste reconfigurarea serviciilor medicale din judetul Bihor in dreptul Spitalului Orasenesc Alesd sunt trecute urmatoarele : " procesul de reconfigurare va include conversia unui numar de paturi de spitalizare de acuti , cu o crestere concomitenta a numarului de servicii de spitalizare de zi si a celor ambulatorii , mai ales pentru serviciile de internare subutilizate ".

Avand in vedere cele de mai sus am abordat spre analiza doua metode care sa ajute la atingerea efectelor scontate in a imbunatati structura si organizarea spitalului :

- **cresterea participarii pacientilor in ambulatoriu si degrevarea spitalelor de anumite costuri .**
- **dezvoltarea unor servicii alternative sau complementare in cadrul spitalului (spitalizare de zi, recuperare, reabilitare etc);**

2.2. Scopul planului

Daca ar fi sa explic in termeni cat mai simpli scopul unui plan sau al unui proiect atunci as spune ca " acesta ar fi cel mai avantajos si realizabil compromis intre ceea ce se doreste si ceea ce poate face o firma , institutie."

Anul 2020 a fost un an atipic iar in sistemul sanitar a fost o presiune permanenta , a fost o lupta continua cu un virus necunoscut care a afectat si afecteaza si in prezent multe vieti umane.

Anul 2020 va ramane in istorie drept *anul covid*. Am trait un an intr-un climat de incertitudini si realitati in schimbare . A fost anul in care sanatatea a fost elementul central mai apreciata si cautata parca ca niciodata pana atunci.

La nivel de spital au fost emise proceduri , protocoale de lucru in cotext COVID -19 ce tin de accesul pacientilor in cadrul spitalului , de organizare , de asigurarea continuitatii activitatii.

In acest context ne confruntam cu o adresabilitate in scadere (45% fata de anii precedenti) in conditiile in care facem eforturi de a reveni la normalitate , de a gasi metode si mijloacele necesare de revenire fiind obligati in acelasi timp de a oferi servicii de calitate si de a optimiza costurile.

2.3.Obiectivele propuse

Obiectivele unui proiect sunt enunturi referitoare la rezultatele asteptate ale aplicarii planului proiectului.
Obiectivele pe care le propun sunt urmatoarele :
- Cresterea adresabilitatii ;
- Servicii eficiente si de calitate ;
- Optimizarea costurilor .
- Cresterea veniturilor prin contractarea suplimentara cu CJAS

2.4 Activitatile necesare

A. Studii și cercetări internaționale în asistența medicală ambulatorie

Probleme sunt complexe si diverse , una dintre problemele foarte des întâlnite ține de satisfacția pacienților față de serviciile din asistența medicală primară și din asistența medicală din ambulatoriile de specialitate.

Este firesc: degeaba oferi acces, dacă oamenii nu reusesc să fie convinși să-l folosească. Important de asemenea este modul în care pacienți aflați sub tratamente împotriva bolilor cronice pot fi ajutați să adere tratamentului, sau să nu renunțe ca urmare a efectelor secundare ale medicației.

Este interesant și modul în care pot fi influențate deciziile pe care le iau pacienții de maniera în care le sunt comunicate informațiile.

Exista doua tipuri de date cu care operam recunoscute si menționate în literatura de profil: datele observate și datele experimentale. În marea lor majoritate, datele cu care operăm sunt date observate, ca de exemplu: nivelul cheltuielilor alocate sistemului de sănătate, dinamica unor afecțiuni medicale, numărul medicilor de familie, sau răspunsuri la chestionare, cum ar fi opinia pacientilor cu privire la calitatea serviciilor medicale. Toate aceste informații sunt luate ca atare și sunt obținute prin observarea directă a unor fenomene, sau procese în desfășurare. Datele experimentale sunt mai greu de obținut, pentru că presupun din partea cercetătorului manipularea unor variabile.

Un exemplu ar fi următorul: să presupunem că ne dorim să stabilim dacă un anume medicament este mai eficient decât un altul (B). Pentru asta avem nevoie de două grupuri de pacienți, unul care să primească medicamentul și unul care să primească medicamentul în discuție B, iar toată lumea să știe că primește medicamentul. Datele culese cu privire la rezultatele celor două substante administrate sunt date experimentale, pe baza cărora putem stabili ulterior dacă medicamentul este într-adevăr efficient.

In cazul sumei pentru serviciile medicale effectuate in ambulatoriile aferente spitalului , plata se face prin tarif pe caz rezolvat/serviciu medical.

Plata sumei pentru serviciile medicale effectuate in cadrul spitalizarii pacientului se face prin intermediul TCP-ului , tarif pe caza ponderat prin sistemul DRG.

Cheltuielile decontate cu aproximativ același număr de servicii acordate în ambulatoriile de specialitate sunt mai mici decât cele decontate în regim de spitalizare continuă, atât în cazul spitalelor publice cât și al spitalelor private. Într-un limbaj statistic consacrat, putem spune ca în medie un serviciu acordat în spital este cu mult mai scump decât unul acordat în ambulatoriu , lucru mentionat și prin punctele de vedere ale practicienilor interni și internaționali cu privire la diferența de costuri între ambulatoriu și spital.

Dimensiunea cheltuielilor cu spitalizarea continuă se datoreaza și complexității cazurilor, cazuri care nu ar fi putut fi rezolvate în regim ambulatoriu. Acesta ar putea să fie și unul dintre motivele pentru care, numărul de contracte decontate în cele două direcții este atât de covârșitor diferit .Dacă un bolnav poate să primească îngrijire în ambulatoriu, costul minim despre care putem vorbi, care nu mai este plătit și care este evident în contabilitate, este cel puțin costul hotelier al spitalizării - și tot este ceva. În realitate există și alte costuri, pe care nu le vedem neapărat și care intră în categoria costurilor de oportunitate – costul celei mai bune alternative la care s-a renunțat: personalul medical este ocupat în detrimentul unui caz care chiar are nevoie de asistență, patul de spital este alocat cuiva care nu are neapărată nevoie în detrimentul altcuiva care poate chiar depinde de asta.

B. **Masuri care pot conduce la cresterea participarii pacientilor in ambulatoriu si degrevarea spitalelor de anumite costuri** .

1. **<u>Crearea de interventii la nivel personal !</u>**

Cum aducem pacientul la medic si odata ajuns acolo cum il mentinem sub tratament chiar in cazul in care efectele adverse ale medicamentatiei sunt greu de suportat ?

In luarea unei decizii si a actiona ne motivează mai curând evitarea unor evenimente negative decât beneficiile pe care le putem obține, dar specialiștii au și convingerea fermă, și dovezi din experimente realizate, că de cele mai multe ori oamenii nu acceptă că ar fi putut fi influențați de o simplă încadrare a informației.

Ma intreb daca medicii specialisti tinand cont si de birocratia in crestere (completarea in cele mai mici detalii a dosarului pacientului) ar fi dispusi sa comunice mai eficient cu pacientii si de doua ori pe an sa trimita acestora scrisori motivationale prin care sa le explice acestora care sunt riscurile pe care le pot evita prin prezentarea la control periodic sau prin ramanerea sub tratament !

O masura deja functionala in cadrul spitalului tine de faptul ca in ambulator serviciile sunt planificabile lucru care poate conduce la cresterea adresabilitatii (planificarea presupunand date de contact ale pacientilor astfel incat acesta sa poata fi contactat pentru a i se reaminti de vizita la spital) masura care se adreseaza in special pacientilor care isi cuantifica foarte bine timpul sau pacientilor care nu sunt arondati in mod obisnuit spitalului .

Optiunea ,default, care ne spune sa nu schimbam nimic , este un alt instrument important despre care ne vorbeste si economia comportamentala.

Orice psiholog va putea confirma faptul că avem un creier a cărui dezvoltare a rămas cu mult în urma cantității uriașe de informație pe care trebuie să o procesăm. Un pas suplimentar în luarea unei decizii este o presiune grea asupra resurselor noastre cognitive și de aceea evităm să îl facem.

Una dintre masuri ar fi sa arondam fiecarei persoane un medic specialist /primar (partial implementat in cazul medicilor de familie tinand cont ca nu toate persoanele sunt arondate unui medic de familie) .

Cu siguranta in timp persoana respectiva isi poate schimba medicul sau pot chiar sa se inteleaga bine ceea ce va insemna sa ramana la acel medic.

In acest moment consider ca masura este partial implementata deoarece tine cont de mai multi factori : afinitati , de credibilitatea medicului , imaginea lui , de serviciile oferite , de gradul de repetitivitate al serviciului , de starea pacientului etc .

O implementare de 100 % a masurii ar evidentia medici cu sute de pacienti poate mii si altii cu pacienti pe care i-am putea numara pe degete . In acest caz putem vorbi de eficienta si de cadre medicale bine pregatite .

Uneori însă, doar opțiunea default nu funcționează.

De exemplu in cadrul ambulatoriului de specialitate functioneaza cabinetul de diabetologie caruia ii este arondat un numar de pacienti (unii pleaca altii vin) si prin prisma serviciilor oferite acei pacienti sunt planificati si minim de 2 ori pe an sunt prezenti pentru consultatii si prescriere medicamentatie .

Oare ar fi suficient ca medicul diabetolog in loc sa le spuna pacientilor unde sa se duca , le spune ca trebuie sa se duca . O persoana bolnava de diabet are optiunea predefinita ca de doua ori pe an sa faca un control si analize …ar fi de ajuns aceasta optiune pentru ca persoana sa se conformeze ?

In cazul in care starea de sanatate este de asa natura sa o impinga la asemenea investigatii de sanatate putem spune ca da altminteri pacientul va cauta nenumarate scuze , mecanisme ca sa evite sa faca ceea ce trebuie .

In astfel de cazuri economia comportamentala ne spune ca functioneaza asa numitele instrumente de angajament (în engleză acestea poartă numele de "commitment devices").

Concluzia este ca majoritatii ne lipseste autocontrolul . Majoritate dintre noi cădem pradă priorităților de moment, în detrimentul planificărilor pe termen lung.

Daca bolnavului de diabet despre care am discutat i s-ar aplica anumite masuri pecuniare (retinere suma card consultatie etc. de cate ori este planificat) sau daca ar fi sunat si sensibilizat inainte cu minim o zi de la data planificarii consultatiei credeti ca ar fi la fel de indiferent ?

Daca prima propunere este mai greu de aplicat , deoarece daca consultatia se realizeaza cu bilet de trimitere este gratuita iar medicamentatia intra oarecum in programul de preventie fiind si ea gratuita (pensionari) atunci cred cu tarie ca varianta a doua este realizabila cu conditia ca baza de date de pacienti arondati medicului sa fie bine pusa la punct si relatia medic pacient sa fie una corecta si transparenta.

2. **Implicarea activa a medicului de familie .**

Medicul de familie îndeplinește un rol foarte important în sistemul național de sănătate, acordând asistenţă primară la nivel de individ, familie și comunitate. Tratează și consiliază pacientul, indiferent de starea de sănătate sau boală, este alături de acesta în identificarea afecțiunilor clinice, promovează un stil de viață sănătos și personalizat în funcție de nevoile și posibilitățile fiecărui pacient.

Deși cu toții ne adresăm medicului de familie, oare conștientizăm cu adevărat rolul acestuia sau ne limităm în a păstra o relație bazată pe nevoia de a obține adeverințe și trimiteri medicale?

Datorită colaborării interdisciplinare directe cu medicii specialiști din cadrul spitalelor , centrelor etc , medicul poate oferi soluții mai rapide, mai eficiente, având în vedere imaginea de ansamblu și nevoile reale ale pacientului .

Indiferent de locul în care profesează, medicul de familie este coordonatorul fiecărui caz în parte. Acesta știe tot istoricul medical al unui pacient, îl consiliază pe toată durata tratamentului și se asigură de diminuarea suferinţelor fizice, psihice și sociale ale acestuia.

Identificarea unor masuri de colaborare adecvate poate sa conduca la cresterea participarii pacientilor in ambulatoriu . Cand am spus masuri de colaborare acestea trebuie sa aiba in centru pacientul si nu interese de alt ordin (bonificatii in natura sau bani acordate medicilor de familie in functie de numarul de pacienti orientate spre un anumit spital /medic etc).

Medicul de familie este cel care ar trebui sa aiba primul contact cu pacientul si sa tina cont de rolul preventiv pe care il are in prevenirea bolilor si evitarea eventualelor consecinte .

Colaborarea interdisciplinara cu specialistii din spital conduce ca acel pacient sa ajunga in ambulatoriul de specialitate al spitalului in vederea continuarii aplicarii masurilor preventive .

Conditiile de acordare a consultatiilor / serviciilor in ambulatoriul de specialitate al spitalului au in vedere : biletul de trimitere de la medicul de familie sau de la alt medic specialist , cu exceptia urgentelor si afectiunilor confirmate , cardul de sanatate /adeverinta inlocuitoare CJAS , buletin sau cartea de identitate iar pentru copii certificatul de nastere .

3. Este mai simplu sa previi decat sa tratezi !

3.1 Preventia prin intermediul ambulatoriului de specialitate !

Inițial prin prevenție se înțelegea luarea tuturor măsurile necesare pentru a evita apariția unor stări patologice. Într-un sens mai larg, măsurile includ şi terapiile preventive care pot limita progresia bolilor. Prin anii ’80, a inceput să se facă distincție între cele 3 tipuri de prevenții: prevenția primară - care are ca scop promovarea sănătății şi evitarea riscurilor pentru sănătate, înainte de apariția bolii; prevenția secundară - care se face pentru a depista bolile în faza incipientă, asimptomatică; şi prevenția terțiară - care are ca scop oprirea sau întârzierea evoluției bolii spre complicații.

Mai nou, a fost dezvoltat un nou concept, cel de prevenție cuaternară, concept inițiat de un medic din Belgia, dr. Marc Jamoulle , ca fiind acțiunea de identificare a pacienților cu risc de supramedicalizare şi de a-i proteja de noile metode invazive, sugerându-i care intervenții sunt acceptabile din punct de vedere etic.

Preventia in general se realizeaza si prin intermediul programelor de preventie al caror scop general este maximizarea sanatatii la nivelul populatiei.

Noțiunea de prevenție a fost preluată şi de clinicieni, sub numele de prevenție clinică. Prin prevenția clinică, medicul clinician încearcă să depisteze comportamentele greşite, să prevină apariția unor bolii sau complicații. În relația medic-pacient, medicul trebuie să ofere cea mai bună soluție medicală pentru acel pacient. Dacă discutăm de prevenție, în activitatea curentă, medicul împreună cu pacientul decid care sunt măsurile pe care le pot avea în vedere, ținând cont de starea pacientului, de posibilitățile financiare şi de motivație, de exemplu, dacă doreşte să-şi schimbe comportamentele la risc.

În Canada, serviciile preventive sunt definite astfel: „manevrele legate de prevenția primară şi secundară precoce (de exemplu imunizare, screening, consiliere şi medicație preventivă) oferite persoanelor în funcție de vârstă, sex şi factori de risc pentru boli, şi oferite pe baza cererii şi ofertei, cu două condiții:

a. furnizorul să fie membru al unei echipe de îngrijire, sau parte a unui sistem care are sarcina de a furniza, de exemplu, un serviciu de screening

b. clientul să aparțină unui grup mic (de exemplu, o familie, un grup de fumatori) de comun acord să beneficieze de acest serviciu.”

Avand in vedere cele de mai sus si daca pornim de la premisele ca unitatea sanitara face parte dintr-un sistem si ofera servicii de preventie , servicii de ingrijire pacientilor , ca unitatea sanitara are o buna colaborare cu medicii de familie , cei care ”detin” pacientii intr-un numar mai mare sau mai mic si exact ce spuneam de implicarea medicilor de familie de a orienta pacientii si indruma spre un anumit serviciu , atunci vom constata ca aceste servicii de preventie au aplicabilitate si la noi .

Furnizarea de servicii de preventie prin intermediul ambulatoriului este conditionata de existenta unei infrastructuri adecvate , sisteme informatice , educatie si informare a publicului , sisteme de rechemare a pacientului (vezi interventii la nivel personal !) , specialisti pe masura si binenteles finantare.

3.2. Factorii de risc

”România are cea mai mare rată a mortalității din cauze tratabile, cea mai scăzută speranță de viață și cel mai subfinanțat sistem de sănătate din Uniunea Europeană. Șpăgile din sănătate sunt substanțiale, consumul de tutun şi alcool excesive, personalul medical prea puţin, iar sistemul de sănătate semnificativ subfinanțat, sunt doar câteva din concluziile raportului "Starea Sănătății în Uniunea Europeană” în ce priveşte ţara noastră.

România are cea mai ridicată rată a mortalității din cauze tratabile dintre țările UE, potrivit documentului publicat de Comisia Europeană. Numeroase decese ar putea fi evitate printr-o mai bună prevenție și prin tratament, însă România are un număr foarte mare de decese atât din cauze tratabile, cât și prevenibile.
Țara noastră are și una dintre cele mai scăzute speranțe de viață din Uniunea Europeană - în timp ce media UE este de 80,9 ani, în România, speranța de viață este de 75,3 ani.
Peste jumătate din totalul deceselor din România pot fi atribuite unei serii de factori de risc comportamentali, care includ dieta neadecvată, consumul de tutun, consumul de alcool și activitatea fizică scăzută (62%), cifra situându-se mult peste media UE (44%). Riscurile alimentare (27%) includ aportul insuficient de fructe și legume și consumul excesiv de zahăr și sare.

Fumăm, bem, nu ne mişcăm
Consumul de tutun (incluzând fumatul activ și fumatul pasiv) este cauza unei proporții de aproximativ 17% din totalul deceselor, în timp ce 14% dintre decese pot fi atribuite consumului de alcool, valoare de peste două ori mai mare decât proporția observată la nivelul UE (6 %). Alte 4% dintre decese sunt legate de nivelurile scăzute de activitate fizică.
Unul din cinci adulți români fumează zilnic, cu o rată mult mai mare în rândul bărbaților (32%) decât în rândul femeilor (8%). Consumul de alcool reprezintă o amenințare majoră la adresa sănătății publice, rata consumului episodic excesiv de alcool (35%) depășind cu mult media UE, de 20%. Această rată este de peste 50% în rândul bărbaților, arată raportul.
Numărul adolescenților români care fumează este, de asemenea, un motiv de îngrijorare, aproape o treime dintre tinerii de 15 și 16 ani declarând în 2015 că au fumat în cursul lunii precedente, această rată fiind printre cele mai mari din UE. Nu sunt încă vizibile efectele Legii din 2016 pentru prevenirea și combaterea consumului produselor din tutun.
Doi din cinci adolescenți de 15 și 16 ani din România au declarat în 2015 că au experimentat cel puțin un episod de consum excesiv de alcool în cursul lunii precedente. Această rată este, de asemenea, peste media UE și constituie un motiv serios de îngrijorare, având în vedere asocierea dintre consumul excesiv de alcool și vătămările accidentale, în special la adolescenți.
Cel mai subfinanţat sistem din UE
România are, de altfel, cel mai sărac sistem de sănătate din UE. Țara noastră alocă sănătății cei mai puțini bani din Uniunea Europeană - mai puțin de jumătate din media UE - atât pe cap de locuitor, cât și ca procent din Produsul Intern Brut, arată raportul Comisiei Europeană. Sistemul de sănătate din România este semnificativ subfinanțat - este una dintre concluziile raportului.
Cheltuielile pentru sănătate au atins un minim istoric și sunt mai mici decât în orice altă țară din UE atât pe cap de locuitor, cât și ca procent din PIB (5,2 % din PIB în 2017, comparativ cu media UE de 9,8%). Subfinanțarea sistemului afectează capacitatea României de a răspunde nevoilor actuale ale populației, situație care va deveni din ce în ce mai dificilă pe măsură ce populația îmbătrânește și baza de resurse se restrânge, atrage atenția raportul Comisiei Europene.
Mai mult de trei sferturi din cheltuielile pentru sănătate sunt finanțate public (79,5% în 2017), în conformitate cu media Uniunii Europene, care este de 79,3%. A doua mare sursă de finanțare sunt plățile făcute de pacienți din buzunar - serviciile pe care aceștia le plătesc - care reprezintă aproximativ 20,5%.

De asemenea, raportul Comisiei Europene notează că plățile informale din sistemul de sănătate din România (șpaga din spitale) sunt considerate substanțiale, chiar dacă amploarea fenomenului nu este în totalitate cunoscută. Cheltuielile cu asistența medicală acordată în spitale domină - peste 42% din bugetul sănătății din România este alocat asistenței medicale acordate în spitale, față de media UE, care este de 29%. Cheltuielile cu asistența medicală primară rămân, în România, cele mai reduse din UE - doar 18%.

Prevenţie slabă, medici puţini

În plus, România investește cei mai puțini bani în prevenția bolilor dintre țările Uniunii Europene. În țara noastră se alocă, pentru prevenție, doar 1,7% din cheltuielile totale cu sănătatea, în timp ce media Uniunii Europene este de 3,1%. Practic, România investește pentru prevenție, într-un an, doar 18 euro/persoană.

Sistemul de asigurări de sănătate oferă un pachet complet de beneficii, dar, cu toate acestea, aproximativ 11% din populația României rămâne neasigurată și are dreptul la doar un coș minim de servicii, se mai arată în raport. România se numără și printre țările UE cu cel mai mare deficit de medici și asistente medicale pe cap de locuitor. În anul 2017 (cele mai recente date, analizate în raport), țara noastră avea o medie de doar 2,9 medici la mia de locuitori, în timp ce media Uniunii Europene este de 3,6. Migrația din ultimii ani a personalului medical, aflat în căutare de salarii și condiții de lucru mai bune, are consecințe negative asupra accesibilității populației României la îngrijiri medicale, se arată în raportul Comisiei Europene".

(sursa : Raport UE privind starea de sanatate a populatiei-ANEXA 3)

Pornin de la faptul ca preventia ar trebui sa imbunatatească starea de sanatate a populatiei in ultimele 2-3 decenii, atenția clinicienilor s-a concentrat din ce în ce mai mult către identificarea factorilor de risc incriminați în apariția unor boli cronice. De aici încolo lucrurile au început să devină din ce în ce mai complicate, mai ales după ce unii factori de risc, precum valorile ridicate ale tensiunii arteriale, au fost considerate şi "boală". Adică unele "boli" pot fi factori de risc pentru alte boli. Includerea conceptului de prevenție în activitatea clinică de rutină are anumite implicații legate de costuri şi chiar de unele efecte adverse posibile (în cazul medicației administrate în scop preventive).

Insistând pe ideea de factori de risc la nivel individual, există o presiune enormă de a găsi soluții pentru combaterea fiecărui factor de risc posibil .Ghidurile se modifică de la an la an, valorile țintelor scad, astfel încât tot mai mulți pacienți intră în grupul celor cu risc crescut care necesită monitorizare mai frecventă sau medicație preventivă. Implicațiile la nivelul costurilor sunt evidente - mai multe investigații, mai multe tratamente preventive, mai multe consultații.

3.3. Costurile preventiei !

Prevenția primară, precum vaccinarea, putem afirma că previne complet boala. Prevenția secundară care se adresează unei boli sau unui factor de risc detectează boala într-un stadiu incipient, când poate fi tratată mai eficient. Există exemple bune în acest sens, precum tratarea tensiunii arteriale şi scăderea colesterolului cu ajutorul statinelor, sau efectuarea testele Papanicolau pentru cancerul de col uterin. Prevenția terțiară se adresează celor care au o boală şi se urmăreşte prevenirea agravărilor sau a complicațiilor. Un exemplu este tratarea diabetului prin controlul tensiunii arteriale şi a glicemiei, efectuarea controalelor oftalmologice şi examenul piciorului pentru a preveni orbirea sau amputația.

Logic, pare mai ieftin să previi boala, decât să o tratezi! De obicei, însă, se are în vedere doar costul pe persoană, şi nu costurile pe care le implică intervențiile preventive la nivelul populației. Pentru a obține beneficii în urma prevenției, trebuie să oferim serviciile preventive mai multor indivizi, de obicei pe perioade mari de timp, ceea ce duce la multiplicarea costurilor. Costul serviciului preventiv oferit unei persoane poate părea mic, dar costurile pentru toți se cumulează. Iar rezultatele nu sunt matematice! Unii, în ciuda măsurilor preventive, totuşi vor dezvolta boala. Pentru alții însă, măsurile preventive vor da rezultate bune. Cele mai mari probleme sunt legate de tratamentele preventive, ale căror costuri pot fi foarte mari, greu de susținut de sistemele de asigurare. De

exemplu tratamentul cu statine (Statinele sunt o clasă de medicamente care scad lipidele prin inhibiția enzimei HMG-CoA-reductază, care joacă un rol central în sinteza colesterolului. Nivelurile crescute de colesterol sunt asociate cu bolile cardiovasculare -sursa Wikipedia) este recomandat de ghidurile medicale şi este utilizat de milioane de pacienți, ceea ce a dus la o creştere importantă a costurilor. Este justificat ştiințific, dar este o decizie de sănătate publică, dacă pot fi suportate aceste costuri şi dacă efectele intervenției sunt atât de importante, încât să justifice această măsură preventivă şi nu alta. Din punct de vedere profesional, medical, medicul trebuie să recomande pacientului să ia statine. Este perfect justificat ştiințific, în lumina cunoştințelor actuale, să fie recomandate tuturor celor care au indicație medicală. Cine plăteşte/decontează medicamentele este o altă discuție. Decontarea de către asigurator trebuie să fie acceptată în urma unei analize serioase a priorităților din sistem şi eventual chiar legat de cost-eficacitatea acestei măsuri preventive. Pentru a determina dacă o intervenție preventivă reduce costurile medicale, costurile intervenției trebuie comparate cu costurile medicale care ar exista dacă nu s-ar aplica intervenția preventivă. Din păcate, acest lucru se face uneori în mod greşit, adăugându-se costuri care nu sunt legate direct de sistemul medical (de exemplu, la vaccinări, costuri legate de cheltuielile de timp ale părinților, absenteism, costuri legate de dezvoltarea ulterioară a copilului afectat de o boala etc). De ce este important acest amănunt? Deoarece, dacă discutăm de costurile sistemului de sănătate legat de o intervenție, rezultatele care ne interesează sunt reprezentate de scăderea costurilor de îngrijire, nu ale societății în general. Dacă luăm în calcul costurile pentru societate, atunci devine şi mai evidentă obligația societății de a suporta aceste costuri!

3.4. Interventii preventive eficiente

Imunizarea copiilor - reprezintă una dintre cele mai eficace intervenții preventive. Putem considera că fiecare vaccinare salvează costurile pentru tratamentul unui copil. Dar şi în acest caz putem lua în discuție costurile intervenției. Condiția ca această intervenție să producă o scădere a costurilor medicale este ca prețul vaccinului să fie rezonabil, altfel cost-eficacitatea scade. Există studii care arată că de fapt unele vaccinări nu reduc cheltuielile, dar nici nu le cresc.

La nivelul judetului Bihor conform datelor din Raportul de activitate 2018 situatia se prezinta astfel :
In cadrul microcampaniilor au fost vaccinati conform PNV 44552 copii.
In campania de vaccinare optionala antigripala au fost efectuate 20162 (in 2017 au fost efectuate 12580) vaccinari.

Supravegherea si controlul bolilor transmisibile prioritar (rujeola, rubeola , tusa convulsiva, scarlatina , hepatita virala acuta , gripa etc) -sunt considerate probleme de sănătate publică locală sau regională, si sunt sub coordonarea structurilor de specialitate din centrele regionale de sănătate publică. (sursa Raport DSP 2018) .

Programul national de prevenire , supraveghere si control al infectiei HIV (vezi Raport DSP 2018)
Programul national de prevenire , supraveghere si control al tuberculozei cu urmatoarele obiective :
1. reducerea prevalenței și a mortalității TB;
2. menținerea unei rate de depistare a cazurilor noi de TB pulmonară pozitivă la microscopie;
3. tratamentul bolnavilor cu tuberculoză;
4. menținerea ratei de succes terapeutic la cazurile noi pozitive de TB pulmonară.
(sursa Raport DSP 2018)

Examenele de screening sunt şi ele intervenții preventive valoroase pentru depistarea bolilor, unele chiar în fază incipientă, permițând instituirea unui tratament în timp util. Metodele de screening trebuie să fie sensibile şi specifice, pentru evitarea rezultatelor fals-pozitive sau fals-negative, uşor de acceptat de pacienți şi suficient de ieftine. Este însă obligatoriu ca aceste programe să ofere şi soluții terapeutice adecvate pentru cazurile descoperite. Este lipsit de etică să organizezi un screening la sfârşitul căruia bolnavii nou depistați să nu poată primi îngrijirile corespunzatoare. Costurile medicale ale sistemului de îngrijiri vor creşte în perioada următoare efectuării screeningului, chiar dacă peste ani va salva nişte costuri.

Sunt si alte costuri adiacente care trebuie avute in vedere si anume publicitate, educația publicului şi a personalului medical, consultații, teste suplimentare în cazul rezultatelor pozitive etc.

Administrarea medicamentatiei preventive este un subiect controversat în ceea ce priveşte reducerea costurilor. Factorii de risc nu sunt boli, dar unii dintre ei sunt asociați cu un risc crescut de apariție a unor boli. Astfel, în ultimele decenii au apărut diverse tratamente medicamentoase pentru scăderea factorilor de risc. Ele sunt testate în trialuri clinice, apoi, dacă efectul benefic este demonstrat, sunt incluse în ghidurile medicale. După care, practic, pacientul ia acea medicație toată viața. Exemplul clasic este cel legat de factorii de risc cardiovascular – tensiunea arterială crescută şi nivelul colesterolului. Intervenția preventivă, în acest caz, nu reprezintă doar simpla administrare a medicației preventive. Costurile implică de fapt screeningul pentru depistarea persoanelor cu risc (făcut anual sau la câțiva ani), efectuarea unor investigații de laborator - pentru stabilirea diagnosticului, după care urmează administrarea medicației, consultații de control pentru verificarea complianței la tratament, evoluție etc. Iar tratamentul trebuie luat de fiecare persoană depistată, toată viața. Beneficiul este că un mic procent din aceste persoane sunt salvate de la un eveniment coronarian major. În aceste condiții, intervenția nu prea are şanse să salveze costuri în sistemul medical! Problema intervine atunci când dorim să decidem care costuri le plăteşte asiguratorul şi care nu. Administrarea intervenției tuturor persoanelor care au factorul de risc prezent poate avea o cost-eficacitate scăzută. Studiile arată că administrarea unor subgrupe populaționale care au un risc mai mare (vârsta mai mare, fumător, valori tensionale mari), cost eficacitatea este mai mare (se salvează mai multe vieți la un cost comparabil cu grupul de persoane cu risc mai mic). Unul dintre medicamentele administrate în scop preventiv, cu cost-eficacitate mare, este aspirina „mică" administrată zilnic (pentru prevenirea infarctului şi AVC). Dar, în afară de efectele adverse inerente, cost-eficacitatea este mai importantă la bărbați, mai ales peste 45 de ani, fumători şi hipertensivi şi mai puțin importantă la femei, mai ales sub 55 de ani, la care previne AVC-ul, dar nu şi infarctul! Și dacă adăugăm efectele secundare, poate chiar creşte costurile medicale.

Stilul de viață sănătos este una dintre temele favorite în ultimii ani în domeniul prevenției. De ce trebuie să ne îmbolnăvim cu bună ştiință şi să creştem costurile sistemului de sănătate din cauza unor plăceri de moment - fumat, alcoolism, sedentarism, alimentație nesănătoasă etc.? Ce este mai simplu decât să renunțăm la fumat, la consumul excesiv de alcool, la alimentele nesănătoase? Aparent nu ar costa nimic! În realitate, nici intervențiile preventive legate de schimbarea comportamentelor nesănătoase nu sunt gratuite şi nici uşor de implementat. Iar rezultatele sunt destul de modeste la nivel populațional. Pentru personalul medical înseamnă costuri legate de identificarea persoanelor cu comportamente nesănătoase, consilierea - care e mare consumatoare de timp, furnizarea de materiale educaționale sau substituenți etc. Și după toate acestea, rezultatul depinde de motivația sau stare psihoemoțională a persoanei consiliate. Evident, nu trebuie să renunțăm la aceste intervenții, dar trebuie să le discutăm în cunoştință de cauză. Sigur că medicul de familie le poate face, dacă are timp, motivație, abilități. De multe ori este necesar ca pe lângă serviciile medicale să existe servicii specializate de suport şi consiliere pe diverse teme - renunțarea la fumat, alcoolism etc. Aceste servicii pot suplini cu succes lipsa de timp din parte medicilor. Evident, şi aceste servicii trebuie finanțate de undeva!

3.5 Obstacole

Cele mai mari obstacole identificate in preventie tin de lipsa de timp in cadrul consultatiilor , de timpul neadecvat de asigurare sau de nerambursarea serviciilor (in baza uni Proces Verbal de control din partea DSP sa constatat ca anumite servicii prestate in ambulator -EKG – nu se pot multiplica in aceeasi zi daca persoana a fost transferata pentru spitalizare continua in aceiasi zi cu toate ca din punct de vedere medical pacientul isi poate schimba starea de la un minut la altul si ca atare nu poti impune medicului ca sa nu efectueze aceste servicii(malpraxis) care ulterior au fost taiate de la finantare de catre CJAS !!!) , de refuzul pacientului de a discuta probleme legate de comportamente de risc, de nerespectarea recomandarilor medicilor si de lipsa de expertiza a personalului medical in ceea ce priveste tehnicile de consiliere, strategii de intervenție limitate din partea medicilor pentru a sprijini modificarea comportamentului pacienților, incapacitatea de a recunoaşte obstacolele datorate propriilor convingeri (comportamentele la risc ale medicilor).

Pentru medici, este foarte importantă cunoaşterea timpului necesar pentru efectuarea serviciilor incluse în programul de prevenție.

Pentru a calcula timpul total necesar pentru a furniza servicii preventive de către medic trebuie analizate 4 elemente:

a. lista serviciilor recomandate

b. frecvența de efectuare a fiecărui serviciu - există servicii care se repetă anual, sau la 3-5-7 ani, dacă avem în vedere doar depistarea. Evident, în cazul depistării unor factori de risc sau a unor boli, urmează alte consultații, în funcție de situație.

c. numărul de persoane care necesită fiecare serviciu - în funcție de mărimea şi structura listei de pacienți a cabinetului, numărul pacienților la risc poate fi mai mare sau mai mic.

d. timpul necesar pentru a administra fiecare serviciu - se referă la timpul alocat consultației, inclusiv efectuarea unor manevre sau proceduri, analize, investigații, trimiteri, completarea de fişe etc.

4. Reamplasarea/ mutarea unor spatii din cadrul ambulatorului/spitalului .

Anul 2019 a fost anul in care conform **RAPORTULUI DE ACREDITARE nr.1368 /ANMCS/27.03.2019** Spitalul Orasenesc Alesd a fost **ACREDITAT NIVELUL II**.

In urma analizei rezultatului aferent dosarului de evaluare din cei 2580 de indicatori aplicabili 2187 de indicatori au fost conformi si 393 indicatori neconformi rezultand un procent de realizare de **84,82 %.**

Anul 2019 a fost anul in care In baza **Certificatului de Acreditare LM 1153** Laboratorul de analize medicale a fost acreditat **RENAR**.

Data acreditarii 27.05.2019

Dorim mutarea laboratorului de analize medicale la etajul II al cladirii unde este amplasat si laboratorul de microbiologie. In acest moment acesta se gaseste la parterul cladirii .

In acest sens am solicitat Primariei Alesd cel care detine administrativ cladirea sa nu prelungeasca contractul de chirie cu firma Pelican pentru spatiul de la etajul 2 si acest spatiu sa fie dat spitalului. Prin aceasta mutare intreg laboratorul de analize medicale se va situa la etajul II al cladirii lucru care va conduce la o mai buna conlucrare intre angajatii laboratorului , eficientizarea timpului de lucru (evitarea plimbarilor zilnice intre etajul II si parter pentru preluarea analizelor) si credem ca si pentru pacient acest lucru va avea un impact pozitiv laboratorul fiind privit ca un tot unitar .

Mutarea la parterul cladirii unde momentan se gaseste laboratorul de analize medicale a cabinetului de ortopedie-traumatologie care in acest moment se gaseste la etajul I al cladirii.

In acest fel pacientii cu diferite probleme ortopedice nu vor fi nevoiti sa urce pana la etajul I fie pe scari fie cu ajutorul liftului . Credem ca si prin acest mic detaliu va creste satisfactia pacientilor si vom contribui la cresterea adresabilitatii in cadrul ambulatoriului de ortopedie. Acest lucru va avea un impact pozitiv si prin faptul ca tot la parterul cladirii se gaseste si laboratorul de radiologie a carui functionare este strans legata de cabinetul de ortopedie.

De asemenea dorim ca la intrarea in ambulatorul de specialitate sa creem un birou unic care pe langa scopul principal de a ghida pacientii spre diferite cabinete etc. sa aiba si rolul de a planifica telefonic pacientii la serviciile medicale , de a da informatii utile si pertinente , de a se transforma in birou unic de incasari pentru serviciile contra cost (gen . consultatii, analize unde pacientul nu are bilet de trimitere dar are nevoie imediata de acel serviciu) .

Tot in cadrul ambulatoriului in spatiul eliberat (cabinet ortopedie etaj I) dorim mutarea cabinetului de chirurgie care momentan isi desfasoara activitatea in cadrul spitalului . Prin aceasta mutare se elibereaza un spatiu in cadrul sectiei de chirurgie si acest spatiu dorim sa il transformam intr-un salon cu minim 2 paturi .

Tinand cont ca pe termen mediu si lung se doreste o restructurare a paturilor si o noua schema de finantare a spitalelor care sa aiba la baza eficienta , acest nou salon il vom asocia compartimentului de chirurgie generala mai precis ortopedie traumatologie care in prezent figureaza conform structurii spitalului cu 3 paturi . Astfel vom mari numarul de paturi aferente patologiei ortopedie traumatologie la 5 lucru necesar in conditiile unei adresabilitati ridicate in acest domeniu. Consideram ca si aceasta mutare va avea un impact pozitiv asupra pacientilor in sensul cresterii numarului de locuri de spitalizare . Cele 2 paturi prin reorganizare interna le vom lua din cadrul sectiei de pneumologie TBC care figureaza cu 47 de paturi conform structurii , mai precis de la compartimentul pneumologie -TBC 17 paturi . In urma acestei reorganizari de paturi Compartimentul Pneumologie TBC va ramane cu 15 paturi.

5. Diversificarea serviciilor in ambulator /spital prin reorganizarea numarului de paturi existente

Extinderea Compartimentului de Recuperare Medicala din cadrul Spitalului Orasenesc Alesd , compartiment situat in str.Ciocarliei nr.4A.

In prezent Compartimentul de Recuperare Medicala functioneaza doar cu partea de ambulator dar avand in vederea populatia imbatranita arondata spitalului si astfel necesitatea spitalizarii populatiei in vederea asigurarii serviciilor si in regim de spitalizare continua respectiv spitalizare de zi prin modificarea structurii se poate functiona si cu paturi de spitalizare continua lucru care va necesita alocarea un nou spatiu cu modificarile ce se impun (saloane cu paturi !).

Pe langa impactul pozitiv pe care acest lucru il va avea asupra pacientilor cu siguranta noi ne vom mari baza de date cu acesti pacienti care pana acum se tratau in alte unitati publice si/sau private si in acelasi timp impactul va fi pozitiv si din punct de vedere financiar tinand cont ca modul de decontare va fi unul similar pacientilor cronici adica per zi de spitalizare.

Analiza legata de extinderea acestor servicii porneste de la situatia existenta in acest moment si anume , conform ultimei autoevaluari pentru determinarea punctajului in vederea stabilirii valorii contractului de furnizare de servicii medicale de recuperare , medicina fizica si reabilitare in ambulatoriu am obtinut un punctaj total de 98,5 puncte .

Criteriile care au stat la baza acestui punctaj au fost :

1. Evaluarea capacitatii resurselor tehnice 50%
2. Evaluarea resurselor umane 50%

La primul criteriu punctajul se compune din :

1.1.Punctajul pe aparate : se acorda pentru aparatele cu o vechime de pana la 8 ani , pentru cele mai vechi dar nu mai mult de 12 ani calculati de la data fabricarii sau de la data reconditionarii , punctajul total al fiecarui aparat pentru fiecare an in plus se diminueaza cu cate 20% . Aparatele detinute se incadreaza in categoria de pana la 8 ani (2015-2016) ceea ce inseamna ca la acest criteriu obtinem acelasi numar de puncte la un numar identic de proceduri pe fiecare aparat (atasat anexa)

1.2.Evaluarea salii de kinetoterapie : sala actuala a fost evaluata la o suprafata de 8-15 mp primind 10 puncte .La o sala cu suprafata de 16-30 mp cum avem in vedere se primeste 40 puncte ceea ce insemana o crestere de punctaj cu 30 puncte.

1.3.Evaluarea bazinului de hidrokinetoterapie : nu exista punctaj in prezent dar in conditiile viitoare un astfel de bazin evaluat intre 30-40 mc ne-ar aduce 16 puncte.
Totalizand cele de mai sus in prezent avem un total de 60 puncte dar in conditiile unei extinderi putem atinge 106 puncte (60+30+16).

La al doilea criteriu , resurse umane situatia se prezinta astfel : punctajul se acorda pentru fiecare angajat medico-sanitar cu norma intreaga , iar pentru cei cu norma partiala se acorda unitati proportionale cu fractiunea de norma lucrata. Pentru personalul care depaseste o norma intreaga se acorda punctaj si pentru fractiunea de norma lucrata ce depaseste norma intreaga .

Astfel avem un medic specialist cu norma intreaga (18 puncte). Am avut un asistent fiziokinetoterapeut cu ½ norma (7,5 puncte) iar in prezent acesta este cu norma intreaga (+7,5 puncte). Avem in prezent un asistent balneofiziokinetoterapeut cu norma intreaga (+15 puncte) si de asemenea am avut si avem si in prezent un asistent principal balneofizioterapie (10 puncte).

Din punct de vederea al punctajului pe resursa umana am fost evaluati cu 35,5 puncte si conform datelor prezente cumulam 58 puncte (+22,5 puncte) . Ca si program de lucru , 5 zile pe saptama la 8 ore /zi obtinem 5 puncte .

Ca si concluzie in ceea ce priveste furnizare de servicii medicale de recuperare , medicina fizica si reabilitare in ambulatoriu in conditiile extinderii acestuia intr-un spatiu nou putem obtinem un punctaj in evaluarea cu CAS de maxim 170 puncte(106+58+5) ceea ce ar inseamna o crestere a contractului cu 60% adica am putea contracta undeva la 11.000 lei/luna comparativ cu 7.000 lei/luna cat avem in prezent.

Evaluarea capacitatii resurselor tehnice				
	Punctaj acordat	Punctaj previzionat	Total punctaj	
Aparatura medicala	50	50	50	
Sala kinetoterapie	10	40	40	
Bazin hidrokinetoterapie	0	16	16	
TOTAL :	60	106	106	+46
Evaluarea resurselor umane				
Medic specialist	18	18	18	
Asistent fiziokinetoterapeut	15	15	15	
Asistent balneofiziokinetoterapeut	0	15	15	
Asistent balneofizioterapie	0	10	10	
TOTAL :	33	58	58	+25
Program de lucru	5	5	5	
TOTAL GENERAL :	98	169	169	+71

Din punct de vedere a cheltuielilor aferente compartimentului de recuperare medicala aceste pot fi grupate in cheltuieli administrative , chletuieli intretinere /functionare aparatura medicala si cea mai semnificativa cheltuiala , cheltuiala personalului. Conform Situatiei recapitulative privind plata salariilor pe luna Decembrie 2020 necesarul din trezorerie pentru plata salariilor si contributiilor aferente acestui compartiment era de 23.401 lei. Contractul de intretinere/mentenanta aparatura medicala la nivelul anului 2020 a fost de 300 lei/luna la care se adauga

eventualele piese de schimb necesare 200 lei/luna .Pentru partea de cheltuieli administrative mentionam cheltuiala cu energia electrica si apa (1.000 lei /luna in 2020) .

Avand in vedere cele de mai sus compartimentul de recuperare aduce un venit de 7.000-8.000 lei lunar iar cheltuielile aferente functionarii acestuia sunt de 25.000 lei /luna ceea ce inseamna din punct de vedere financiar un deficit de 17.000 lei /luna.

In conditiile analizate acest deficit poate fi redus cu pana la 3000-4000 lei /luna iar in ideea extinderii compartimentului si modificarii structurii prin introducerea serviciilor de spitalizare de zi si spitalizare continua consideram ca se poate ajunge la autofinantare si chiar la un excedent cat de mic.

In cele ce urmeaza vom analiza impactul financiar al extinderii acestui compartiment prin introducerea servciilor de spitalizare de zi respectiv spitalizare continua. Mentionam ca din punct de vedere social introducerea acestor servicii va avea un impact deoarece asa cum am mai mentionat populatia este imbatranita si cu siguranta aceste servicii vor aduce o crestere a adresabilitatii acestui compartiment .

Pentru a evidentia mai bine aceste aspecte pornim de la analiza comparativa cu Compartimentul de Obstetrica Ginecologie care conform structurii are 8 paturi . Astfel din punct de vedere a cheltuielilor cu personalul la 8 paturi nou create in regim de spitalizare continua vom avea nevoie fata de personalul existent de minim : 5 asistenti medicali si 5 infirmiere / ingrijitoare. In aceste conditii avand la baza si situatia recapitulativa privind plata salariilor a compartimentului Obstetrica Ginecologie pe luna Noiembrie 2020 vom avea o cheltuiala de aproximativ 60.000 lei. La aceasta cheltuiala de personal cea mai semnificativa de altfel se adauga alte cheltuieli cum ar fi : energie electrica , apa etc .De mentionat faptul ca , fata de alte servicii de spitalizare continua in cazul serviciilor medicale de recuperare cheltuiala cu medicamentele este una infima .

Conform normei metodologice cu privire la conditiile acordarii asistentei medicale spitalicesti contractata cu casele de asigurari de sanatate si modalitatile de plata ale acestora se mentionam urmatoarele :

”Art. 1. - Serviciile medicale spitaliceşti de care beneficiază asiguraţii sunt: servicii medicale spitaliceşti pentru patologie care necesită internare prin spitalizare continuă şi spitalizare de zi.
Art. 2. - Serviciile medicale spitaliceşti se acordă sub formă de:

1. servicii medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare continuă - forma de internare prin care se acordă asistenţă medicală preventivă, curativă, de recuperare şi paliativă pe toată durata necesară rezolvării complete a cazului respectiv; spitalizarea continuă este spitalizare cu durata de spitalizare mai mare de 12 ore.
2. servicii medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare de zi - reprezintă o alternativă la spitalizarea continuă pentru pacienţii care nu necesită supraveghere medicală mai mare de 12 ore/vizită (zi).

ART. 5 (1) Valoarea totală contractată de spitale cu casele de asigurări de sănătate se constituie din următoarele sume, după caz:

a) suma aferentă serviciilor medicale spitaliceşti, pentru afecţiunile acute, a căror plată se face pe bază de tarif pe caz rezolvat (DRG) pentru spitalele finanţate în sistem DRG, respectiv tarif mediu pe caz rezolvat pentru spitalele non-DRG, se stabileşte astfel:

- număr de cazuri externate contractate x indice case-mix AN x tarif pe caz ponderat pentru anul X, respectiv

- număr de cazuri externate contractate x tarif mediu pe caz rezolvat pe specialităţi

a1) Suma contractată (SC) de fiecare spital prevăzut în anexa nr. 23 A la ordin cu casa de asigurări de sănătate, pentru servicii de spitalizare continuă pentru afecţiuni acute în sistem DRG, se calculează astfel:

SC = P x (Nr_pat x IU_pat / DMS_spital) x ICM x TCP

În formula de mai sus, Nr_pat reprezintă numărul de paturi aprobate şi contractabile după aplicarea prevederilor Planului naţional de paturi, în care nu sunt incluse paturile pentru secţiile şi compartimentele de ATI, IU_pat, DMS_spital, TCP şi ICM reprezintă indicele de utilizare a paturilor, durata medie de spitalizare la nivel de spital, tariful pe caz ponderat şi, respectiv, indicele case-mix. Durata medie de spitalizare la nivel de spital - DMS_spital - este prevăzută în anexa 23 A.

Valoarea procentului de referinţă (P) este stabilită în raport de clasificarea spitalelor în funcţie de competenţe conform prevederilor legale în vigoare, respectiv prevederile Ordinului ministrului sănătăţii nr. 323/2011 privind aprobarea metodologiei şi a criteriilor minime obligatorii pentru clasificarea spitalelor în funcţie de competenţă, cu modificările şi completările ulterioare şi este:

a) pentru categoria I: P = 85%;

b) pentru categoria IM: P = (P - 4)%;

c) pentru categoria II: P = (P - 3)%;

d) pentru categoria IIM: P = (P - 5)%;

e) pentru categoria III: P = (P - 5)%;

f) pentru categoria IV: P = (P - 15)%;

g) pentru categoria V: P = (P - 23)%;

h) pentru spitalele neclasificabile: P = (P - 33)%.

b) suma pentru spitalele de cronici precum şi pentru secţiile şi compartimentele de cronici (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de Ministerul Sănătăţii) din alte spitale, care se stabileşte astfel:

număr de cazuri externate x durata de spitalizare prevăzută în anexa nr. 25 la ordin sau, după caz, durata efectiv realizată x tariful pe zi de spitalizare

1. Numărul de cazuri externate

Numărul de cazuri externate pe spitale/secţii/compartimente se negociază în funcţie de:

1.1. media cazurilor externate în ultimii 5 ani la nivelul spitalului (ţinându-se cont de modificările de structură aprobate/avizate de Ministerul Sănătăţii, după caz) şi al judeţului;

1.2. cazurile estimate a fi externate pe spital şi pe secţie în anul 2016, în funcţie de numărul de paturi contractabile, indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel naţional pentru secţii/compartimente de cronici şi de durata de spitalizare prevăzută în anexa nr. 25 la ordin sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată, pentru secţiile/compartimentele unde aceasta a fost mai mică decât cea prevăzută în anexa nr. 25 la ordin, dar nu mai mică de 75% faţă de aceasta, cu respectarea prevederilor art. 4 alin. (1), după caz.

Numărul anual de cazuri externate negociat se defalcă pe trimestre. La stabilirea numărului de cazuri externate contractate pe spital/secţie/compartiment se ţine seama de modul de realizare a indicatorilor calitativi din anul precedent; în acest scop, spitalele vor ţine evidenţa acestor indicatori.

2. Durata de spitalizare pe secţii este valabilă pentru toate categoriile de spitale şi este prevăzută în anexa nr. 25 la ordin.

3. Tariful pe zi de spitalizare pe secţie/compartiment se negociază pe baza tarifului pe zi de spitalizare propus de fiecare spital pentru secţiile şi compartimentele din structura proprie, având în vedere documentele pentru

fundamentarea tarifului, în funcţie de particularităţile aferente fiecărui tip de spital, cu încadrarea în sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu destinaţie servicii medicale spitaliceşti. Tarifele pe zi de spitalizare negociate nu pot fi mai mari decât tarifele maximale prevăzute în anexa nr. 23 C la ordin.

ART. 9 (1) Decontarea de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor medicale contractate cu spitalele se face după cum urmează:

a**) pentru serviciile medicale spitaliceşti acordate în spitale a căror plată se face pe baza indicatorului tarif pe caz rezolvat (DRG), decontarea lunară şi regularizarea trimestrială se realizează astfel:**

1. Decontarea lunară, în limita sumei contractate pentru spitalizare continuă acuţi, se face în funcţie de:

1.1. numărul de cazuri externate, raportate şi validate.

Validarea cazurilor rezolvate în vederea decontării se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere şi confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice şi medicale la nivel de pacient comunicate de către Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti, conform prevederilor stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

1.2. valoarea relativă a DRG-ului corespunzător fiecărui caz;

1.3. tariful pe caz ponderat stabilit pentru anul 2016, prevăzut în anexa nr. 23 A la ordin;

b**) pentru serviciile medicale spitaliceşti pentru care plata se face pe bază de tarif pe zi de spitalizare, decontarea lunară şi regularizarea trimestrială se realizează astfel:**

b1) pentru spitalele de cronici şi pentru secţiile/compartimentele de cronici:

1. decontarea lunară în limita sumei contractate pentru spitalizare continuă cronici se face în funcţie de:

1.1. numărul de cazuri externate, raportate şi validate

Numărul de cazuri externate şi raportate se validează de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere şi numărul de cazuri externate şi raportate confirmate din punct de vedere al datelor clinice şi medicale la nivel de pacient de către Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti conform prevederilor stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

1.2. durata de spitalizare, astfel: durata de spitalizare din anexa nr. 25 la ordin dacă durata efectiv realizată este mai mare decât aceasta sau durata efectiv realizată dacă aceasta este mai mică decât durata prevăzută din anexa nr. 25 la ordin;

1.3. tariful pe zi de spitalizare negociat.

c) pentru serviciile medicale spitaliceşti, pentru care plata se face prin tarif mediu pe caz rezolvat, acordate pentru afecţiuni acute în spitale, altele decât cele prevăzute în anexa nr. 23 A la ordin, precum şi pentru servicii medicale spitaliceşti acordate în secţiile şi compartimentele de acuţi (aprobate/avizate de Ministerul Sănătăţii, după caz ca structuri distincte în structura spitalelor) din spitalele de cronici, decontarea lunară şi regularizarea trimestrială se realizează astfel:

1. Decontarea lunară, în limita sumei contractate pentru spitalizare continuă acuţi, se face în funcţie de:

1.1. numărul de cazuri externate raportate şi validate

Validarea cazurilor rezolvate în vederea decontării se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere şi confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice şi medicale la nivel de pacient comunicate de către Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti conform prevederilor stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

1.2. tariful mediu pe caz rezolvat pe specialităţi negociat, aferent serviciilor medicale spitaliceşti pentru patologie care necesită internare prin spitalizare continuă

Avand in vedere modul de contractare respectiv modul de decontare a acestui serviciu care se face in functie de numarul de cazuri externate , raportate si validate la tariful negociat pe zi de spitalizare putem trage urmatoarele concluzii :

Serviciile de recuperare medicala in functie de specificul spitalului pe care le putem accesa sunt :

- servicii medicale de recuperare in urma unor interventii chirurgicale ortopedice : in cadrul sectiei de chirurgie generala avem compartimentul de ortopedie -traumatologie
- servicii medicale de recuperare neurologica sau recuperarea deficitelor motorii : in cadrul sectiei de interne avem compartimentul de neurologie.

Recuperarea deficitelor motorii se face ca urmare a :

- Accidentelor vasculare ischemice
- Accidentelor vasculare hemoragice
- Traumatismelor cerebrale
- Traumatismelor medulare

Fie ca este vorba de un AVC, hernie de disc, scleroza multipla sau boala Parkinson, pacientii pot beneficia astfel de aceste servicii , in cadrul unei baze de tratament dotata corespunzator .
Pentru a obtine un rezultat cat mai bun in reabilitarea pacientilor cu afectiuni neurologice este important ca programele de recuperare sa inceapa cat mai devreme, dupa ce pacientul depaseste faza acuta a bolii.
Pentru setarea unor obiective realiste de reabilitare neurologica trebuie evaluata corect starea de sanatate a pacientului, potentialul fizic si psihic de recuperare al acestuia, gradul de implicare in programele de reabilitare si trebuie tinut cont de optiunile personale ale sale. Recuperarea dupa accidentul vascular celebral este diferita de la un caz la altul, in functie de gravitatea accidentului si de istoricul medical al pacientului. Factorii principali care influenteaza recuperarea dupa AVC sunt atitudinea pacientului, mediul in care are loc recuperarea si sprijiul familiei si al prietenilor.

Recuperarea in urma interventiilor chirurgicale ortopedice poate fi un serviciu fezabil deoarece avem un numar relativ mare de pacienti care su suferit, sufera diverse interventii chirurgicale ortopedice , de la ligamentoplastii de ligament incrucisat anterior si artroscopii de genunchi la reparatii de leziuni etc
Desi fiecare operatie este unica si diferit , fiecare doreste ca intr-un timp (interval) cat mai scurt posibil sa se intoarca la viata de zi cu zi. Scopul recuperarii dupa orice interventie chirurgicala este ca structurile reparate sau reconstruite sa se vindece impreuna .Acest lucru se realizeaza prin mentinerea structurilor impreuna pentru suficinet timp astfel incat acestea sa fuzioneze.
Vindecarea osoasa se va produce, in principiu, undeva la 6-8 saptamani. Aceasta poate fi verificata printr-o radiografie de control. Odata vindecata fractura, calusul nou format va fi chiar mai puternic decat osul original. Asta nu inseamna ca membrul lezionat va fi in parametrii normali la 8 saptamani, inseamna doar ca osul va fi vindecat.
Vindecarea partilor moi . Aproape orice nu este os, intra in categoria tesuturilor moi. Includem aici ligamente, tendoane si structuri cartilaginoase precum labrumul sau meniscul. Vindecarea tesuturilor moi se produce in aproximativ 8-12 saptamani.

Prin comparatie cu alte unitati sanitare care beneficiaza de aceste servicii contractate si decontate prin CAS tariful pe zi de spitalizare variaza intre 180 -220 lei .
Serviciile de recuperare neurologica au o finantare mai buna decat serviciile de recuperare aferente interventiilor chirurgicale.

Astfel tinand cont de perioada de recuperare care variaza dupa cum am mentionat mai sus intre 6-12 saptamani si mergand pe varianta unei medii atat ca si suma cat si ca si perioada calculele noastre pornesc de la 200 lei /zi de spitalizare la o medie de 8 saptamani /caz.

Denumire serviciu	**Perioada de recuperare (zile)**	**Valoare decont CAS/zi**	**Valoare incasata /caz (lei)**	**Valoare lunara lei (30*200)**	**Valoare lunara 8 paturi (8*6000)**	**Valoare lunara 10 paturi (10*6000)**
Recuperare neurologica	56	200	11.200	6.000	48.000	60.000
Recuperare in urma interventiei chirurgicala	56	200	11.200	6.00	48.000	60.000

La 8 paturi suma totala estima incasata este de 48.000 lei iar la 10 paturi atingem 60.000 lei. Avand in vedere cheltuielile mentionate aferente implementarii acestei structuri cu paturi , 60.000 lei cheltuieli cu personalul si 2.000 lei/luna chletuieli intretinere aparatura si administrative avem un total de 62.000 lei /luna.
La 8 paturi create respectiv 48.000 lei simularea de incasare aferenta la care adaugam 10.000 lei incasati aferenti serviciilor din ambulator totalizam si ajungem la 58.000 lei/luna venituri . Suntem intr-o faza denumita ”autofinantare” fara a avea un excedent . Daca numarul de paturi nou create ajunge la 10 atunci atingem prin simulare o suma de 70.000 lei/luna si in acest moment putem discuta de un excedent fie el cat de mic.
Ambele cazuri si analize de mai sus comparate cu situatia prezenta sunt mai avantajoase deorece teoria economica ne spune ca un management performant are doua coordonate : maximizarea veniturilor respectiv optimizarea cheltuielilor sau diminuarea acestora .
In cadrul primei coordonate putem atinge un venit maximal de 70.000 lei in conditiile unui numar maxim de 10 paturi care pot fi create in spatiul aferent Centrului pentru persoane varstnice si in conditiile in care in prezent nu putem atinge un venit mai mare de 7.000-8.000 lei/luna deoarece nu avem conditiile necesare .
Optimizarea cheltuielilor tine cont de faptul ca in prezent inregistram un deficit de 17.000 lei/luna in conditiile in care acest deficit nu poate fi redus decat fie prin inchiderea completa a centrului de recuperare (de diminuarea personalului nu poate fi vorba deoarece in acest fel activitatea se blocheaza) . La 8 paturi nou create acest deficit se reduce substantial (62.000 lei-58.000 lei = -4.000 lei) pentru ca la 10 paturi sa inregistram un excedent (70.000-62.000 = 8.000 lei) .
De mentionat ca cele 8-10 paturi vor fi preluate prin reorganizarea numarului de paturi existente din cadrul Sectiei Pneumologie mai precis Pneumologie TBC (maxim 7 paturi) si Pneumologie Cronici care figureaza in acest moment cu 25 de paturi.

2.5. Graficul Gantt de planificare a activitatilor in timp

Activitati	Iun.	Iul.	Aug.	Sept.	Oct.	Noi.	Dec.	Ian.	Feb.	Responsabil
Crearea de interventii la nivel personal										manager proiect
Implicarea activa a medicului de familie										toti partenerii
Preventia										Toti partenerii
Reamplasarea laboratorului de analize medicale										Manager proiect Dr.Popa Amalia
Reamplasarea cabinetului de ortopedie-traumatologie din ambulator										Manager de proiect Dr.Razvan Vicas
Reamplasarea cabinetului de chirurgie in ambulator										Manager de proiect Dr.Bala Livia
Crearea unui birou unic -ghiseu in ambulator										Manager de proiect
Modificarea structurii -reorganizarea nr.paturi si cresterea nr. paturi la comp. ortopedie										Manager de proiect
Modificarea structurii -reorganizarea nr.paturi si constituirea comp. recuperare										Manager de proiect

Graficul Gantt de planificare a activitatilor in timp

Graficul Gantt este un instrument de planificare, elaborat in 1917 de Henry L.Gantt, inginer si sociolog de origine americana. El ofera o ilustrare grafica a unui program de activitati, care ajuta la planificarea, coordonarea si monitorizarea unor sarcini specifice dintr-un proiect.

Principalul obiectiv al Graficului Gantt este stabilirea timpului necesar desfasurarii unui proiect precum si stabilirea ordinii in care trebuie sa se desfasoare sarcinile .

Am identificat un numar de 9 activitati desfasurate intr-o succesiune cronologica pe o perioada de timp de aproximativ 270 de zile .

2.6. Resurse necesare

Implementarea acestui proiect presupune noi costuri de aceea consider ca e bine de stiut unde ne situam in acest moment , de ce infrastructura dispunem si care sunt resursele pe care le putem folosi (umane si financiare) .

Primele trei activitati trecute in Graficul Gantt presupun doar implicarea activa a resursei umane existente in acest moment in cadrul spitalului . Nu va fi necesara suplimentarea acestei resurse lucru care nu va conduce la resurse financiare suplimentare.

Reamplasarea laboratorului de analize medicale , a cabinetului de ortopedie respective a celui de chirurgie nu necesita modificari majore de spatii . Spatiul alocat laboratorului de analize medicale la etajul II al cladirii este un fost spatiu folosit de firma Pelican Oradea . Mobilierul aferent va fi cel existent mutat si dimensionat la noul spatiu . Alimentarea cu energie electrica este functionala la fel si partea de internet care a fost verificat si ajustat la spatiu . In schimb va fi necesar un geam intermediar amplasat intre camera de recoltare si partea de laborator prin care sa comunice personalul si sa se faca transferal de probe. Partea buna este ca geamul a fost deja recuperat in urma modificarilor aduse sectiei pneumologie tbc. Tot in cadrul infrastructurii se impune montarea unei usi intermediare intre salonul de asteptare pacienti si laboratorul propiu zis astfel incat sa se respecte cerintele de trasabilitate solicitate de Renar .

Celelalte doua activitati , reamplasarea cabinetului de ortopedie respectiv a cabinetului de chirurgie nu implica resurse umane suplimentare iar in ceea ce priveste resursele financiare nu exista o necessitate certa de a achizitiona aparatura medicala iar mobilierul existent va fi realocat in noile spatii .

Ultimele doua activitati care din punct de vedere a orizontului de timp se suprapun, presupun tehnic o nota de fundamentare bine intemeiata care dupa avizul de principiu al DSP-ului va ajunge la Ministerul Sanatatii (D-na Bardut) .Daca pentru crearea compartimentului de recuperare cu modificarea de structura am detaliat acest aspect la pct.5 modificarea compartimentului de ortopedie-traumatologie prin suplimentarea acestuia cu 2 paturi presupune mici modificari a infrastructurii existente . Si anume ma refer la inchiderea salonului eliberat in urma mutarii cabinetului de chirugie prin includere acestuia in cadrul sectiei , includere care presupune mutarea usii de acces in cadrul sectiei astfel incat sa cuprinda si noul salon eliberat .

De asemenea accesul la serviciile de endoscopie digestiva effectuate prin intermediul aparatului de endoscopie aflat in vecinatatea noului salon creat de ortopedie traumatologie va presupune un acces direct din exterior respectiv de pe balcon.Costurile aferente acestor modificari nu sunt de natura a perturba activitatea curenta cu atat mai mult cu cat acestea se pot face si cu personalul propiu . Din punct de vedere a laturii umane noul salon atasat sectiei de interne va fi deservit de personalul existent fara a exista o eventuala crestere a numarului de personal.

2.7. Sursele de finantare identificate

In Legea 95/2006 la art.190 se mentioneaza urmatoarele : ” Spitalele publice sunt instituții publice finanțate integral din venituri proprii și funcționează pe principiul autonomiei financiare. Veniturile proprii ale spitalelor publice provin din sumele încasate pentru serviciile medicale, alte prestații efectuate pe bază de contract, precum și din alte surse, conform legii”.

Prin autonomie financiară se înțelege:

a) organizarea activității spitalului pe baza bugetului de venituri și cheltuieli propriu, aprobat de conducerea unității și cu acordul ordonatorului de credite ierarhic superior;

b) elaborarea bugetului propriu de venituri și cheltuieli, pe baza evaluării veniturilor proprii din anul bugetar și a repartizării cheltuielilor pe baza propunerilor fundamentate ale secțiilor și compartimentelor din structura spitalului.

Imbunatatirea structurii si organizarii spitalului , tema aleasa pentru acest proiect si dezbatuta pana aici imbunatatire care consider ca se poate realiza prin intermediul celor doua directii abordate si anume cresterea participarii pacientilor in ambulatoriu si degrevarea spitalelor de anumite costuri si dezvoltarea unor servicii alternative sau complementare in cadrul spitalului (spitalizare de zi, recuperare, reabilitare etc) va fi finantata integral din venituri propii . Analiza efectuata implica activ latura umana in atingerea acestui obiectiv fara a fi necesar suplimentarea numarului de personal angajat in spital.

Din punct de vedere financiar principiul autonomiei financiare va fi aplicat si in perioada urmatoare , cu mici exceptii in ceea ce priveste donatiile si subventiile primite care reprezinta maxim 1-2 % din valoarea totala a veniturilor spitalului . Raportul de executie bugetara a scos in evidenta valoarea totala a veniturilor incasate si a cheltuielilor realizate in anul 2020. In proiectul de buget aferent acestui an 20201 am plecat de la aceasta executie bugetara cu precizarea ca anul 2020 a fost un an atipic , an covid si o mare parte dintre resurse au mers in aceasta directie. In anul 2020 gradul de realizare a contractului incheiat cu CJAS a fost de 54 % , cu mentiunea ca pe intreaga perioada a starii de urgenta/alerta CJAS sa tinut cont in decontarea acestor servicii si de cheltuielile inregistrate de spital care au fost depuse ca si anexa la contract cu preciarea insa ca indiferent de valoarea acestora valoarea decontata nu poate depasi valoarea totala contractata de spital decat cu justificari bine intemeiate si aprobate de CJAS . Aceasta modalitate de finantare a fost optiunea care ne-a ajutat sa depasim o situatie epidemiologica dificila care inca persista si in prezent.

In ceea ce priveste adresabilitatea in ambulatorul de specialitate respective gradul de incasare a serviciilor prestate in cadrul acestuia situatia se prezinta astfel :

An	**Numar pacienti (adresabilitate)**	**Incasari Trim. I**	**Incasari Total An**	**Medie lunara Incasari (lei)**	**Valoare lei Incasare/pacient**
2019	20.587	311.747,01	1.253.544,17	104.462,01	60,89
2020	14.757	300.909,45	1.133.940,44	94.495,03	76,84
2021	3.747	228.462,30	228.462,30	76.154,10	60,97

2.8. Rezultatele asteptate

In vederea evidentierii rezultatelor asteptate am pornit de la Strategia Naţională de Sănătate 2014-2020 „Sănătate pentru Prosperitate” care are drept viziune – „ o naţiune cu oameni sănătoşi şi productivi prin accesul la servicii preventive, de urgenţă, curative şi reabilitare de calitate”.

Cum fiecare dintre noi a fost cel puţin o dată în viaţă pacient (iar dacă nu, am avut pe cineva apropiat pacient), asta face ca aceste servicii preventive , de urgenta , curative si de reabilitare etc sa fi fost deja evaluate . Ramane de vazut daca verdictul dat a fost unul pozitiv sau unul negativ.

a. Revenirea la gradul de realizare a contractului incheiat cu CAS Bihor ca si in anii precedenti ,in conditiile in care anul 2020 a fost un an dificil iar gradul de realizare a fost de 54%.

Pentru a intelege mai bine acest grad de realizare exemplific gradul de realizare din anii precedenti : 2016=107,96% , 2017= 103,81% , 2018=101,46%, 2019=99,24%.

b. Recastigarea increderii pacientilor in serviciile oferite de catre spital , cresterea nivelului de satisfactie a pacientilor prin :
   - Stabilirea unui process pentru obtinerea de feed back
     Una dintre cele mai frustrante situații pe care un pacient le poate înoate tâlni este să aibă o experiență mai puțin plăcută și să nu poată oferi feedback. Fără răspunsul pacientului, se poate presupune că totul este bine, în timp ce pacientul caută un nou furnizor de servicii medicale. In urma unor studii se mentioneaza ca 55% dintre pacienții care au avut o experienta mai putin plăcută, dar au primit o soluție satisfăcătoare au revenit la aceeași clinică. A continua sa ceri feedback și să oferi pacienților posibilitatea de a-și exprima îngrijorarea fie în cabinet, fie imediat după plecarea lor iar in cazul unui feed back negative sa vii cu o solutie iti poate aduce garantia revederii acelui pacient.
   - Marirea timpului petrecut cu pacientul

     Pacienții care se simt grăbiți în timpul unei consultații sunt mult mai susceptibili de a fi nemulțumiți de serviciul medical primit, mai ales dacă au așteptat mult timp. Un studiu efectuat a arătat că pacienții au fost semnificativ mai puțin mulțumiți de vizita lor dacă au estimat că au petrecut mai puțin timp cu medicul decât se așteptau. Pe de altă parte, atunci când pacienții au estimat că au petrecut mai mult timp cu doctorul lor decât se așteptau, satisfacția lor a crescut semnificativ.

   - Transparenta pretului pentru fiecare serviciu oferit

     O sursa majoră de frustrare a pacientului este reprezentată de primirea unor tarife surpriză pe factură. Oferirea unor instrumente care îmbunătățesc transparența prețurilor poate ajuta la reducerea acestor surprize neplăcute și la împuternicirea pacienților să ia decizii educate cu privire la îngrijirea lor. Instrumentele de transparență a prețurilor permit pacienților să aibă o idee despre cât de mult va costa o procedură sau tratament înainte de vizita lor. Pacienții trebuie să poată accesa aceste resurse pe site-ul unitatii , ghiseu unic etc astfel încât să se poată pregăti mai bine pentru cheltuielile medicale.

     Oferind experiențe care satisfac constant, clinica va câștiga loialitatea pacientului și îl va transforma într-un partener pe termen lung. Furnizarea unei experiențe de calitate pacientului este cea mai puternică strategie de creștere. La sfârșitul zilei, satisfacția pacienților este de a urmări excelența. Aceasta necesită atenție și angajament de a face mai bine în fiecare zi.

   - Amenajarea unor sali de asteptare adecvate pentru pacienti

     Investirea în scaune confortabile și decorațiuni care fac sala de așteptare mai plăcută. Atunci când pacienții se simt mai relaxați, nu vor simți dacă programarea lor este un pic decalată. Oferirea pacienților posibilitatea de a citi cărți, reviste sau de a se uita la televizor în sala de așteptare.

c. Suplimentarea veniturilor prin dezvoltarea unor servicii alternative sau complementare eficiente .

2.9. Indicatorii vizati

1. Numar mediu de consultatii / medic in ambulator
2. Ponderea veniturilor din ambulator din total venituri contractate de spital cu CJAS
3. Numar mediu de pacienti externati
4. Executia bugetara
7. Ponderea serviciilor/consultatiilor din ambulator invalide din total servicii/consultatii .