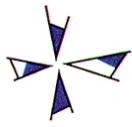


fundació
sant hospital
la seu d'urgell

FUNDACIÓ SANT HOSPITAL LA SEU D'URGELL
PLA D'EMPRESA 2015-2025

MARÇ 2016



ÍNDEX

- I OBJECTE I ABAST
- II ANTECEDENTS
 - 1 INTRODUCCIÓ
 - 2 ANÀLISI PROBLACIONAL
- III SITUACIÓ ECONÒMIC-FINANCERA I PATRIMONIAL
 - 1 SITUACIÓ ENDEUTAMENT A 31 DE DESEMBRE DE 2013
 - 2 SITUACIÓ ENDEUTAMENT ACTUAL (DESPRÉS DEL REFINANÇAMENT)
- IV OBJECTIUS ESTRATÈGIC DE LA FSH
 - 1 LÍNIA ESTRATÈGICA 1: MODEL ASSISTENCIAL DE LA FSH
 - 1.1 Introducció
 - 2 LÍNIA ESTRATÈGICA 2: ATENCIÓ SOCIOSANITÀRIA I RESIDENCIAL
 - 2.1 Model atenció a les necessitats sanitàries i socials: Cartera de serveis assistencials
 - 2.2 Proposta d'adequació des recursos
 - 2.3 Pla d'espais
 - 2.4 Programa de superfícies
- V HIPÒTESIS A APLICAR EN EL PLA D'EMPRESA 2015-2025
 - 1 INGRESSOS
 - 1.1 Ingressos de les activitats
 - 1.2 Altres ingressos de gestió
 - 1.3 Ingressos financers
 - 2 DESPESES
 - 2.1 Despeses per compres, treballs de tercers i altres aprovisionaments
 - 2.2 Despeses serveis exteriors
 - 2.3 Despeses de personal
 - 3 INVERSIONS
 - 3.1 Inversions de reposició
 - 3.2 Residència assistida
 - 4 FINANÇAMENT
 - 4.1 Subvencions de capital
 - 4.2 Bestreta SCS
- VI RESULTAT DEL PLA D'EMPRESA I CONCLUSIONS

I. OBJECTE I ABAST

L'objecte del present document és elaborar un Pla d'empresa de la Fundació Sant Hospital La Seu d'Urgell (en endavant la FSH) pel període 2015-2025 que permeti identificar les estratègies a mig i llarg termini d'activitat, qualitat i eficiència i assolir i consolidar una bona situació econòmic – financera i patrimonial. Aquest objectiu passa per consolidar imports positius de cash-flow (procedents bàsicament de l'activitat ordinària), fet que comportarà l'obtenció de resultats positius cada exercici i que permetran redreçar l'actual situació patrimonial (el Patrimoni Net de la FSH a 31/12/2014 és negatiu per import de 6.134,45 milers d'euros).

II. ANTECEDENTS

1.- INTRODUCCIÓ

La Fundació Sant Hospital de la Seu d'Urgell és una fundació privada creada el 7 d'agost de 1987, governada per representants de l'Ajuntament de la Seu d'Urgell, del Bisbat d'Urgell i de la Generalitat de Catalunya, amb un model mixt de gestió documentat des del segle XV. És l'únic hospital de la comarca, forma part del sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya i el 95% de la seva activitat va dirigida al sector públic.

La FSH té com a finalitats fundacionals, l'atenció social i l'assistència sanitària a les persones que ho necessitin i vulguin, preferentment veïns de la comarca de l'Alt Urgell, sense cap mena de discriminació per causes personals, socials o econòmiques, tal i com queda recollit a la seva missió:

La Fundació Sant Hospital és patrimoni de l'Alt Urgell i forma part de la xarxa d'hospitals d'utilització pública de Catalunya. La seva missió és proporcionar a la comunitat un servei d'atenció sanitària especialitzada de qualitat i eficient. Per aconseguir-ho, es fomenta la formació continuada dels seus professionals, la millora dels seus equipaments i la col·laboració amb altres proveïdors de salut del territori i amb l'administració sanitària de Catalunya.

En aquests darrers anys, la FSH està immersa en un procés de transformació per adaptar els seus recursos i les seves aliances a les necessitats del moment, amb l'objectiu d'oferir un hospital amb els serveis adequats a l'àmbit geogràfic que li correspon, tal i com es recull a la seva visió:

La nostra visió és convertir-nos en model d'hospital propi dels Pirineus. Ho volem fer donant una assistència especialitzada integrada en un procés de continuïtat assistencial territorial, que satisfaci les necessitats i expectatives dels ciutadans i s'adapti àgilment als canvis de l'entorn.

2.- ANÀLISI POBLACIONAL

Per desenvolupar l'estratègia centrada en els grups d'interès i en l'entorn de la FSH, es dona una captació d'informació referent no només al mercat actual sinó també al potencial, s'observa l'entorn de l'Hospital, es detecta i s'avaluen noves oportunitats o amenaces, s'adapta la cartera de serveis i els processos i s'actua en conseqüència.

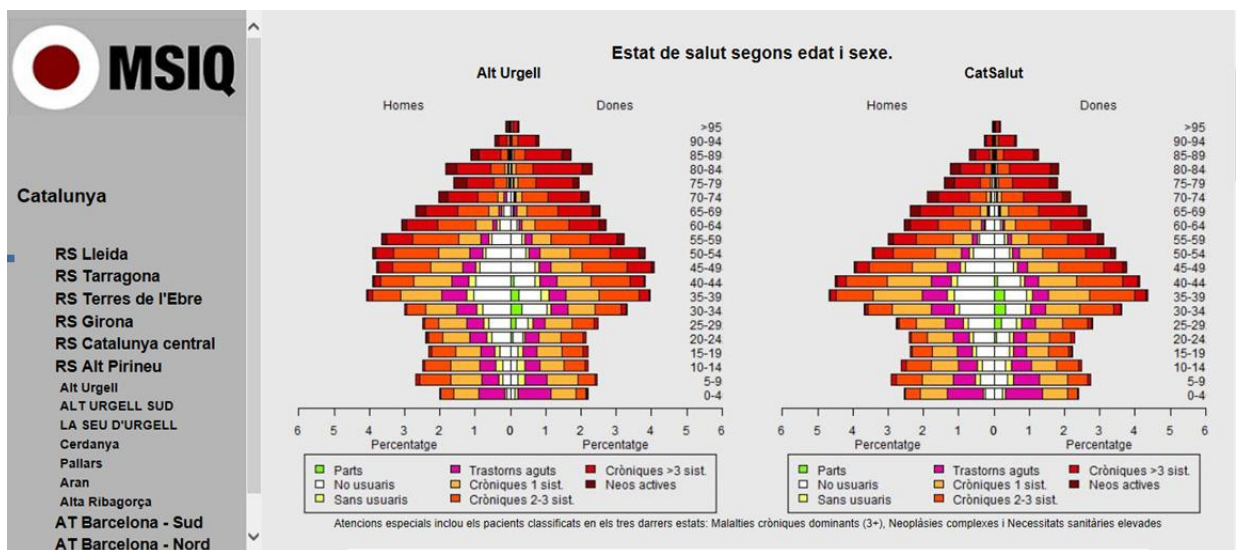
Els objectius de l'estratègia centrada en els grups d'interès són fruit de :

- a. Estudiar les característiques demogràfiques, epidemiològiques, socioeconòmiques i culturals dels nostres clients i de la comunitat.
Fonts: IDESCAT www.idescat.cat ,
CMBDAH i MSIQ <http://146.219.25.61/msiq/RS71/GTS01/UP00732/> , Central de Resultats de l'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya
<http://observatorisalut.gencat.cat>
- b. Conèixer les expectatives i les necessitats de la població del nostre entorn i també les seves tendències.
Fonts: Resultats del Pla d'enquestes de satisfacció PLAENSA.
Informació del Servei d'Atenció i Informació al Ciutadà.
- c. Identificar el mercat potencial i la seva projecció de futur, detectant les oportunitats i les amenaces que se'ns presenten.
- d. Conèixer les característiques i les coincidències en el servei amb els altres proveïdors.

e. Dissenyar l'oferta i actuar d'acord amb l'estratègia.

La comarca de l'Alt Urgell se situa en el Pirineu central de Catalunya i es distribueix en dos eixos principals: l'horitzontal comunica amb la Cerdanya i amb el Pallars Sobirà (Coll del Cantó) i el vertical que la comunica amb Andorra pel nord i amb el Solsonès, la Noguera i la Segarra pel sud. La Seu d'Urgell, la seva capital, es situa a la cruïlla dels dos eixos, però a la part nord de la comarca, a 152 km dels hospitals de referència.

Aquesta comarca, és una de les comarques catalanes amb un major índex d'envelliment i aquest factor, junt amb la disminució de la població produïda en els darrers anys, ha anat augmentant fins arribar a un 21'4% a finals de 2013. (Figura 1).



Indicadors sociodemogràfics					
	n	Indicador brut	CatSalut	Indicador relatiu	IC95%
Població a risc(*)	21.371	--	--	--	--
Dones (%)	10.774	50,4	50,7	0,995	0,977 - 1,014
Edat mitjana (en anys)	--	44,2	41,7	1,060	1,058 - 1,062
Majors de 64 anys (%)	4.625	21,6	18,4	1,175	1,141 - 1,209
Índex de sobreenvelliment (%)	944	20,4	17,0	1,201	1,126 - 1,280
Índex de fecunditat (per 1.000 dones en edat fèrtil)	140	29,7	36,0	0,826	0,700 - 0,975
Població estrangera (%)	2.650	12,4	15,3	0,811	0,781 - 0,842

(*) Tots els casos que han estat considerats com a actius a l'IRCA durant qualsevol moment de l'any 2014

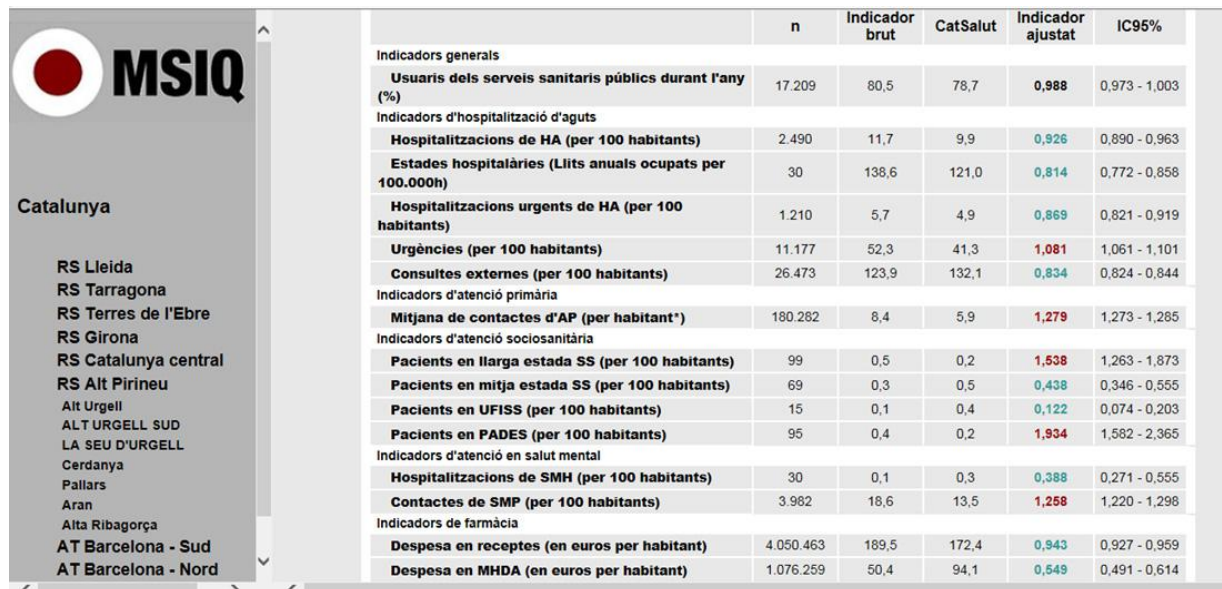
Figura 1. Índex d'envelliment i sobreenvelliment (2014). Font: MSIQ.

Les taxes d'envelliment (21,6%) i sobreenvelliment (20,4%) fan que les necessitats sanitàries i socials de la comarca estiguin augmentant en els darrers anys i calgui adequar els recursos públics que s'hi destinen, malgrat que la tendència actual és intentar mantenir la població amb el màxim nivell d'autonomia al seu domicili i minimitzar les hospitalitzacions, reservant-les per a les complicacions i/o aguditzacions de les malalties que puguin presentar els pacients.

A 2014, la població de l'Alt Urgell té el perfil següent:

- 19.696 habitants. (Font: Regió Sanitària)
- La població diana dels serveis socio-sanitaris i socials, amb un envelliment del 21,4% representa més d'¼ de població major de 64a (4.215 hab.).
- L'estimació del Pacient Crònic Complex és d'un 3,5% (689 hab.).
- L'estimació de MACA és d'un 1,5% de la població (295 hab.).

Fruit d'això, quan analitzem el consum de recursos de 2014 (Figura 2) ens adonem d'una alta freqüentació a Atenció Primària, que no sembla reduir la freqüentació a les urgències hospitalàries. Per altra banda, tenim una alta freqüentació a Llarga estada i una forta demanda del recurs de PADES. Finalment, ens sembla que la baixa demanda, comparada amb Catalunya, del recurs de Mitja estada socio-sanitària es deu al seu dimensionament insuficient (v. Punt 4.2) i com a conseqüència d'això, a una demanda no expressada.



	n	Indicador brut	CatSalut	Indicador ajustat	IC95%
Indicadors generals					
Usuaris dels serveis sanitaris públics durant l'any (%)	17.209	80,5	78,7	0,988	0,973 - 1,003
Indicadors d'hospitalització d'aguts					
Hospitalitzacions de HA (per 100 habitants)	2.490	11,7	9,9	0,926	0,890 - 0,963
Estades hospitalàries (Llits anuals ocupats per 100.000h)	30	138,6	121,0	0,814	0,772 - 0,858
Hospitalitzacions urgents de HA (per 100 habitants)	1.210	5,7	4,9	0,869	0,821 - 0,919
Urgències (per 100 habitants)	11.177	52,3	41,3	1,081	1,061 - 1,101
Consultes externes (per 100 habitants)	26.473	123,9	132,1	0,834	0,824 - 0,844
Indicadors d'atenció primària					
Mitjana de contactes d'AP (per habitant*)	180.282	8,4	5,9	1,279	1,273 - 1,285
Indicadors d'atenció socio-sanitària					
Pacients en llarga estada SS (per 100 habitants)	99	0,5	0,2	1,538	1,263 - 1,873
Pacients en mitja estada SS (per 100 habitants)	69	0,3	0,5	0,438	0,346 - 0,555
Pacients en UFISS (per 100 habitants)	15	0,1	0,4	0,122	0,074 - 0,203
Pacients en PADES (per 100 habitants)	95	0,4	0,2	1,934	1,582 - 2,365
Indicadors d'atenció en salut mental					
Hospitalitzacions de SMH (per 100 habitants)	30	0,1	0,3	0,388	0,271 - 0,555
Contactes de SMP (per 100 habitants)	3.982	18,6	13,5	1,258	1,220 - 1,298
Indicadors de farmàcia					
Despesa en receptes (en euros per habitant)	4.050.463	189,5	172,4	0,943	0,927 - 0,959
Despesa en MHDA (en euros per habitant)	1.076.259	50,4	94,1	0,549	0,491 - 0,614

Figura 2. Consum de recursos sanitaris Alt Urgell. (2014)

Font: MSIQ

El Pla de Salut 2011-2015 demana una organització sanitària territorial, transversal, integradora i més resolutive, amb el desenvolupament i la implantació de l'objectiu de detecció i d'atenció dels pacients amb malalties cròniques complexes (PCC) i amb malalties cròniques avançades (MACA). Per altra banda, el Pacte Territorial de la Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran de 2014, inclou, entre els objectius transversals, el compromís conjunt d'actuar de forma coordinada i emprar tots els recursos socio-sanitaris i socials per atendre els pacients amb malalties cròniques i avançades, que sovint afecten a persones d'edat superior als 65 anys.

El conjunt d'aquestes dades i el model d'atenció a la cronicitat que s'explicita al Pla de Salut han portat la FSH a adaptar progressivament els seus serveis cap a les necessitats que genera aquest canvi poblacional, sense veure's afectada per l'esgotament del volum d'edificació de l'actual emplaçament:

- S'han reduït els llits d'hospitalització d'aguts (actualment 26) i s'ha augmentat l'ambulatorització de tota l'activitat d'atenció d'aguts, especialment la cirurgia major (CMA).
- S'ha potenciat l'equip PADES i s'ha reorientat l'activitat hospitalària d'aguts cap a l'atenció proactiva dels pacients crònics complexos i dels pacients amb malaltia avançada amb seguiment domiciliari. En els dos casos Medicina Interna, Geriatria i Atenció Primària actuen de forma coordinada.
- S'ha implantat la cooperació del servei de Geriatria amb l'EAP de l'Alt Urgell Sud, responsable dels usuaris de la Residència Geriàtrica El Castell.
- Per potenciar la cobertura d'atenció domiciliària ATDOM, la FSH dóna suport a Atenció Primària quan aquesta li ho sol·licita i treballa el projecte d'hospitalització a domicili per a processos aguts que requereixin l'atenció especialitzada.

Malgrat aquests canvis organitzatius dels recursos sanitaris i socio-sanitaris, cal tenir presents també els serveis socials a l'hora de donar una resposta global a les necessitats. La integració de tots els recursos ens porta a revisar l'adequació de tots els dispositius, especialment pels casos en els quals el pacient no pot romandre al seu domicili, ja sigui durant tota la jornada o bé en una franja horària concreta, degut a l'existència d'un grau objectiu de dependència, física i/o cognitiva, que ho faci inviable.

Per dur a terme aquesta revisió, les dades més extrapolables sobre les necessitats locals percebudes per la població les hem trobat en l'Enquesta sobre les condicions de vida de la gent gran de la Seu d'Urgell, realitzada pel Centre de Recerca Sociològica de l'Institut d'Estudis Andorrans i publicat l'octubre de 2009. Entre les conclusions d'aquest exhaustiu treball sociològic, aplicat a una mostra del 10% de la població diana de la Seu d'Urgell, es constata que més d'un terç de la població considera que les places residencials/llarga estada són insuficients. Aquesta percepció coincideix amb que l'Alt Urgell continua essent, a dia d'avui, l'única comarca de Catalunya que no té cap plaça d'iniciativa pública de residència assistida i que l'ocupació de la llarga estada és tan alta que el temps d'espera per a ingressar esdevingui excessiu.

Places en residències per a gent gran segons naturalesa jurídica 
Alt Urgell. Sèrie temporal.

Informació bàsica Alt Urgell | Altres temes | Distribució per municipis | Totes les comarques | Comparar amb Catalunya | Municipis | Comarques | Àmbits del Pla territorial | Províncies | Catalunya | Afegir al cistell | Fer preferit | Ajuda

Any	Naturalesa jurídica			Total
	Iniciativa Pública	Iniciativa Social	Iniciativa Mercantil	
2012	0	113	93	206
2011	0	113	93	206
2010	0	113	93	206
2009	0	113	112	225
2008	0	113	112	225
2007	0	113	112	225
2006	0	113	112	225
2005	0	113	112	225
2004	0	113	112	225
2003	0	113	101	214
2002	0	133	81	214
2001	0	113	81	194
2000	0	113	81	194
1999	0	99	78	177

Figura 3. Recursos residencials a l'Alt Urgell. Font. Idescat

Aquesta realitat és molt rellevant si es té en compte que, tal i com es comprova en el treball esmentat, la situació econòmica és més desfavorable entre les dones, que habitualment no tenen ingressos propis per que no han treballat fora de la llar o tenen una pensió de viduïtat que acostuma a ser baixa. Per tant, el risc de situacions de precarietat és més alt en el cas del grup que presenta una major supervivència i més morbiditat de malalties cròniques.

A 2014 (dades del padró municipal de la Seu, a data 14 d'octubre), un terç de la població major de 65a viu sola i les places que s'ofereixen a l'Alt Urgell són:

- **FSH:** 14 places residencials concertades i 25 places de llarga estada polivalent
- **Residència El Castell d'Oliana:** és un centre d'iniciativa mercantil amb 93 places residencials, de les quals 70 són places concertades. Ingressar en aquesta residència, a banda de l'existència de llista d'espera gestionada pel Departament de Benestar, comporta com a inconvenient el desplaçament dels familiars dels usuaris per a mantenir el contacte amb el resident, doncs no hem d'oblidar que sovint el familiar també és una persona gran i el transport públic té una cobertura molt limitada a les comarques de muntanya.
Les 23 places residencials privades tenen un cost de 1.500€ mensuals per a l'usuari (a 2013, el cost era de 1.800€).
Aquesta institució també té places concertades d'internament destinades a pacients de salut mental; concretament, són 15 places de llar-residència per a persones amb malaltia mental i 20 places de llarga i mitja estada.
- **Llar de Sant Josep:** cap de les seves places residencials està concertada amb el Departament de Benestar Social i els usuaris ho han de costejar, habitualment, amb el 80% de la seva pensió de jubilació o de viduïtat.

Per atendre les necessitats d'atenció sanitària i socials de la població descrita, des del segle XIX, la FSH ocupa un edifici gòtic situat en el nucli antic de la ciutat de la Seu d'Urgell, que s'ha anat reformant al llarg dels segles. A cada costat té edificis d'ús públic (Biblioteca, Centre Cívic i Centre d'Atenció Primària) que impedeixen el seu creixement horitzontal i la seva alçada és la permesa pel Pla General d'Ordenació Urbana de la ciutat.

Aquesta realitat explica, per una banda, l'esgotament del volum d'edificació de l'actual emplaçament i, per altra banda, l'obligació d'adaptar l'estructura arquitectònica existent a les necessitats funcionals i assistencials que van apareixent al llarg dels anys.

L'anàlisi seria incompleta si no s'afegeix que els costos estructurals repercuteixen negativament en el resultat econòmic de l'entitat, degut a l'elevat cost econòmic que suposa el manteniment d'un edifici amb una estructura física difícil d'adaptar de forma eficient a les noves necessitats assistencials del segle XXI.

Si ajuntem l'impacte de l'envelliment poblacional a l'obsolescència de l'estructura de les instal·lacions i de l'edifici, s'entén per què s'identifiquen l'adequació dels recursos humans i dels recursos estructurals existents com a línies estratègiques que han de donar resposta sostenible a les necessitats de la població que atenem.

III. SITUACIÓ ECONÒMIC-FINANCERA I PATRIMONIAL

La FSH es troba en l'actualitat en una delicada situació econòmic-financera i patrimonial, situant-se el seu Patrimoni Net i els Fons Propis a 31 de desembre de 2014 en 5,32 milions d'euros negatius i 10,13 milions d'euros negatius respectivament, tal i com es mostra en el següent quadre:

	2014	2013
Fons propis	(-)10.129.382,06	(-)10.007.246,27
Patrimoni net	(-)5.319.455,58	(-)6.512.692,17
Resultat exercici	(-)122.135,79	(-)263.065,51

Els Fons Propis de la FSH ja es situaven en valors negatius a l'exercici 1992 (2,3 milions d'euros negatius), situant-se, no obstant, el seu Patrimoni Net en valors positius (2,2 milions d'euros) per l'efecte de les subvencions de capital. Les pèrdues recurrents de cada exercici han anat provocant un empitjorament progressiu del seu Patrimoni Net que ja a l'exercici 2003 es situava en valors negatius. Els darrers anys, com a conseqüència de la crisi econòmica, la situació s'ha agreujat fins a arribar a la xifra de 5,32 milions d'euros negatius actual. Els principals aspectes que han motivat aquesta situació són els següents:

- Els **ingressos per les activitats** s'han reduït significativament els darrers anys, passant de 17,3 milions d'euros a l'any 2009 a 14,4 milions d'euros a l'any 2014, bàsicament per la reducció de la contractació del Servei Català de la Salut, disminució motivada per la greu crisi econòmica en que s'ha vist abocat el país a partir dels anys 2008 – 2009.
- Les **despeses d'explotació** no s'han pogut ajustar al mateix ritme que la caiguda dels ingressos, generant-se unes pèrdues màximes en el període 2010 - 2012 d'entre 630 milers d'euros i 1,2 milions d'euros anuals. Als anys 2013 i 2014 s'han anat mitigant les pèrdues, situant-se en 251 milers d'euros a l'exercici 2013 i en 122 milers d'euros a l'exercici 2014 (tot i que el 2014 es va fer efectiu el pagament de la paga extra de Nadal, que s'havia eliminat per acord amb el Comitè d'Empresa l'any 2013), com a conseqüència de mesures de reducció de la despesa iniciades l'any 2012, principalment:
 - Reducció de les **despeses per compres, treballs realitzats per altres empreses i serveis exteriors** (externalització dels servei de bugaderia, renegociació de contractes assistencials i consultoria, etc).
 - Reducció de la **massa salarial**, bàsicament, mitjançant jubilacions anticipades, reduccions de jornada, eliminacions de llocs de treball, reducció de complements i altres mesures que van fer variar la plantilla equivalent de 232 a 207 persones a inici de 2013. Es va eliminar, puntualment, la paga extra de Nadal.

La delicada situació patrimonial es veu agreujada pel volum d'endeutament, tant amb entitats financeres com amb el Servei Català de la Salut que en la situació que hi havia a finals de l'exercici 2012 i principis de 2013 no hi podia fer front i que va provocar que s'iniciés un procés de refinançament del deute, sent el resultat el que s'exposa a continuació (Taula 1).

	Capital pendent		Import a amortitzar			
	31.12.2012	31.12.2013	2014	2015	2016	2017-2020
Endeutament bancari:						
Crèdit sindicat BBVA - ICF	4.038.456,00	4.038.456,00	576.924,00	576.924,00	576.924,00	2.307.696,00
Préstec ICO - BBVA	1.000.000,00	927.345,77	181.743,93	192.656,15	204.223,50	348.722,19
Pòlissa crèdit amortitzable BBVA	1.000.001,00	666.668,00	333.333,00	333.335,00		
	<u>6.038.457,00</u>	<u>5.632.469,77</u>	<u>1.092.000,93</u>	<u>1.102.915,15</u>	<u>781.147,50</u>	<u>2.656.418,19</u>
Bestreta SCS:						
Bestreta atorgada SCS	3.820.663,11	3.220.663,11	660.000,00	900.000,00	900.000,00	1.200.000,00
TOTAL =	<u>9.859.120,11</u>	<u>8.853.132,88</u>	<u>1.752.000,93</u>	<u>2.002.915,15</u>	<u>1.681.147,50</u>	<u>3.856.418,19</u>

Taula 1. Situació endeutament a 31 de desembre de 2013

Com es pot veure en el quadre anterior, abans del procés de refinançament del deute, la FSH havia de retornar deute els anys 2014, 2015 i 2016 per import d'entre 1,7 i 2 milions d'euros anuals, quantitats inassumibles en la situació en que es trobava la FSH tenint en compte que els darrers anys el cash-flow generat era negatiu.

La bestreta rebuda per part del SCS va estar destinada, en gran part, perquè la FSH pogués fer front a les quantitats a satisfer derivades d'un litigi que ha tingut els darrers anys amb la UTE constructora de l'àrea quirúrgica i en el que es va veure obligada a pagar per sentència judicial, i després dels acords extrajudicials de condonació de deute formalitzats amb l'empresa constructora, l'import d' **1,3 milions d'euros**.

A banda de l'exposat anteriorment, la FSH té formalitzat endeutament a curt termini consistent en una línia de factoring per import de 2,5 milions d'euros i una pòlissa de crèdit per import d' 1,5 milions d'euros, ambdós productes formalitzats amb el BBVA.

SITUACIÓ ENDEUTAMENT ACTUAL (DESPRÉS DEL REFINANÇAMENT)

Es van realitzar les següents accions per tal de refinançar l'endeutament de manera que fos assumible fer-li front:

- **Crèdit sindicat – ICO – pòlissa:** es va negociar tant amb el BBVA i l'ICF per tal d'agrupar el capital pendent d'amortitzar del crèdit sindicat, del préstec ICO i de la pòlissa amortitzable en un únic préstec al que també s'afegiria un milió de l'actual pòlissa de crèdit d'1,5 milions d'euros del BBVA, sent el capital del nou préstec el següent:

Sindicat	4.038.456,00
ICO	927.345,77
Pòlissa BBVA	1.000.000,00
Polissa amortitzable	666.668,66
	<u>6.632.470,43</u>

Les condicions generals amb les quals es va refinançar aquest deute bancari són les següents:

Termini (a partir finalització carència actual):	10 anys
Comissió modificació:	0,50%
Tipus d'interès (Euribor + 3,5)	4,5%

Això va permetre allargar el termini de retorn dels imports vigents en aquells moment en el següents períodes:

- 3 anys en el cas del préstec sindicat.
- 5 anys en el cas del préstec ICO.
- 8 anys en el cas de la pòlissa amortitzable.

I reduir les quantitats anuals a amortitzar més d'un milió d'euros anuals, a uns 700 milers d'euros anuals els anys 2014 i 2015.

- **Bestreta SCS:** es va negociar amb el SCS per modificar les anualitats a satisfer per tal que pugui ser assumible per la FSH donades les circumstàncies. En el quadre que es mostra a continuació s'exposen les condicions inicials de retorn de la bestreta i les vigents actualment:

	Inicial	SCS Resolució
2014	660.000,00	110.000,00
2015	900.000,00	40.000,00
2016	900.000,00	150.000,00
2017	600.000,00	210.000,00
2018	600.000,00	270.000,00
2019	0,00	330.000,00
2020	0,00	390.000,00
2021	0,00	450.000,00
2022	0,00	510.000,00
2023	0,00	570.000,00
2024	0,00	630.000,00
	<u>3.660.000,00</u>	<u>3.660.000,00</u>

Adicionalment, es van aplicar altres **mesures destinades a millorar la situació econòmic-patrimonial** i obtenir **estalvis dels serveis** tals com:

- **Caldera de Biomassa:** es va instal·lar una caldera de biomassa, finançada pràcticament en la seva totalitat per la Diputació de Lleida, amb l'objecte d'assolir un estalvi d'energia d'aproximadament 70 milers d'euros anuals en el moment que estigui a ple rendiment.
- Cessió, per part de l'Ajuntament de La Seu d'Urgell, de les finques on se situa l'edifici on la FSH desenvolupa la seva activitat socio – sanitària. Aquest edifici es troba situat sobre dues finques que són propietat de l'Ajuntament de La Seu d'Urgell. La FSH disposa d'aquestes dues finques en virtut del **dret de superfície** gratuït que l'Ajuntament de La Seu d'Urgell ha formalitzat a favor de la FSH.

L'impacte patrimonial d'aquesta operació va ser d'un increment del seu Patrimoni Net en **516.357,18 euros**.

- Venda d'un immoble situat al carrer Sant Agustí com a mesura de liquiditat (no té efectes en el resultat de la FSH atès que es va rebre fruit d'una donació).

IV. OBJECTIUS ESTRATÈGICS DE LA FUNDACIÓ SANT HOSPITAL

La Fundació Sant Hospital aconsegueix establir els seus resultats institucionals. Durant l'any 2014, la FSH consolida la seva activitat assistencial i sanitària i assegura la seva viabilitat:

- Es manté l'activitat quirúrgica, l'atenció urgent i d'hospitalització, cosa que ha permès facturar tota l'activitat contractada amb el CatSalut.
- Aquest resultat permet prendre el 2014 com a base per assegurar la sostenibilitat futura de la FSH.

Això ha estat possible gràcies als esforços, sobre tot en aquest últim any, realitzats per tot l'equip humà que compona la Fundació Sant Hospital, la viabilitat de la FSH no seria possible sense els seus professionals.

Els objectius del 2015 s'han dirigit a consolidar la sostenibilitat, basant-se principalment en dues línies estratègiques fonamentals: la primera, assegurar **el manteniment de l'activitat d'atenció a pacients aguts**, especialment amb increment de la resolució quirúrgica pròpia d'un hospital d'aguts; i segona, **la millora i ampliació de l'atenció als pacients crònics** pluri-patològics i amb diversos graus de dependència.

Partint dels resultats del 2014, la Fundació Sant Hospital es caracteritza internament per disposar de pràcticament totes les línies assistencials per atendre malalts aguts i malalts crònics: urgències, hospitalització d'aguts, coordinació amb l'atenció primària, atenció a malalts subaguts en fases de convalsència i mitja estada, internament de crònics de llarga estada i residència, a més de serveis d'atenció de dia.

Externament, la FSH també disposa d'un seguit d'aliances estratègiques que li permeten completar els serveis que no disposa localment, tal i com s'ha comentat en apartats anteriors.

En resum, el posicionament estratègic de la FSH per als propers 2-3 anys és **aconseguir la complementarietat de les línies assistencials i reforçar les aliances estratègiques, amb l'objectiu d'esdevenir el centre de referència assistencial per a la població de la Seu i de l'Alt Urgell**. Els 3 objectius estratègics generals de resultat que ens proposem són:

1. **Millora dels resultats de salut:** alineació de la FSH amb el desplegament del Pla de Salut a la Regió amb la participació proactiva dels professionals.
2. **Millora de la satisfacció dels ciutadans: contribuir a adequar les expectatives de la població al que són les necessitats de millora de la salut.**
Convertir-se en un hospital ben valorat pel ciutadà, a qui informa i acompanya en el seu recorregut pel sistema sanitari.
3. **Garantir la viabilitat econòmica:** sense ella la FSH no pot garantir ni la millora de l'estat de salut dels ciutadans ni la seva satisfacció pels serveis sanitaris rebuts. Tant és així que tot el personal de la FSH ha de fer un esforç conscient d'eficiència per integrar el seu servei als recursos disponibles de la xarxa pública.

Per assolir aquests objectius, i com no pot ser d'altra manera, la FSH concreta la seva estratègia en les necessitats dels agents d'interès, conscients que per aconseguir-ho ens cal integrar i coordinar millor el nostre servei amb el de la resta de proveïdors de la Regió.

1.- LÍNIA ESTRATÈGICA 1: MODEL ASSISTENCIAL DE LA FUNDACIÓ SANT HOSPITAL

1.1.- Introducció

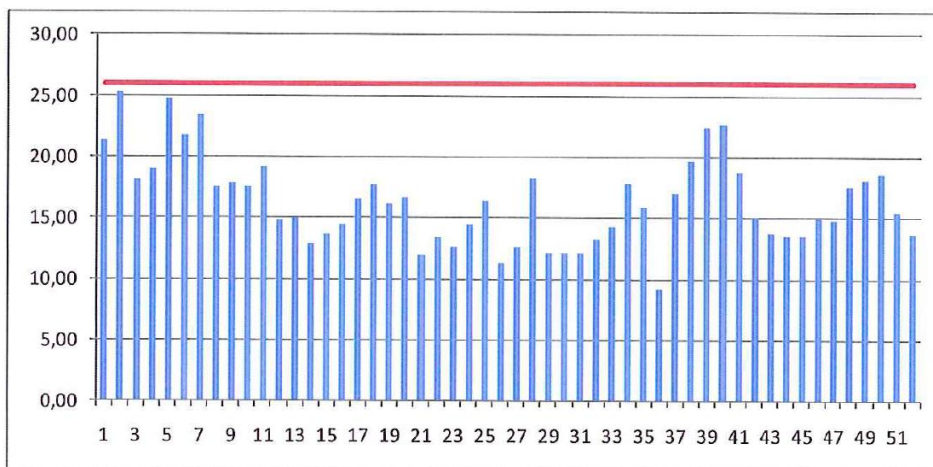
En l'estudi del model de funcionament de la FSH es van evidenciar mancances que amb un nou model assistencial es podien corregir, amb la idea d'aconseguir una millora en la qualitat assistencial que repercutís en els pacients que atenem i que s'emmarqués dins l'equilibri pressupostari necessari per assegurar la viabilitat de la Institució.

Existeix un desequilibri entre el nombre de professionals requerits per la FSH en relació al volum d'activitat que realitzem (corresponent a la població de referència del nostre centre) i els professionals necessaris per mantenir l'estructura de funcionament del centre, amb cobertura de les guàrdies 24 hores/dia i 365 dies/any de les especialitats mèdiques imprescindibles.

Fins ara s'ha treballat amb una estructura en serveis clarament diferenciats, obsoleta respecte a una estructura dinàmica i més apropiada amb les necessitats d'un centre comarcal. Amb l'estructura per serveis es crea una diferència estanca entre les diferents àrees de la FSH, sobretot entre Urgències i la resta de serveis de la FSH que realitzen guàrdies de localització a partir de les 15.00 hores. Aquest fet implica que l'Hospital disposi d'especialista de presència al centre únicament 7 hores al dia, i localitzable la resta d'hores, requerint la seva presència a instàncies del metge d'Urgències, amb els problemes de relació que aquest fet pot comportar.

Tanmateix, a nivell d'hospitalització, hi ha una variabilitat estacional en l'ocupació (Taula 2) que, ben gestionada, ens pot permetre destinar recursos a potenciar altres àrees que no teníem desenvolupades, com ara l'hospitalització domiciliària; o bé a potenciar la Unitat Sòcio Sanitària, amb la idea d'anar aproximant-nos a una veritable atenció centrada en les persones.

**Promig d'ocupació distribuït per setmanes
2014**



Taula 2. Promig d'ocupació distribuït per setmanes 2014.

a) Objectius generals i finalitats

1. De Serveis a Àrees Assistencials: la idea és deixar de funcionar mitjançant serveis assistencials estancs i amb poca coordinació entre ells i passar a funcionar en Àrees Assistencials, coordinades entre si, donant-se cobertures entre els diferents serveis que les componrien i permetent una major atenció centrada en el pacient, i no en la patologia concreta.
2. Integració de l'Àrea Mèdica: integrar tots els serveis de l'Àrea Mèdica (Urgències/SEM/Medicina Interna/Unitat SòcioSanitària). Al voltant d'aquest eix ha de girar la major part de l'atenció que requereixen els pacients, amb la col·laboració puntual dels serveis quirúrgics i de l'Àrea MaternoInfantil. La idea seria, en un futur proper, integrar l'Atenció Primària a aquest eix mèdic, per poder treballar realment en l'atenció centrada en el pacient, independentment del lloc físic on es presti l'atenció mèdica.
3. Reestructuració funcional de la Unitat SòcioSanitària: diferenciant i ampliant la Residència Assistida, integrant-la amb la llarga estada; reforçant la convalsència i la mitja estada i diferenciant el Centre de Dia. Aconseguir treballar en tota aquesta Unitat, integrada dins l'Àrea Mèdica, amb una veritable atenció centrada en la persona. Per això, cal diferenciar les diverses estructures que disposa, diferenciant-ne els recursos, ja que les necessitats són diferents en cadascun d'ells.
4. Mantenir tota l'activitat quirúrgica, creant una coordinació de l'Àrea Quirúrgica. L'eix primordial de la FSH ha d'ésser l'Àrea Mèdica, però l'Àrea Quirúrgica ha de donar resposta a les patologies quirúrgiques que sorgeixen, mantenint tota l'activitat quirúrgica que actualment es realitza a la FSH, i reforçant les coordinacions amb els centres de majors complexitat. No obstant, cal coordinar aquesta activitat quirúrgica amb els recursos disponibles, i per això s'ha creat la figura del Coordinador de l'Àrea Quirúrgica, i es treballa amb 2 quiròfans simultanis durant 2 dies a la setmana i 1 quiròfan la resta de la setmana.
5. Mantenir una activitat normalitzada, amb presència física a l'Hospital de tots els diferents especialistes durant les 12 hores diürnes, concentrant l'activitat quirúrgica i de planta als matins i la consulta externa durant la tarda.
6. Cobertura de guàrdies localitzades les 12 hores de nit i les 24 hores els caps de setmana.
7. Potenciant l'hospitalització domiciliària com a continuïtat de l'hospitalització d'aguts. Amb aquest nou model es poden destinar alguns recursos a ampliar l'hospitalització domiciliària, inicialment com a continuïtat de la hospitalització de la planta d'aguts, però en un futur amb ingressos directes des d'Urgències i atenció primària, sobretot dels pacients crònics complexos.
8. Incrementar la dotació d'auxiliars d'infermeria a la Unitat SòcioSanitària a les hores de vespre nit, de manera que es tingui més personal per permetre enllitar els residents i ingressats més tard, i permetre efectuar els canvis posturals de nit amb major eficàcia.

b) Establiment d'aliances estratègiques

Òbviament la FSH no pot funcionar independent dins l'àmbit sanitari català, ja que la nostra sostenibilitat depèn de com creem aliances i sinèrgies amb altres centres. La FSH necessita aquestes aliances en els diferents serveis on no tenim massa crítica per requerir la presència d'aquesta especialitat de manera continuada al nostre centre. D'aquesta manera establim diferents tipus d'aliances:

1. Aliança estratègica fonamental amb els grans hospitals de Lleida, l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova i l'Hospital de Santa Maria. Aquesta és la principal aliança, ja que és el centre terciari de fluxe de pacients, on s'atenen la gran majoria de les patologies que, per la seva complexitat, no es poden resoldre en la seva totalitat, a la FSH. D'aquests centres, disposem de consultors de:
 - Oncologia mèdica
 - Reumatologia
 - Neurologia
 - Cardiologia
 - Urologia

Tanmateix, el servei de Salut Mental de la FSH està coordinat i gestionat directament per l'Hospital de Santa Maria (GSS). S'està treballant en un acord de col·laboració estable amb GSS per donar suport mutu amb el departament d'informàtica.

2. Aliança estratègica amb els Hospitals del Pirineu: amb aquesta línia s'està treballant per reforçar les línies de col·laboració amb la Cerdanya, on la comunicació és més fàcil. Actualment, el servei de Farmàcia de la FSH dona cobertura a l'Hospital de Cerdanya i a l'Hospital de Puigcerdà, convertint-se amb un servei de Farmàcia transversal Alt Urgell i Cerdanya. També la Unitat MaternoInfantil de la FSH comparteix amb l'Hospital de Cerdanya algun professional de Ginecologia, i Pediatria dels Pirineus realitza guàrdies regulars a l'Hospital de Cerdanya.
3. Aliances estratègiques amb diferents centres de Barcelona punters en les seves especialitats. En aquest sentit el servei d'Oftalmologia de la FSH està gestionat directament per l'Institut Català de la Retina, i la Unitat MaternoInfantil està gestionada per l'Hospital Sant Joan de Déu (directament el servei de Ginecologia i Obstetrícia i a través de la cooperativa Pediatria dels Pirineus el servei de Pediatria d'atenció primària i especialitzada).

c) Àrees assistencials

El nou model assistencial implica una estructura en 3 grans àrees, amb major interacció dels serveis que les componen:

1. Àrea mèdica:
 - a. Urgències
 - b. SEM
 - c. Medicina Interna
 - d. Unitat SòcioSanitària i PADES
2. Àrea Quirúrgica:
 - a. Anestèsia
 - b. COT
 - c. Cirurgia

- d. Resta d'especialitats quirúrgiques (ORL/OFT/Urologia)
3. Àrea MaternoInfantil:
- a. Pediatria
 - b. Obstetrícia (i llevadores)
 - c. Ginecologia

D'aquestes 3 grans àrees, ja la Unitat MaternoInfantil funciona de manera coordinada amb l'atenció primària (depenen de l'ICS). En un futur, seria interessant que les altres dues àrees, però sobretot l'Àrea Mèdica, disposés de la mateixa integració, per tal de treballar conjunta i coordinadament en benefici de l'usuari.

És evident, que amb l'actual evolució demogràfica de la població, especialment a la nostra comarca, l'atenció sanitària s'ha de dedicar especialment a l'atenció del malalt d'edat avançada, pluripatològic i amb comorbiditats. Per això, l'eix fonamental de la FSH ha d'ésser l'Àrea Mèdica, amb la idea d'interaccionar amb l'Atenció Primària i crear un model d'atenció al pacient crònic complex, primant fins i tot l'atenció domiciliària conjunta entra atenció primària i l'especialitzada.

En les altres dues àrees no esperem un increment de la seva activitat, però si que cal mantenir l'activitat que es realitza actualment, donant resolució als problemes quirúrgics que es generin i mantenint l'atenció a la dona i a l'edat infantil, permetent la realització del part al nostre centre.

d) Organigrama Directiu Assistencial

A nivell d'estructura directiva, aquest nou model ha implicat la creació d'un coordinador de l'Àrea Quirúrgica, que coordina, amb la supervisora de quiròfan, aquesta àrea.

A nivell de l'Àrea Mèdica, el Director Assistencial ha assumit la direcció (a l'igual que en l'Àrea MaternoInfantil). Tanmateix, dins aquesta àrea (donada les seves particularitats) es manté el càrrec de Director/a i Supervisor de la Unitat SòcioSanitària.

La Direcció d'Infermeria aglutina la direcció de les diferents supervisores de la FSH.

Tanmateix, la Cap d'Admissions és la responsable de les agendes de les consultes externes i del personal auxiliar i d'infermeria assignat (amb l'ajuda de la Direcció d'Infermeria).

L'organigrama resultant de la FSH és el següent (Figura 4)

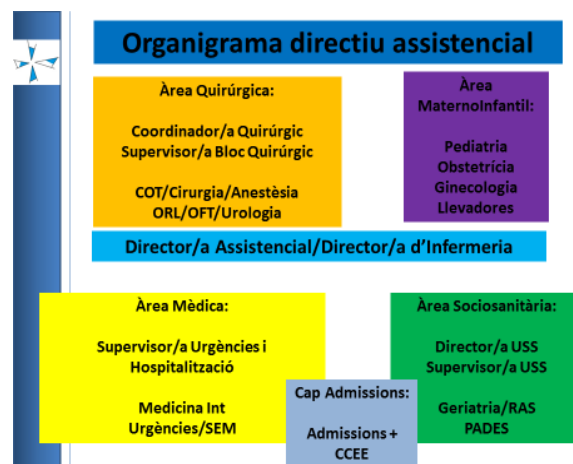


Figura 4. Estructura organitzativa assistencial.

e) Estructura de les diferents Àrees assistencials

Els professionals de la FSH, excepte els del servei d'Urgències, que ja funcionen per torns, treballarien en horari lliscant, és a dir, torn de matí (8.00 – 15.00 h) o de tarda (14.00 – 21.00 h). D'aquesta manera de 14.00 a 15.00 h coincidirien els professionals del servei, essent la franja horària dedicada a les sessions i a la formació.

Dins de l'Àrea Mèdica la integració entre els diferents serveis seria marcada, de manera que entre els professionals de Medicina Interna i Geriatria es realitzarien les cobertures de vacances i possibles incidències. El personal del SEM estaria integrat en el servei d'Urgències, com ara, realitzant 7 hores d'activitat assistencial al servei. El personal de Medicina Interna/Geriatria que passaria a treballar en horari lliscant, és a dir, realitzant una tarda a la setmana (o dos en període de vacances), per tant horari de 4 matins i una tarda o 3 matins i 2 tardes. La tasca assistencial de la tarda seria la cobertura d'aquestes 7 hores al servei d'Urgències. La guàrdia de localització començaria a partir de les 21.00 hores.

El personal de l'Àrea Quirúrgica també adoptaria l'horari lliscant (una o dues tardes a la setmana i quatre o tres matins) de manera que al matí hi hauria un mínim de dos professionals i a la tarda un. Al matí es realitzaria l'activitat d'hospitalització i/o quiròfan i/o consultes, i a la tarda consultes externes o una consulta de cures en el cas dels cirurgians. Un cop finalitzada aquesta activitat (sobre les 19.30 h) es realitzaria reforç d'Urgències i planta dels pacients de la seva especialitat i començaria la guàrdia de localització a partir de les 21.00 hores.

El servei d'Anestèsia també funcionaria en horari lliscant, però en torns de 12 hores, de 8.00 a 20.00 hores, amb dos professionals amb contracte laboral, i amb el reforç d'un anestesista d'un altre centre que cobriria els dilluns (12 hores) i els dimarts al matí. Les guàrdies de localització d'Anestèsia començarien a partir de les 20.00 hores. Amb aquesta estructura a l'Àrea Quirúrgica dilluns i dimarts funcionariem amb dos quiròfans i la resta de la setmana amb un, permeten així encabir tota l'activitat quirúrgica que es realitza a la FSH, i optimitzant el personal assignat.

A l'Àrea MaternoInfantil el servei de Pediatria ja fa temps que funciona amb l'horari lliscant, cobrint totes les tardes al CAP de La Seu d'Urgell, però excepcionalment, i degut a que es solen visitar de l'ordre de 30-50 visites en una tarda no és factible assumir pel mateix professional la guàrdia i la visita presencial al CAP (a més gestionada per una altra empresa, l'ICS), pel que la guàrdia de localització de Pediatria començaria a les 15.00 h, excepte dijous i divendres que són els únics dies de la setmana que la visita al CAP son només urgències i per tant s'assumeix pel mateix professional que fa la guàrdia de localització de la FSH. El servei de Pediatria ja realitza des de fa 5 anys, una consulta al CAP de La Seu d'Urgell tots els dissabtes no festius d' 11.00 a 13.00h, per descongestionar la guàrdia del cap de setmana a la FSH. El servei de Ginecologia i Obstetrícia funcionaria de manera equivalent als serveis quirúrgics.

Per tal de poder coordinar els períodes de vacances dels professionals amb l'activitat de la FSH s'incentivaria el gaudir-les al màxim dins el període d'estiu, on es tancarien quiròfans i consultes externes de manera programada.

Dins la cobertura d'infermeria de la planta d'hospitalització es comptaria amb dues infermeres (una amb horari de 7.45 a 14.45 i l'altra de 10 a 17h) més 1 auxiliar d'infermeria al matí, una infermera i una auxiliar d'infermeria en torn de tarda i una infermera i una auxiliar d'infermeria en torn de nit, de manera basal, però amb un increment d'aquesta cobertura en períodes de major ocupació i/o complexitat dels pacients ingressats. A part, es potenciaria el servei d'Hospitalització Domiciliària, per tal de poder ingressar al domicili els pacients amb complicacions agudes, però que poden restar al domicili amb suport mèdic i d'infermeria. D'aquesta manera es crea *de novo* la figura de la infermera d'Hospitalització Domiciliària, amb horari de 7.45 a 14.45, que a primera hora (fins les 10.30-11h) restaria a planta (fins ser substituïda per la infermera que comença a les 10.00h), i així podria conèixer els malalts i valorar si poden ser susceptibles de seguir la seva hospitalització al domicili, on posteriorment en faria el seguiment (i administració de sèrums, antibiòtics, etc.) amb el suport del personal mèdic de l'Àrea Mèdica. Amb aquesta estructura sempre hi ha dues infermeres de 8.00 a 17h, permetent l'acomodació dels pacients que ingressarien del bloc quirúrgic de manera programada.

En els períodes de major ocupació, reforçaríem aquesta cobertura amb una segona auxiliar d'infermeria al matí i una infermera de tarda-nit (horari de 17.00 a 24h), per tal de tenir sempre 2 infermeres fins les 24 hores. A partir de les 24 hores restaria una infermera més una auxiliar, amb el suport de la tercera auxiliar de nit de la Unitat Sociosanitària quan fos necessari. Amb aquest model no es farien ingressos de nit de forma habitual (excepte sobresaturació d'urgències), i només es realitzarien controls i medicacions de 24.00 h a 8.00 h en els casos en que la patologia ho requerís, per tal de respectar el descans nocturns dels malalts.

La idea seria que, donat que l'activitat a planta i la càrrega assistencial es pot monitoritzar al llarg de les setmanes de l'any, segons els pics epidemiològics i l'activitat quirúrgica, que cada divendres al migdia, a la reunió de coordinació, es valorés quins dies de la setmana entrant preveiem la necessitat de tenir aquest reforç per la major ocupació, i d'aquesta manera ja avisar la infermera i l'auxiliar, per tal d'organitzar-se la setmana següent.

A la Unitat SòcioSanitària donarien cobertura 2 infermeres i 7 auxiliars d'infermeria de matí, una infermera i 6 auxiliars d'infermeria de tarda (una més que actualment, que realitzaria un horari de 17 a 24 hores), i 3 auxiliars d'infermeria a la nit (en lloc de les 2 d'ara). D'aquesta manera en la franja horària de les 21 a les 24 h comptaríem amb 4 auxiliars (en lloc de les 2 actuals) per tal de poder enllitar més tard els usuaris que ho requereixen, i no tenir que enllitar els usuaris a hores tan precoces com fins ara. La tercera auxiliar de nit, un cop enllitat els malalts, reforçaria els canvis posturals de la nit a les 2 plantes del sociosanitari, i reforçaria la planta d'hospitalització d'aguts si fos necessari.

Els dissabtes i festius, en no tenir els 40 usuaris del Centre de Dia i de l'Hospital de Dia, la cobertura seria d'una infermera i 6 auxiliars de dia, i 3 auxiliars de nit amb torns de 12 hores (més una de 17 a 24h).

A la nit, ja que només hi ha una infermera a planta, els tractaments PRN de la USS són assumits per la infermera d'Urgències, i en cas de tenir una emergència o descompensació, tant a planta com a USS, la infermera del SEM és l'encarregada de la valoració i del trasllat a Urgències del malalt, si fos necessari per a la seva estabilització.

L'estructura que presentarien les diferents àrees assistencials, és la següent (Taula 3).

ÀREA MÈDICA:

	Matí	Tarda	Nit
Urg (metges)	SEM (10-15) M. Urgències (8-20)	M. Urgències/MI (15-22) M. Urgències (8-20)	SEM (22-24) M. Urgències (20-8)
Urg (infermeria)	SEM (10-15) Inf Urgències (8-20) Aux Inf (8-20)	Inf. Urgències/MI (15-22) Inf. Urgències (8-20) Aux Inf (8-20)	SEM (22-24) Inf. Urgències (20-8) Aux Inf (20-8)
MI	4 metges	1 metge (4 dies) Urg	Guàrdia localitzable
USS	2 metges		
Hospitalització (infermeria)	2 infermeres (+ supervisora) 1 infermera HD 1+1 aux inf	1 infermera + reforç (17-24) 1 aux inf 1 zelador	1 infermera 1 aux inf (+ reforç auxiliar USS)
Hospitalització (USS)	2 infermeres 7 aux inf	1 infermera 5 aux inf (14.30-21.30) 1 aux inf (17-24)	3 aux inf (21.30-8)

ÀREA QUIRÚRGICA:

	Matí	Tarda	Nit
COT	2 o 3 (Quiròfan/planta)	1 (CCEE)	Guàrdia localitzable
Cirurgia	2 o 3 (Quiròfan/planta)	1 (CCEE o cures)	Guàrdia localitzable
Anestèsia	2 (dilluns i dimarts) 1 (resta setmana) Quiròfan	1 (CCEE)	Guàrdia localitzable
Quiròfan Infermeria	3 (dilluns i dimarts) 2 (resta setmana) 2 aux inf	1 infermera 1 aux inf	Guàrdia localitzable

ÀREA MATERNOINFANTIL:

	Matí	Tarda	Nit
Pediatria	2 (CAP Seu Urgell) 1 CAP AUS (DL-DX-DX) 1 FSH (2 DM-DJ)	1 (CAP Seu d'Urgell)	Guàrdia localitzable
Gine/Obs	2 (Quiròfan/planta)	1 (CCEE)	Guàrdia localitzable
Llevadores	1 (8-20 h)	1 (8-20 h)	Guàrdia localitzable

Taula 3. Distribució horària dels serveis assistencials de la FSH.

Amb aquest nou model assistencial la FSH disposa de 2 metges d'Urgències de 8.00 h a 21.00 hores i un metge de nit, així com un especialista de les diferents especialitats mèdico-quirúrgiques de 8.00 a 20.00 o 21.00 hores. En el cas dels metges de l'Àrea Quirúrgica, amb consultes externes fins les 19.30 hores, per tal de poder donar cobertura al servei d'Urgències (o a quiròfan si són requerits) fins les 21.00 hores, moment en que començarien la guàrdia localitzable, coneixent i/o havent valorat els malalts hospitalitzats i els que resten a urgències de la seva especialitat. El metge del SEM donaria cobertura al servei d'Urgències de 10 a 14h i de 21 a 24 hores.

2.- LÍNIA ESTRATÈGICA 2: ATENCIÓ SOCIO SANITÀRIA I RESIDENCIAL

2.1. Model atenció a les necessitats sanitàries i socials: Cartera de serveis assistencials

Actualment i des del punt de vista de l'estructura de serveis, els centres socio-sanitaris i socials estan integrats per unitats diferents (Figura 5).

	Socio-sanitari	Residencial
Internament	Unitat de mitja estada polivalent } Convalescència Cures pal·liatives Unitat de llarga estada	Residència Assistida
Atenció diürna	Hospital de Dia Unitat d'avaluació integral ambulatoria (EAIA) en geriatrica, en cures pal·liatives i en trastorns cognitius Equip de suport (PADES)	Centre de Dia

Figura 5. Esquema de la cartera de serveis de la FSH.

Dins de la unitat de llarga estada s'inclou l'atenció a persones amb demència avançada o amb algun altre trastorn cognitiu de tipus crònic. Malgrat que el nombre de persones hospitalitzades amb aquestes patologies (molt dependents) és prou nombrós, no es poden ubicar en unitats diferenciades de psicogeriatrica per no existir-ne cap en el nostre Hospital.

Vistes les necessitats assistencials i el grau de dependència, es considera que la majoria d'usuaris de les unitats de llarga estada tenen alhora un perfil residencial. De fet, es quantifica que poden arribar a ser al voltant del 85% del total de pacients que actualment es troben ingressats en unitats de llarga estada que també podrien estar ingressats en unitats residencials (quedarien exclosos els ingressats en unitats de psicogeriatrica), sense que les seves necessitats assistencials deixessin de ser ateses ja que els perfils dels professionals són també pràcticament els mateixos.

Cartera de serveis	Places actuals	Finançament
Mitja Estada Polivalent	5	CatSalut
Llarga Estada	25	CatSalut + Benestar Social + Usuari (a partir del 1r mes)
Residència assistida	14	Benestar Social + Usuari
Hospital de dia	10	CatSalut + Benestar Social + Usuari (a partir del 1r mes)
Centre de Dia	30	Benestar Social + Usuari

Taula 4. Recursos socio-sanitaris i socials actuals i font de finançament.

2.2.- Proposta d'adequació dels recursos

Es revisa l'evolució de l'activitat de tota la Unitat Socio-sanitària, amb les places de Mitja Estada Polivalent, Llarga Estada i Hospital de Dia (totes elles amb un índex d'ocupació al voltant del 95-97%) i la Unitat Residencial, amb les places de Residència Assistida i Centre de Dia. (Taula 5).

Any	Estades MEP	Estades LE	Estades RAS	Sessions HD	Sessions CD
2011	1.674	8.430	4.983	1.897	5.582
2012	1.626	8.693	5.058	2.153	6.129
2013	1.699	8.728	5.079	2.384	5.753
IOcup. 2013	93,10%	95,65%	99,39%	97,70%	78,69%

Taula 5.- Evolució de l'activitat de les diferents línies de servei

Revisada l'evolució de la demanda atesa, l'ocupació de les unitats i les llistes d'espera per ingrés, es confirma la necessitat d'adequar aquests recursos a les necessitats actuals perquè, de no fer-se, no es podrà donar la cobertura adient a les necessitats amb les garanties de qualitat assistencial exigibles en un servei públic de salut.

2.2.1.- Serveis d'hospitalització de llarga estada/residencials assistits

En el *Mapa sanitari, socio-sanitari i de salut pública*, publicat el novembre de 2008, es considera adequat un nombre de 5 llits per 1.000 habitants majors de 64a. Des de l'inici del servei, tenim 25 llits d'hospitalització de llarga estada instal·lats.

Recordem que es considera que prop d'un 85% dels usuaris de les unitats de llarga estada tenen alhora un perfil residencial. Atenent a aquesta estimació, 21 dels 25 llits actuals estarien ocupats per usuaris de llarga estada geriàtrica amb perfil residencial:

- Pacients amb necessitat continuada d'atenció mèdica i/o d'infermeria per presència de malalties cròniques, sovint amb forta dependència i que, per raons sovint socials, no poden ser atesos a domicili (cuidador d'edat avançada, habitatges antics, dispersió geogràfica, ingressos provinents de la pensió, etc).

- Pacients que requereixen cures complexes o que presenten descompensacions freqüents de les patologies de base, amb difícil maneig per la fase evolutiva avançada de la mateixa.
- Pacients de difícil maneig a domicili per la seva dependència física i/o cognitiva, amb pronòstic relativament llarg.

Per altra banda:

- L'evolució sociodemogràfica ens indica un augment de les taxes d'envelliment/sobrenvelliment.
- L'evolució de la morbiditat de les malalties cròniques marca canvis en el model sanitari.
- L'ocupació dels 25 llits de llarga estada és del 95,65% i la de les 14 places residencials és del 99%.
- La llista d'espera per ingressar en un recurs residencial és superior als 2 anys.

En conseqüència, el nostre projecte s'orienta en enfocar aquests serveis com a una única unitat integral i augmentar la cobertura de llarga estada/residencial assistida, de 40 a 50 places, redistribuint la contraprestació econòmica del servei de la manera més eficient possible. Creiem que aquesta ampliació es pot fer aprofitant els recursos humans ja existents a la unitat sociosanitària de la FSH, que en alguns aspectes suposarien fins i tot una millora qualitativa per l'atenció als residents de la FSH, respecte de residències assistides no instal·lades en un hospital:

- serveis de l'àmbit sociosanitari:
 - o suport de geriatra al metge de la unitat residencial (ambdós de presència diària),
 - o auxiliars de clínica en lloc d'auxiliars de gerontologia,
 - o suport de psicogeriatria al terapeuta ocupacional, per establir plans de manteniment de les capacitats cognitives dels residents, i a la direcció, per ajudar als professionals d'aquest àmbit a assumir l'evolució clínica i vital d'aquests pacients
- suport de serveis d'hospital d'aguts:
 - o el servei d'Urgències/SEM per l'atenció de les aguditzacions que es presentin fora de la jornada del metge de la unitat
 - o suport dels especialistes d'AE de la FSH, en el casos de difícil maneig
 - o suport del servei de farmàcia hospitalària

Proposem:

- **40 places de Residència assistida.**
- **Mantenir 5 places de llarga estada polivalent destinades a facilitar el descans familiar dels pacients crònics i per a malalts PCC d'edat <65a, pendents de poder ingressar en un recurs per aquest perfil o pendents del reconeixement de dependència.** Fins ara, aquests pacients poden ser hospitalitzats al recurs de llarga estada i, per les seves característiques queden exclosos de la possibilitat d'ingrés a RA.

Els pacients amb aguditzacions freqüents i que requereixen de cures d'infermeria més intenses justificarien l'ús d'un recurs d'hospitalització sociosanitària que, en lloc de la llarga estada actual, podria ser l'hospitalització a mitja estada polivalent durant l'agudització (subaguts).

Vista la incidència de malalties neurològiques i psiquiàtriques i la demanda creixent d'un recurs específic que ens arriba de les famílies, creiem necessari disposar d'una unitat específica de llarga estada psicogeriàtrica per hospitalitzar a persones amb malaltia d'Alzheimer i altres demències i persones amb malaltia psiquiàtrica crònica que ho requereixin. Fins ara atenem aquests casos junt amb el conjunt de pacients de llarga estada.

Per altra banda, cal oferir la possibilitat de descans familiar per als pacients tributaris d'aquesta unitat que estiguin en fase de descompensació amb alteracions de la conducta o bé, simplement, per necessitats dels cuidadors.

Proposem:

- **5 places d'hospitalització de llarga estada psicogeriàtrica.**

2.2.2.- Serveis d'hospitalització de mitja estada

En el Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública, de novembre de 2008, es considera adequat un nombre de 2,3 llits per 1.000 hab. majors de 64a.

- Des de l'inici del servei, tenim 5 llits d'hospitalització de mitjana estada instal·lats.
- 4.215 hab. >64a → 10 llits necessaris.

Creació de places per a serveis intermedis

- En el context actual de transformació del model assistencial cap a un sistema més orientat als malalts crònics (Pla de Salut 2011-2015), es preveu la necessitat de disposar d'una unitat de serveis intermedis, on el malalt crònic en seguiment domiciliari i amb necessitat d'ingrés puntual per agudització de la seva malaltia pugui ser atès, sense necessitat d'ingressar en una unitat d'aguts, tal i com succeeix en l'actualitat.
- Els pacients de Residència Assistida, anul·lats els llits actuals de llarga estada, que es trobin en fase d'agudització de la seva malaltia poden, en la major part dels episodis, quedar ingressat en aquesta unitat i evitar-se així l'ingrés a la unitat d'hospitalització d'aguts.
- Basat en aquest mateix Pla de Salut, també cal desenvolupar el tractament dels pacients en fase postaguda de la malaltia fora de la unitat d'aguts actual. En la pràctica es poden concretar en dos tipus de pacients:
 - Pacients subsidiaris de rehabilitació hospitalària: presenten una discapacitat important a conseqüència de processos aguts d'índole principalment traumàtica, neurològica i ortopèdica.
 - Pacients convalescents: són pacients amb un procés agut recent, ja estabilitzat, però que requereix una continuïtat de cures mèdiques i/o d'infermeria no assumible a domicili.

Proposem:

- **15 places** d'hospitalització de mitjana estada polivalent (convalescència, cures pal·liatives i postaguts).

2.2.3.- Hospital de Dia sociosanitari

Creiem que aquest recurs, amb el desenvolupament de l'atenció intermèdia a domicili compartida amb AP, es pot assumir sense canvis respecte al seu dimensionament actual, tret de la distribució de l'espai útil que hauria de tenir les zones diferenciades que ja hem esmentat, a banda de l'espai per a cures d'infermeria i de podologia.

Proposem:

- Mantenir **10** places d'Hospital de Dia.

2.2.4.- Centre de Dia per a gent gran

Cal tenir present que s'hi atenen persones grans amb situacions personals i socials diferenciades i que, per tant, necessiten recursos i atencions personalitzades, sempre encaminades a una bona inclusió social que, amb el suport i les ajudes necessàries, els permeti dur una vida autònoma i de qualitat.

L'espai disponible, actualment únic, dificulta el que es pugui fer l'atenció personalitzada a la qual l'usuari del servei té dret i, degut a l'elevat nombre de persones que l'ocupen, pot interferir no només en el resultat de salut si no també en el dret a la intimitat i confidencialitat dels usuaris i de les famílies. Per altra banda, si l'envelliment i el sobreenvelliment presenten una tendència a l'alça, creiem que la demanda de places anirà en augment i, amb l'espai actual és impossible poder-la assumir si complim les exigències ètiques i de qualitat del segle XXI.

Proposem:

- Mantenir les **30 places** de Centre de Dia (tot i preveure un possible augment de la demanda en els propers anys) però distribuir l'espai disponible en **àrees clarament diferenciades** per a les activitats del centre, que afavoreixin l'obtenció de resultats de salut més favorables.
 - Psicoestimulació: teràpies de psicoestimulació dirigides per la neuropsicòloga (sala amb ordinadors).
 - Educació social: activitats per millorar la sociabilització i l'orientació a la realitat.
 - Teràpia ocupacional: activitats orientades a recuperar i mantenir les AVD.
 - Manteniment de l'activitat física: fisioteràpia de grup.
 - Menjador.
 - Zona comú.

2.2.5.- Resum de la proposta d'adequació dels recursos

Internament	Actuals	Proposades
Residència assistida	14	40
Llarga Estada Polivalent	25	0
Llarga Estada per a PCC < 65a	0	5
Llarga Estada Psicogeriàtrica	0	5
Mitja Estada Polivalent	5	15
Total places amb ingrés	44	65

Atenció diürna	Actuals	Proposades
Centre de Dia	30	30
Hospital de Dia	10	10
Total places atenció diürna	40	40

Taula 6. Resum proposta adequació dels recursos.

Volem transformar la FSH en una organització integrada dels serveis sanitaris territorials i considerem que la col·laboració funcional entre els serveis dels diferents àmbits (socio sanitari, social, aguts, salut mental té, encara, més sentit, si potenciem l'atenció de les necessitats i de les demandes de suport i de formació de les famílies o els cuidadors, afavorint espais que permetin conèixer més i millor les cures, comprendre l'evolució de les malalties o compartir experiències (ciutadans experts). Per aquest objectiu també és clau la coordinació amb l'atenció primària ja que són ells els professionals que tenen encomanat l'objectiu d'educació sanitària i la formació de ciutadans experts.

2.3.- Pla d'espais

2.3.1.- Llargada estada polivalent/Residència assistida (45 places)

El servei de llarga estada està orientat al tractament de malalties cròniques de llarga evolució que han generat incapacitats funcionals, amb l'objectiu d'aconseguir la màxima autonomia, i/o a la prevenció de complicacions. Inclou també l'atenció a les persones amb demència avançada o amb algun altre trastorn cognitiu de tipus crònic.

El servei de residència assistida té caràcter permanent o temporal i d'assistència integral a les activitats de la vida diària per a persones grans amb dependència. Va destinat a persones grans dependents que, sovint per les seves comorbiditats, no tenen un grau d'autonomia suficient per realitzar les activitats de la vida diària, que necessiten una constant atenció i supervisió, i que les seves circumstàncies socials i familiars requereixen la substitució de la llar.

En els dos casos, l'objectiu és facilitar un entorn substitutiu de la llar adequat i adaptat a les necessitats d'assistència sanitària i afavorir el manteniment o la recuperació del màxim grau d'autonomia personal i social. Presten els seus serveis les 24 hores del dia, tots els dies de l'any.

2.3.1.1.- Criteris funcionals generals

S'ha de tenir en compte:

- Garantir la tranquil·litat de les unitats, amb la separació dels ambients de les àrees tècniques, d'atenció diürna, de circulació general i de convivència.
- Separar la circulació de deixalles, de roba bruta, de persones i de subministraments nets.
- L'amplada dels passadissos i de les portes, és un aspecte fonamental, no solament per la comoditat dels propis residents sinó també per agilitzar els trasllats que han de realitzar el personal assistencial. L'amplada del passadís, junt amb l'absència d'obstacles, ha d'estar dissenyada pensant en la circulació de persones en cadira de rodes. El mateix passa amb l'amplada de les portes, per on s'ha de poder evacuar un llit.

2.3.1.2.- Espais

És l'espai físic on es desenvolupa la vida individual i social dels usuaris. Està format pels espais destinats a l'allotjament, la higiene personal, la manutenció, les cures i tractaments, l'oci i la relació social.

Per aconseguir una millor convivència dels usuaris/residents i una atenció més orientada al pacient, l'espai s'organitza en dues unitats.

a. Habitacions dobles

La superfície mínima d'una habitació doble és de 20 m². S'ha de dissenyar cada lloc amb garanties d'accessibilitat, d'acord amb la normativa específica aplicable.

Cada habitació doble ha de disposar del seu propi bany adaptat, amb ventilació, per a usuaris en cadira de rodes, amb vàter, dutxa, pica, mirall, amb timbre d'alarma i ajudes tècniques completes en tots els aparells sanitaris. També hi ha d'haver una posella per a cada usuari per col·locar els seus estris d'higiene. La superfície mínima del bany adaptat és de 6 m²

Cada habitació ha d'incloure:

- Un armari de paret i independent per a cada usuari, amb pany i clau, i calaixos. Ha de tenir capacitat suficient per penjar i guardar la roba i els objectes personals.
- Llits geriàtrics elèctrics adaptats i amb prestació hidràulica, en el cas de no funcionar la part elèctrica
- Una butaca per usuari i alguna cadira per a familiars.
- Una taula per menjar, en els casos que l'usuari desitgi quedar-se a l'habitació.
- Un espai per tenir la cadira de rodes, si s'escau.
- Antena de televisió i
- Espai per encabir algun moble personal, com ara una calaixera.
- Capçal del llit amb llum nocturna i timbre.
- Una cunya i una palangana per a cada usuari. Les ampolles conill es posaran quan els usuaris siguin homes.

S'ha de garantir la separació visual entre els dos usuaris, mitjançant la instal·lació d'elements específics mòbils o semifixes (cortina o mampara). S'ha de comptar amb la possibilitat d'espai per a una nevera petita particular. S'han de tenir en compte també les preses d'O₂.

b. Habitació individual

L'equipament és el mateix que en una habitació doble. La superfície mínima per a una habitació individual és de 14 m².

c. Espais generals:

Wiffi i climatització per tot el recinte.

- **Control de la unitat:** s'ha de situar en un espai central i de fàcil accés, des d'on es pugui visualitzar les zones de pas i els accessos de cada unitat. Ha de disposar d'un sistema de descentralització de les trucades, avisos o alarmes de la unitat, que es puguin veure també en el quadre general de la recepció de la planta, amb PC o zones de treball.
- **Espai d'atenció sanitària i/o social:** destinat a proporcionar serveis socials i sanitaris o recolzament psicològic als residents:
 - o **Gimnàs per a rehabilitació:** destinat a fer exercicis físics de recuperació o de manteniment. Superfície adequada per encabir els estris més apropiats, també un espai per a una taula de despatx per fer valoracions amb ordinador. Es podria compartir amb el de Mitja Estada Polivalent.



- **Sala d'animació i/o Treball Ocupacional** amb taules i prestatgeries per al material. Destinada a realitzar activitats bàsicament manuals, amb l'objectiu d'aconseguir la recuperació i el manteniment funcional dels residents, així com l'ocupació activa del lleure, d'acord amb els seus interessos i possibilitats. Ha de disposar de pica amb aigua freda i calenta. Hi ha d'haver proteccions a les parets fins a una alçada d' 1,5 m que es puguin rentar fàcilment.
- **Sala d'infermeria/cures** amb espai tancat per dipositar la medicació i el material sanitari. Espai per a una llitera i una pica amb aigua calenta i freda. Prestatgeries i armari. Ordinador.
- **Despatx mèdic** compartit, amb ordinadors i prestatgeries.
- **Despatx de la psicòloga i d'atenció social**, compartit, amb una superfície adequada a les seves funcions i amb una petita sala d'espera.
- **Espai per a podologia**, que ha de disposar de pica amb presa d'aigua freda i calenta. Prestatgeria, armari i mobiliari adequat.
- **Espai per a peruqueria**, amb preses d'aigua calenta i freda i ventilació i il·luminació natural, si és possible, deixant un espai d'espera. Podria ser un espai compartit però amb separació de portes plegables i que es pugui tancar.
- **Sala per fer psicoestimulació**: amb taules i 4 PC's.
- **Bany assistit**: a cada unitat d'internament/residencial que ha de permetre la higiene a pacients/residents amb gran incontinència o altres deficiències funcionals greus, tant temporals com permanents. Ha d'incloure un vàter i una pica amb ajudes tècniques, mirall, poselles o armari per als estris d'higiene. Ha de tenir prou espai per permetre la maniobra d'una grua, per realitzar canvi de bolquers i per a la llitera de bany. També ha de disposar de llum natural, ventilació excel·lent, natural o forçada, un desaigüe bo i potent i canonades d'evacuació generoses.
- **Sala d'estar**: si és espaiosa, pot ser compartida per tots els usuaris de llarga estada/residència assistida. Es podria dividir mitjançant portes plegables per ubicar el menjador i la sala d'estar diferenciades. També es podrien utilitzar per fer activitats d'oci, educatives, celebracions, etc. Ha de tenir llum i ventilació natural i, a ser possible, disposar d'una terrassa espaiosa, ja que no es pot disposar de jardí. Procurar que el disseny no sigui de forma allargada i ha d'estar al costat de l'offis. Definir espais per preservar la intimitat de l'usuari i de la família.
- **Sala de televisió/biblioteca**: amb un sistema que permeti separar-la en dos espais, en funció de les necessitats, sempre amb ventilació i il·luminació natural.
- **Saleta**: per fer l'acolliment i rebre familiars.
- **Capella o zona d'oració i/o meditació**.
- **Zona bruta i/o cambra de neteja**: lloc destinat a guardar els estris i els productes de neteja de cada unitat, així com la retenció temporal de la roba bruta retirada de les habitacions quan es fa neteja de la unitat. Ha de disposar d'una superfície útil adequada a les seves funcions, un armari per guardar material, una pica, un abocador amb tomes d'aigua freda i calenta i ventilació natural independent. Rentacunyies i lloc per deixar el carro de neteja.
- **Magatzem**: espai per emmagatzemar bolquers, material fungible i ajudes tècniques, un per a cada 20 usuaris.
- **Magatzem general per als usuaris**: amb prestatgeries per dipositar estris personals i roba en capces, per a quan a les habitacions no hi hagi suficient espai.

- **Office:** espai destinat a la conservació i a la preparació d'aliments lleugers (líquids, iogurts, infusions, etc). Ha de disposar d'armaris per guardar la vaixela d'ús i altres usos similars per al personal d'atenció en cada unitat. Ha de tenir tomes d'aigua freda i calenta, pica, microones, rentaplats i frigorífic. Ha de disposar d'il·luminació natural i de bona ventilació. És el lloc de recepció dels aliments de cuina per emplatar, per tant, ha de ser espaiós, mantenint un espai de net i de brut per evitar encreuaments. La zona bruta ha de disposar de suficient espai per als diferents contenidors de deixalles (orgànica, envasos i paper), amb portes per poder tancar. Pissarra per penjar els fulls de comprovació de les dietes. Ha de disposar d'un espai d'estacionament de carros calents, amb connexions elèctriques per al seu manteniment fins a emplatar i servir, i carros per servir.
- **Despatx multidisciplinar:** per treballar conjuntament l'equip assistencial. Ha d'haver prou espai per a una taula de treball i per a prestatgeries. Es podria compartir per totes les unitats del sociosanitari. També ha d'haver un PC amb pantalla gran per fer les valoracions interdisciplinars.
- **Bany per al personal:** amb pany.
- **Hall i recepció:** amb suro per a informacions diverses, organigrama, directori, dietes, preus, reglament intern, etc.
- **Passadissos:** amb passamans a les parets per fomentar la mobilització i el manteniment funcional.

2.3.2.- Llargada estada psicogeriàtrica (5 places)

Segueix el mateix model que la llargada estada polivalent/residència assistida. Disposa d'habitacions individuals per a pacients amb agitació psicomotriu. És un servei per al tractament de la malaltia psicogeriàtrica, junt amb les altres comorbiditats, i la prevenció de complicacions que han generat incapacitats funcionals amb l'objectiu d'aconseguir la màxima autonomia. Inclou també l'atenció a les persones amb demència avançada o amb algun altre trastorn cognitiu de tipus crònic.

2.3.2.1.- Espais

Ha de comptar amb:

- Habitacions dobles i individuals amb les mateixes característiques que la LE/RA.
- Zona amb accés restringit a l'àrea de psicogeriatría.
- Sala d'estar per reunir-se amb els familiars.
- Menjador amb un office petit.
- Sala d'activitats polivalent, amb mampares separadores per tal de diferenciar activitats.
- Sala de cures.
- Magatzems: de material fungible, de roba i de material de suport tècnic.
- Zona neta per a preparació de fungible i de medicació.
- Zona bruta i/o cambra de neteja: lloc destinat a guardar els estris i els productes de neteja de cada unitat, així com la retenció temporal de la roba bruta retirada de les habitacions quan es fa neteja de la unitat, amb una superfície útil adequada a les seves funcions, un armari per guardar material, una pica, un abocador amb tomes d'aigua freda i calenta i ventilació natural independent. Rentacunyes i lloc per deixar el carro de neteja.
- Office d'infermeria.
- Bany per al personal.
- Wiffi per tot el recinte i climatització.

2.3.3.- Mitja estada polivalent (15 places)

És el mateix model que la unitat d'hospitalització d'aguts, disposant d'habitacions individuals per a pacients amb cures paliatives.

Aquest recurs té com objectiu restablir les funcions o les activitats que hagin estat afectades per diferents patologies. Les persones afectades necessiten una recuperació funcional després d'una intervenció quirúrgica en la fase postaguda o d'un procés mèdic també en una fase subaguda o postaguda. També per aquelles persones que necessiten un tractament paliatiu i de confort en malalties de fase avançada, oncològiques o no.

2.3.3.1.- Espais

Ha de comptar amb:

- Habitacions dobles i individuals amb les mateixes característiques que la RA.
- Passadissos adaptats amb passamans a les parets.
- Sala per a rehabilitació, amb l'equipament necessari per fer exercicis i evitar que s'hagin de desplaçar al servei de Rehabilitació. A la mateixa sala de rehabilitació, hi ha d'haver espai per a les activitats de la Terapeuta Ocupacional, armaris per al material, accés a la xarxa i ordinador.
- Sala d'estar per reunir-se amb els familiars i no haver d'estar en tot moment a l'habitació.
- Sala de cures.
- Magatzem de material fungible, de roba i de material de suport tècnic.
- Zona neta per preparació de fungible i de medicació.
- Zona bruta i/o cambra de neteja: lloc destinat a guardar els estris i els productes de neteja, així com la retenció temporal de la roba bruta retirada de les habitacions quan es fa neteja de la unitat. Ha de disposar d'una superfície útil adequada a les seves funcions, un armari, una pica, un abocador amb tomes d'aigua freda i calenta i ventilació natural independent. Renta cunyes i lloc per deixar el carro de neteja.
- Office d'infermeria.
- Bany per al personal amb pany.
- Sala petita per mantenir un espai íntim amb la família en els moments de final de vida.
- Wiffi per tot el recinte i climatització.

2.3.4.- Hospital de Dia / Centre de Dia geriàtric (10 i 30 places respectivament)

És un servei d'acolliment diürn amb caràcter permanent o temporal i d'assistència integral a les activitats de la vida diària per a persones grans amb algun grau de dependència.

Està destinat a persones que no tenen un grau d'autonomia suficient per realitzar les activitats de la vida diària, que necessiten atenció i supervisió i que les seves circumstàncies socials i familiars requereixen una atenció diürna.

En el cas de l'Hospital de Dia s'afegeix la necessitat d'atenció sanitària per cura de ferides, seguiment del tractament o rehabilitació funcional.

2.3.4.1.- Espais

Ha de comptar amb:

- Espai per encabir 40 usuaris, ampli, amb llum natural i ventilació.
- Equipament per a persones amb mobilitat reduïda. Ascensor.
- Presa d'O₂.
- Magatzem de suport tècnic (cadires de rodes, caminadors i grua).
- Sala d'activitats polivalent, amb mampares separadores per tal de diferenciar activitats (fisioteràpia de manteniment i rehabilitadora, teràpia ocupacional, televisió/música i pantalla gran per a cinema, activitats de lleure o d'animació sociocultural). Prestatgeries i armaris per guardar el material. Un petit espai amb material per a manteniment funcional.
- 2 banys assistits i 2 banys adaptats.
- Sala de perruqueria (independent).
- Sala cures/podologia/logopèdia amb sortida d'aigua, llitera i armaris per encabir el material fungible i medicació dels usuaris. Desfibril·lador i maleta aturades.
- Zona neta amb despatx d'infermeria amb accés a la xarxa. Compartit amb Salut Mental (SM).
- Zona bruta/cambra de neteja. Compartit amb SM.
- Taquilles per a usuaris prou espaioses per col·locar la seva roba.
- Menjador amb petit office. Possibilitat de càtering per als dinars.
- Terrassa/jardí comú amb SM.
- Sala de reunions polivalent per al personal assistencial amb PC. Petit office i espai per menjar. Es podria compartir amb SM.
- Bany per al personal compartit amb SM.
- Climatització.

2.4.- Programa de superfícies

2.4.1.- Situació actual

La unitat sociosanitària, la residència assistida i el centre de dia es troben ubicats a les plantes segona i tercera de la Fundació Sant Hospital. Les construccions i/o reformes d'aquestes zones són d'èpoques diferents, per la qual cosa hi ha diversitat de criteris en les seves instal·lacions, estructures i acabats.

Per tal de conèixer l'actual repartiment d'espais, es presenta la taula resum següent amb el desglossament dels m² i l'activitat desenvolupada a cada zona.

	USS 2		USS 3		Residència Assistida		Centre de dia i hospital de dia		Total m2
	nº	m2	nº	m2	nº	m2	nº	m2	
Habitacions dobles	7	119	5	83	7	147	0	0	
Habitacions individuals	3	35	3	35	0	0	0	0	
Wc assistit	2	13	2	13	3	22	2	10	
Wc personal	1	4	1	3	0	0	0	0	
Despatxos	1	9	1	9	0	0	2	14	
Magatzem	1	7	0	0	1	8	2	13	
Zona Bruta	1	5	1	5	1	3	0	0	
Control d'infermeria	1	17	1	17	0	0	1	18	
Cuina office	1	20	1	73	0	0	1	6	
Zones comuns	1	81	1	82	1	74	1	0	
Zona de dia	0	0	0	0	0	0	1	284	
Hospital de dia	0	0	0	0	0	0	0	0	
TOTAL m2		310		320		253		344	1.227
Activitat Assistencial	12 llits llarga estada + 5 llits de mitja		13 llits llarga estada		14 llits residència		30 places + 10 places hosp dia		

Taula 7. Dimensionament actual dels espais.

Les 50 places d'internament, més les 30 places del centre de dia i les 10 places d'hospital de dia, ocupen una superfície de 1.227 m2.

2.4.2.- Projecte

Segons el projecte d'activitat futura, es necessita un increment de 21 llits per arribar a assolir els objectius assistencials.

Dins de la tercera planta existeixen diferents zones que donarien cabuda a aquest increment de llits si s'hi aplica una reestructuració d'espais i de reforma.

La primera zona a considerar està formada per l'actual Residència Assistida, el Centre de dia i Hospital de dia, Rehabilitació, el menjador de personal, l'antic habitatge religiós i la capella. Comptant amb la disponibilitat de tots aquests espais es podria disposar de 1.570 m² que permetrien allotjar 45 llits de llarga estada polivalent/residència assistida. (veure àrea verda del plànol).

La segona zona seria l'actual Unitat Soci-Sanitari PL3 que disposa de 13 llits en 5 habitacions dobles i 3 individuals sense bany. Tota aquesta àrea es podria transformar en 5 habitacions individuals amb bany propi, amb els seus corresponents espais d'infermeria on s'ubicaria la unitat de llarga estada psicogeriatrica (veure àrea blava fosca del plànol).

La tercera zona que actualment l'ocupa la Unitat Soci-Sanitari PL2 amb 17 llits amb 1 bany assistit exterior, es podria transformar en 15 llits amb 3 banys assistits exteriors i els seus corresponents espais d'infermeria per a desenvolupar l'activitat de Mitja estada polivalent (veure àrea blava clara del plànol).

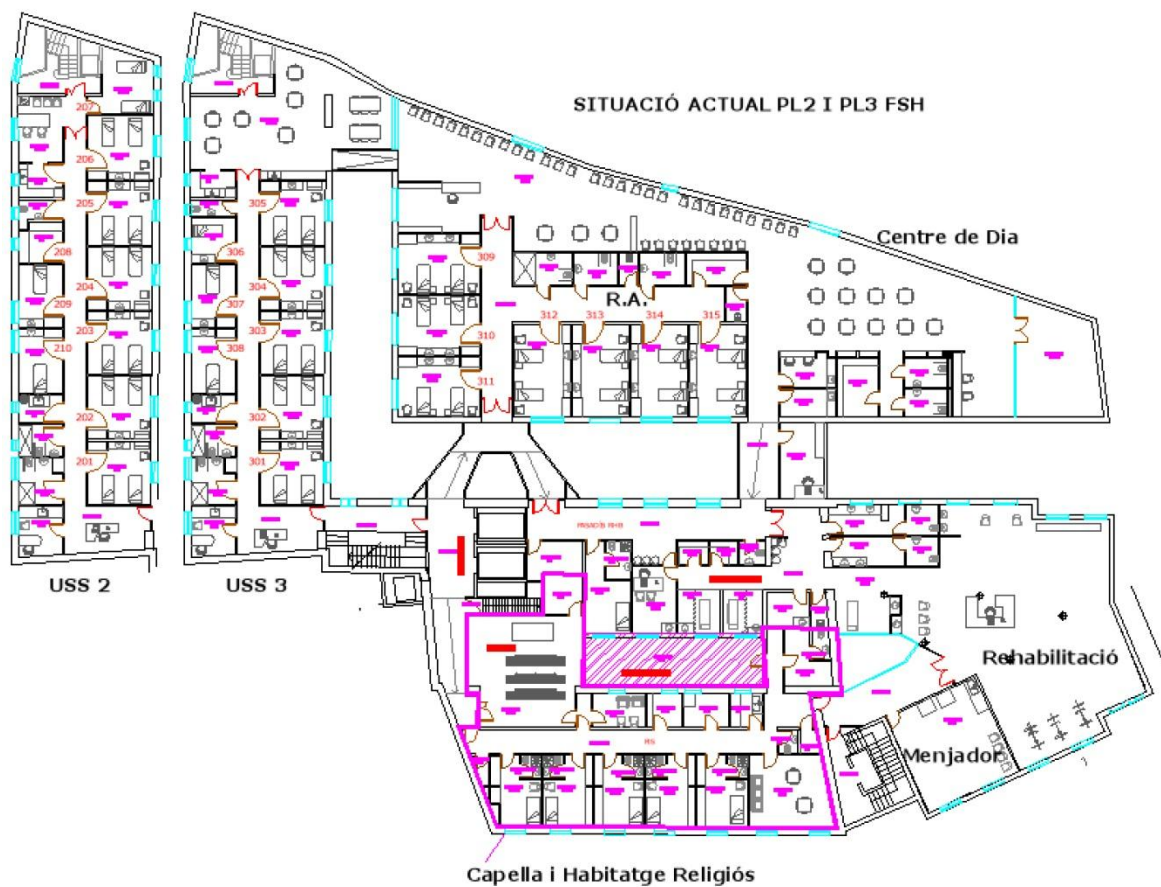


Figura 6. Distribució actual dels espais afectats.

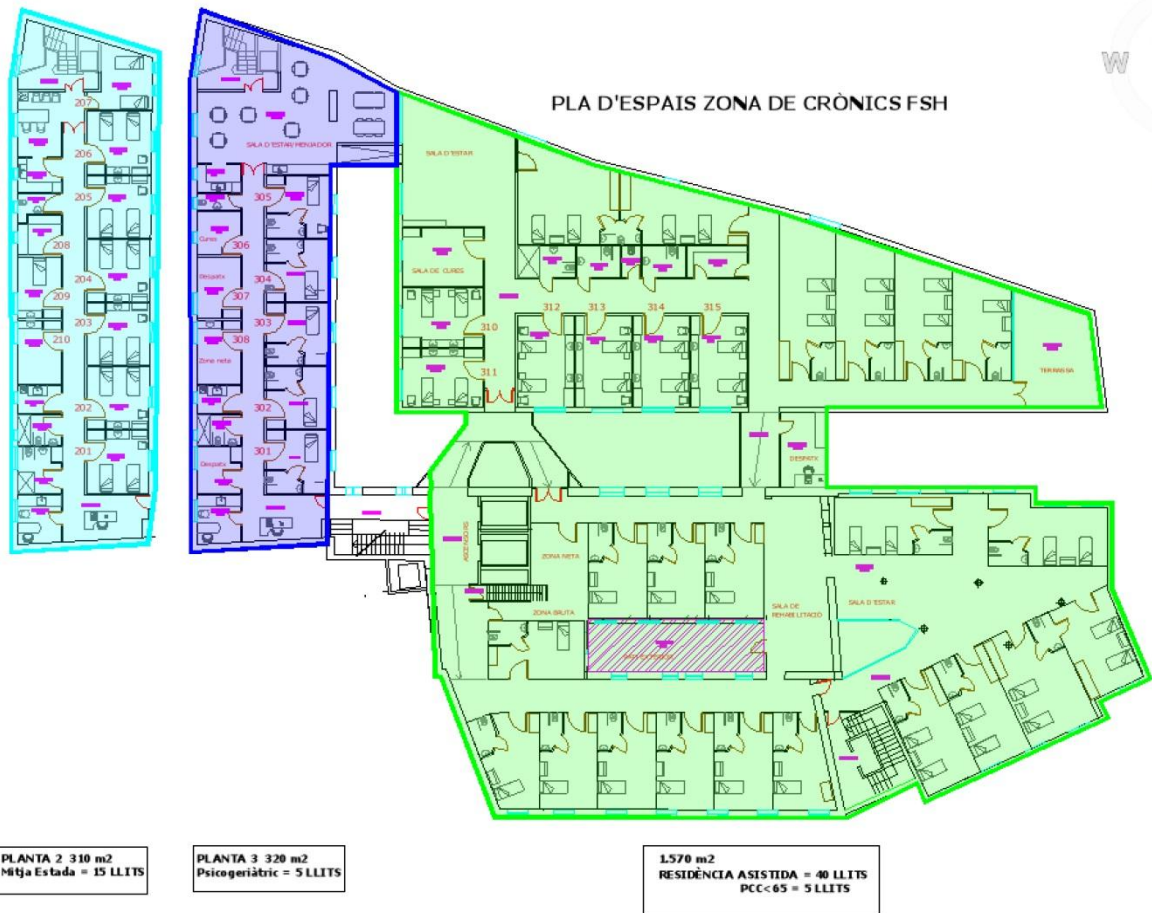


Figura 7. Proposta distribució dels espais de la reforma.

Per a calcular el cost d'aquesta reforma s'han consultat diferents fonts i s'han obtingut els valors següents.

Hospital Municipal de Badalona	800 – 1.000 €/m ²	cost de reforma d'habitacions amb acabats estàndard
	1.300 €/m ²	cost de reforma d'espai per a laboratori
Hospital Sagrat Cor de Martorell	900 – 1.300 €/m ²	cost de reforma d'habitacions amb acabats estàndard
	3.000 €/m ²	cost de reforma d'habitacions amb equipaments i acabats especials
FMIC (empresa privada)	800 – 1.500 €/m ²	cost de reforma i construcció de zones hospitalàries.
Gencat	900 €/m ²	cost de reforma hospitalària.

Exceptuant el preu per a equipaments especials, la resta de valors oscil·len entre 800 i 1.500 €/m².

	m ² a reformar	cost €/m ² mínim	cost €/m ² màxim	cost total mínim €	cost total màxim €
Àrea Verda de plànol (restant les actuals habitacions de R.A.)	1.570m ² - 253m ²	800,00	1.500,00	1.053.000	1.975.500
Àrees Blaves	630m ²	400,00*	800,00*	252.000	504.000

* El preu de reforma de les àrees blaves es redueix considerablement degut a que són zones ja existents que requereixen una reforma mínima.

	m ² a reformar	cost €/m ² mínim	cost €/m ² màxim	cost total mínim €	cost total màxim €
Nou espai RHB i Centre de dia	500m ²	800,00	1.500,00	400.000	750.000

Taula 8. Estudi comparatiu d'espais i costos de reforma.

Tenint en compte els preus anteriors, i d'acord amb la proposta de reforma, es calcula la inversió necessària de l'àrea assenyalada tenint en compte que alguns serveis s'han de desplaçar de la seva actual ubicació a una altra, per a poder encaixar el projecte de la manera més òptima. Concretament el servei de Rehabilitació i el Centre de dia, s'haurien d'habilitar a la segona planta de l'edifici annex a l'Hospital que compta amb 500 m² imputables al preu de reforma.

V. HIPÒTESIS A APLICAR EN EL PLA D'EMPRESA 2015 - 2025

La viabilitat a mig termini de la FSH passa per consolidar els objectius estratègics establerts pels propers 2-3 anys, adaptant l'estructura de despesa de la FSH a les previsions d'ingressos que s'esperen obtenir de manera que s'assoleixin xifres de cash-flow i de resultat de les activitats positius que permetin redreçar l'actual situació econòmic-financera i patrimonial.

A continuació s'exposen les hipòtesis i els criteris aplicats per estimar l'evolució dels ingressos, de les despeses i del procés inversor durant el termini del Pla i assolir els objectius establerts:

1. INGRESSOS

Els aspectes més destacables considerats a l'hora d'estimar l'evolució dels ingressos s'exposen a continuació (*els criteris aplicats a partir de l'exercici 2019 són els mateixos aplicats per a l'exercici 2019*):

	Tancament 2014	Previsió 2015	Previsió 2016	Previsió 2017	Previsió 2018	Previsió 2019
Ingressos per les activitats	14.426.291,10	14.961.869,05	15.002.959,28	15.152.988,87	15.775.118,42	15.932.869,60
Particulars	328.984,90	328.984,90	332.274,75	335.597,50	338.953,47	342.343,01
Mútues	987.615,75	1.137.615,75	1.148.991,91	1.160.481,83	1.172.086,64	1.183.807,51
SCS	11.580.606,23	11.986.174,78	11.997.508,06	12.117.483,15	12.265.303,20	12.387.956,23
ICASS+ICS+SEM+Varis	1.529.084,22	1.509.093,62	1.524.184,56	1.539.426,40	1.998.775,11	2.018.762,86
Altres ingressos de les activitats	50.688,67	50.688,67	51.195,56	51.707,51	52.224,59	52.746,83
Subvencions interessos	-	-	198.000,00	187.200,00	-	-

Taula 9. Escenari d'ingressos amb les propostes de gestió a curt termini.

1.1.- Ingressos de les activitats

S'han aplicat increments moderats durant tot el període de l' 1% anual a excepció de:

- Ingressos del SCS que es preveu que al 2015 s'incrementin al voltant del 2,5% respecte l'exercici 2014 com a conseqüència d'un **increment** de l'import dels **concerts**.

L'increment es concreta en un augment de tarifes a partir de maig de 2015 del 3,6% que s'estima en un import per a l'exercici 2015 de 405.568,55 euros. L'efecte d'aquest increment també repercutirà els 4 primers mesos de 2016.

- Ingressos de l'ICASS i del SCS que es preveu, de cara al 2018, que s'incrementin uns 500 milers d'euros com a conseqüència de potenciar el servei de residència assistida, que es posarà en marxa a l'inici de l'exercici 2018. A continuació s'exposa una estimació de quin seria l'impacte concret de la posada en marxa de la residència assistida:

Larga Estada (aproximadament 329,36 estades per plaça)	Actualitat		Futur		
	Places	Euros	Places	Euros	
SCS 51,9 per estada	25	427.344,60	10	170.937,84	
ICASS 17,21 per estada	25	141.707,14	10	56.682,86	
Estada Mitja Polivalent (aproximadament 329,36 estades per plaça)					
SCS 85,94 per estada	5	141.525,99	15	424.577,98	
RAS					
ICASS					
Alta Dep. 1869,41	10	224.329,20	24	538.390,08	
Mitja Dep. 1595,06	3	57.422,16	10	191.407,20	
Baixa Dep. 1348,88	1	16.186,56	6	97.119,36	Diferència
TOTAL SCS		568.870,59		595.515,82	26.645,22
TOTAL ICASS		439.645,06		883.599,50	443.954,44
		1.008.515,65		1.479.115,31	

Taula 10. Impacte de la reforma a la USS.

1.2.- Altres ingressos de gestió (inclou subvencions a l'explotació per finançar interessos)

Ingressos poc significatius respecte el total dels ingressos de la FSH. Es fa la hipòtesi que la seva evolució es mantindrà anualment al voltant de l'1%.

1.3.- Ingressos financers

Per prudència i donada l'estructura de finançament actual de la FSH, es considera que els ingressos financers es mantindran al voltant dels 1.200 euros anuals.

2. DESPESES

L'evolució estimada de les despeses d'explotació durant el període 2014-2019 es mostra a continuació (els criteris aplicats a partir de l'exercici 2019 són els mateixos aplicats per a l'exercici 2019):

	Tancament 2014	Previsió 2015	Previsió 2016	Previsió 2017	Previsió 2018	Previsió 2019
TOTAL	13.480.462,06	14.052.652,37	14.107.339,96	14.292.440,61	14.329.202,22	14.544.140,25
Compres, altres aprovisionaments i treb.tercers	4.026.209,77	4.246.657,04	4.246.657,04	4.289.123,61	4.353.460,46	4.418.762,37
Serveis exteriors	1.010.726,38	1.039.959,95	1.039.959,95	1.050.359,55	1.066.114,94	1.082.106,67
Tributs	15.272,34	15.272,34	15.272,34	15.425,06	15.656,44	15.891,29
Despeses de personal	8.428.253,57	8.750.763,04	8.805.450,63	8.937.532,39	8.893.970,37	9.027.379,93

Taula 11. Escenari de despeses amb les propostes de gestió a curt termini.

2.1.- Despeses per compres, treballs de tercers i altres aprovisionaments

Es preveu, en línies generals, que després d'un increment al 2014 respecte el 2013 d'aquesta tipologia de despeses d'aproximadament un 9% (externalització bugaderia), s'estabilitzin i no es produeixin la resta d'anys del període 2015-2025 per sobre de l'1,5% anual.

No obstant, cal posar de manifest que a l'exercici 2015 es produirà un increment d'aproximadament 103 milers d'euros respecte a l'exercici anterior com a conseqüència de l'increment del tipus d'IVA dels consumibles sanitaris, incrementant-se en general del 10% al 21%.

2.2.- Despeses serveis exteriors

es preveu que es consolidi la important reducció duta a terme durant l'any 2014 (reducció del 10% respecte l'any 2013) i no es produeixin increment anuals superiors a l' 1,5%.

2.3.- Despeses de personal

L'evolució d'aquesta despesa és la que produirà més variacions durant els 3-4 primers exercicis del període de vigència del Pla, atès les següents circumstàncies:

- A l'exercici 2015 entra en vigor el nou conveni a més d'aplicar la recuperació del 5% del sou, fet que suposarà un increment de la despesa del voltant dels 383 milers d'euros a l'exercici 2015 i la corresponent repercussió als primers mesos de l'exercici 2016 atès que l'entrada en vigor resulta d'aplicació al mes de maig de 2015.
- A l'exercici 2017 entra en vigor un altre conveni col·lectiu que s'ha estimat que suposarà un increment anual de la despesa del 1,5% (agafant com a índex de referència la previsió de creixement del PIB Espanyol).
- A l'exercici 2018, en entrar en funcionament la residència, s'ha previst una reorganització del personal, requerint la contractació de tres auxiliars i una fisioterapeuta i causant baixa una infermera. Aquesta reorganització suposarà un increment de la despesa de personal d'aproximadament 75 milers d'euros.
- Entre els exercicis 2017 i 2018 es preveu que es jubilin 3 caps de serveis i un adjunt, estimant per aquest fet una reducció de la despesa de personal ja a l'exercici 2018 de 250 milers d'euros.

A partir de l'exercici 2019 s'ha previst increments anuals de la despesa de personal de l'1,5% preveient el que pugui establir el nou conveni que entraria en aplicació l'any 2017.

Com a norma general, l'evolució de les despeses d'explotació ha de seguir la mateixa tendència que l'evolució dels ingressos de les activitats, per tant, serà important fer un seguiment periòdic de les diferents variables per poder dur a terme les accions pertinents per complir amb aquest precepte.

3. INVERSIONS

Els principals aspectes considerats per dur a terme l'evolució de les inversions són les següents:

3.1.- Inversions de reposició

Es preveuen inversions de reposició com a conseqüència del deteriorament i/o avaries importants que es puguin produir en les instal·lacions i maquinària. El volum d'inversions d'aquesta tipologia previstos anualment és de 125 milers d'euros.

En cas de ser necessari dur a terme inversions per major import seria necessari obtenir altres fonts de finançament, principalment subvencions de capital, atès que es posaria en risc l'objectiu d'assolir xifres de cash-flow positius i s'agreuarien els problemes financers de la FSH.

3.2.- Residència assistida

Es durà a terme la remodelació de les plantes 2 i 3, fent una reorganització dels serveis a prestar, incrementant-se les places de residència assistida i disminuint les de llarga estada. Això suposarà una inversió de 3,2 milions d'euros que es preveu que es finançarà en la seva totalitat per la Diputació de Lleida.

Aquest és un dels punts crític del Pla, atès que dur a terme el projecte suposarà un increment d'ingressos anuals d'aproximadament 500 milers d'euros. No obstant, per dur a terme la inversió és imprescindible aconseguir finançar-la el 100% amb subvencions de capital atès que la FSH no té capacitat per acudir a finançament bancari ni de destinar-hi recursos propis.

Les obres es preveu que s'iniciïn a finals de 2015 i estiguin acabades en finalitzar l'exercici 2017, podent estar en condicions de funcionament a l'inici de l'any 2018. L'execució d'aquestes remodelacions no afectarà el servei actual.

No serà possible dur a terme inversions addicionals a les aquí exposades si no es disposa de les fonts de finançament corresponents, bàsicament subvencions de capital: la FSH no genera recursos per poder destinar-los a un procés inversor i la seva situació econòmic-patrimonial dificulta el seu accés al finançament bancari.

4. FINANÇAMENT

Les fonts de finançament que es preveuen obtenir en el present de viabilitat són les següents:

4.1.- Subvencions de capital

S'ha previst rebre l'any 2015 subvencions de capital per import de 661 miler d'euros corresponents al finançament d'inversions realitzades en exercicis precedents, en concret, la caldera de biomassa i el mamògraf.

4.2.- Bestreta SCS

En el cas de la bestreta SCS, són els imports de devolució acordats amb el SCS.

VI. RESULTAT DEL PLA D'EMPRESA I CONCLUSIONS

Dos problemes importants queden sense resoldre, amb un gran impacte en el futur financer de la institució i que posen en dubte la seva viabilitat futura. Aquests són el deute a proveïdors (actualment amb una mitjana de pagaments superior a un any) i l'insostenible pes de la càrrega financera del deute acumulat.

Malgrat l'increment dels ingressos i despeses (fruit de les mesures anteriors), s'incrementa molt significativament el deute a proveïdors, en part com a efecte de la disminució del crèdit a curt termini i en part pels problemes de liquiditat viscuts, sobretot durant aquest any 2015.

Partint de la situació i resultats del 2014, s'elabora durant el 2015 una proposta de Pla d'Empresa que reculli i quantifiqui l'evolució futura de la situació financera de la FSH, i proposi mesures correctores que sanegin i donin viabilitat a la institució. La proposta cal que es projecti fins al 2025 ja que el crèdit a llarg termini i les altres mesures proposades no acaben fins aquest any.

El centre de la proposta és un reorientament del centre, necessari per l'actual estructura demogràfica de la comarca, amb un important envelliment i sobrenvelliment de la població, que fa que l'atenció sociosanitària requerida es desplaci més cap a l'atenció a la cronicitat que no pas a l'atenció aguda.

Per tant, aquesta proposta es basa en el manteniment de l'oferta reduïda de llits d'aguts (des del 2009 fins al 2014 els llits d'aguts passen de 52 a 26 llits operatius), i es proposa modificar les places actuals sociosanitàries i les places de residència assistida, per tant de mantenir el nombre global de places sociosanitàries però amb un canvi de pes que el faci més eficient (es reduirien les places de llarga estada i s'incrementarien les places de mitja estada polivalent, amb la creació d'unes places de psicogeriatría, que actualment no en disposem en tot l'àmbit de la Seu d'Urgell) i s'augmentarien les places de residència assistida. Aquesta proposta quantitativa es basa en les necessitats actuals d'aquests tipus de places, especialment les de residència assistida ja que actualment l'Alt Urgell té una llista d'espera d'uns dos anys per a aquest recurs. A més, aquesta proposta està refrendada tant per la part dels serveis de planificació dels Departaments de Salut i Benestar Social i es recull de comú acord en la proposta de treball del PIASS a la comarca (presentat el juny del 2015). El balanç d'aquests canvis de dotació proposats implica un increment net d'ingressos d'uns 0,4 milions d'euros.

A més, el finançament d'aquesta obra, que millora d'una manera substancial la nostra Unitat Sociosanitària i, paral·lelament el servei de Rehabilitació, es fa totalment a càrrec de subvencions de la Diputació de Lleida i està previst que estigui en funcionament per a l'any 2018. Aquesta actuació i el seu impacte econòmic permet que a partir del 2019 el cash-flow torni a ser positiu.

Amb la intervenció estructural descrita i la millora del cash-flow en l'any de la seva posada en funcionament (2019), queden dos problemes per resoldre, un a curt termini (anys [2016-2017-2018](#)) mentre es fan les obres de remodelació arquitectònica; i un altre a causa de la quantitat

de deute acumulat de la FSH i de la carrega financera que suposa. De fet, tots els guanys aconseguits per la reforma de l'actual Unitat Sociosanitària serien utilitzats per a retornar el deute acumulat mencionat, fet que provocaria que no es pugues millorar la greu situació del deute a proveïdors (taula 12).

PROPOSTA INICIAL	ANY 2014	ANY 2015	ANY 2016	ANY 2017	ANY 2018	ANY 2019
Recursos Generats Cte.RTATS	524.430,78	666.375,02	555.264,54	564.255,72	1.183.691,02	1.165.055,68
<i>Inversions/subvencions</i>	-810.277,34	536.018,89	-125.000,00	-125.000,00	-125.000,00	-125.000,00
<i>Amortització deute bancari</i>	-564.725,02	-678.895,18	-678.895,18	-678.895,18	-678.895,18	-678.895,18
Subvenció K (SCS DEUTE)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<i>Amortització bestreta SCS</i>	-110.000,00	-40.000,00	-150.000,00	-210.000,00	-270.000,00	-330.000,00
Recursos Generats INV-FINANÇ	-1.485.002,36	-182.876,29	-953.895,18	-1.013.895,18	-1.073.895,18	-1.133.895,18
Cash Flow	-960.571,58	483.498,73	-398.630,64	-449.639,46	109.795,84	31.160,50
Resultat Exercici	-122.135,79	36.680,09	-8.643,33	53.621,38	682.331,95	686.751,06
Deute Proveïdors	5.053.069,65	4.666.270,67	4.985.175,18	5.344.886,74	5.257.050,07	5.232.121,68
PATRIMONI NET	-5.319.455,58	-4.714.301,24	-3.922.944,57	-1.469.323,19	-786.991,24	-100.240,18

PROPOSTA INICIAL	ANY 2020	ANY 2021	ANY 2022	ANY 2023	ANY 2024	ANY 2025
Recursos Generats Cte.RTATS	1.161.315,79	1.131.884,94	1.100.746,81	1.067.867,61	1.013.912,16	947.111,63
<i>Inversions/subvencions</i>	-125.000,00	-125.000,00	-125.000,00	-125.000,00	-125.000,00	-125.000,00
<i>Amortització deute bancari</i>	-678.895,18	-678.895,18	-678.895,18	-509.171,38	0,00	0,00
Subvenció K (SCS DEUTE)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<i>Amortització bestreta SCS</i>	-390.000,00	-450.000,00	-510.000,00	-570.000,00	-630.000,00	0,00
Recursos Generats INV-FINANÇ	-1.193.895,18	-1.253.895,18	-1.313.895,18	-1.204.171,38	-755.000,00	-125.000,00
Cash Flow	-32.579,39	-122.010,24	-213.148,37	-136.303,77	258.912,16	822.111,63
Resultat Exercici	689.190,96	656.485,45	618.160,31	579.977,94	532.854,60	435.030,78
Deute Proveïdors	5.258.185,19	5.355.793,38	5.526.312,08	5.635.355,10	5.428.255,37	4.770.536,07
PATRIMONI NET	588.950,79	1.245.436,24	1.863.596,56	2.443.574,49	2.976.429,10	3.411.459,88

Taula 12. Proposta inicial amb les mesures de gestió a curt termini (2015-2017) i reforma USS (2018-2019).

Per tant, resulta impossible mantenir el resultat en equilibri aconseguit els anys 2014-2015 i reabsorbir l'insostenible deute a proveïdors actual, que es mantindria fins el 2025, si no es resol la càrrega del deute de la Fundació.

PROPOSTA FINAL	ANY 2014	ANY 2015	ANY 2016	ANY 2017	ANY 2018	ANY 2019
Recursos Generats Cte.RTATS	524.430,78	666.375,02	555.264,54	564.255,72	1.183.691,02	1.165.055,68
Amortització deute bancari	-564.725,02	-678.895,18	-1.428.895,18	-1.368.895,18	-1.308.895,18	-1.158.895,18
Subvenció K (SCS DEUTE)	0,00	0,00	1.000.000,00	1.150.000,00	850.000,00	510.000,00
Recursos Generats INV-FINANÇ	-1.485.002,36	-182.876,29	-553.895,18	-553.895,18	-853.895,18	-1.103.895,18
Resultat Exercici	-122.135,79	36.680,09	-8.643,33	53.621,38	682.331,95	686.751,06
Deute Proveïdors	5.053.069,65	4.666.270,67	4.665.175,18	4.656.886,74	4.393.050,07	4.344.121,68
PATRIMONI NET	-5.319.455,58	-4.714.301,24	-3.922.944,57	-1.469.323,19	-786.991,24	-100.240,18

PROPOSTA FINAL	ANY 2020	ANY 2021	ANY 2022	ANY 2023	ANY 2024	ANY 2025
Recursos Generats Cte.RTATS	1.161.315,79	1.131.884,94	1.100.746,81	1.067.867,61	1.013.912,16	947.111,63
Amortització deute bancari	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Subvenció K (SCS DEUTE)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Recursos Generats INV-FINANÇ	-515.000,00	-575.000,00	-635.000,00	-695.000,00	-755.000,00	-125.000,00
Resultat Exercici	689.190,96	656.485,45	618.160,31	579.977,94	532.854,60	435.030,78
Deute Proveïdors	3.824.069,05	3.381.561,09	3.008.963,64	2.710.669,56	2.503.539,83	1.845.850,53
PATRIMONI NET	588.950,79	1.245.436,24	1.863.596,56	2.443.574,49	2.976.429,10	3.411.459,88

Taula 13. Proposta final: proposta inicial més subvenció de capital per fer front al deute global.

La proposta de la Fundació per tal de resoldre l'endeutament i millorar la situació dels proveïdors i del patrimoni es basa en una subvenció per part del Servei Català de la Salut de 3.510.000,00 repartits en 4 anys (1.000.000,00 l'any 2016, 1.150.000,00 l'any 2017, 850.000,00 el 2018 i 510.000,00 l'any 2019). D'aquesta forma, l'evolució de la situació financera de la FSH a partir del 2019 i fins el 2025, permetria reduir el deute a proveïdors a una mitjana de 150-180 dies i el patrimoni net deixaria de ser negatiu (Taula 13).