

PLAN DE MANAGEMENT

SPITALUL ORASENESC HUEDIN PENTRU

ANUL 2013

**Eficientizarea activitatii Spitalului ORASENEC HUEDIN in
contextul perioadei actuale,
bazata pe nevoile de ingrijire ale pacientilor**

**Manager,
Dr. COSTIN VIORICA ADRIANA**



CUPRINS

1. Analiza situației spitalului
 - 1.1. Descrierea situației actuale a spitalului
 - 1.2. Analiza SWOT a spitalului
 - 1.3. Probleme critice
2. Plan de management
 - 2.1. Scop
 - 2.2. Obiective
 - 2.3. Activități
 - 2.4. Rezultate așteptate
 - 2.5. Monitorizare
 - 2.6. Evaluare

1. Analiza situației spitalului

1.1. Descrierea situației actuale a spitalului

Populația deservită

Huedinul este o localitate cu 10 000 de locuitori, dar în împrejurimi mai trăiesc circa 40 000 de locuitori, care sunt deserviți cu servicii spitalicești tot de Spital.

Din punctul de vedere al populației deservite, aceasta reprezintă o populație relativ stabilă material, variată, compusă din cea a regiunii dar și din țară, cu un procent relativ mare al populației de peste 65 de ani.

Tipul și profilul spitalului

Spitalul este un spital orășenesc, public, local, cu 165 de paturi pentru spitalizare continuă și 20 de paturi pentru spitalizare de zi, de tip pavilionar, funcționând cu cele 5 specialități de bază și fiind situat la o distanță de 50 km de un spital județean de urgență, în zona munților Apuseni, la intersecția a patru județe (Cluj, Alba, Bihor, Salaj, Bihor), pe drumul național 1, cu adesea crescută pentru afecțiuni ale varstnicilor.

Spitalul a fost înființat în 1912 într-o clădire numită în prezent Pavilionul 2 (clădirea veche). Odată cu noua construcție au fost create structuri noi, care până la momentul acela se regăseau numai la nivel de județ, în condițiile unei arii teritoriale extinse și cu nevoi de servicii ale populației care demonstrau că structurile județene nu erau suficiente. De-a lungul anilor, Spitalul s-a dezvoltat, diversificându-și structura, atrăgându-și specialiști și pacienți.

Structura și servicii de ameliorat

Capacitatea actuală de spitalizare este de 165 de paturi pentru spitalizare de lungă durată și 20 paturi pentru spitalizare de scurtă durată, structurate astfel :

Secție	Nr paturi	
1Sectie medicina interna	50	
a.din care compartiment cardiologie	3	
b.din care compartiment neurologie	3	
2Sectie chirurgie generala	25	
a.din care compartiment ortopedie-traumatologie	10	
3.Sectia pediatrie	25	
4.Sectie obstetrica-ginecologie	25	
a.compartiment neonatologie	5	
5.Compartiment A.T.I cu unitate de transfuzii	10	
6.Compartiment psihiatrie acuti	10	
7.Compartiment psihiatrie cronici	20	
Camera de garda		

În structura spitalului funcționează de asemenea camera de gardă, laborator de medicină fizică și recuperare medicală, laborator de radiologie și imagistică medicală, farmacie, bloc operator, sala de nașteri, bloc sterilizare, spitalizare de zi O.G. – 4 paturi, spitalizare de zi pediatrie – 4 paturi, spitalizare de zi medicină internă 8 paturi, chirurgie - 4 paturi, 15 cabinete de ambulator integrat sau fără corespondent cu secțiile cu paturi. Cabinetele de **ambulator integrat** sunt: medicină internă, cardiologie, neurologie, chirurgie, ortopedie, pediatrie obstetrică – ginecologie, ortopedie traumatologie. Cabinetele de **ambulator fără corespondență** cu secțiile cu paturi sunt: diabet zaharat și boli de nutriție, ORL, Oftalmologie, Dermatologie, Endocrinologie, Planning familial. De asemenea în spital funcționează statistică medicală, bloc operator, bloc de sterilizare, punct transfuzii, dispensar T.B.C., compartiment de prevenire a infecțiilor nosocomiale, camera de gardă.

Există o bună corelație între structurile unității și natura serviciilor acordate. O proporție relativ mare dintre pacienții spitalului suferă de multiple afecțiuni, fapt ce necesită investigații diverse și complexe.

În ambulatoriul de specialitate funcționează 15 cabinete medicale, cabinete ce creează posibilitatea consultărilor interdisciplinare, fără a fi nevoie de deplasarea pacienților în alte unități.

Cheltuieli spital 2012

Media lunară a veniturilor spitalului este 827.402 lei

Total cheltuieli an 2012 in suma de 9.653.108 lei din care:

- 63,58% cheltuieli de personal,
- 33,11% cheltuieli cu bunuri si servicii din care:
(6,86% cheltuieli cu medicamente si materiale sanitare din total cheltuieli)
- 3,31 % cheltuieli de capital

Lipsa acuta de fonduri financiare se repercuteaza si asupra calitatii actului medical (aparatura, medicatie, materiale sanitare, servicii decente).

Personal

În cadrul spitalului activează :

• Medici	24
• Medici rezidenti	1
• Alt personal sanitar superior	5
• Personal mediu	112
• Personal auxiliar	61
• Personal tesa	15
• Muncitori	29

O problema majora, care are impact negativ asupra calitatii serviciilor medicale este faptul ca la Camera de Garda, structura care primeste toate urgentele majore sau minore in spital exista doar un medic de medicina de familia, care in anul 2011 si-a efectuat primul curs (modulul 1) pentru obtinerea competentei de medicina de urgenta iar in anul 2012 modulul II din acest program de instruire.

A doua problema care se repercuta negativa supra calitatii serviciilor medicale este faptul ca la Spitalul Orasenesc Huedin, in conformitate cu aprobarea Ministerului Sanatatii Nr. OB/12583/45373/2004 se desfasora doar 2 linii de garda: 1 specialitati medicale (medicina interna si pediatrie) si specialitati chirurgicale (chirurgie generala si obstetrica –ginecologie).

Este de remarcat faptul ca medicii angajati la Spitalul Orasenesc Huedin, de-a lungul timpului si-au desfasurat activitatea in timpul garzii, prin solicitari de la domiciliu pentru specialitatea care un era acoperita de specialitatea medicului care efectua garda, dar fara retribuirea medicului solicitat (nu exista cadrul legal aprobat).

Prin similitudine, s-a desfasurat activitatea si pentru laboratorul de analize medicale si laboratorul de radiologie si imagistica medicala. Pentru ambele laboratoare se efectuau si se efectueaza solicitari de la domiciliu intre orele 19 si 8 a personalului medical pentru analize in regim urgenata, iar pentru personalul de la laboratorul de radiologie si imagistica medicala intre orele 18 – 8. Personalul solicitat in acest interval de timp un putea fi remunerat (un se mai pot plati ore efectuate suplimentar in unitatile bugetare), deci compensator primeau zile libere.

Analiza SWOT a spitalului

Mediul intern

PUNCTE TARI :

- existența autorizației sanitare de funcționare
- personal medical superior și mediu calificat și competent
- structura secțiilor clinice corespunde nevoilor de servicii medicale ale populației prin modificările de structură din ultimii 2 ani (2011- 2012)
- inexistența infecțiilor nosocomiale
- dezvoltarea serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi
- calitate adecvată a actului medical atât pe secții, compartimente cât și în ambulator
- servicii diversificate atât în ambulator cât și pe secții și compartimente
- condițiile hoteliere care sunt la standardele clinicilor de rang înalt

PUNCTE SLABE :

- absența unui Compuet tomograf (CT)
- lipsa unei săli de operații pentru oftalmologie
- costuri ridicate la utilități
- absența unui sistem de gardă pentru medicina de urgență (gardă de medicină de urgență la Camera de Gardă) sau gardă ATI, pentru siguranța stabilizării pacienților "urgenta majoră".

Mediul extern

OPORTUNITĂȚI:

- situarea spitalului într-o zonă geografică cu mare aflorentă de turiști pe tot parcursul anului;
- colaborarea eficientă cu autoritățile locale;
- colaborare eficientă cu medicii de familie
- în județ, Spitalul Orasenesc Huedin este al treilea ca structură a serviciilor medicale

AMENINȚĂRI:

- inexistența unor centre de asistență medico-socială
- finanțare insuficientă
- sursă cvasiunică de finanțare (CJAS)
- populație relativ îmbătrânită
- competiția cu policlinicile private

1.2. Probleme critice

Problemele de interes prioritar sunt următoarele :

- Finanțarea insuficientă
- Costuri mari cu utilitățile
- Lipsa fondurilor necesare achiziției de aparatură, materiale sanitare și medicamente
- Capacitate scăzută de adaptare la nevoile populației datorită rigidității mecanismului de contractare

Evaluând aceste probleme prioritare sub aspectul cauzalității, se observă că elementul lor comun este aspectul financiar, acesta constituind cauza directă sau indirectă a tuturor celorlalte

probleme si, in ultima instanta, a restrangerii capacitatii spitalului de a se adapta la nevoile de ingrijiri ale populatiei.

Deși principala problemă a spitalului o reprezintă insuficiența veniturilor, creșterea acestora este nefezabilă în contextul economic actual, atât în privința veniturilor atrase de la CNAS cât și a celor atrase din alte surse (autorități locale, pacienți, etc). Cum și sporirea veniturilor prin creșterea activității este împiedicată de mecanismul rigid al contractării serviciilor, în viitorul apropiat, accentul trebuie pus pe cealaltă dimensiune a eficienței economice a activității, și anume pe reducerea cheltuielilor.

Problema esentiala pentru asigurarea serviciilor medicale necesare stabilizarii pacientului critic o reprezinta abenta unei linii permanente de specialitate ATI, problema nerezolvabila cel puțin in viitorul apropiat la spitalul nostru datorita penuriei reale de medici specialisti in specialitatea ATI in Romania si migratiei cunoscute a medicilor din aceasta specialitate in Europa de vest.

O alta posibila rezolvare ar fi o linie de garda cu specialisti de medicina de urgenta la spital. Aceasta este o solutie viabila in conditiile actuale in contextul unor negocieri deja purtate cu UPU Cluj, de principiu.

Pentru perioada post meridian ar fi singura solutie viabila.

Ante meridian, prin prezenta medicilor de specialitate din specializatiile nominalizate anterior, se pot asigura aceste servicii medicale.

Problema expusa se refera cu certitudine post meridian.

2. Plan de management

2.1. Scop

Eficientizarea îngrijirilor spitalicești prin acoperirea 24 din 24 de ore a serviciilor medicale de urgență majoră (stabilizare și internare la spitalul huedin sau stabilizare și trimitere la UPU Cluj)

2.2. Obiective

1. Inițierea CPU la Spitalul Orasenesc Huedin
2. Stabilizarea urgentelor majore venite la CPU și internarea la Spitalul Orasenesc Huedin sau dacă se impune trimiterea în condiții de transfer asigurat, protejat la UPU Cluj
3. Stabilizarea urgentelor majore carea par la pacienții internați pe secții pentru a reduce numărul transferurilor la alte clinici
4. Scaderea riscului de malpraxis

2.3. Activități

Definirea activităților necesare:

1. Inițierea CPU în locul Camerei de Gardă
 2. Inițierea unei linii de gardă cu medici specialiști medicina de urgență (medici angajați la UPU Cluj și alți medici doritori)
 3. Monitorizarea cazurilor trimise de la CG/CPU Huedin la UPU Cluj
 4. Monitorizare a transferurilor la nivel de secție și de medic
 5. Popularizarea și explicarea scopului sistemului în rândul personalului
- a. Efectuarea analizei
 - b. Evidențierea problemelor
 - c. Explicarea cauzelor
 - d. Căutarea soluțiilor
6. Îmbunătățirea sistemului

Încadrare în timp

Activitate	Ianuarie – iunie 2013	Iulie – sept 2013	Oct-dec 2013
1			
2			
3			
4			
5			
6			

Resurse necesare

Toate resursele utilizate sunt deja existente în cadrul spitalului, astfel încât nu sunt necesare resurse financiare suplimentare pentru primele etape ale procesului

Resurse umane

Manager spital
Director medical
Șefi de secție
Analist date

Medici specialisti medicina de urgenta care sa efectueze garzi la spital (minim 5 persoane)

Resurse materiale

Proiector
Calculator
Un aparat de ventilatie asistata

Resurse de timp

Activitate	Timp
1	4 ședințe a câte 2 ore
2	1 ședință a 2 ore
3a	1 zi/lună
3b	1 ședință a 2-3 ore / lună
3c, 3d	2-3 ore/lună
4	După necesitate
5	După necesitate
6	După necesitate

Responsabilitati

Funcție	Responsabilitati
Manager spital	Inițiază proiectul Stabilește echipa Popularizează și explică scopul sistemului în rândul personalului Participă la stabilirea modelului de analiză și de raportare Solicita aprobarea CA, CLH, MS aprobari pentru transformarea CG in CPU Asigura finantarea pentru achizitionarea de aparatura
Director medical	Participă la stabilirea modelului de analiză și de raportare Programează întâlnirile de lucru Urmărește evoluția indicatorilor de eficiență Înștiințează managerul spitalului despre problemele evidențiate și despre evoluția indicatorilor de eficiență
Șefi de secție	Participă la stabilirea modelului de analiză și de raportare Împreună cu personalul medical explorează cauza problemelor evidențiate și caută soluții
Analist date	Participă la stabilirea modelului de analiză și de raportare Efectuează analizele lunare Transmite rapoartele directorului medical Arhivează rezultatele analizelor și rapoartele transmise

Descrierea sistemului de monitorizare

Date utilizate:

Setul minim de date la nivel de secție / compartiment/camera de garda

Indicatori utilizați:

-TRANSFRURI pe două perioade (ultima lună și tot anul) și pe trei nivele (la nivel

de spital, secție și medic)

- -Nivelul performanței (valoarea TRANSFERURILOR realizate)
- -Evaluarea performanței (compararea TRANSFERURILOR și a eficienței cu nivelul național)
- -Evoluția performanței (compararea TRANSFERURILOR și a eficienței din ultima lună cu cele realizate în tot anul)
- -Impactul performanței secțiilor și medicilor asupra performanței spitalului (care sunt secțiile și medicii care influențează cel mai mult performanța spitalului și cu cât)
- Cauzele performanței (care este cauzistica care influențează cel mai mult nivelul și evoluția performanței secțiilor și medicilor și cu cât)
- -Efectul financiar al performanței (câți bani se pierd sau se câștigă)
- Volum cheltuieli administrative
- Volum cheltuieli cu medicamentele
- Variația lunară a cheltuielilor administrative (Cheltuieli în luna curentă față de cheltuială lunară medie în perioada anterioară)
- Variația lunară a cheltuielilor cu medicamentele (Cheltuieli în luna curentă față de cheltuială lunară medie în perioada anterioară)
- Ponderea cheltuielilor administrative în total cheltuieli
- Ponderea cheltuielilor cu medicamentele în total cheltuieli
- Scorul satisfacției pacienților (chestionar)

2.4. Rezultate așteptate

- Scăderea TRANSFERURILOR cu cel puțin 15% în decurs de 6 luni
- Scăderea cheltuielilor administrative de transport pacienți în valoare absolută (ajustată cu inflația) cu 5% în decurs de 6 luni
- Creșterea cheltuielilor cu achiziții de aparatură medicală și materiale sanitare în valoare absolută la 15 000 euro, pret aparatura, dar salarizarea medicilor care fac garda la CPU, platita de MS (este nevoie de aprobare de la MS) NB! este necesar achiziționarea a minim unul sau 2 aparate de ventilație asistată
- Neafectarea gradului de satisfacție a pacientului.
- Creșterea riscului creșterii cheltuielilor de personal prin creșterea necesității de resurse umane suplimentare
- Pe termen mediu sunt de așteptat rezultate și mai bune prin intermediul procesului de învățare (cei care nu reușesc inițial de la cei care au reușit) și a motivării prin rezultat (cei care ating țintele propuse sunt motivați să le păstreze iar ceilalți sunt motivați să le atingă la rândul lor).

În plus, sunt de așteptat și efecte pozitive indirecte în ceea ce privește:

- creșterea calității actului medical prin creșterea timpului alocat unui pacient de către personalul medical
- posibilitatea creșterii numărului de cazuri contractate pe seama reducerii ratei de ocupare
- scurtarea timpilor de așteptare pentru internare pe seama creșterii capacității de spitalizare
- obținerea unui bonus (venit suplimentar) în cazul în care se va introduce și în sistemul românesc de finanțare un mecanism de finanțare în funcție (și) de performanță/eficiență

Aceste beneficii indirecte sunt de două tipuri: cele care pot apărea în situația menținerii volumului actual de cazuri și cele care pot apărea în situația creșterii volumului de cazuri. Cum volumul de cazuri depinde în mod esențial de contractarea serviciilor, unde CJAS are putere cvadiscreționară, nu se poate anticipa care dintre aceste beneficii potențiale vor avea șanse de realizare. Asigurător este însă faptul că, indiferent de restricția impusă de macrosistem cu privire la contractarea volumului de cazuri, una din cele două categorii de beneficii este realizabilă.

2.5. Monitorizare

Monitorizarea rezultatelor proiectului se face începând cu prima lună de la implementare. Monitorizarea rezultatelor proiectului în primele șase luni se face prin evaluări de etapă cu scopul de a sesiza o eventuală necesitate a intensificării eforturilor de realizare a obiectivelor

propuse.

La sfârșitul celor șase luni se face evaluarea finală a proiectului și, în funcție de rezultatele obținute se va decide continuarea, modificarea sau abandonarea acestuia.

Monitorizarea se face pe baza metodologiei descrisă la punctul 2.6 iar eventualele ajustări ale proiectului se vor face în funcție de sugestiile tuturor celor implicați.

În paralel se va monitoriza și gradul de satisfacție a pacienților, cu scopul de a monitoriza gradul de creștere a satisfacției pacienților care un mai sunt trimisi la spitale de rang înalt ci sunt tratați în spitale de rang mai mic, conform actualei încadrări a Spitalului Orasenesc Huedin

2.6. Evaluare

Rezultatele proiectului în fiecare lună sunt evaluate pe baza unui scor cu valori de la 0 la 5, calculat după cum urmează:

$$\text{Scor} = A * (B + C + 3*D)$$

Unde:

A = 1 dacă TRANSFERURILE/ TRIMITERILE DIN CPU la nivel de spital a scăzut sub nivelul de referință (valoarea anterioară începerii proiectului) sau 0 în caz contrar.

B = 1 dacă cheltuielile administrative în valoare absolută (ajustată cu inflația) la nivel de spital a scăzut sub nivelul de referință (valoarea anterioară începerii proiectului) sau 0 în caz contrar

C = 1 dacă cheltuielile cu medicamentele în valoare absolută (ajustată cu inflația) la nivel de spital a crescut cu peste 10% peste nivelul de referință (valoarea anterioară începerii proiectului) sau 0 în caz contrar

D = 1 dacă cheltuielile cu achiziții de aparatură medicală și materiale sanitare în valoare absolută (ajustată cu inflația) au crescut peste nivelul de referință (valoarea estimată înaintea începerii proiectului) sau 0 în caz contrar.

Evaluările de etapă sunt utilizate cu scop de monitorizare a perioadei de început a proiectului, ele stând la baza unor măsuri de intensificare a eforturilor în cazul în care se obține un scor nul.

Evaluarea finală a proiectului se face la sfârșitul termenului prevăzut (la 9 luni de la începerea proiectului), pe baza aceluiași scor, cu singura diferență că se consideră și atingerea țintei cantitative:

Acest mod de evaluare este în concordanță cu obiectivele proiectului prin faptul că acordă prioritate absolută obiectivului principal (STABILIZAREA PACIENTULUI CRITIC SI INTERNAREA APOI LA SPITALUL HUEDIN, SAU TRIMITEREA ACESTUIA LA UPU CLUJ IN CONDITII DE SIGURANTA) iar în cadrul obiectivelor secundare (scaderea riscului de malpraxis)

2.6. Evaluare

Rezultatele proiectului în fiecare lună sunt evaluate pe baza unui scor cu valori de la 0 la 5, calculat după cum urmează:

$$\text{Scor} = A * (B + C + 3*D)$$

Unde:

A = 1 dacă DMS la nivel de spital a scăzut sub nivelul de referință (valoarea anterioară începerii proiectului) sau 0 în caz contrar

B = 1 dacă cheltuielile administrative în valoare absolută (ajustată cu inflația) la nivel de spital a scăzut sub nivelul de referință (valoarea anterioară începerii proiectului) sau 0 în caz contrar

C = 1 dacă cheltuielile cu medicamentele în valoare absolută (ajustată cu inflația) la nivel de spital a scăzut sub nivelul de referință (valoarea anterioară începerii proiectului) sau 0 în caz contrar

D = 1 dacă cheltuielile cu achiziții de aparatură medicală și materiale sanitare în valoare absolută (ajustată cu inflația) au crescut peste nivelul de referință (valoarea anterioară începerii proiectului) sau 0 în caz contrar.

Evaluările de etapă sunt utilizate cu scop de monitorizare a perioadei de început a proiectului, ele stând la baza unor măsuri de intensificare a eforturilor în cazul în care se obține un scor nul.

Evaluarea finală a proiectului se face la sfârșitul termenului prevăzut (la 6 luni de la începerea proiectului), pe baza aceluiași scor, cu singura diferență că se consideră și atingerea țintei cantitative:

A = 1 dacă DMS la nivel de spital a scăzut cu cel puțin 15% sub nivelul de referință (valoarea anterioară începerii proiectului) sau 0 în caz contrar

B = 1 dacă cheltuielile administrative în valoare absolută (ajustată cu inflația) la nivel de spital a scăzut cel puțin 5% sub nivelul de referință (valoarea anterioară începerii proiectului) sau 0 în caz contrar

C = 1 dacă cheltuielile cu medicamentele în valoare absolută (ajustată cu inflația) la nivel de spital au scăzut cel puțin 10% sub nivelul de referință (valoarea anterioară începerii proiectului) sau 0 în caz contrar

D = 1 dacă cheltuielile cu achiziții de aparatură medicală și materiale sanitare în valoare absolută (ajustată cu inflația) au crescut la un nivel de cel puțin 80% din economia făcută pe seama cheltuielilor administrative și a celor cu medicamentele sau 0 în caz contrar.

Acest mod de evaluare este în concordanță cu obiectivele proiectului prin faptul că acordă prioritate absolută obiectivului principal (scăderea DMS) iar în cadrul obiectivelor secundare (influențarea cheltuielilor) acordă o pondere majoritară destinației sumelor economisite (creșterea cheltuielilor cu achiziții de aparatură medicală și materiale sanitare).

Huedin

9 ianuarie 2013