

SPITALUL CLINIC COLENTINA

Proiect de dezvoltare

2001-2015

I. Situatia existenta in anul 2001

1. Baza materiala:

- peste 1200 paturi in pavilioanele:
 - Neurologie 188 p
 - Ortopedie 90 paturi
 - Chirurgie generala 90 paturi
 - Boli profesionale 125 paturi
 - Dermatologie 400 paturi
 - Medicala A 170 p medicina interna
 - Medicala B o sectie de 120 p medicina interna - Institutul de medicina interna specializat pe cercetarea in bolile autoimune
- laboratoare de analize si radiologie conventionala proprii pavilioanelor;
- ecografe pentru ecografie generala si ecografie cardiaca;
- un laborator de explorari endoscopice;
- un tomograf nefunctional (proprietate a Transelectrica).

2. Personalul medical:

- conducerea spitalului, in exercitiul functiunilor sale, se baza pe sprijinul sefilor de clinici din fiecare pavilion;
- exista un personal de inalta calificare astfel:
 - in institutul de medicina interna „N.G. Lupu” (pavilionul Medicala B) se diagnosticau si tratau bolile de patogenie autoimuna, bolile hematologice, bolile hepatice cronice si pacienti cu boli rare si cronice;
 - in clinica dermatologie din pavilionul „Dermatologie”, specialisti recunoscuti tratau afectiuni grave ale pacientilor trimisi din Bucuresti si teritoriu, instruind totodata studenti pentru aceasta specialitate;
 - in cadrul clinicii neurologie din pavilionul „Neurologie”, personalul de specialitate oferea si explorari functionale care nu se regaseau decat in unele unitati sanitare, cum sunt: electroencefalograma, electromiografia, explorarea nervilor periferici si cranieni;

- clinicile neurologie, medicala si dermatologie se numarau printre cele mai prestigioase din tara dar cu toate acestea medicina practicata nu era una moderna interventionala si invaziva ci una traditionala;
- traditia spitalului, marimea si pozitia lui ultracentrala l-au mentinut in randul spitalelor importante;

3. Situatii ce trebuie corectate:

- In 2001 spitalul nu ofera nicio solutie pentru principalele probleme de morbiditate si principalele cauze de mortalitate cum ar fi:
 - bolile vascular-metabolice (accidente vasculare, infarctul de miocard etc)
 - bolile oncologice
 - afectiunile de stres – afectiunile coloanei vertebrale
- Spitalul nu avea capacitatea de a oferi serviciile medicale integrat. Spre exemplu: 1. pacientul diagnosticat si operat pentru cancer de colon in Spitalul Colentina continua tratamentul nn. radioterapia si chimioterapia in alta spital, 2. pacientul diagnosticat cu probleme cardiace iminente realiza stentarea in alta unitate, etc
- Partea interventionala (disciplinele chirurgicale, disciplinele interventionale - cateterizare, stentare, manevre invazive, endoscopie etc si partea de terapia intensiva ATI, USTAC, UPU), caracteristica exclusiva a unui spital reprezenta sub 10% din structura serviciilor medicale ceea ce este incompatibil cu un spital modern. Partea chirurgicala nu avea coerenta deoarece lipseau foarte majoritatea disciplinelor chirurgicale. In mare parte actul medical desfasurat in Colentina putea fi realizat in centre de diagnostic si tratament.
- Dotarea. In spital nu se mai facusera investitii in dotare de peste 60 de ani cu mici exceptii. Practic spitalul nu dispunea de imagistica si de facilitatile necesare pentru realizarea unei activitati medicale bazate pe proceduri invazive.
- Infrastructura multipavilionara (cladiri foarte vechi – anul 1900 si deteriorate) era total improprie actului medical. Blocul operator nu se incadra nici macar celui mai elementar standard iar despre circuite medicale nu se putea vorbi.
- Actul medical nu era standardizat si reproductibil adica nu se realiza in baza unor protocoale terapeutice unitare,
- Sectiile existente erau niste structuri greoaie cu foarte multe paturi de la 90p la 150 p iar pacientura era formata preponderant din pacienti cronici,
- Spitalul Colentina a ramas incremenit in anul 1989 pierzand net competitia cu celelate spitale bucurestene din categoria sa (peste 1000 de paturi) care au evoluat si au abordat cu curaj patologii de extrema complexitate nn transplantul de organe, chirurgia cardiaca, traumatologia majora, supraspecialitatile chirurgicale, urgentaele majore, cardiologia interventionala etc. In acest context spitalul nu a mai putut atrage finantarea corespunzatoare

inregistrand datorii financiare insemnate in continua crestere. In 2001 spitalul era cel mai mare datornic intre spitalele Bucurestene;

II.Proiect – concept de dezvoltare pe termen scurt, mediu si lung:

Obiectiv:

Realizare unui spital capabil sa ofere servicii medicale in mod durabil, competent, modern, reproductibil, complet standardizat, interdisciplinar si complet integrat in urmatoarele domenii:

a.Bolile metabolice si complicatiile lor

diabet zaharat si dislipidemiile majore → afectiunile vasculare ale aparatului cardiovascular (infarctul miocardic) si afectiunile vasculare ale sistemului nervos central (accidentul cerebral acut)

b.Bolile imunitatii celulare

Imunitate celulara scazuta = bolile maligne

Imunitate celulara crescuta = bolile autoimune

c.Bolile de uzura

afectiunile coloanei vertebrale

afectiunile marilor articulatii

Realizarea obiectivelor a-c insemna:

- dezvoltarea obligatorie a disciplinelor chirurgicale si a departamentului de terapie intensiva ATI. Serviciile chirurgicale vor acoperi intr-un mod coerent si integrat toate domeniile importante. Se vor infiinta si dezvolta servicii noi: neurochirurgia, chirurgie cardiovasculara, chirurgie vasculara, chirurgia plastica, chirurgie spinala si urologia. Chirurgia toracica va fi abordata in colaborare cu alte centre iar chirurgia ginecologica si chirurgia sanului va fi abordata de chirurgia generala sau interdisciplinar impreuna cu chirurgia plastica.

- actualul compartiment postoperator al spitalului raspandit in 2 pavilioane va fi punctul de plecare pentru viitorul serviciu de terapie intensiva al spitalului.

- se va infiinta si dezvolta un centru de radioterapie ultramodern

- in paralel se vor dezvolta disciplinele existente

- capacitate max 1000 paturi,

- conditii hoteliere decente,

- va fi nevoie de construirea unor infrastructuri medicale noi si moderne in care sa se regaseasca urmatoarele structuri medicale:

A: Afectiunile cordului si ale sistemului circulator

Pornind de la sectia de cardiologie existenta ne propunem sa edificam toate structurile medicale care sa permita asistenta pacientului de la suspiciune pana la tratament inclusiv recuperarea de specialitate. Acest nivel de integrare nu exista in tara.

Se vor dezvolta si perfectiona:

- cabinete cardiologie in policlinica spitalului
- sectia medicina interna care realizeaza o viziune coerenta asupra tuturor problemelor pacientului
- sectia cardiologie
- unitate specializata terapie acuta coronarieni (USTAC)
- capacitate investigationala completa
- compartiment cardiologie interventionala
- sectie chirurgie cardiovasculara
- terapie intensiva (ATI)- chirurgie cardiovasculara
- sectie recuperare cardio specializata
- cercetare in domeniu

B: Afectiunile sistemului nervos central si periferic

Exista sectia I cu 92p sectia II 86 paturi si ATI 10p total 188p. Ne propunem sa realizam o structura in care sa poata fi tratate in toata complexitatea lor afectiunile vasculare - accidentele cerebrale, tumorile maligne cerebrale si afectiunile neurologice. Pacientii vor fi asistati de la suspiciune la tratament si recuperare. Se va ajunge la structuri suple prin reducerea paturilor neurologice de la 188p la 100p. Reducerea numarului de paturi va fi compensata de aparitia capacitatilor moderne de diagnostic si tratament. Complementar vor aparea neurochirurgia, unitatea de stroke si recuperarea specializata.

Se propun:

- cabinet neurologie in policlinica
- 2 sectii neurologie x 45paturi in care vor fi nuclee
 - nucleu tumori cerebrale
 - nucleu boli autoimune
 - nucleu Parkinson
 - nucleu afectiuni prin tulburare a polarizarii
 - nucleu afectiuni degenerative
 - capacitate investigationala completa, imagistica, laborator de electromiografie
 - unitate de stroke-ATI neurologie

- sectie neurochirurgie
- (ATI neurochirurgie)
- compartiment chirurgie spinala
- recuperare neoromotorie specializata
- compartiment dedicat anatomie patologica
- cercetare in domeniu

C: Afectiunile oncologice

Se propun:

- cabinet policlinica
- medicina interna si sectiile din spital
- hematologie –hemato oncologie

➤ : C.a. capacitate completa de diagnostic

1. Diagnostic paraclinic

- Diagnostic imagistic: Tomografie (CT), Rezonanta magnetica (RM), ECO de inalta performanta, Mamografie, SPECT-CT, PET-CT, Angiografie, Radiologie digitala
- Laborator:
- Laborator de analize
- Laborator Anatomopatologie cu sectiune specializata

2. Diagnostic clinic:

- med interna - pneumologie
- hemato oncologie
- gastroenterologie - chirurgie
- neurologie – neurochirurgie
- urologie
- ortopedie
- dermato oncologie

➤ C.b. capacitate completa de tratament:

- radioterapie
- chimio-terapie
- tratament chirurgical: chir generala – neurochirurgie – chir plastica- urologie si ortopedie

- transplant medular

D. Afectiunile de stres ale coloanei vertebrale

1. cabinet policlinica- ortopedie si neurologie
2. sectie chirurgie spinala organizata interdisciplinar cu expertiza neurologie, ortopedie si neurochirurgie
3. serviciu de recuperare specializat
4. cercetare in domeniu

E. Afectiunile tubului digestiv – bolile digestive

1. cabinet policlinica
2. sectia medicina interna
3. sectia gastroenterologie – gastroenterologie interventionala
 - laboratoare de endoscopie x3
 - sala de interventii
 - laborator de Ph metrie
4. sectia chirurgie generala
5. compartiment specializat in cadrul serviciului anatomie patologica
6. cercetare in domeniu

F. Afectiuni ale aparatului respirator

1. compartiment pneumologie
2. laboratorul de bronhoscopie
3. laboratorul de explorari functionale din cadrul sectiei boli profesionale
4. compartimentul alergologie
5. colaborare cu Inst Nasta pt interventii de chir toracica in spitalul Colentina
6. cercetare in domeniu

G. Afectiunile urologice

1. sectie de urologie
2. centru de afectiuni ale prostatei
3. cercetare in domeniu

F. Ortopedie

G. Bolile autoimune

1. medicina interna
2. sectia de reumatologie
 - centru de referinta in Romania
 - explorare foarte ampla in toate bolile autoimune
 - laborator specializat in markeri autoimuni
 - laborator de capilaroscopie
 - laborator osteodensimetrie
 - centru de tratament pentru medicatia biologica in bolile reumatismale inflamatorii
3. cercetare in domeniu

F. Afectiunile dermatologie

1. sectia dermatologie
2. dermato-oncologie
 - nucleu de dermato oncologie
 - cura chirurgicala - chirurgie plastica
 - laborator de radioterapie
3. department specializat in cadrul sectiei de anatomie patologica
4. cercetare in domeniu

G.Parazitologie

H. Boli profesionale

Policlinica

Toate clinicile care se regasesc in spital la care se adauga ORL, endocrinologie, ginecologie si mai multe cabinete de medicina de familie.

Anul 2011

Raport de etapa privind proiectul de modernizare Spitalului Clinic Colentina

In cadrul acestui proiect s-au parcurs urmatoarele etape:

2001-2003

- s-a reusit stingerea tuturor datoriilor fara niciun ajutor financiar
- s-au optimizat veniturile spitalului
- s-a consolidat situatia spitalului

2004-2006

-s-a inceput diversificarea activitatii medicale din spital prin infiintarea de noi discipline

-in premiera in Romania impreuna cu IFC Banca Mondiala s-au realizat primele externalizari de servicii medicale: imagistica si laborator.

-am externalizat toate serviciile nemedicale: intretinere cladiri, catering, spalatorie, curatenie interioara si curatenie exterioara, paza

- perioada 2001 – 2006, in spital au aparut urmatoarele sectii si compartimente:

- 1.Chirurgie plastica
- 2.Hematologie
- 3.Reumatologie
- 4.ATI Neurologie
- 5.Diabet si boli de nutritie
- 6.Recuperare medicala

7.Alergologie

2008-2011

In 2009 spitalul a fost preluat de catre consiliul general al PMB

1.S-a continuat diversificarea serviciilor medicale. In perioada 2008-2011, in spital au fost infiintate urmatoarele sectii, compartimente sau structuri:

- 1.Unitate Speciala Terapie Acuta Coronariana USTAC- cardiologie
- 2.compartiment chirurgie spinala
- 3.sectia urologie – centru de prostata
- 4.compartiment cardiologie interventionala
- 5.departamentul de gastroenterologie interventionala
- 6.compartiment pneumologie cu laborator de bronhoscopie
- 7.compartiment acuti – hematologie
- 8.sectia cercetare medicala – proiect finantat din fonduri EU

2009-2011 in spital au fost angajati medici in specialitatile:

1. cardiologie interventionala
2. chirurgie plastica
3. chirurgie generala
4. ortopedie
5. urologie
6. ATI
7. hematologie
8. pneumologie

2.S-a dezvoltat componenta interventionala a disciplinelor cardiologie, gastroenterologie, pneumologie, dermatologie infiintand nu mai putin de 8 sali si facilitati interventionale.

3.S-au facut reparatii si lucrari de igienizare si toate paviloanele din spital*

4.S-au dotat serviciile existente marind astfel gradul de complexitate al

cazurilor rezolvate de noi in spital*. In acest context ICM ul a crescut de la 0,83 in anul 2008 la 1,65 in 2011.

5.S-au demolat 2 cladiri din incinta spitalului

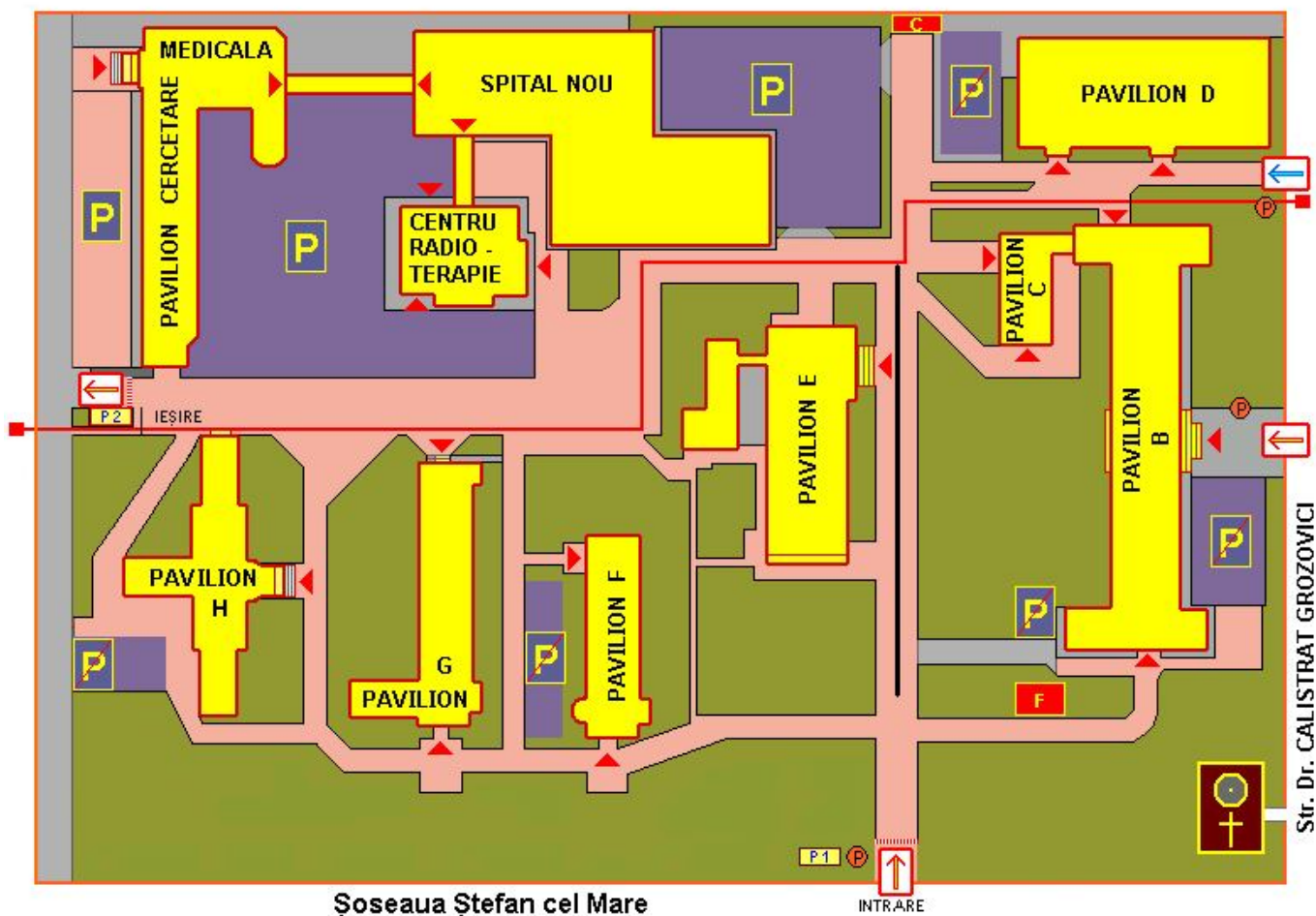
6.S-a crescut disponibilul de putere electrica pentru spitalul

7. Spitalul a implementat un proiect de 21 mil euro pe fonduri europene 100% rambursabile pentru edificarea celui mai performant si mai modern centru de cercetare medicala aplicata din Romania. Acest centru va fi integrat in circuitul pacient al spitalului.

8.S-a demarat proiectul spitalului nou in configuratia 2S + P + 7E. Proiectul este finantat in totalitate de catre Primaria Municipiului Bucuresti prin Consiliul General al PMB. In cadrul acestui proiect au fost aprobate de catre CG al PMB studiul de fezabilitate, indicatorii de proiect precum si finantarea completa a proiectului care cuprinde proiectarea, construirea si dotarea completa a noului spital. Licitatia pentru alegerea operatorului castigator a demarat in Decembrie 2011. Noul spital va cuprinde: - camera de garda unificata a spitalului, - partea de diagnostic cu laboratoare si imagistica, - farmacia centrala, - toate serviciile chirurgicale si terapiile intensive inclusiv noile servicii neurochirurgie, chirurgie cardiovasculara, - compartimentul administrativ, - prosectura si anatomia patologica.

Investitiile facute in spital provin de la:

- a. consiliul general al Primariei Municipiului Bucuresti,
- b. fonduri europene in proiectul Cercetare Dezvoltare Pavilion B Colentina
- c. fondul de dezvoltare al spitalului



Granita între pavilioanele noi din NORD și pavilioanele vechi din SUD

S-a redus numărul de paturi la 800. Capacitatea interventională a fost mărită cu înființarea Urologiei și a Chirurgiei spinale.

Etapa finală 2012- 2015

1. *construirea spitalului nou în incinta spitalului cu structura 2S / P/ 7E*
2. *integrarea completă în circuitul spitalului a centrului ultramodern de cercetare aplicată în medicină după onorarea titurilor angajamentelor generate de finanțarea 100% din fonduri europene a acestei capacități.*
3. *realizarea centrului ultramodern de radioterapie.*

Analiza SWAT

Punctele tari

1. in acest moment Spitalul Colentina este singurul spital din tara care are toata capacitatea tehnologica si logistica necesara in diagnosticul modern al afectiunilor oncologice.

2. prin facilitatile care exista precum si prin cele care se afla in acest moment in dezvoltare (spitalul nou), Spitalul Colentina va putea trata eficient si coerent toti pacientii oncologici care vor necesita tratament chirurgical indiferent de localizare.

3. chimioterapia se deruleaza deja in spital in sectia de hematologie si in ambulatoriu. Spitalul beneficiaza de programe nationale pentru chimioterapie

4. radioterapia se practica deja in spital doar pentru pacientii cu cancer de piele, fiind singura de profil in Bucuresti si printre putinele din tara.

5. Spitalul Colentina in colaborare cu Institutul Bals detine si unul din cele mai performante si bine dotate servicii de anatomie patologica din tara. Acest serviciu este instrumental in diagnosticul bolilor maligne.

6. cerinta pentru acest tip de servicii este neacoperita in Bucuresti si in tara.

7. prin dezvoltarea acestei capacitati punem in valoare toate serviciile care exista acum in spital

8. SCC este singurul spital care dispune de spatiul vital necesar pentru dezvoltare. Pozitia, marimea, statutul de spital clinic

9. SCC este spitalul fanion al CG al PMB care trebuie adus la categoria I a si care trebuie de

Avantaje:

1. putem dobandi categoria I

2. putem cere statutul de spital strategic

3. ne putem finanta mai bine

4. punem in valoare toate serviciile din spital

Tinand cont de toate aceste capacitati care exista sau se afla in curs de dezvoltare in spital, investitia intr-o facilitate de radioterapie este obligatorie. In acest sens incercam sa reabilitam una din cladirile din incinta spitalului care a gazduit in trecut centrala termica si care in prezent este dezafectata. Prin investitii de la consiliul general, prin realizarea unei externalizari sau prin asocierea in participatiune dorim sa realizam unul din cele mai performante centre de radioterapie din tara.

4. reorganizarea ambulatoriului in coherenta cu noile structuri din spital

5. regandirea obligatorie a accesului in spital, a circulatiei in interiorul spitalului si a capacitatilor de parcare- parcare supraetajata

6. suplimentarea disponibilului de curent electric pentru spital- OBLIGATORIU

7. trecere caminelor de rezidenti din incinta Spitalului Colentina sub coordonarea spitalului

8. informatizarea spitalului

Proiecte de consolidare a organizatiei 2012-2015

1. implementarea conceptelor de dezvoltare durabila a spitalului

Pentru a putea sustine un spital ultramodern cu servicii medicale de calitate in conditii hoteliere decente, trebuie asigurata o finantare adecvata si constanta.

Aceasta inseamna dezvoltare durabila.

Expunere de motive: In acest moment un medic bun care se formeaza sporadic intr-un spital pleaca in occident, in privat sau monopolizeaza pt el resursele departamentului in care lucreaza blocand regenerarea resursei umane. Astfel resursa umana din sistem nu se mai regenereaza iar capacitatile medicale dobandite la un moment dat sunt legate indestructibil de o anumita personalitate medicala intr-o anumita perioada. Investitiile in dotare si confort hotelier nu se fac sustinut ci sporadic, conjunctural intr-un puseu investitional. In mod normal cand se ia decizia realizarii unei investitii intr-un spital (echipament, constructie, capacitate hoteliere etc) trebuie asigurate toate conditiile pentru ca acea capacitate sa se perpetueze si sa se dezvolte pe toata durata ei de viata. Spre ex cand se ia decizia achizitionarii unui PET trebuie asigurate si resursele de finantare pentru intretinere, consumabile, pregatire staf, modernizare precum si de regenerare a echipamentului. In tara noastra nu se fac investitii durabile iar sistemul de finantare prin DRG are in vedere doar acoperirea precara a costului serviciilor medicale fara recuperarea investitiilor in pregatirea stafului, in tehnologie si in asigurarea conditiilor hoteliere. Acum un echipament ultraperformant se livreaza unui spital nu se implementeaza si suportul pentru el se termina odata cu livrarea (finalizarea investitiei). Lipsesc studiile de fezabilitate, de impact si documentarea de specialitate pt realizarea investitiei, pregatirea spitalului pt receptionarea acestei capacitati si sustinerea financiara pe toata durat derularii proiectului. Probabil ca durabil ne permitem sa finantam mai putine spitale decat o facem acum.

Solutiile pentru a asigura dezvoltarea durabila a unui obiectiv medical vizeaza in primul rand sustenabilitatea financiara si sunt solutii generale de sistem (o noua lege

a sanatatii) sau solutii punctuale. Din pacate solutiile la nivel de sistem nu vor putea fi implementate in tara noastra in viitorul apropiat. Solutiile punctuale, particulare par a fi singurele accesibile in acest moment prin specularea la maxim a unei conjuncturi favorabile in viata unei organizatii. Apoi prin puterea unui exemplu lucrurile pot lua amploarea necesara.

Prin urmare am elaborat numai solutii punctuale pt finalizarea proiectului pe care l-am propus:

a.dobandirea categoriei a-la

In acest moment CGPMB dispune de 18 spitale din care 11 sunt mono-specialitate si 7 sunt pluridisciplinare. Intre spitalele pluridisciplinare detinute de CG al PMB nu exista niciun spital de categoria a I-a pluridisciplinar. Se spune ca MS a pastrat in Bucuresti toate spitalele importante. CG al PMB realizeaza ca are nevoie de un spital pluridisciplinar clasificat in categoria I-a. Singurul spital din cele aflate in proprietatea CG-PMB care poate dobandi categoria I-a si care dispune de spatiul vital necesar pentru a se dezvolta este Spitalul Clinic Colentina. In acest sens prin finalizarea spitalului nou si a investitiei in radioterapie spitalul ar putea dobandi categoria I-a. Argumentand cu investitiile in derulare, CG al PMB, poate solicita MS categoria a I-a cu plan de conformare. Planul de conformare presupune finalizarea investitiilor spital nou si serviciu radioterapie in termen de 2 ani. Acest lucru se practica deja.

b. Propunerea pentru SCC a statutului de “spital de interes strategic”.

Criteriile obligatorii propuse pentru dobandirea statutului de spital de interes strategic : 1. spital categoria a I-a, 2. competente peste nivelul tehnologic mediu al spitalelor din categoria I-a ex PET, radioterapie, servicii integrate pentru tratamentul infarctului miocardic si a accidentului cerebral, 3. garantarea nivelului tehnologic printr-un contract cu un finantator in acest caz CG al PMB, 4. interes strategic fata de respectivul spital al unei comunitati cu peste un milion locuitori, 5. ICM general peste 1,8, 6. peste 800 paturi, etc

Avantajele spitalului strategic:

- garantarea finantarii la capacitate 100% prin DRG.

In acest moment spitalul este finantat prin sistemul DRG la 65% din capacitate.

- garantarea finantarii la capacitate 100% prin programele de sanatate.

Programele de sanatate pentru cardiologia interventionala, pentru protezele ortopedice etc nu acopera decat foarte putine cazuri ceea ce nu permite dezvoltarea si mentinerea durabila a serviciilor respective.

- un tarif pe caz ponderat cu 10%- 15% mai mare decat TCP general

- alta grila de salarizare prin acordarea unor sporuri salariale de spital strategic. Spre exemplu personalul care lucreaza in ATI are un spor de 75%. Pentru spitalul strategic se poate cere un spor diferentiat pe categorii de personal.

- alt mod de constituire a fondului de dezvoltare al spitalului in asa fel incat sa permita capacitatea de a realiza investitii pe termen lung in capacitati medicale noi si regenera capacitatilor existente. In acest fel fondul de dezvoltare al spitalului ar deveni o componenta a bugetului spitalului care este functionala.

c. asigurarea regenerarii investitiilor in tehnologia medicala.

-Consiliul general recunoaste caracterul strategic al SCC si investeste cu prioritate in acest spital. Pentru fiecare echipament detinut de spital se prevede bugetul necesar pentru inlocuirea lui in cadrul unui plan investitional pe termen lung 5-10 ani. Acest plan aprobat de catre CG al PMB este un criteriu obligatoriu pentru dobandirea categoriei de spital strategic

d. subventii de la bugetul local sau de la bugetul de stat.

Intr-un spital de interes strategic, echipamentele de inalta performanta se vor inlocui dupa o durata de viata de 5 ani sau dupa caz (nn tipul echipamentului) adica odata cu uzura morala dar inainte de uzura fizica. Echipamentele inlocuite, ex PET, ciclotron, tomograf, rezonanta magnetica, angiograf, etc ar putea fi transferate unor spitale satelite dinainte (spitale dintr-o retea satelita spitalului nostru) desemnate care vor putea beneficia de aceste tehnologii pentru ciclul lor final de viata. La implementarea fiecarui echipament in spitalul Colentina va fi desemnat si spitalul care va prelua tehnologia ca second hand. Se va semna un contract in acest sens. *Strict pentru spitalele cu rol strategic Ministerul sanatatii si/ sau consiliile locale dupa caz ar putea deconta in baza unor formule de amortizare valoarea reziduala a acestor echipamente.* Astfel spitalul strategic primeste valoarea reziduala a echipamentelor prin subventie iar spitalul satelit primeste apartul de la spitalul strategic. Spitalul satelit poate la randul sau sa conteze durabil pe aceasta capacitate devenind partener traditional al spitalului strategic.

Un spital de mai mica anvergura nu poate justifica necesitatea investitiei in cele mai noi tehnologii dar poate accesa niste tehnologii partial amortizate subventionate de catre MS. Medicii spitalelor care vor primi aparatura second hand au 5 ani timp sa se familiarizeze cu noua tehnologie in Spitalul Colentina. Ei pot fi instruiti in centrele de perfectionare din Colentina fara cost. Astfel spitalul mai mic va putea si el sa implementeze durabil respectiva capacitate.

In acest sens ambele spitale, pacientii si sistemul au numai de castigat. Daca in Romania se vor contabiliza amortismentele pentru aparatura atunci cu siguranta aceasta ar putea fi o solutie viabila. Un spital de categorie inferioara nu va putea acoperi costurile pt amortizarea unui echipament nou. Acest spital nu va avea nici

finantarea nici numarul de pacienti necesar pentru a necesita un echipament de varf. In cazul SCC parte din costurile noii tehnologii vor fi recuperate de la MS in urma transferurilor de aparatura catre spitalele satelite iar restul va proveni din sumele provizionate pe timpul utilizarii echipamentului cu titlul amortizare. La incheierea unui ciclu de utilizare, spitalul va fi capabil sa inlocuiasca echipamentul perfect functional dar uzat moral transferat spitalelor din retea satelita cu noul model. Institutionalizand faptul ca la fiecare 5 ani sau dupa caz spitalul va achizitiona noua tehnologie pentru o capacitate pe care deja o detine se vor putea incheia parteneriate tehnice cu producatorii de echipamente medicale care vor putea fi foarte lucrative pentru spital si vor creste gradul de competenta al spitalului in utilizarea respectivei capacitati. Spitalele satelite ar putea fi spitalele din retea PMB. Astfel tehnologia de ultima ora este achizitionata pentru Spitalul Colentina dupa care este preluata de spitalele mai mici care apartin primariei.

Tot in contextul subventionarii valorii reziduale, spitalul strategic ar avea si posibilitatea de a mentine vechea capacitatea tehnologica in spital ca unitate back up. Acest lucru este valabil in special pentru tehnologiile ultraperformante.

Ca posibil spital de interes strategic sau centru metodologic, spitalul Colentina ar putea deveni un teren favorabil pentru implementarea masurilor de reforma in domeniul sanitar. In acest fel reforma domeniului sanitar ar avea baze solide si consistenta pentru niste masuri testate si perfectionate in detaliu intr-o unitate reprezentativa de avangarda in sistem iar in contrapartida spitalul ar putea beneficia cu rapiditate si mare elasticitate de tot ce este mai nou in materie tehnologie si management sanitar. Credem ca in acest fel este cel putin unul din modurile in care s-ar putea genera reforma sistemului mai ales intr-un segment atat de important cum este spitalul in relatia sa dinamica cu asiguratorul fie el privat sau CNAS. Este nevoie de un incubator al ideilor de reforma acum cand toate sistemele sanitare din lume se confrunta cu mari probleme si chiar cu insolvabilitatea. Acest incubator –simulator va trebui sa genereze in mod constant informatii si scenarii pentru perfectionarea continua a sistemului si misiunea sa nu se va incheia niciodata cu generarea unei noi legi a sanatatii.

Este cu atat mai mult nevoie de acest incubator – simulator in conditiile in care in Romania nu ne putem baza pe calitatea informatiilor statistice care este deosebit de precara.

In plus societatea medicala si societatea civila nu au pregatirea necesara pentru a sustine un proces de reforma atat de complex si lipsa de continuitate in acest demers se va dovedi imediat fatala oricarei incercari de a reforma a sistemului sanitar.

In contextul general al spitalului strategic, CG al PMB in parteneriat cu MS pot dezvolta in SCC un “centru metodologic pentru reforma in sistemul sanitar” sau “centru pilot pentru reforma in sistemul sanitar” Aceasta nisa s-ar potrivi foarte bine

pentru Spitalului Colentina inasa nu s-ar potrivi unui spital de urgenta, unui institut national sau unui spital judetean de mare anvergura din motive lesne de inteles. In aceasta calitate, spitalul ar beneficia de o finantare mai buna ceea ce i-ar permite sa-si conserve *in mod durabil* nivelul de performanta si capacitatea tehnologica dobandita la un anumit moment. Aceste amendamente ar avea sansa de a fi implementate daca implicarea si competenta profesionala a medicilor din spital va atinge pragul critic necesar pentru realizarea lobiului necesar.

e. diversificarea surselor de finantare.

- odata cu dobandirea unui anumit nivel de competenta si al unui nivel hotelier decent putem sa incheiem contracte cu asiguratorii privati.

Pana acum spitalul nu a putut realiza aceste colaborari deoarece nu avea conditii hoteliere si nu oferea servicii medicale in exclusivitate dar odata cu noul spital si cu integrarea centrului de cercetare putem sa initiem asemenea contracte. Retelele de asiguratorii privati desi si-au dezvoltat propriile spitale nu au nici amploarea si nici numarul de pacienti necesar pentru a structura si dezvolta anumite servicii medicale care implica aportul unor servicii performante ATI precum si o structura foarte costisitoare. Prin urmare aceste servicii pot fi contractate numai de spitalele care vor oferi aceste servicii medicale, performant si standardizat.

- posibilitatea de a realiza venituri proprii prin operarea unor centre metodologice de referinta

Spitalul are deja niste echipamente de inalta performanta care au sansa sa ramana unice in Romania (PET –CT, SPECT-CT,) datorita faptului ca sunt foarte costisitoare si necesita personal medical foarte specializat. Aceste capacitati trebuie sustinute logistic pentru a putea functiona si a se putea perpetua. Aceste investitii ar putea deveni centre metodologice –referinta in domeniu. In aceste centre s-ar putea pregati specialisti pentru anumite competente medicale (ex PET, PET CT, radioterapie, angiografie, chirurgie spinala pentru care este nevoie de tehnologie, competenta, experienta, logistica etc. Deci investitiile complete si bine facute in aceste facilitati pot realiza dividende. La propunerea Consiliului General care este proprietarul investitiei, Ministerul Sanatatii ar putea subventiona pregatirea specialistilor in aceste centre logistice ceea ar ajuta la mentinerea durabila a respectivelor capacitati in spital.

f.parghia indicelui de complexitate (ICM)

O alta solutie de crestere a finantarii este parghia ICM ului. adica finantrea spitalului creste direct proportional cu complexitatea si exclusivitatea serviciului. In conditii de rigoare manageriala, nivelul de calificare al personalului si avantajul tehnologic duce la cresterea nivelului de complexitate a cazurilor rezolvate. In acest sens trebuie ca spitalul nostru sa abordeze preponderant cazurile pentru care si-a

dezvoltat competentele. Nu poti califica un staf si dota o facilitate pt transplant si sa te ocupi in acelasi timp in acea facilitate de furuncule si cucuie. Este un caz clar de subutilizare a unei capacitati. Deci Colentina pe masura ce si va ridica nivelul de performanta trebuie sa si utilizeze aceste capacitati numai pentru acel nivel de patologie. Rezultatul ar trebui sa fie un ICM care sa permita o finantare pe masura a actului medical si prin aceasta sa asigure sustenabilitatea lui. Este posibil acest lucru printr-o rigoare deosebita si printr-o buna intelegere a legislatiei in vigoare. ICM mediu al spitalelor din tara este de 0,8. Un ICM de 2,4 insemna de 3 ori finantarea medie.

g. parghia coplatii.

Coplata are 2 componente :

- a. de reglare a fluxurilor de pacienti
- b. de sustinere financiara.

Coplata astfel cum este definita de Ministerul sanatatii are un factor regulator prevenind abuzarea sistemului de catre cetatenii asigurati si neasigurati.

Dupa implementarea totala a acestei masuri nu vom mai avea pacienti veniti in toiul noptii cu salvarea pentru mancarimi sau pentru ca ziua sunt ocupati. Prin urmare resursa sistemului va fi mult mai eficient utilizata.

Anumite servicii medicale pot fi decontate partial (coplata) sau integral in cazul in care nu fac parte din pachetul minim subventionat de asigurator. Aici atingem problema gradului de subfinantare a sistemului. Despre sistemul medical din Romania se spune doar ca este subfinantat dar nimeni nu a precizat vreodata cu cat este subfinantat. Nimeni nu stie sau mai bine spus nimeni nu vrea sa stie. S-ar putea ca pentru serviciile pe care le ofera unele din spitalele sa constatam ca exista chiar suprafinantare.

Impactul coplatii prin componenta ei de sustinere a finantarii este pe sustinerea unor servicii medicale si pe mentinerea nivelului hotelier.

Odata cu dobandirea de catre spital a unor capacitati hoteliere decente se deschide perspective folosirii coplatii pentru a sustine si conserva aceste servicii. La fel am putea proceda si in cazul serviciilor medicale care nu sunt incluse in pachetul de baza sau a serviciilor medicale care nu se preteaza competentelor spitalului nostru. Cred ca nu trebuie sa mai evitam cofinantarea unui serviciu medical intr-un spital de stat pretinzand ca toate serviciile medicale sunt gratis. In realitate foarte putini pacienti dintre cei care au nevoie de un transplant medular spre ex reusesc sa se traseze in strainatate pe baza formularului E 112. Fondul de asigurari plateste

sume exorbitante pentru aceste interventii in strainatate. Un serviciu de transplant medular sustinut in tara poate reduce semnificativ aceste costuri facand coplata pentru aceasta procedura un instrument viabil pentru un numar infinit mai mare de pacienti decat cei care obtin aprobarea de a pleca in strainatate de multe ori tardiv dupa bataliile cu birocratia.

h. parghia disciplinei financiare

Se pierd foarte multi bani atunci cand spitalele din neintelegerea reglementarilor in vigoare si a conceptelor de finantare trateaza mult mai multi pacienti decat au finantare. Este o mare problema cand spitalul este finantat pentru 25000 de pacienti si trateaza 42000. Implicatiile sunt foarte mari si ridica intrebari pertinente cu privire la calitatea serviciilor prestate de unitatea respectiva in conditiile in care peste tot se invoca subfinantarea sistemului. Capacitatea de servicii a unui spital este o dimensiune palpabila nu una aleatorie. Durata de spitalizare medie pe specialitate, numarul de zile lucratoare, gradul mediu de ocupare si numarul de paturi sunt dimensiuni constante.

In momentul in care spitalul va reusi sa faca exact numarul de pacienti pentru care este real finantat la complexitatea pentru care este capacitat tehnologic se finantarea va permite sustenabilitatea resurselor umane, tehnologice si hoteliere. Trebuie sa invatam sa programam eficient pacientii pentru a utilize eficient resursele de care dispunem. Sefii de sectie si doctorii trebuie sa inteleaga acest concept.

k. adaptarea pacienturii la nivelul de competenta al spitalului

Serviciile medicale care nu se preteaza competentei spitalului sunt acele servicii prestate pacientilor care pot fi tratati in ambulatoriu. Aici este o mare problema a finantarii spitalelor. Pentru un pacient care se interneaza in spital desi poate fi tratat ambulatoriu spitalul pierde enorm prin neutilizarea la capacitate a resurselor umane si tehnologice. Pacientii evita sa foloseasca structurile din ambulatoriu deoarece acestea fie costa foarte mult in regimul privat fie sunt incapacitate prin subfinantare daca discutam de structurile ambulatorii care folosesc decontarea prin CNAS. In plus toata filiera birocratica este greu de penetrat iar serviciile nu sunt subventionate integral. Astfel este mult mai simplu de mers la medical pe care-l cunoastem sis a ne internam pt ca in acel moment nu mai avem coplata la CT, RM, analize scumpe etc.

CNAS in calitatea sa de finantator al serviciilor recunoaste acesti pacienti prin sistemul DRG si depuncea sever aceste cazuri rezolvate cu ICM-uri sub 0,5. Solutia va fi ca pentru pacientii care doresc in mod express a fie tratati in spital desi ei pot fi tratati ambulator ei sa plateasca acest serviciu. Practic daca spitalul are capacitati reale tehnologice si umane (medici foarte buni) trebuie ca ICM ul mediu sa fie peste 2,5. Nu cred ca medicii care realizeaza transplantul de organe de rutina mai sunt

interesati in cura herniilor si a apendicitelor. Deasemenea nu cred ca nu exista suficienti pacienti care sa aiba nevoie de serviciile medicale de inalta performanta pentru ca sa satisfaca o asemenea capacitate. In acest caz daca reusim sa optimizam aceste fluxuri vom optimiza si finantarea spitalului.

1 diversificarea surselor de finantare.

- odata cu dobandirea unui anumit nivel de competenta si al unui nivel hotelier decent putem sa incheiem contracte cu asiguratorii privati.

Pana acum spitalul nu a putut realiza aceste colaborari deoarece nu avea conditii hoteliere si nu oferea servicii medicale in exclusivitate dar odata cu noul spital si cu integrarea centrului de cercetare putem sa initiem asemenea contracte. Retelele de asiguratorii privati desi si- au dezvoltat propriile spitale nu au nici amploarea si nici numarul de pacienti necesar pentru a structura si dezvolta anumite servicii medicale care implica aportul unor servicii performante ATI precum si o structura foarte costisitoare. Prin urmare aceste servicii pot fi contractate numai de spitalele care vor oferi aceste servicii medicale, performant si standardizat.

- decontarea catre spital a unor stagii practice de formare profesionala pentru specialistii spitalului care lucreaza pe o anumita tehnologie

2. implementarea protocoalelor terapeutice si procedurilor standardizate

- a. implementarea protocoalelor si procedurilor internationale
- b. asigurarea capacitatii logistice pt implementarea acestor protocoale
- c. personal competent
- d. servicii medicale complete si integrate

Pentru a realiza acest deziderat trebuie ca un staf medical competent sa aplice *in mod constant si reproductibil* protocoalele terapeutice beneficiind de tot sprijinul tehnico-logistic.

Pentru ridicarea nivelului profesional si implementarea protocoalelor, staful spitalului trebuie sa realizeze colaborari interdepartamentale cu mai multe unitati de prestigiu din Europa, Turcia, Israel si chiar SUA. In Israel sunt foarte multi medici de origine romana care se afla in pozitii de conducere in departamentele cheie din cele mai mari spitale. Prin aceste colaborari finalizate prin aplicarea cu strictete a procedurilor dorim sa extindem (garantam) calitatea si reputatia acelor servicii in Spitalul Colentina. Retele cunoscute de spitale din Turcia au realizat acest lucru cu mari beneficii pentru sistemul lor de sanatate. Medicii romani s-au pregatit in Elvetia in

anii 90-95 cand s-a realizat excelentul Spital de Urgenta Floreasca al anilor 1996-2000. In acea perioada Spitalul de Urgenta Floreasca devenise un spital comparabil cu spitalele din occident. Din pacate, in cazul Spitalului de Urgenta tot ce s-a realizat nu s-a facut durabil si acea capacitate nu s-a perpetuat independent de eforturile manageriale facute. Spitalul a pierdut mult personalul medical competent si nu si-a putut mentine nivelul tehnologic. In Colentina vom incerca sa aplicam aceste concepte fara a contorsiona spitalul in paralel cu actuala structura. Vom incepe treptat odata cu noile structuri pe care le dezvoltam si cu medicii noi veniti. Incercam in acest sens sa formam o masa critica si sa folosim puterea exemplului. Deasemenea vom incerca sa aplicam aceste concepte si in structurile care exista si unde exista aderenta necesara la ideile noi. Incet incet noile structuri vor prevala. Colaborarea cu medicii ce vor lucra in spital ar trebui sa satisfaca exigentele unei comisii in care sa se regaseasca si personalitati medicale apartinand unor servicii de prestigiu din Bucuresti si din Europa cu care spitalul va intra in relatii de colaborare. Medicii nostri si asistentele vor trebui sa se pregateasca periodic in departamentele performante din Bucuresti si din occident si vor trebui sa sustina evaluari periodice pentru a continua sa activeze in spital. Deasemenea va trebui sa indeplinim si anumite standarde logistice deoarece vrem sa reproducem relativ fidel structura serviciilor din spitalele performante in spitalul nostru.

3.implementarea durabila a standardelor de calitate si a sistemelor interne de control permanent al calitatii

Despre standardele de calitate in interiorul organizatiilor se vorbeste peste tot dar de aplicat se aplica in doar in marile corporatii si in general in USA, Japonia, Coreea, Germania - Franta si tarile nordice. Trebuie civilizatie pentru a putea implementa standardele de calitate. In mare este vorba despre un sistem care vrea sa certifice calitatea relatiilor in cadrul unei organizatii. Aceste standarde implementate arata ca modul in care o organizatie din Romania si una din Germania obtin spre exemplu o anumita performanta medicala este acelasi. Adica ordinea operatiunilor, tipul de operatiuni, sistemele de back up ..totul sunt identice. In acest sens activitatea fiecarui medic, compartiment, sectie, department se desfasoara intr-o anumita secventa pe baza de proceduri de fiecare data. Rezultatele trebuie sa fie reproductibile. Pe acest lant functioneaza obligatoriu si niste structuri autonome de control al calitatii. Performanta fiecarui medic, department, laborator din spital va fi monitorizata prin programe simple de monitorizare care proceseaza in timp real anumiti indicatori de performanta. Datele acestor programe sunt interpretate de niste structuri externe si interne din spital. Problemele aparute sunt analizate si rezolvate cu rapiditate. Exista foarte multa rezistenta pentru implementarea durabila a calitatii. Vom incerca sa aplicam aceste standarde intai la structuri punctuale din spital acolo unde o sa gasim interes si la noii veniti pana cand vom realiza o masa

critica. Probabil ca vom reusi sa implementam partial aceste standarde. Este obligatoriu ca inainte de toate sa asiguram durabil resursa umana din spital.

4. asigurarea durabila a resursei umane prin restructurarea relatiilor cu personalul medical si personalul mediu

Relatiile cu personalul medical si personalul mediu trebuie rapid reformate. Sunt cateva pardigme care nu se mai gasesc decat in Romania. Nu se poate ca intre un medic care nu face nimic intr-un spital si unul care sta zi si noapte in spital facand totul sa existe semnul egal. Nu putem spera la performanta platind mizerabil medicii si asistentele!

Solutii:

a. Realizarea unor externalizari de servicii.

Realizarea unor externalizari de servicii. Spre exemplu externalizam activitatea unor colective medicale restranse. Colentina a facut calculul de fezabilitate pentru externalizarea unor asemenea sectii sau compartimente. Se practica deja pe scara larga in Romania la ministere, deconcentrate, regii autonome etc externalizarea unor servicii ex juridic etc. Problema aici este la medici. Ei trebuie sa aiba competenta profesionala care sa le dea curajul adoptarii unei asemenea decizii

b. Contracte individuale cu medicii organizati in PFA

In paralel cu mentinerea relatiilor clasice cu personalul spitalul va incerca sa colaboreze cu medicii noi veniti sau cu medicii sai dispusi sa-si asume anumite riscuri fara a le mai oferi posturi pe viata in spital cu un salariu derizoriu in favoarea unor contracte de prestari servicii mai lucrative. Ca si in cazul externalizarilor medicii trebuie sa aiba capacitatea profesionala necesara pentru a opta pentru o asemenea varianta. Singura problema in acest moment este de inertie si de normare a muncii prestate de acestia. Rezolvarea acestei probleme va deschide drumul colaborarii punctuale cu medicii din alte spitale precum si cu medicii din strainatate. Cu totii pacienti, medici, spitale si sistem vom avea numai de castigat. Trebuie sa luam in considerare si colaborarea cu medici si pers mediu din India, China, Filipine etc

c. Pachete profesionale pentru medici si personal mediu decontate de catre spital

d. Blocuri tip apart – hotel apartinand primariei. Subventia chiriei, a utilitatilor, a menajului pot face oferta spitalului mai atractiva. Garsoniere, utilitati, menaj si cantina pentru rezidenti.

Solutiile propuse nu produc cutremure in spital sau in sistem si nu afecteaza interesele individuale ale celor care aleg sa nu participe la aceste eforturi de modernizare. Toate solutiile se aplica in paralel cu viata actuala a organizatiei si sunt sustenabile, fezabile si benefice. Niciun spital din Romania nu va putea progresa in

mod real fara a rezolva intr-un fel problemele legate de asigurarea durabila a resursei umane si a bazei materiale.

5. definitivarea relatiilor pe plan intern si international pentru a sustine structura finala de servicii ale spitalului Colentina conform viziunii elaborate in urma cu 15 ani (2001- 2015)

CG al PMB, prin Comisia de sanatate, ar putea initia in interiorul conceptului de spital strategic , un parteneriat cu MS pentru implementarea unor reforme administrativa in spitale.

Evolutia Spitalului Colentina 2001 - 2015

Structura existenta in 2001	Structura finala (2015) ce este bolduit este deja implementat in 2011 (*) se va finaliza odata cu spitalul nou, (**) externalizarea centrului de radioterapie, (***) integrarea totala in circuitul pacientului a structurilor centrului de cercetare realizat pe fonduri europene,
	Chirurgie cardiovasculara *
	Chirurgie vasculara *
	Cardiologie interventionala -electrofiziologie = ablatie, p-makeri -sala de stentare
Cardiologie →	Cardiologie Unitate speciala terapie acuta coronarieni - USTAC
	ATI chirurgie cardiovasculara
	Diabet si boli de nutritie
	Recuperare cardio*

	Cercetare in cardiologie
	Neurochirurgie *
Neurologie →	Neurologie
	Centru de stroke*
	ATI Neurochirurgie*
	ATI Neurologie
	Recuperare neuromotorie
	Cercetare in neurologie – neuro chir
	Oncologie – Diagnostic complet
	Rx, RM, CT, PET, SPECT-CT, Mamo, RX, ECO, Angiografie
	Diagnostic clinic
	Oncologie – Tratament *
	Radioterapie - full body*
	Radioterapie –piele
	Transplant medular – Hematologie
	Chimioterapie
	Tratament chirurgical: Chir generala, Chir plastica, Urologie, Ortopedie Neurochirurgie
Ortopedie →	Ortopedie
	Chirurgie spinala
	Recuperare specializata
Chirurgie genarala	Chirurgie generala

→	
	Chirurgie de o zi – department separat* (in vechiul pavilion chirurgie)
	Urologie Centru de prostata Cercetare in domeniu
	Chirurgie plastica -microchirurgie -chirurgie plastica reconstructiva -transplant de tesuturi
	Chirurgie toracica - colaborare
Medicina interna →	Medicina interna -centru de integrare interdisciplinar
Reumatologie →	Reumatologie - referinta Romania - explorare f ampla in toate bolile autoimmune - laborator specializat in markeri autoimuni - laborator capilaroscopie - laborator osteodensimetrie - centru de tratament pentru medicatia biologica in bolile reumatismale inflamatorii
	Diabet
	Pneumologie - laborator de fibroscopie
	Alergologie
	Cercetare

Gastroenterologie →	Gastroenterologie Gastroenterologie interventionala sala de interventii 3 laboratoare de endoscopie ATI gastroenterologie Cercetare in domeniu
	Hematologie ATI - hematologie Hemato oncologie - Transplant medular*
Dermatologie → Dermatovenerologie →	Dermatologie -Dermato oncologie -Dermatovenerologie -Dermatitele buloase - 4 Sali de interventii Cercetare
Boli parazitare	Boli parazitare Centru de consultanta pt prevenire boli tropicale Cercetare
Boli profesionale →	Boli profesionale Cercetare
Anatomie patologica →	Anatomie patologica departamente specializate pe discipline
