Florentina Ligia FURTUNESCU

Dana Galieta MINCĂ

MANAGEMENTUL SERVICIILOR DE SĂNĂTATE – ABORDARE PRIN PROIECTE

Ediţia a II-a revizuită şi completată

EDITURA UNIVERSITARĂ „CAROL DAVILA”

BUCUREŞTI, 2010

ISBN: 978-973-708-446-0

MANAGEMENTUL SERVICIILOR DE SĂNĂTATE – ABORDARE PRIN PROIECTE

Ediţia a II-a revizuită şi completată

Autori coordonatori:

Dr. Florentina Ligia FURTUNESCU

Prof. Dr. Dana Galieta MINCĂ

Autori:

Dr. Eugenia BRATU

Dr. Radu Virgil COSTEA

Dr. Antoaneta DRĂGOESCU

Dr. Irina ECLEMEA

Prof. Dr. Pierre FOURNIER

Dr. Florentina Ligia FURTUNESCU

Dr. Dumitru HOBEANU

Dr. Denisa JANTĂ

Prof. Dr. Dana Galieta MINCĂ

Dr. Lavinia PANAIT

Conf. Dr. Ing. Victor Lorin PURCĂREA

Ec. Marie – Louise STOICESCU

Dr . Carmen ŢEREANU

EDITURA UNIVERSITARĂ „CAROL DAVILA”

BUCUREŞTI, 2010

U P R I N S

SECŢIUNEA I. MANAGEMENT FINANCIAR ÎN SĂNĂTATE 1

1. PREZENTAREA CONŢINUTULUI SECŢIUNII 3

1.1. Definirea conceptului de management financiar 3

1.2. Funcţiile managementului financiar 4

2. CARACTERISTICILE PRINCIPALELOR TIPURI DE FINANŢARE A SISTEMELOR DE SĂNĂTATE 6

2.1. Principii generale de organizare şi administrare 6

2.2. Asigurări de sănătate 10

2.3. Comparaţie între statele europene şi SUA 14

3. CARACTERISTICILE SISTEMULUI DE SĂNĂTATE DIN ROMÂNIA 18

3.1. Istoric 18

3.2. Situaţia actuală 20

3.3. Oportunitati, tendinte 27

3.4. Principalele modalitati de finanţare a serviciilor de sănătate 29

4. NOŢIUNI DE BAZĂ ÎN ADMINISTRAREA RESURSELOR FINANCIARE 31

4.1. Elemente de contabilitate 31

4.2. Bilanţul contabil 32

4.3. Bugetul 33

4.4. Managementul costurilor 33

Studii de caz 38

4.5. Managementul informaţiei 44

5. GUVERNAREA CORPORATISTĂ 47

5.1. Principii, concepte 47

5.2. Importanţa administrării riscului 51

6. CONCLUZIILE SECŢIUNII 52

BIBLIOGRAFIE 55

SECŢIUNEA II. GESTIUNEA PROIECTELOR DE SĂNĂTATE 57

1 . PREZENTAREA CONŢINUTULUI SECŢIUNII 59

1.1. Noţiuni generale despre proiecte 59

1.2. Definirea principalilor termeni utilizaţi 60

1.3. Clasificarea proiectelor în sănătate 61

1.4. Diferenţa program/proiect 62

1.5. Managementul proiectelor – abordări conceptuale, funcţii şi caracteristici ale acestora 63

2. CICLUL DE VIAŢĂ AL UNUI PROIECT **66**
2.1. Identificarea 66
2.2. Definirea 68
2.3. Implementarea 69
2.4. Încheierea 70
3. CONCEPEREA UNEI PROPUNERI DE PROIECT **71**
3.1. Consideraţii generale 71
3.2. Metode de identificare a problemelor de sănătate 76
3.3. Determinarea priorităţilor 85
Studiu de caz 88
4. SCOPUL ŞI OBIECTIVELE PROIECTULUI **90**
4.1. Arborele de probleme 90
4.2. Formularea scopului si a obiectivelor. 91
Studiu de caz 95
5. PLANIFICAREA OPERAŢIONALĂ A PROIECTULUI **99**
5.1. Subdiviziunea structurală a muncii 99
5.2. Tabelul proiectului 100
5.3. Identificarea corespondenţei între activităţi 101
5.4. Graficul Gantt 102
5.5. Drumul critic 103
5.6. Resursele umane ale proiectului 104
5.7. Bugetul proiectului 105
6. MONITORIZAREA ŞI EVALUAREA PROIECTULUI **107**
6.1. Definiţii 107
6.2. Principii 107
6.3. Instrumente 108
7. CONCLUZIILE SECŢIUNII **113**
BIBLIOGRAFIE **115**

SECŢIUNEA III. METODE DE EVALUARE CALITATIVĂ ŞI CANTITATIVĂ A ÎNGRIJIRILOR **117**
1. PREZENTAREA CONŢINUTULUI SECŢIUNII **119**
1.1. Definirea principalelor componente ale domeniului 119
1.2. Concepte, abordări posibile 120
1.3. Măsurarea calităţii 122
1.4. Modele pentru asigurarea şi evaluarea calităţii 123
1.5. Evaluarea îngrijirilor acordate de personalul sanitar mediu 123
1.6. Concluzii 124

2. PRINCIPALELE ASPECTE ALE MANAGEMENTULUI CALITĂŢII ÎN SĂNĂTATE **124**
2.1. De la calitate la performanţă 124
2.2. Calitatea serviciilor medicale 130
2.3. Calitatea percepută 133
2.4. Calitatea tehnico-profesională 134
2.5. Evaluarea proceselor 137
2.6. Evaluarea siguranţei în organizaţiile de sănătate 138
Studiu de caz 141
2.7. Evaluarea îngrijirilor acordate de personalul sanitar mediu 149
2.8. Concluzii 149
Studiu de caz 150
3. INSTRUMENTE PENTRU MĂSURAREA CALITĂŢII **155**
3.1. Construirea indicatorilor 155
3.2. Metode de consens utilizate pentru evaluarea calităţii 156
3.3. Metode bazate pe informaţii cantitative 158
3.4. Diagrame operaţionale 159
3.5. Compararea indicatorilor 161
3.6. Concluzii 164
Studiu de caz 165
4. MODELE DE EVALUARE ŞI ASIGURARE A CALITĂŢII **173**
4.1. Evaluarea satisfacţiei pacienţilor 173
4.2. Analiza plângerilor şi reclamaţiilor 174
4.3. Cartea serviciilor 175
4.4. Certificarea conform normelor ISO 9001: 2000 176
4.5. Acreditarea internaţională de către Joint Commission International (JCI) 177
4.6. Modelul premiilor pentru calitate 178
4.7. Modelul Balanced Scorecard 180
4.8. Metode de identificare şi analiza a riscului clinic 181
4.9. Concluzii 183
5. INSTRUMENTE UTILIZATE PENTRU EVALUAREA INGRIJIRILOR ACORDATE DE PERSONALUL SANITAR MEDIU **184**
5.1. Introducere 184
5.2. Evaluarea cantitativă: metoda SIIPS 186
5.3. Evaluarea calitativă şi cantitativă: metoda PRN 191
5.4. Evaluarea calităţii organizării îngrijirilor acordate de personalul sanitar mediu 192

5.5. Concluzii 194
Studiu de caz 194
6. CONCLUZII **201**
BIBLIOGRAFIE **205**

SECŢIUNEA IV. MANAGEMENTUL MARKETINGULUI DIN SISTEMUL DE SĂNĂTATE ***211***
1. PREZENTAREA CONŢINUTULUI SECŢIUNII **213**
1.1. Conceptul de marketing 213
1.2. Conceptul de serviciu 218
1.3. Marketingul serviciilor 230
1.4. Marketingul sistemului de sănătate 238
2. ORGANIZAREA MANAGEMENTULUI DIN SISTEMUL DE SĂNĂTATE **245**
2.1. Strategii de marketing în sistemul de sănătate 245
2.2. Demersul strategic al orientării spre client 248
2.3. Politicile de marketing din sistemul de sănătate 250
3. ETAPELE MANAGEMENTULUI MARKETINGULUI MEDICAL **258**
3.1. Marketingul orientat intern 260
3.2. Marketingul prin promovare de imagine 261
3.3. Marketingul tactic integrat 262
3.4. Marketingul orientat extern 263
4. MANAGEMENTUL PROIECTELOR DE MARKETING DIN SISTEMUL DE SĂNĂTATE **265**
5. PERFORMANŢA ŞI EFICIENŢA ÎN MARKETINGUL DIN SISTEMUL DE SĂNĂTATE **267**
5.1. Sănătatea, dar şi satisfacţia pacientului 268
5.2. Managementul experienţei pacientului 271
5.3. Valoarea pentru pacient 272
5.4. Competiţia la nivelul condiţiei medicale 274
BIBLIOGRAFIE **278**

SECŢIUNEA I.

MANAGEMENTUL FINANCIAR ÎN SĂNĂTATE

AUTORI:

Dr. Irina ECLEMEA (Coordonator)

- Medic primar sănătate publică şi management
- Doctorand în ştiinţe medicale
- Master în Managementul Sănătăţii Publice şi al Serviciilor de Sănătate
- Asistent universitar UMF „Carol Davila”
- Disciplina Sănătate Publică şi Management

Dr. Florentina FURTUNESCU

- Medic primar sănătate publică şi management
- Doctor în ştiinţe medicale
- Master în Managementul Sănătăţii Publice şi al Serviciilor de Sănătate
- Şef de lucrări UMF „Carol Davila”
- Disciplina Sănătate Publică şi Management

Dr. Dana Galieta MINCĂ

- Medic primar sănătate publică
- Doctor în ştiinţe medicale
- Profesor universitar UMF „Carol Davila”
- Disciplina Sănătate Publică şi Management

Dr. Eugenia BRATU

- Medic specialist sănătate publică şi management
- Doctorand în ştiinţe medicale
- Master în Managementul Sănătăţii Publice şi al Serviciilor de Sănătate
- Asistent universitar UMF „Carol Davila”
- Disciplina Sănătate Publică şi Management

1. PREZENTAREA CONŢINUTULUI SECŢIUNII

1.1. Definirea conceptului de management financiar

Managementul financiar este ansamblul principiilor, metodelor, instrumentelor care au ca scop constituirea şi utilizarea resurselor economico-financiare. Este un domeniu construit, în special, pe baza noţiunilor de contabilitate financiară, dar conţine concepte aparţinând şi altor domenii cum ar fi: economie, finanţe, ştiinţe comportamentale, etc.

Sănătatea este un domeniu mare consumator de resurse şi în care rezultatele se concretizează pe termen lung. Pe de altă parte, în lume există o varietate de sisteme de sănătate, dar nici unul nu este perfect şi nu poate fi considerat un model. În ultimele decenii sistemele de sănătate au fost, în general, marcate de creşterea accentuată a costurilor, care nu s-a însoţit în aceeaşi măsură de îmbunătăţirea rezultatelor în starea de sănătate.

Din punct de vedere al managementului financiar, sectorul serviciilor de sănătate este un sector aparte prin faptul că există pe lângă furnizori şi consumatori, o a treia entitate – plătitorul („terţ-plătitor") care este, de multe ori, un fond de asigurare. Având în vedere că fondul de asigurare este şi cel care plăteşte cele mai multe dintre serviciile oferite de către organizaţiile specializate din domeniul medical, este îndreptăţit să ceară informaţii financiare suplimentare. Principala preocupare a furnizorilor de servicii de sănătate constă în îndeplinirea cerinţelor de raportări financiare, în limite prestabilite de către stat.
Între problemele fundamentale ale sectorului de sănătate din România se numără finanţarea şi performanţa.

Problema resurselor insuficiente şi înţelegerea faptului că sănătatea reprezintă, de fapt, o investiţie, în sensul că o stare de sănătate mai bună a populaţiei determină o productivitate mai bună şi cheltuieli de susţinere socială mai mici din partea statului, au adus sănătatea pe un loc central în sfera politicului.

Principalii factori care au dus la creşterea rolului managementului financiar au fost:

- competiţia tot mai dură între organizaţii;
- schimbările tehnologice rapide;
- nesiguranţa economiei mondiale;

Obiectivul global al managementului financiar este acela de a asigura:

- eficienţa utilizării resurselor;

- crearea fondurilor necesare la nivel de sistem de sănătate şi consecutiv la nivel de furnizor de servicii şi/sau produse;
- suportul financiar necesar performanţelor sistemului / furnizorului.

Exigenţele managementului financiar se referă la:

- căutarea eficacităţii;
- recunoaşterea responsabilităţilor individuale în exercitarea sarcinilor;
- descentralizarea responsabilităţilor;
- introducerea şi dezvoltarea managementului strategic;
- contractarea unor servicii către sectorul privat;
- introducerea tehnicilor moderne de management.

1.2. Funcţiile managementului financiar

Preocupările celor care au sarcina de a se ocupa de management financiar, atât la nivelul sistemului de sănătate cât şi la nivel organizaţional, sunt:

- de a asigura resursele, la momentul şi în structura necesară;
- de a evalua efortul, în plan financiar, pentru toate acţiunile ce urmează a fi întreprinse într-o perioadă de gestiune dată;
- de a urmări modul de utilizare a resurselor şi de a influenţa factorii de decizie, în direcţia asigurării unei utilizări eficiente a tuturor fondurilor atrase;
- de a asigura şi menţine echilibrul financiar pe termen scurt şi lung în concordanţă cu nevoile sistemului/organizaţiei;
- de a urmări obţinerea rezultatului financiar scontat şi de a-l repartiza pe destinaţii.

Funcţiile managementului financiar sunt:

a) Previziunea financiară - reprezintă ansamblul acţiunilor realizate de către managementul de top în vederea stabilirii obiectivelor strategice şi tactice ale organizaţiei şi a resurselor financiare şi materiale necesare pentru atingerea lor.

Previziunea financiară poate contribui major la activitatea de previziune generală a organizaţiei în special în următoarele etape:

- stabilirea obiectivelor strategice ale organizaţiei şi poziţionarea în timp a acestora;
- valorificarea în activitatea de previziune generală a rezultatelor analizei activităţii economico – financiare a organizaţiei;
- cuantificarea factorilor perturbatori anticipaţi şi a ponderii acestora, în ansamblul factorilor care vor influenţa evoluţia situaţiei financiare a organizaţiei;
- elaborarea, în funcţie de aceste date, a strategiei de dezvoltare a organizaţiei;

- elaborarea scenariilor pentru stabilirea tacticii organizaţiei pentru atingerea obiectivelor strategice;
- stabilirea priorităţilor şi termenelor.

Previziunea financiară se concretizează în programele, planurile şi prognozele organizaţiei.

b) Organizarea financiară - prin care sunt definite competenţele, autoritatea şi responsabilitatea în cadrul organizaţiei.

În cadrul acestei funcţii sunt incluse activităţile necesare pentru:

- îndeplinirea obiectivelor financiare ale organizaţiei;
- repartizarea lor ca sarcini pe salariaţi şi structuri organizatorice;
- poziţionarea lor într-un cadru bine conturat de adoptare şi urmărire a deciziilor.

c) Coordonarea financiară - include toate activităţile prin care se corelează deciziile şi acţiunile personalului organizaţiei şi ale subsistemelor sale în cadrul strategiilor, procedurilor tactice şi al sistemului organizatoric adoptate.

d) Funcţia de administrare financiară - constă în identificarea celui mai bun mod de gestionare a resurselor financiare pentru ca obiectivele previzionate să poată fi realizate.

f) Controlul şi evaluarea financiară - închid ciclul procesului managerial financiar, cuantifică finalitatea modului de realizare a celorlalte funcţii ale managementului financiar, determină abaterile şi cauzele care le-au generat, punctele forte şi punctele slabe ale instituţiei şi măsurile care se impun pentru corectarea şi evitarea apariţiei în viitor a unor abateri.

Controlul în managementul financiar public nu este numai un mijloc de evitare a pierderilor şi de atingere a obiectivelor stabilite, ci şi un factor de siguranţă şi de autonomie.

Exercitarea funcţiei de control-evaluare implică parcurgerea succesivă a următoarelor etape:

- compararea rezultatelor cu obiectivele previzionate şi cu cadrul legislativ existent;
- determinarea abaterilor pozitive sau negative;
- analiza cauzală a abaterilor constatate atât din perspectiva organizaţiei, cât şi din cea legală;
- formularea modalităţilor de acţiune pentru diminuarea intensităţii cauzelor care au generat abaterile negative şi amplificarea influenţei cauzelor care au determinat abaterile pozitive;
- fundamentarea deciziilor administrative pentru aplicarea propunerilor formulate;
- urmărirea executării deciziilor şi sesizarea efectelor imediate, pe termen mediu şi lung;
- adaptarea permanentă a organizaţiei pentru a asigura realizarea obiectivelor previzionate.

2. CARACTERISTICILE PRINCIPALELOR TIPURI DE FINANŢARE A SISTEMELOR DE SĂNĂTATE

2.1. Principii generale de organizare şi administrare

Modelele de organizare şi finanţare a sistemului de sănătate variază de la un stat la altul, fiind puternic influenţate de diverşi factori economici, sociali, politici, de mediu şi culturali.

Nu există o reţeta universală pentru un sistem perfect de organizare şi finanţare a sănătăţii, lucrurile trebuie privite şi analizate în context, evaluând punctele tari şi punctele slabe în relaţie directă cu măsura în care sistemul satisface nevoile populaţiei pe care o deserveşte.

În cele mai multe cazuri, sistemele de sănătate prezintă două componente: publică şi privată; gradul de dezvoltare şi interacţiune al acestora diferă însă de la caz la caz.

Cunoscuţi teoreticieni ai finanţării sistemelor de sănătate au dezvoltat un model care surprinde gradul de centralizare la nivelul statului a finanţării şi planificării în sănătate.

Extremele sunt reprezentate de sistemele din SUA – privatizare completă, funcţionare după reguli de piaţă; şi Marea Britanie – control al statului asupra factorilor de producţie în sistemul de sănătate.

Roemer [9] împarte sistemele de sănătate în 3 categorii, în funcţie de modelul implementat (tabelul I.1):

1. Modelul antreprenorial
2. Modelul asigurării obligatorii
3. Modelul sistemului naţional de sănătate

Tabelul nr. I.1. – Modele de sisteme de sănătate

Modelul antreprenorial	Modelul asigurării obligatorii	Modelul sistemului naţional de sănătate
SUA Argentina China Mexic India	România Germania Italia Spania Brazilia	Marea Britanie Canada Polonia Rusia Turcia

Modelul antreprenorial: este caracterizat prin achiziţia individuală, a persoanelor fizice, sau de către angajator, în beneficiul angajaţilor, a asigurării private de sănătate, şi prin deţinerea privată a factorilor de producţie (spitale, cabinete medicale). Este un model care a contribuit decisiv la dezvoltarea tehnologică şi a cercetării în domeniul medical, a responsabilizat populaţia în ceea ce priveşte consumul de servicii de sănătate, a determinat apariţia sistemelor de eficientizare a costurilor şi creştere a calităţii (Managed Care). Cel mai important punct slab al acestui model este

însă distribuţia inegală a resurselor în sănătate, un exemplu grăitor al acestei probleme fiind SUA, unde numărul persoanelor neasigurate este de ordinul a zecilor de milioane.

Modelul asigurării obligatorii: este caracterizat prin finanţare atât din partea angajatorului cât şi angajatului, care au obligaţia plăţii unei contribuţii la fondul destinat sănătăţii, de obicei administrat de societăţi non-profit sau deţinute de stat. Factorii de producţie sunt deţinuţi atât de sistemul privat cât şi de cel de stat. Avantajul modelului este reprezentat de distribuţia riscului într-un grup populaţional mare (fiind obligatorii, gradul de participare este foarte mare), putându-se astfel acoperi un procent mare din nevoile de servicii; dezavantajul constă însă în dificultatea (uneori chiar imposibilitatea) implementării de instrumente de eficientizare şi control al costurilor.

Modelul sistemului naţional de sănătate: este caracterizat prin acoperire universală, finanţată pe bază de impozitare generală şi control total al statului asupra factorilor de producţie.

Modul de finanţare a sistemelor de sănătate poate fi realizat, în principal, prin intermediul următoarelor mecanisme:

1. Sistemul general de taxare
2. Asigurările sociale
3. Asigurările voluntare
4. Donaţiile
5. Plaţi directe („din buzunar") efectuate de populaţie

Sistemul general de taxare este un sistem prin intermediul căruia contribuţiile de la populaţie sunt colectate sub forma de taxe şi vărsate în bugetul general, urmând ca de aici, o proporţie corespunzătoare să fie alocată pentru plata serviciilor de sănătate consumate.

Acest mod de finanţare este eficace din punctul de vedere al colectării banilor şi al controlului asupra cheltuielilor realizate. Mecanismul este însă puternic influenţat de decizia politică a momentului, care poate considera ca prioritară alocarea de fonduri în altă direcţie decât sănătatea. De asemenea, gradul de responsabilizare a populaţiei în ceea ce priveşte consumul de servicii este foarte mic, majoritatea populaţiei percepând asistenţa medicală ca fiind gratuită.

Un sistem nefuncţional bazat pe finanţare prin taxare generală (fonduri insuficiente) va conduce la plăţi directe mari din partea populaţiei, pentru a compensa deficitul de resurse.

Sistemul asigurărilor sociale presupune colectarea contribuţiilor într-un fond unic, special destinat cheltuielilor cu serviciile de sănătate. Sistemul are la bază principiul solidarităţii, în care plătesc toţi şi consumă cine are nevoie. Dimensiunea contribuţiei nu este corelată cu riscul, ci cu nivelul venitului, de obicei fiind exprimată ca procent din salariul/venitul brut.

Obligaţia de plată este deseori împărţită între angajat şi angajator, într-un procent care variază de la sistem la sistem.

De obicei, plata contribuţiilor este obligatorie prin lege, sistemul fiind bazat pe reţinerea din salariul brut şi virare către fond din partea angajatorului. Persoanele care nu plătesc contribuţiile nu pot beneficia de gratuitatea serviciilor medicale şi vor trebui să plătească (din buzunar) facturile de servicii.

Punctele tari ale acestui sistem constau în buna cunoaştere şi delimitarea a fondurilor, şi (cel puţin teoretic) lipsa disputelor politice asupra modului în care se cheltuie banii colectaţi (suma întreaga se întoarce în sistemul de sănătate). Pot apărea probleme însă datorită faptului că sursa de finanţare este, de obicei, unică; flexibilitatea este redusă în cazul în care sumele colectate nu acoperă nevoile reale ale populaţiei.

Sistemul necesită implementarea unui pachet de bază de servicii, accesibil tuturor, dar care este corelat cu resursele disponibile statului. Pachetul de servicii de bază reprezintă în sine o limitare a acoperirii serviciilor medicale fie prin excluderea serviciilor (liste negative sau pozitive de servicii), fie prin acoperirea financiară parţială şi implementarea de co-plăţi (sume plătite de beneficiarul de servicii din buzunar şi care pot fi exprimate fie ca sumă fixă fie ca procent din tariful standard).

Asigurările voluntare de sănătate apar ca şi consecinţă naturală a asigurărilor sociale, venind să compenseze „lipsurile" sau ineficienţele sistemelor de asigurări sociale. Asigurările voluntare pot fi de mai multe tipuri: *complementare* (care au ca obiect acoperirea serviciilor excluse din pachetul de bază); *suplimentare* (care au ca obiect îmbunătăţirea accesului şi calităţii serviciilor, eliminarea listelor de aşteptare, servicii medicale în regim privat, etc.) şi *substitutive* (care înlocuiesc complet asigurările sociale, clienţii putând opta să oprească contribuţia în sistemul social).

In România, conform Legii nr. 95/2006 Titlul X, sunt disponibile tipurile de asigurări voluntare complementare şi suplimentare. În statele UE, sistemul asigurărilor voluntare de sănătate vine în completarea celui social şi are rolul de a reduce presiunea financiară pe bugetul asigurărilor sociale şi de a oferi o calitate superioară a serviciilor medicale pentru persoanele care îşi permit plata unor prime suplimentare.

Donaţiile reprezintă un sistem de finanţare larg răspândit şi folosit în toate statele, în unele jucând doar un rol marginal, iar în altele reprezentând principala sursă de finanţare. Donaţiile sunt realizate de către state, organizaţii internaţionale, ONG-uri sau persoane private.

Plăţile directe sunt reprezentate de sume de bani pe care populaţia unei ţări le plăteşte direct, din „buzunar", pentru diverse servicii medicale în regim public sau privat.

Gradul de finanţare prin plăţi directe într-un stat ne poate oferi o imagine asupra gradului de penetrare a asigurărilor voluntare de sănătate şi a calităţii şi comprehensiunii ofertei asigurărilor sociale.

„Mix"-ul instrumentelor de finanţare este extrem de variabil şi este puternic influenţat de sistemul economic şi politic.

Cheltuiala publică cu serviciile de sănătate este direct corelată cu evoluţia PIB-ului, studiile efectuate arătând că pentru fiecare dolar în plus la PIB/capita îi corespunde o creştere de 1% a

cheltuielilor publice cu sănătatea; sau altfel spus, la o creştere a PIB-ului cu 10% ne putem aştepta la o creştere cel puţin dublă (21%) a cheltuielilor publice cu sănătatea.

Este aceasta o observaţie relevantă? Cu siguranţă da, având în vedere că una din problemele cele mai spinoase şi care dă multe bătăi de cap oricărui administrator de sistem sanitar este planificarea, multe ineficienţe ale sistemelor avându-şi cauza la acest nivel. În cazul unei bune cunoaşteri a felului în care interacţionează cererea şi oferta serviciilor de sănătate faţă de evoluţia economiei, putem realiza o mai bună planificare a resurselor îmbunătăţind astfel performanţa sistemului.

Gradul de implicare a statului în administrarea resurselor sistemului sanitar depinde direct de procentul de finanţare din surse publice. Astfel, în statele în care sistemul este finanţat majoritar sau chiar total din surse publice (NHS din Marea Britanie), guvernul deţine majoritatea factorilor de producţie din sistem (angajează profesionişti - medici, nurse-, deţine şi administrează unităţile sanitare).

În modelele antreprenoriale în schimb, în care finanţarea sistemului se face în principal din surse private, factorii de producţie sunt deţinuţi, la rândul lor, de entităţi private care interacţionează după reguli de piaţă. Exemple de mix-uri de finanţare sunt redate în tabelul nr. I.2.

Tabelul nr. I.2 – Exemple de mix-uri de finanţare şi organizare

Ţări bogate	Ţări în tranziţie	Ţări sărace
Finanţare din surse publice: Marea Britanie – 97% Danemarca – 85% Japonia – 80% Germania – 78% Italia – 60% SUA – 40% Mecanismele cele mai des întâlnite sunt impozitarea generală şi sistemele de asigurări sociale. Procentul din PIB alocat sănătăţii este mare, variind între 5% şi 8%.	**Finanţare din surse publice:** Cuba – 88% Rusia – 78% Brazilia – 60% Mexic – 50% China – 25% Comparativ cu ţările bogate, tarile în tranziţie alocă un procent mai mic din PIB pentru sănătate, media fiind între 2% şi 3%.	**Finanţarea din surse publice** este foarte restrânsă în cazul ţărilor sărace, în puţine cazuri aceasta depăşind 30% (Sri Lanka, Bangladesh) Mai mult de jumătate din cheltuieli sunt realizate direct (din buzunar) de către populaţie, şi în unele cazuri organizaţiile religioase şi non-guvernamentale joacă un rol important în finanţare prin intermediul donaţiilor şi ajutoarelor oferite.

Au fost descrise **3 modele de organizare** a sistemelor de sănătate:

1. Modelul structurii ierarhice – sau a organizării birocratice. Acestea pot lua forma sistemelor naţionale (NHS) sau organizaţiilor de tip Managed Care (Kaiser Permanente), care în cele mai multe cazuri deţin spitalele şi plătesc direct medicii
2. Modelul contractelor pe termen lung între guvern şi practicieni

3. Modelul interacţiunilor de piaţă între furnizori şi populaţie, model în care finanţarea sistemului se realizează majoritar prin plăţi directe.

În realitate regăsim modele amestecate de finanţare şi organizare, în care atât furnizorii publici cât şi cei privaţi au acces la finanţare, atât publică cât şi privată.

Resursele specifice necesare sistemului (număr de medici, cadre medii, paturi de spital, etc.) variază în funcţie de evoluţia PIB-ului. Astfel, pentru fiecare creştere cu o unitate a PIB/capita va rezulta o creştere cu 0,42 medici la 1000 locuitori, în condiţiile în care a fost demonstrat că variaţia PIB este răspunzătoare pentru nu mai mult de 30% din variaţia numărului de cadre medicale necesare funcţionării optime a sistemului. La fiecare 5000 USD adăugaţi la PIB este necesară suplimentarea cu un pat de spital la 1000 de locuitori.

2.2. Asigurări de sănătate

Asigurările sunt metode de protecţie împotriva riscului, caracterizate de asociaţia:

- risc asigurat: evenimentul nedorit împotriva căruia te asiguri (incendiu, accident etc.);

sumă asigurată: suma reprezentând despăgubirea în cazul producerii riscului asigurat;

- primă de asigurare: suma de bani plătită asiguratorului.

În cazul asigurărilor de sănătate, riscul asigurat este boala. Boala are asociată o anumită probabilitate de apariţie, ce se poate cunoaşte pentru grupuri mari, dar este mai greu de aflat la nivel individual. Principiul de bază al asigurării de sănătate este acela că indivizii plătesc în mod regulat o anumită sumă de bani (indiferent dacă ei consumă sau nu îngrijiri de sănătate) către un terţ, numit asigurător, iar în momentul în care indivizii consumă îngrijiri de sănătate, plata furnizorilor se face de către asigurător.

Asigurările de sănătate sunt:

- voluntare (private) – participarea sau nu la schema de asigurări este dependentă de alegerea fiecărui individ;
- obligatorii (publice) – contribuţii obligatorii la un fond comun din care se plătesc serviciile de sănătate.

Caracteristicile sistemului privat de asigurări

Asigurarea voluntară de sănătate este operaţiunea prin care un asigurător:

- constituie, pe principiul mutualităţii, un fond de asigurare, prin contribuţia unui număr de asiguraţi expuşi la producerea riscului de îmbolnăvire;

- îi indemnizează, în conformitate cu clauzele stipulate în contractul de asigurare, pe cei care suferă un prejudiciu, din fondul alcătuit din primele încasate, precum şi din celelalte venituri rezultate ca urmare a activităţii desfăşurate de asigurător.

Suma despăgubită este legată de tipul serviciilor acoperite prin asigurare şi de probabilitatea lor de apariţie şi se poate plăti:

- direct beneficiarului (modelul cu rambursare);
- furnizorului de servicii de sănătate (modelul contractual).

Valoarea primelor de asigurare depinde de evenimentele acoperite prin schema de asigurare.

Primele de asigurare pot fi:

- comunitare = egale între ele;
- actuariale = în funcţie de probabilitate apariţiei bolii - "riscul" de boală.

Factorii implicaţi în stabilirea primelor de asigurare:

- vârsta, sex, antecedente personale şi heredo-colaterale, dimensiunea familiei, starea de sănătate în momentul asigurării (asigurare de tip individual);
- tendinţa costurilor medicale în anii precedenţi, tipul de industrie în care activează, lucrător vs. nelucrător (asigurare de grup).

Consecinţele schemei de asigurare de sănătate asupra celor trei "actori" implicaţi :

a. selecţia "riscurilor bune" (cream-skimming);
b. inflaţia serviciilor;
c. selecţia adversă / antiselecţia.

a. Selecţia "riscurilor bune" (*cream-skimming)* se referă la:

- strategia asigurătorilor de a-i atrage în schema de asigurare pe cei care au riscuri mici de boală (deci care consumă mai puţin decât plătesc);
- tendinţa asigurătorului de a nu-i asigura pe cei despre care se ştie că au riscuri mari de boală (inclusiv pe cei care sunt deja bolnavi – ex. cronicii).

b. Inflaţia de servicii reprezintă supraconsumul de servicii de sănătate datorită lipsei plăţii directe în momentul consumului de servicii. Există două tipuri de inflaţie de servicii:

- al consumatorului (efectul preţului scăzut);
- al furnizorului.

c. Selecţia adversă este fenomenul atragerii către schema de asigurări voluntare a celor cu riscuri mai mici de boală. Cauza apariţiei selecţiei adverse este crearea unor mecanisme preferenţiale de asigurare pentru anumite categorii socio-profesionale (ex. În România, până în anul 2002, Casa de asigurări de sănătate a transporturilor primea asiguraţi din domeniul transporturilor, care erau mai tineri, mai sănătoşi decât populaţia generală şi aveau venituri mai mari).

Consecinţele asigurărilor voluntare (private):

a. nu pot reprezenta, la modul singular, o soluţie de finanţare a sistemului de sănătate, deoarece:
    i. exclud pe cei care au nevoi mari de servicii de sănătate (cei cu riscuri mari de boală, cronicii etc.);
    ii. primele de asigurare sunt cu atât mai mari cu cât riscul de boală e mai mare (cei tineri şi sănătoşi plătesc puţin, cei vârstnici şi bolnavi plătesc mult).
b. sunt utile ca soluţie complementară/suplimentară de finanţare, voluntară (opţională), a unui sistem de sănătate bazat pe o asigurare obligatorie de sănătate

Soluţia pentru deficienţele asigurărilor voluntare o reprezintă asigurarea obligatorie de sănătate deoarece:

- elimină selecţia adversă (atributul asiguraţilor) şi selecţia riscurilor (atributul asigurătorului) prin obligativitatea asigurării;
- elimină primele de asigurare stabilite în funcţie de risc şi le stabileşte în funcţie de capacitatea de plată a indivizilor (veniturile lor).

Asigurările obligatorii de sănătate pot fi:

- asigurarea publică (sau finanţarea prin impozitare generală);
- asigurarea publică prin impozitare specifică (taxe speciale pentru sănătate);
- asigurările sociale de sănătate.

Această clasificare are rol conceptual; în practică pot apărea mixări între aceste tipuri de asigurări obligatorii (plus o funcţionare concomitentă a lor) şi mixări între asigurările obligatorii de sănătate şi cele voluntare.

Asigurarea publică – sau finanţarea prin impozitare generală – are următoarele caracteristici:

- indivizii nu plătesc contribuţii directe către terţul plătitor;
- statul colectează de la cetăţeni taxe şi impozite la buget;
- o parte din sumele astfel colectate sunt apoi alocate spre acoperirea îngrijirilor de sănătate;
- terţul plătitor este reprezentat de stat (sau de una dintre structurile sale);
- toţi indivizii sunt îndreptăţiţi să primească servicii indiferent de nivelul impozitului sau a taxelor plătite.

Modelul clasic al acestui tip de asigurare este reprezentat de sistemul naţional de sănătate din Marea Britanie.

Avantajele asigurării publice sunt:

- surse variate de finanţare;
- colectare eficace a impozitelor;

- control uşor asupra cheltuielilor totale.

Dezavantajele asigurării publice sunt:

- competiţia politică între domeniile finanţate de stat (sănătate, apărare, interne, învăţământ, etc.);
- indivizii percep furnizarea îngrijirilor de sănătate ca un proces gratuit;
- uneori conduce la plăţi directe mari.

Asigurarea publică prin impozitare specifică are urmatoarele caracteristici:

- caz particular al asigurărilor publice în care există taxe colectate de stat cu dedicaţia specială pentru sănătate ("earmarked taxation");
- contribuţiile de asigurare sunt dedicate special acoperiri îngrijirilor de sănătate şi sunt evidenţiate pentru indivizii plătitori;
- acest impozit pentru sănătate se percepe celor care lucrează sau angajatorilor;
- dreptul la acoperirea îngrijirilor de sănătate este al tuturor cetăţenilor, indiferent dacă au plătit sau nu impozitul specific pentru sănătate.

Avantajele asigurării publice prin impozitare specifică sunt**:**

- se pot aprecia fondurile colectate;
- taxele se pot modifica în funcţie de nivelul îngrijirilor de sănătate ce se doresc a fi acoperite;
- excluderea finanţării îngrijirilor de sănătate din arena politică;
- conştientizarea indivizilor că plătesc sume dedicate acoperirii îngrijirilor de sănătate.

Dezavantajele asigurării publice prin impozitare specifică sunt:

- se bazează pe o singură sursă de finanţare;
- vulnerabilitatea la contextul economic a acestei impozitări bazate pe sectorul salarial;
- de obicei percepută ca un nou impozit.

Asigurările sociale de sănătate au următoarele caracteristici:

- indivizii sunt obligaţi să plătească prime către asigurător, prime care nu sunt legate de riscul de boală, ci de venitul fiecăruia;
- primele (contribuţiile) sunt dedicate finanţării sistemului de îngrijiri de sănătate;
- terţul plătitor este reprezentat de una sau mai multe companii de asigurări;
- pacienţii care nu plătesc primele de asigurare, nu beneficiază de plata asigurătorului către furnizor în momentul când solicită îngrijiri de sănătate.

Avantajele asigurărilor sociale de sănătate sunt:

- cunoaşterea exactă a fondurilor;
- conştientizarea populaţiei asupra participării la un mecanism de asigurare pentru sănătate;

- lipsa negocierilor sau a disputelor politice asupra fondurilor ce acoperă îngrijirile de sănătate.

Dezavantajele asigurărilor sociale de sănătate sunt**:**

- de obicei se bazează pe o singură sursă de finanţare;
- capacitatea de colectare a fondurilor;
- sistem cu un asigurător unic sau competiţie între asigurători ?

Interacţiunea public/privat

Deşi sistemele şi organizaţiile private au tendinţa de a funcţiona mai eficient şi eficace în raport cu scopurile definite (datorită relaţiei cu piaţa şi a presiunii concurenţei), mitul totalei superiorităţi a organizaţiei private faţă de cea publică nu se susţine întotdeauna. Graniţa dintre sectorul public şi cel privat nu prezintă continuitate şi stabilitate în timp şi spaţiu.

O analiză a sectoarelor public şi privat din punct de vedere al performanţei, capacităţii de adaptare la schimbare şi a nivelului de satisfacere a nevoilor a evidenţiat faptul că sectorul public este generatorul unei slabe performanţe, iar serviciile publice:

- nu sunt inovative;
- nu sunt suficient de flexibile;
- sunt supraaglomerate şi prea lente;
- nu sunt orientate spre client.

La nivel sistemului, implicarea statului vizează măsurile adoptate în vederea eliminării sau înlăturării unor dezechilibre şi capătă forma politicilor de sănătate, a cheltuielilor publice. Măsurile adoptate în vederea reglementării activităţii furnizorilor de servicii de sănătate vizează: stabilirea unor preţuri, fixarea unor limite minime sau maxime de preţ, determinarea nivelului salariului, gestionarea şi administrarea proprietăţii publice.

Intervenţia statului este limitată de libera iniţiativă a furnizorilor privaţi de servicii de sănătate, care este o trăsătură generală într-o economie de piaţă şi este aplicabilă tuturor în mod egal.

Sectorul public ***coexistă*** cu sectorul privat şi se constată manifestarea unor ***relaţii de complementaritate*** şi/sau ***concurenţă*** între sectorul public şi cel privat.

2.3. Comparaţie între statele europene şi SUA

În multe ţări ale lumii, unul din obiectivele sistemului de sănătate este de a asigura un acces echitabil la îngrijiri, aceasta însemnând că cetăţenii pot beneficia de acestea atunci când au nevoie şi nu doar atunci când pot plăti.

Deşi scopul principal al unui sistem de sănătate este de a îmbunătăţi starea de sănătate a populaţiei, sistemul de sănătate are şi alte obiective intrinseci: să răspundă la solicitările populaţiei

pe care o deserveşte, în funcţie de modul şi de condiţiile în care persoanele beneficiază de tratament, şi să se asigure că “povara” financiară este distribuită în mod echitabil.

Sectorul îngrijirilor de sănătate s-a schimbat semnificativ în ultima jumătate de secol, schimbările apărând nu doar ca noi tehnologii (medicamente, echipamente de investigaţie şi tratament), ci şi ca noi moduri de organizare a îngrijirilor, cum sunt unităţile de îngrijire multidisciplinare sau programele integrate de screening. Totodată s-a dezvoltat conceptul de medicină bazată pe dovezi, care a făcut ca tratamente tradiţionale să fie înlocuite cu unele inovative şi eficiente. De aceea, dacă îngrijirea de sănătate este posibil să fi avut o contribuţie minimă la starea de sănătate a populaţiei în trecut, acum contribuţia acesteia este mai importantă. Mai multe abordări au fost dezvoltate în încercarea de a cuantifica această contribuţie. Multe dintre ele se bazează pe utilizarea datelor de mortalitate la nivel populaţional şi sunt bazate pe conceptul că decesele de anumite cauze nu ar fi trebuit să apară în condiţiile unei îngrijiri de sănătate eficiente şi prompte, aşa-numitele decese evitabile[1]. Acestea se produc datorită diagnosticării inadecvate, tratamentului inadecvat, întârzierii în stabilirea diagnosticului sau în instituirea tratamentului, eşecului în prevenirea, recunoaşterea sau tratarea complicaţiilor, deficienţelor în managementul îngrijirii ca de exemplu: coordonarea între diferitele nivele de îngrijire; întârzierea care se produce în solicitarea unui ajutor calificat; accesul slab la îngrijire în zonele rurale.

Sistemele de sănătate bazate pe asigurări sociale de sănătate în Europa variază mult ca şi caracteristici, reflectând atât evoluţii istorice diferite, cât şi norme şi valori naţionale care stau la baza organizării, finanţării şi furnizării de servicii. Totuşi, un model general de colectare a fondurilor şi de plată a furnizorilor poate fi cel prezentat în figura nr.I.1.

Numărul fondurilor, mărimea şi structura lor variază foarte mult.
Austria, Franţa şi Luxembourg au un număr stabil de fonduri definite în funcţie de statusul ocupaţional. În cazul Austriei sunt definite în funcţie de statusul ocupaţional şi/sau regiunea de rezidenţă, neexitând posibilitatea ca asiguratul să aleagă între ele. Alte ţări au fonduri competitive (Olanda, Germania).

În Belgia, există aproximativ 100 de fonduri organizate în funcţie de afilierea religioasă şi/sau politică. În Germania (ca şi în Austria, Belgia, Franta şi Luxemburg) fondurile sunt entităţi publice nonprofit, având o structură de management care include reprezentanţi ai angajatorilor şi ai angajaţilor [3]. În Olanda, unele fonduri de asigurări au fuzionat cu asiguratori privaţi formând companii care au atât componenta obligatorie, cât şi una privată. În toate ţările, numărul fondurilor de asigurări a scăzut între 1990-2002, scăderea variind între 5,6% şi 57,7% (Busse R., 2004).

[1] decese datorate tuberculozei, pneumoniilor, enterocolitelor, ulcerului peptic, decese materne, etc.

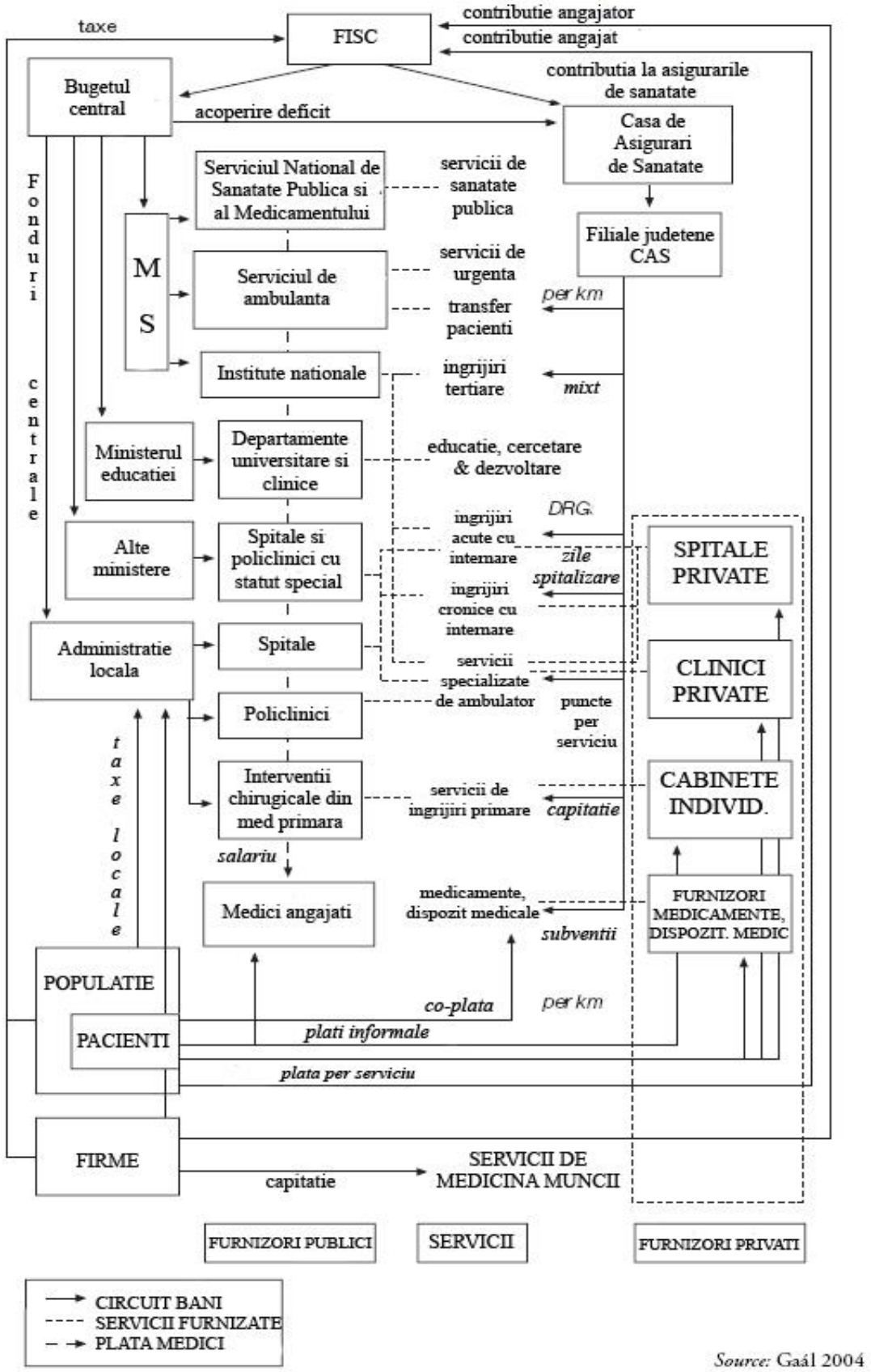


Fig.I.1. – Circuitul banilor în sănătate

În România există un fond unic al asigurărilor sociale de sănătate, gestionat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate având în structura de conducere, de asemenea, reprezentanţi ai angajatorilor şi ai angajaţilor.

Definirea grupurilor de persoane asigurate este diferită, de exemplu: Franta, Olanda, Elveţia au prin lege, acoperire universală în cadrul sistemului lor de asigurări sociale de sănătate. Belgia are, de asemenea, acoperire universală în cadrul a două "regimuri": cel general care asigură un pachet de servicii comprehensiv şi cel pentru liber-profesionişti care asigură un pachet de servicii pentru riscuri "majore". În Germania, o mare parte a populaţiei are asigurare obligatorie, o parte sunt excluşi prin lege şi există un al treilea grup care poate alege între asigurarea obligatorie şi cea voluntară (cei care au un venit peste un anumit prag). În Olanda există o separare strictă între fondul asigurărilor obligatorii şi al celor private, bazată pe nivelul venitului.

Relaţia între persoana asigurată şi fondul de asigurare poate fi una obligatorie sau poate exista posibilitatea de alegere, dar prezenţa mai multor fonduri nu înseamnă neaparat că există posibilitatea de alegere. Posibilitatea de alegere (şi deci competiţia între fonduri) nu există în Austria, Franţa şi Luxembourg. În cazul în care asiguraţii se pot muta de la un fond la altul, diferă intervalul de timp la care pot face acest lucru.

Colectarea contribuţiilor şi a altor venituri se realizează de către plătitor doar în Austria, Germania şi Elveţia; în alte ţări colectarea se face de către o asociaţie a fondurilor (Luxemburg), de agenţii speciale sub controlul guvernului (Belgia), sau direct de către autorităţile care colectează taxele (Olanda).

Cea mai mare parte a veniturilor din sănătate provine din contribuţii legate de venit, care sunt împărţite între angajatori şi angajaţi. Există diferenţe importante legate de uniformitatea ratei, ponderea contribuţiei angajatorului faţă de angajat, existenţa unui plafon, existenţa unor venituri adiţionale nelegate de venit, calcularea contribuţiilor faţă de persoanele neangajate, rolul taxelor în finanţare.

Particularităţi ale sistemului american de sănătate:

- cel mai costisitor sistem de sănătate din lume: 14% PIB – în ciuda cheltuielilor foarte mari, nu este unul din cele mai performante sisteme: locul 37 în lume (World Health Report 2000);
- cel mai inechitabil sistem de sănătate din lume: 15% dintre cetăţeni nu au nici un fel de acoperire;

- asigurările sunt oferite de către angajatori, fiind incluse în pachetele extrasalariale; angajatorii beneficiază de reduceri de impozite pentru aceste pachete;
- companiile de asigurare sunt alese de angajator, angajaţii de regulă nu au libertate de opţiune;
- 80% dintre asiguraţi sunt incluşi în „managed care" (HMO, PPO), structuri care restrâng semnificativ libertatea de alegere a furnizorului de servicii.

3. CARACTERISTICILE SISTEMULUI DE SĂNĂTATE DIN ROMÂNIA

3.1. Istoric

Declinul economic înregistrat în România şi-a pus amprenta asupra stării de sănătate a populaţiei. În general, starea de boală poate determina sărăcie şi invers. Alterarea stării de sănătate compromite venitul familiei, reducând capacitatea de muncă şi productivitatea, afectează calitatea vieţii, determinând sau perpetuând în cele din urmă sărăcia. În acelaşi timp, persoanele sărace sunt mai expuse factorilor de risc individuali şi de mediu, sunt mai puţin bine nutriţi, mai puţin informaţi şi au acces limitat la serviciile de sănătate, fiind astfel mai expuşi riscului de boală şi de incapacitate. Aşadar, o stare de sănătate precară este atât cauză cât şi consecinţă a sărăciei.

Situaţia de „tranziţie" socio-economică înregistrată în România după 1989 a afectat în sens negativ sănătatea şi bunăstarea populaţiei ţării, aflată şi anterior acestor evenimente printre cele mai sărace din Europa. Decidenţii au căutat să intervină în rezolvarea acestei probleme, încercând să stabilească modul în care promovarea unei sănătăţi mai bune poate ajuta dezvoltarea economică şi socială, iar o dezvoltare socio-economică sănătoasă să determine beneficii pentru sănătate. În această perioadă, sistemul de sănătate a suferit modificări majore, trecând de la sistemul centralizat de stat la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, iar modificările legislaţiei au fost, de asemenea, multiple şi importante. Ca în toate ţările ex-comuniste din Estul Europei, tranziţia economică şi socială a determinat în România numeroase schimbări la nivelul populaţiei.

În perioada 1948 – 1990 viaţa politică, economică şi socială din România a cunoscut transformări radicale, care s-au repercutat şi în cadrul economiei sanitare.
Înainte de schimbările petrecute în anii '90, România avea un sistem de sănătate centralizat de stat, de tip Semaşko, caracteristic tuturor ţărilor din Europa de Est. Sistemul era finanţat de la bugetul de stat şi controlat de stat, prin sistemul de planificare centralizată. Statul deţinea monopolul serviciilor de sănătate, care erau proprietatea sa, iar personalul medical era în întregime salariat. Accesul la serviciile medicale era considerat general şi nu exista sistem privat. Printre părţile bune ale sistemului, care mai păstrează din caracteristici şi după anii '90, s-ar

număra: gratuitatea, accesibilitatea largă la asistenţa medicală, relativa respectare a principiului echităţii privind asistenţa medicală. Cu toate acestea, începând cu anii ‘60, dar mai ales după anii ‘80, s-a adâncit diferenţa dintre starea de sănătate a populaţiei din fostul lagăr comunist şi cea din ţările dezvoltate din vestul Europei. Din sistem au lipsit managerii cu pregătire de specialitate şi a avut loc o medicalizare excesivă. De asemenea, sistemul a avut un caracter paternalist, individul şi colectivitatea nefiind responsabilizaţi, nici măcar conştientizaţi asupra importanţei păstrării propriei sănătăţi şi a menţinerii unui stil de viaţă sănătos. Prin subfinanţare, sistemul a fost lipsit de introducerea tehnologiilor noi necesare diagnosticului şi tratamentului, iar sfârşitul anilor ‘80 a fost caracterizat de carenţe grave în aprovizionarea cu medicamente şi materiale sanitare de uz curent. Deşi nu a existat libera alegere a medicului şi pacienţii erau arondaţi la dispensare în funcţie de locul de muncă sau de domiciliu, sistemul a fost permisiv din punctul de vedere al circulaţiei pacienţilor, astfel încât aceştia au putut ocoli dispensarele de medicina generală, slab dotate, căutând asistenţa medicală în unităţile cu paturi şi în ambulator. Astfel s-a ajuns la o medie a consultaţiilor în ambulator în România (incluzând atât dispensarele, cât şi specialiştii) peste media europeană. Caracteristica aceluiaşi sistem a fost o supradimensionare a unităţilor cu paturi, situaţie care s-a perpetuat până în prezent.

Principalele probleme generate de acest sistem au fost: alocarea unei proporţii relativ scăzute din PIB, repartiţia inechitabilă a resurselor, calitatea scăzută a serviciilor de sănătate, absenţa concurenţei şi iniţiativei individuale, exces de unitaţi spitaliceşti, acces insuficient la medicamente moderne, creşterea inechităţii în furnizarea asistenţei medicale între regiuni şi între diferite grupuri populaţionale.
Acest model de organizare a asistenţei medicale a fost avantajos pentru anii de după război, când centralizarea resurselor băneşti şi organizarea serviciilor medicale au condus la ameliorări ale stării de sănătate în ţara noastră. Mai târziu, după anii ’70, dezavantajele sistemului devin evidente şi încep să frâneze evoluţia pozitivă a indicatorilor stării de sănătate ai populaţiei.

După anul 1990 şi până în anul 1998 s-a uzitat un sistem dualist de finanţare: finanţare de stat – buget plus finanţare compementară – fond special de sănătate (Ordonanţa nr.22/1992), precum şi finanţare externă – împrumut de la Banca Mondiala (Legea nr. 71/1991), fonduri Phare şi donaţii.

Începutul reformei sanitare a presupus reorganizarea serviciilor de sănătate şi a sistemului de finanţare a serviciilor de sănătate. Astfel, în iulie 1997 a fost promulgată Legea 145 a asigurărilor sociale de sănătate, lege care a urmărit modelul de asigurării tip Bismarck, cu asigurare de sănătate obligatorie, bazat pe principiul solidarităţii şi funcţionând în cadrul unui sistem descentralizat. Această lege a intrat învigoare cu toate prevederile începând cu 1 ianuarie 1999. Legea 145/1997 a avut un rol cheie în schimbarea sistemului sanitar românesc, aceasta transformând sistemul în sistem de asigurări sociale de sănătate.

În anul 2002, Legea nr. 145/1997 a fost abrogată prin Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 150/2002 privind organizarea şi funcţionarea sistemului asigurărilor sociale de sănătate. Această ordonanţă de urgenţă nu aducea schimbări majore în organizarea şi funcţionarea sistemului, însă prelua unele recomandări ale Băncii Mondiale rezultate din analiza sistemului de sănătate românesc, constând în principal în remedierea descentralizării excesive a caselor teritoriale de asigurări de sănătate. Ordonanţa de urgenţă nr. 150/2002 a fost abrogată în anul 2006 prin titlul VIII al Legii nr. 95 privind reforma în domeniul sănătăţii, lege care reglementează organizarea şi funcţionarea sistemului sanitar.

3.2. Situaţia actuală

Reforma sistemului de sănătate din România se desfăşoară într-un context caracterizat prin:

- **declin economic** care şi-a pus amprenta asupra stării de sănătate a populaţiei;
- **stare de sănătate precară** care este atât cauză cât şi consecinţă a sărăciei;
- **creşterea inegalităţilor sociale** determinate de libertatea comerţului şi a investiţiilor care se însoţesc de **creşterea inegalităţilor în sănătate**;
- **disparităţi în starea de sănătate**, în funcţie de mediul de rezidenţă.

Principalele pârghii de intervenţie asupra sistemului de sănătate sunt reprezentate de:

- reglementarea – conţine mecanismele prin care statul exercită constrângeri asupra comportamentului organizaţiilor din sistemul de sănătate. Ea poate influenţa: intrările, preţul, calitatea şi relaţia vânzător – cumpărător;
- finanţarea – mecanismul de generare a fondurilor;
- plata – modalitatea în care fondurile colectate prin finanţare sunt transferate furnizorilor;
- Organizarea – macro şi microstructura.

O acţiune importantă a reprezentat-o adoptarea **Legii nr. 95/2006**[2] privind reforma în domeniul sănătăţii, care are rolul de a reglementa acest domeniu, pe bază unor principii menite să asigure în timp o asistenţă medicală de calitate cetăţenilor, să îmbunătăţească eficienţa de utilizare a fondurilor în spitale, să amelioreze calitatea actului medical şi nivelul de satisfacţie a pacienţilor, în paralel cu reorientarea serviciilor medicale către ambulatoriu, prin încurajarea dezvoltării asistenţei de sănătate primare (medicina de familie şi îngrijiri la domiciliu). Legea este structurată în 17 titluri, titlul VIII fiind cel dedicat asigurărilor sociale de sănătate. După adoptare, legea a suferit multiple modificari, în functie de disfuncţionalităţile sesizate. Potrivit acesteia, asigurările sociale de sănătate reprezintă principalul sistem de finanţare a ocrotirii sănătăţii populaţiei, care asigură

[2] Monitorul Oficial al României, Partea I, nr.372 din 28 aprilie 2006

accesul la un pachet de servicii de bază pentru asiguraţi, obiectivele acestui sistem fiind protejarea asiguraţilor faţă de costurile serviciilor medicale în caz de boală sau accident şi asigurarea protecţiei asiguraţilor în mod universal, echitabil şi nediscriminatoriu în condiţiile utilizării eficiente a Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate.

Asigurarile sociale de sănătate sunt obligatorii, iar obiectivele menţionate mai sus se realizează pe baza urmatoarelor principii:

- alegerea liberă de către asiguraţi a casei de asigurări;
- solidaritate şi subsidiaritate în constituirea şi utilizarea fondurilor;
- alegerea liberă de către asiguraţi a furnizorilor de servicii medicale, de medicamente şi de dispozitive medicale;
- descentralizarea şi autonomia în conducere şi administrare;
- participarea obligatorie la plata contribuţiei de asigurări sociale de sănătate pentru formarea Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate;
- participarea persoanelor asigurate, a statului şi a angajatorilor la managementul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate;
- acordarea unui pachet de servicii medicale de bază, în mod echitabil şi nediscriminatoriu, oricărui asigurat;
- transparenţa activităţii sistemului de asigurări sociale de sănătate;
- libera concurenţă între furnizorii, care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate.

Asiguraţii sunt toţi cetăţenii români cu domiciliul în ţară, precum şi cetăţenii străini şi apatrizii care au solicitat şi obţinut prelungirea dreptului de şedere temporară sau au domiciliul în România şi fac dovada plăţii contribuţiei la fond. Asigurarea socială de sănătate poate fi şi facultativă (opţională) pentru unele categorii de persoane.

Asiguraţii au dreptul la un pachet de servicii de bază în caz de boală sau de accident, din prima zi de îmbolnăvire sau de la data accidentului şi până la vindecare, în condiţiile stabilite prin Contractul – cadru. Ei îşi pot alege furnizorul de servicii medicale şi casa de asigurări de sănătate la care se asigură, beneficiind de servicii de asistenţă medicală preventivă şi de promovare a sănătăţii, de servicii medicale în ambulatoriile şi în spitalele aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate incluzând servicii medicale de urgenţă, de tratament fizioterapeutic şi de recuperare, de unele servicii de asistenţă stomatologică, precum şi de medicamente, materiale sanitare şi dispozitive medicale, în mod nediscriminatoriu. De asemenea, asiguraţii au dreptul la informaţie în cazul tratamentelor medicale, având garantate confidenţialitatea datelor medicale, în special în ceea ce priveşte diagnosticul şi tratamentul. Ei beneficiază de concedii şi indemnizaţii de asigurări sociale de sănătate şi îngrijiri la domiciliu.

Pentru a putea beneficia de drepturile ce decurg din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, asiguraţii trebuie să fie înscrişi pe lista unui medic de familie din localitatea de domiciliu sau din oricare localitate din ţară (suportând cheltuielile de transport dacă opţiunea este pentru un medic din altă localitate), având posibilitatea să-şi schimbe medicul de familie ales numai după expirarea a cel puţin 6 luni de la data înscrierii pe listele acestuia. Asiguraţii sunt obligaţi să se prezinte la controalele profilactice şi periodice, să respecte cu stricteţe tratamentul şi indicaţiile medicului, să achite contribuţia datorată fondului şi suma reprezentând coplata, să prezinte furnizorilor de servicii medicale documentele justificative care atestă calitatea de asigurat.

Persoanele care nu fac dovada calităţii de asigurat beneficiază de servicii medicale numai în cazul urgenţelor medico-chirurgicale, al bolilor cu potenţial endemo-epidemic şi cele prevăzute în programul naţional de imunizări, de monitorizare a evoluţiei sarcinii şi lăuzei, de servicii de planificare, în cadrul unui pachet minimal de servicii medicale, stabilit prin Contractul-cadru.

Fondul Naţional Unic de Asigurări Sociale de Sănătate (FNUASS) este un fond special constituit din contribuţiile persoanelor fizice şi juridice care angajează personal salariat, din subvenţii de la bugetul de stat, precum şi din donaţii, sponsorizări, dobânzi, venituri obţinute din exploatarea patrimoniului Casei Nationale de Asigurari de Sănătate şi a caselor de asigurări, alte venituri. Gestionarea FNUASS face prin Casa Naţională de Asigurări de Sănătate (CNAS) şi prin casele de asigurări sociale de sănătate judeţene şi a Municipiului Bucureşti (case de asigurări). De asemenea, gestionarea fondului se realizeaza şi prin Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti (OPSNAJ) şi Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor până la reaorganizarea acestora. Contribuţia lunară a persoanei asigurate se stabileşte sub forma unui procent de 6,5% aplicat asupra veniturilor obţinute din salarii, veniturilor impozabile din activităţi independente, veniturilor din agricultură şi silvicultură, indemnizaţiilor de şomaj, veniturilor din cedarea folosinţei bunurilor, din dividende şi dobânzi, din drepturi de proprietate intelectuală, veniturilor realizate din pensii. Persoanele juridice sau fizice la care îşi desfăşoară activitatea asiguraţii au obligaţia să vireze la fond o contribuţie de 7% asupra fondului de salarii, datorată pentru asigurarea sănătăţii personalului din unitatea respectivă.

Colectarea contributiilor persoanelor fizice şi juridice care au calitatea de angajator se face de către Ministerul Economiei şi Finanţelor prin Agenţia Naţională de Administrare Fiscala (ANAF), iar colectarea contribuţiilor persoanelor fizice, altele decât cel pentru care colectarea se face prin ANAF, se efectuează de casele de asigurări.

Veniturile fondului se utilizează pentru plata serviciilor medicale, medicamentelor, materialelor sanitare şi dispozitivelor medicale acordate în condiţiile contractului-cadru, pentru cheltuieli de

administrare, funcţionare şi de capital în limita a maximum 3% din sumele colectate, constituirea unui fond de rezervă în procent de 1% din sumele constituite anual la nivelul CNAS şi plata indemnizaţiilor de asigurări sociale de sănătate.

Iniţial, indemnizaţiile menţionate anterior erau suportate din fondul de pensii, fiind reglementate prin Lgea nr.19/2000 privind sistemul public de pensii şi alte drepturi de asigurări sociale[3].
Avându-se în vedere necesitatea îmbunătăţirii standardului de viaţă al persoanelor vârstnice, care presupune o consolidare a fondului public de pensii, s-a găsit soluţia externalizării din bugetul asigurărilor sociale de stat a prestaţiilor care nu au legatură directă cu asigurarea socială care priveşte pensile. Drept urmare, a fost adoptată Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 158/2005 privind concediile şi indemnizaţiile de asigurări sociale de sănătate[4]. Potrivit acestui act normativ, toate indemnizaţiile ce fac obiectul legii sunt acoperite integral din bugetul FNUASS, excepţie facând indemnizaţia pentru incapacitate temporară de muncă, care se suporta şi de către angajator.

Serviciile medicale suportate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate sunt: servicii medicale profilactice, curative, servicii medicale de îngrijiri la domiciliu şi alte servicii speciale, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale (detalierea acestora şi modalităţile de acordare sunt stabilite prin Contractul-cadru).

Serviciile profilactice sunt reprezentate, în esenţă de:

- depistarea bolilor care pot avea consecinţe majore asupra sănătăţii;
- servicii medicale din cadrul Programului naţional de imunizări;
- servicii de planificare familială;
- monitorizarea atentă a evoluţiei sarcinii şi a lăuzei, indiferent de statutul de asigurat al femeii
- urmărirea dezvoltării fizice şi psihomotorii a sugarului şi a copilului.

Serviciile curative ale căror costuri sunt suportate din fond sunt:

- servicii medicale acordate persoanei bolnave până la diagnosticarea afecţiunii (anamneză, examen clinic, examene de investigaţii paraclinice);
- servicii medicale de urgenţă;
- tratamentul medical, chirurgical şi unele proceduri de recuperare;
- prescrierea tratamentului necesar vindecării, inclusiv indicaţiile privind regimul de viaţă şi muncă, precum şi cel igieno-dietetic.

[3] Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 140/01.IV.2000
[4] Monitorul Oficial al României, Partea I, nr.1074/29.XI. 2005

Există însă şi servicii medicale necuprinse în lista celor care pot fi plătite din fondul asigurărilor sociale de sănătate:

- serviciile medicale acordate în caz de boli profesionale, accidente de muncă şi sportive, asistenţă medicală la locul de muncă, asistenţă medicală a sportivilor;
- unele servicii medicale de înaltă performanţă;
- unele servicii de asistenţă stomatologică, serviciile hoteliere cu grad înalt de confort;
- corecţiile estetice efectuate persoanelor cu vârsta de peste 18 ani;
- unele medicamente, materiale sanitare şi tipuri de transport;
- eliberarea actelor medicale solicitate de autorităţile care prin activitatea lor au dreptul să cunoască starea de sănătate a asiguraţilor;
- fertilizarea in vitro;
- transplantul de organe şi ţesuturi, cu excepţia cazurilor prevăzute în Contractul-cadru;
- asistenţa medicală la cerere;
- contravaloarea unor materiale necesare corectării văzului şi auzului: baterii pentru aparatele auditive, ochelari de vedere, contribuţia personală din preţul medicamentelor, a unor servicii medicale şi a dispozitivelor medicale serviciile medicale solicitate de asigurat;
- unele proceduri de recuperare şi de fizioterapie;
- cheltuielile de personal aferente medicilor şi asistenţilor medicali, precum şi cheltuielile cu medicamente şi materiale sanitare din unităţi medico-sociale;
- serviciile acordate în cadrul secţiilor/clinicilor de boli profesionale şi al cabinetelor de medicină a muncii;
- serviciile hoteliere solicitate de pacienţii ale căror afecţiuni se tratează în spitalizare de zi;
- cheltuielile de personal pentru medici, farmacişti şi medici dentişti pe perioada rezidenţiatului;
- serviciile de planificare familială acordate de medicul de familie în cabinetele de planning din structura spitalului;
- cheltuielile de personal pentru medicii şi personalul sanitar din unităţile sau secţiile de spital cu profil de recuperare distrofici, recuperare şi reabilitare neuropsihomotorie sau pentru copii bolnavi HIV/SIDA, reorganizate potrivit legii;
- activităţi de interes deosebit în realizarea obiectivelor strategiei de sănătate publică, definite prin Contractul-cadru.

Tipuri ale asistenţei medicale:

- Asistenţa medicală primară – se asigură de către medicii de familie prin cabinete medicale.

- Asistenţa medicală ambulatorie de specialitate – se asigură de medici de specialitate, medici dentişti şi dentişti, împreună cu personal mediu sanitar şi alte categorii de personal şi cu personalul sanitar din serviciile conexe actului medical şi se acordă prin: cabinete medicale, unităţi sanitare ambulatorii de specialitate, ambulatorii de specialitate şi ambulatorii integrate din structura spitalelor, societăţi de turism balnear şi de recuperare, laboratoare medicale de radiologie şi imagistică medicală, de analize medicale, explorări funcţionale, autorizate şi evaluate potrivit dispoziţiilor legale în vigoare, centre de diagnostic şi tratament şi centre medicale - unităţi medicale cu personalitate juridică.
- Asistenţa medicală spitalicească – se acordă în unităţi sanitare cu paturi, autorizate şi evaluate conform legii, în regim de spitalizare continuă sau spitalizare de zi. Serviciile medicale spitaliceşti sunt preventive, curative, de recuperare şi paliative şi cuprind: consultaţii, investigaţii, stabilirea diagnosticului, tratamente medicale şi chirurgicale, îngrijire, recuperare, medicamente, materiale să nitare, dispozitive medicale, cazare şi masă.
- Asistenţa medicală de urgenţă şi de transport sanitar – se acordă şi se efectuează de către unităţi medicale specializate care acordă îngrijiri medicale de urgenţă, în caz de boală sau accident, din momentul solicitării sau de la locul accidentului şi până la rezolvarea stării de urgenţă.
- Asistenţa medicală de recuperare/reabilitare a sănătăţii – se asigură în unităţi medicale de specialitate autorizate şi evaluate, respectiv în spitale de recuperare, secţii/compartimente din spitale, sanatorii pentru adulţi şi copii.
- Îngrijiri la domiciliu – se acordă de către furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu, persoane fizice sau juridice, autorizate şi evaluate în condiţiile legii, alţii decât medicii de familie şi spitalele.
- Asistenţa cu medicamente compensate şi gratuite în ambulatoriu.
- Dispozitive medicale destinate corectării şi recuperării deficienţelor organice sau funcţionale ori corectării unor deficienţe fizice.

Instituţii care coordonează funcţionarea sistemului de asigurări sociale de sănătate

Actorii politicilor de sănătate indiferent de ţară, pot fi clasificaţi în următoarele grupe:

- organizaţii internaţionale şi interguvernamentale (Banca Mondială, OMS, UNICEF, etc);
- guvernul şi agenţiile naţionale (Ministerul Sănătăţii, Casa Naţională de Asigurări de Sănătate);
- partidele politice şi organizaţiile non-guvernamentale;
- asociaţiile profesionale ale furnizorilor de servicii medicale;
- producătorii şi distribuitorii de medicamente;
- asociaţiile profesionale (CMR, CMDR, CFR, OAMMR, etc);

- organizaţiile din domeniul sănătăţii şi oamenii de ştiinţă individuali;
- cetăţenii (indivizi organizaţi în grupuri sau asociaţii).

Însă, principalii actori din domeniul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu rol în dezvoltarea politicii de sănătate sunt: Casa Naţională de Asigurări Sociale de Sănătate şi casele judeţene de asigurări sociale de sănătate, Ministerul Sănătăţii şi direcţiile de sănătate publică judeţene, asociaţiile profesionale.

Casa Naţională de Asigurări Sociale de Sănătate este o instituţie publica autonomă care administrează şi gestionează fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate [15].
Principalele atribuţii ale acesteia sunt:

- elaborarea proiectului Contractului – cadru şi a normelor de aplicare a acestuia;
- organizarea sistemului informatic şi informaţional unic integrat;
- îndrumarea metodologica şi controlul modului de aplicare a dispoziţiilor legale de către casele de asigurări judeţene;
- acordarea de informaţii, consultanţă şi asistenţă în domeniul asigurărilor sociale de sănătate;
- comunicarea cu organisme similare din statele membre ale Uniunii Europene.

În subordinea CNAS, la nivelul fiecarui judeţ şi în Municipiul Bucuresti funcţionează câte o *casă de asigurări de sănătate*, care colectează contribuţii de la persoanele fizice şi gestionează bugetul fondului aprobat la nivel de judeţ, contractează şi decontează serviciile medicale contractate cu furnizorii de servicii medicale, înregistrează şi actualizează datele referitoare la asiguraţi, negociază şi monitorizează numărul serviciilor medicale furnizate. Tot din categoria caselor de asigurări judeţene fac parte şi *Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti* şi *Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor*, case de asigurări subordonate de asemenea CNAS şi care au aceleaşi atribuţii ca şi casele judeţene de sănătate.

Ministerul Sănătăţii este organul de specialitate al administraţiei publice centrale, cu rol preponderent în planificarea şi coordonarea politicilor în domeniul sănătăţii publice, având următoarele atribuţii principale [15]:

- stabilirea priorităţilor naţionale de sănătate publică şi elaborarea de programe naţionale de sănătate publică;
- administrarea bugetului de stat pentru sănătate;
- reglementarea sectorului de sănătate privind organizarea şi funcţionarea serviciilor de asistenţă medicală publice şi private, a serviciilor de sănătate publică, a distribuţiei de medicamente

- organizarea şi coordonarea sistemului naţional de supraveghere şi control al bolilor, reţelei naţionale de promovare a sănătăţii, inspecţiei sanitare de stat, sistemului naţional informaţional
- evaluarea periodică a stării de sănătate a populaţiei.

La nivel local, Ministerul Sănătăţii Publice este reprezentat de *autorităţile de sănătate publică judeţene şi a municipiului Bucureşti,* care aplică politica ministerului în teritoriu. Astfel, acestea implementează programele naţionale de sănătate publică şi iau parte la acţiunile locale de sănătate publică, controlează şi evaluează modul de asigurare a asistenţei medicale profilactice şi curative, colectează şi înregistrează datele privind sănătatea populaţiei, identifică problemele de sănătate publică.

Principalele **asociaţii profesionale** din România [15] sunt următoarele:

- Colegiul Medicilor din România;
- Colegiul Medicilor Dentişti din România;
- Colegiul Farmaciştilor din România;
- Ordinul Biochimiştilor, Biologilor şi Chimiştilor în Sistemul sanitar din România;
- Colegiul Psihologilor din România;
- Ordinul Asistenţilor Medicali şi al Moaşelor din România;
- Ordinul Tehnicienilor Dentari din România.

Principalele atribuţii ale acestor organisme profesionale sunt:

- asigură controlul aplicării regulamentelor şi normelor care reglementează exercitarea profesiilor respective;
- întocmesc şi actualizează Registrul unic al profesiilor;
- dezvoltă metodologii, iniţiază şi elaborează ghiduri şi protocoale de practică, judecă toate cazurile de abateri de la normele de etică profesională;
- colaborează la formarea, specializarea şi perfecţionarea pregătirii în profesiile respective, iniţiază şi promovează forme de educaţie medicală continuă.

Aceste organisme profesionale sunt consultate în elaborarea Contractului-cadru şi a normelor de aplicare ale acestuia, precum şi în orice politică pe care o elaborează MS şi CNAS.

3.3. Oportunităţi, tendinţe

Succesul în organizarea serviciilor medicale din ambulator, de exemplu: oferirea de tratament pentru afecţiunile acute şi servicii de medicină preventivă, reprezintă cel mai important determinant al performanţei sistemului de sănătate în multe ţări în curs de dezvoltare. Personalul medical din

ambulator are capacitatea de a oferi cel mai mare câştig imediat la nivelul stării de sănătate a populaţiei, în special în rândul persoanelor cu venituri mici. În acest moment, aceste servicii de sănătate determină majoritatea cheltuielilor în majoritatea ţărilor sărace [7]. Organizarea serviciilor din ambulator au o importanţă foarte mare asupra performanţei sistemului care, în prezent, este puţin înţeleasă şi insuficient luată în calcul în cadrul politicilor şi programelor de reformă din sănătate.

Resursele necesare nu sunt doar de ordin financiar; sectorul medical are nevoie de personal pregatit, eficient repartizat, de un sistem adecvat de achiziţii şi de distribuţie a produselor medicale şi farmaceutice şi de metode de creştere a capitalului pentru investiţii în facilităţi. În plus, sistemul mai are nevoie de un mediu legal, financiar şi legislativ funcţional. Este important ca stimulentele financiare să fie în concordanţă cu obiectivele sistemului. Cea mai importantă şi mai scumpă resursă a unui spital este personalul medical. Incă această resursă este slab pregatită şi administrată.

În multe ţări atribuţiile personalului medical s-au schimbat foarte puţin în ciuda schimbărilor majore din sistemul medical. Responsabilităţile sunt clar demarcate. Totuşi, în multe ţări din Europa de Vest au apărut schimbări majore: una dintre ele este substituţia (asistentele medicale preiau multe dintre atribuţiile care anterior erau ale medicului). Aceste noi atribuţii pot fi: efectuarea de endoscopii, tratamentul în unităţile ATI, îngrijirea unor boli cronice ca astmul şi HTA, chiar prescrierea de medicamente, în limita ghidurilor medicale. Creşterea sectorului privat a determinat probleme serioase în menţinerea personalului în sectorul medical public. Una dintre probleme o reprezinta nivelul de salarizare. Dacă salariile nu sunt competitive, angajarea şi păstrarea personalului medical poate fi foarte dificilă. Oamenii au însă şi alte aşteptări: furnizarea unui sistem de dezvoltare profesională, recunoaşterea importanţei faptului că învăţământul pentru personalul medical durează toată viaţa, cooptarea personalului la luarea deciziilor.

Pe piaţă există foarte multă aparatură medicală fie prea scumpă, fie nenecesară. Ca răspuns la aceasta situaţie s-au dezvoltat programele de evaluare a tehnologiilor medicale.

Adesea, restructurarea sistemului sanitar este văzută doar ca o reducere a numărului de paturi. Numărul mare de spitale a făcut ca ele să rămână principalele surse de îngrijiri sociale şi de sănătate, deşi acest model nu este cel mai cost-eficient. În ţările din Europa de Vest, majoritatea serviciilor sociale sunt acordate prin servicii comunitare sau prin sprijinirea financiară a celor aflaţi în dificultate. Reducerea numărului de paturi sau închiderea unor spitale sunt esenţiale la un anumit moment, dar acest lucru trebuie făcut împreună cu reconfigurarea şi dezvoltarea de pachete de îngrijiri potrivite.

Provocarea este de a dezvolta o reţea de facilităţi care furnizează servicii în locaţiile potrivite. Aceasta poate însemna regândirea radicală a naturii spitalului şi restructurarea serviciilor existente. Pe măsură ce spitalele primesc mai puţini pacienţi, dar mult mai grav bolnavi, sarcinile departamentelor medicale şi chirurgicale se modifică. Pentru anumite specialităţi, de exemplu gastroenterologia, schimbarea tehnologiei a impus ca tot mai mulţi pacienţi să aibă nevoie de serviciile combinate ale chirurgului şi internistului. Acest fenomen a determinat ca unele spitale în Europa să-şi reconfigureze serviciile după severitatea afecţiunilor şi mai puţin după specialitate. Acest fapt sugerează ca spitalele să capete o flexibilitate crescută în organizarea serviciilor.

3.4. Principalele modalitati de finanţare a serviciilor de sănătate

Există toate cele trei tipuri de asigurări obligatorii:

- prin impozitare generală - fondurile gestionate de MS pentru programele de sănătate, administraţia sanitară şi investiţii
- prin impozitare cu taxe speciale - pe tutun, alcool, etc. (din 1 ianuarie 2007 sunt colectate de MS pentru investiţii în infrastructura sistemului sanitar public, finanţarea programelor naţionale de sănătate şi pentru rezerva MS pentru situaţii speciale)
- prin asigurări sociale de sănătate

Finanţarea se mai poate face prin asigurări voluntare de sănătate sau plăţi directe:

- co-plăţi la medicamente, servicii stomatologice, etc.
- pentru servicii neacoperite sau de calitate slabă

Evoluţia fondurilor asigurărilor sociale de sănătate în perioada 1999 – 2006 este prezentată în tabelele nr. I.3 şi I.4

Tabelul nr. I.3. – Evoluţia fondurilor asigurărilor sociale de sănătate (I)

Anul	**1999**	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**
Venituri	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Cheltuieli totale	87%	90%	90%	88%	113%	102%	102%	98%
Cheltuieli servicii	97%	97%	98%	98%	97%	98%	99%	98%
Alte cheltuieli	3%	3%	2%	2%	3%	2%	1%	2%
Rezerva	4%	4%	1%	1%	2%	1%	1%	1%
Surplus /deficit	9%	6%	9%	11%	-15%	-3%	-3%	1%

Sursa: *Radu Paul, Haraga Simona –"L`allocation de resources du système d`assurance maladie en Roumanie – le patient le vrai bénéficier", Prezentare la al XVI Congres al ALASS, Montreal, Canada, octombrie, 2005*

Tabelul nr. I.4. – Evoluţia fondurilor asigurărilor sociale de sănătate (II)

Anul	% 2000 /1999	% 2001 /2000	% 2002 /2001	% 2003 /2002	% 2004 /2003	% 2005 /2004	% 2006 /2005
Venituri	**54,8%**	**46,7%**	**31,3%**	**0,6%**	**24,8%**	**16,8%**	**14,5%**
Cheltuieli	**60,0%**	**46,6%**	**29,2%**	**28,8%**	**12,4%**	**17,3%**	**9,7%**
Surplus/ deficit (inclusiv rezerva)	**20,3%**	**47,6%**	**49,7%**	**- 83,6%**	**-35,6%**	**14,5%**	**17,9%**
Inflaţia	**45,7%**	**34,5%**	**22,5%**	**15,3%**	**11,9%**	**9%**	**7%**

Sursa*: Radu Paul, Haraga Simona –"L`allocation de resources du système d`assurance maladie en Roumanie – le patient le vrai bénéficier", Prezentare la al XVI Congres al ALASS, Montreal, Canada, octombrie, 2005*

Prima lege referitoare la asigurările voluntare de sănătate a apărut în anul 2004, ulterior titlul X din *Legea 95/2006 privind reforma în sănătate* prevede că în România, asigurările voluntare de sănătate pot fi asigurări de tip complementar şi suplimentar.

Asigurările voluntare de sănătate de tip complementar suportă total sau parţial plata serviciilor neacoperite parţial din pachetul de servicii medicale de bază, coplăţi.

Asigurările voluntare de sănătate de tip suplimentar suportă total sau parţial plata pentru orice tip de servicii necuprinse în pachetul de servicii medicale de bază, opţiunea pentru un anumit personal medical, solicitarea unei a doua opinii medicale, condiţii hoteliere superioare, alte servicii medicale specificate în poliţa de asigurare.

Sunt definite de asemenea o serie de noţiuni [15], cum ar fi:

- pachet de servicii medicale de bază – serviciile şi produsele destinate prevenirii, diagnosticării, tratamentului, corectării şi recuperării diferitelor afecţiuni, la care asiguraţii[5] au acces în totalitate, parţial sau cu anumite limitări în volum ori în suma acoperită;
- servicii medicale furnizate sub formă de abonament – servicii medicale preplătite pe care furnizorii le oferă în mod direct abonaţilor şi nu prin intermediul asigurătorilor, în afara serviciilor din pachetul de servicii medicale de bază din sistemul de asigurări sociale de sănătate;
- coplata pentru asigurări voluntare de sănătate de tip complementar – diferenţa între tariful decontat de casa de asigurări de sănătate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate şi tariful maximal stabilit de Ministerul Sănătăţii, ca autoritate naţională în politica de preţuri a serviciilor medicale, medicamentelor şi dispozitivelor medicale.

[5] asiguraţi în sistemul asigurărilor sociale de sănătate

4. NOŢIUNI DE BAZĂ ÎN ADMINISTRAREA RESURSELOR FINANCIARE

4.1. Elemente de contabilitate

Printr-un sistem de concepte şi proceduri, contabilitatea furnizează informaţii financiare despre o organizaţie, informaţii pe baza cărora, organizaţia poate fi evaluată din interior sau din exterior.
Informaţia contabilă se poate clasifica în două mari categorii: informaţie contabilă financiară şi informaţie contabilă de gestiune.
Informaţia contabilă financiară se regăseşte în situaţii financiare destinate utilizatorilor externi: bilanţ, cont de profit şi pierdere, situaţia fluxurilor de trezorerie şi note explicative la acestea. *Informaţia contabilă de gestiune* este nestandardizată, destinată utilizatorilor interni (conducerii organizaţiei) cuprinde informaţii privind costul unitar al serviciilor/produselor în funcţie de organizaţie, modificările costurilor în funcţie de volumul activităţii. Analizele contabilităţii de gestiune se fac la intervale de timp scurte – lunar, săptămânal sau zilnic – şi se circumscriu unor subdiviziuni ale organizaţiei, numite centre de responsabilitate sau de cost.

Principii contabile [6]:

- entitatea – în majoritatea cazurilor, situaţiile financiare se întocmesc pentru entitaţi juridice, dar există situaţii în care acestea se întocmesc pentru entitaţi fără personalitate juridică sau la un nivel superior faţă de entităţile juridice;
- cuantificarea monetară – informaţiile financiare sunt informaţii exprimate valoric astfel încât situaţiile financiare generalizează şi sintetizează datele neomogene privind activele, datoriile şi rezultatele organizaţiilor, dar nu pot include o serie de alte informaţii, inclusiv fluctuaţia puterii de cumpărare a etalonului monetar;
- continuitatea activităţii – în contabilitate, se pleacă de la prezumţia că entitatea are o viaţă infinită şi că baza de evaluare nu este valoarea de piaţă (de vânzare), deoarece nu există intenţia vânzării resurselor;
- costul istoric – într-o organizaţie, resursele rezultate din cumpărări sunt evidenţiate la costul de achiziţie, dacă au fost produse în cadrul acelei organizaţii, sunt evidenţiate la costul de producţie, aceste costuri servind la evaluarea resurselor şi după data achiziţiei sau producţiei, nemaireflectând în timp preţul de piaţă;
- dubla reprezentare – are la bază conceptul de patrimoniu care are un activ în care se regăsesc bunurile, ca obiecte ale drepturilor şi obligaţiilor şi un pasiv care regrupează drepturile şi obligaţiile titularului de patrimoniu, fiecare bun din activ fiind obiectul unui drept sau al unei obligaţii din pasiv;

- realizarea – recunoaşterea şi înregistrarea veniturilor se realizează numai atunci când la baza lor se află o tranzacţie;
- contabilitatea de angajamente – se aplică în recunoaşterea veniturilor şi cheltuielilor, aceste fiind înregistrate când există dreptul de a primi numerar, respectiv obligaţia de a plăti şi nu când ele sunt încasate respectiv plătite;
- conectarea cheltuielilor la venituri – are ca scop determinarea profitului care rezultă dintr-o tranzacţie;
- periodizarea – activitatea unei organizaţii este împărţită în perioade numite *exerciţii contabile* la sfârşitul cărora se întocmesc rapoarte asupra modului în care au fost gestionate resursele şi care au fost rezultatele gestiunii – la sfârşitul unui exerciţiu contabil, organizaţia are echipamente aflate în diferite stadii ale vieţii lor utile, fracţiunea utilizată în cursul exerciţiului încheiat reprezintă o cheltuială, restul reportându-se în exerciţiile următoare;
- consecvenţa (principiul permanenţei metodelor) – are ca scop să permită comparabilitatea informaţiilor contabile în timp; de aceea, în rapoartele de audit se menţionează dacă a fost respectat principiul consecvenţei sau nu;
- prudenţa – impune a se ţine seama de toate pierderile probabile şi să se considere doar veniturile certe;
- alte principii contabile – principiul intangibilităţii bilanţului de deschidere, principiul non-compensării, principiul prevalenţei economicului asupra juridicului, principiul pragului de semnificaţie.

4.2. Bilanţul contabil

La sfârşitul exerciţiului financiar (derulat că perioadă între datele de 1 ianuarie şi 31 decembrie ale unui an, cu excepţia primului an de activitate), poziţia financiară a organizaţiei este reflectată de bilanţul contabil.

Bilanţul contabil este documentul contabil de sinteză prin care se prezintă elementele de activ şi pasiv la încheierea exerciţiului, precum şi celelalte situaţii prevăzute de cadrul legislativ [6]. Elementele bilanţului sunt activul, datoriile şi capitalul propriu.

Activul reprezintă o resursă controlată de organizaţie ca rezultat al unor evenimente trecute şi de la care se aşteaptă să genereze beneficii economice viitoare. Activul are următoarea structură: active imobilizate, active circulante, cheltuieli în avans.

Datoriile reprezintă o obligaţie actuală a unei organizaţii, ce decurge din evenimente trecute a cărei decontare va duce la o ieşire de resurse. Ele sunt clasificate în datorii curente şi datorii pe termen lung. Datoriile curente sunt datoriile care se aşteaptă să fie plătite în cursul normal al ciclului de

exploatare sau sunt exigibile în termen de 12 luni de la data bilanţului. Toate celelalte datorii intră în categoria datoriilor pe termen lung.
Capitalul propriu, diferenţa între activ şi pasiv, reprezintă sursele de finanţare stabile de care dispune o organizaţie.

Orice tranzacţie dă naştere la modificări în volumul şi structura elementelor de activ, capital propriu şi datorii, manifestate sub forma de creşteri sau micşorări, dar fără a modifica ecuaţia:

Activ = Capital propriu + Datorii

4.3 Bugetul

Unul din aspectele principale ale planificării se referă la alcatuirea unui buget, adică organizarea resurselor astfel încât să asigure consumurile generate de realizarea programelor, serviciilor organizaţiei pentru perioada pentru care se realizează bugetul [6]. Pentru instituţii publice, bugetul se alcătuieşte pentru un an, corespunzator unui exerciţiu financiar, dar organizaţiile private îşi pot alcătui, în cadrul planificării operaţionale, un buget care poate cuprinde mai mulţi ani, din care primul an va fi descris în detaliu, pentru următorii doi ani vor fi reţinute aspectele importante din cadrul bugetului, iar pentru anii următori, doar obiectivele financiare.
Bugetul combină toate activităţile individuale ale unei organizaţii exprimate ca venituri şi cheltuieli putând fi utilizat şi ca instrument de monitorizare a cheltuielilor. Întotdeauna, activitatea de alcătuire a bugetului este o responsabilitate a echipei manageriale de top.

4.4. Managementul costurilor

Costul reprezintă exprimarea monetară a utilizării resurselor materiale, financiare şi umane într-o organizaţie.
Costul poate fi definit astfel:

- ansamblul de cheltuieli încorporabile care corespund fie unui calcul privind o funcţie sau o parte a organizaţiei, fie unui calcul privind un obiect, o prestare de servicii sau un grup aflat într-un anumit stadiu, altul decât cel final;
- suma de bani cheltuită pentru producerea sau cumpărarea unui bun, efectuarea unei lucrări sau prestarea unui serviciu;
- un consum de mijloace orientat spre un scop economic determinat;
- un sacrificiu de resurse sau de valoare;

- un indicator sintetic care, alături de productivitatea muncii şi rentabilitate, caracterizează calitatea, eficienţa activităţii, modul în care sunt gestionate fondurile.

Dacă întocmirea bilanţului este una dintre atribuţiile managementului organizaţiei doar la sfârşitul unui exerciţiu financiar, costul activităţii acesteia constituie, cel mai adesea, subiectul preocupărilor sale permanente, de-a lungul întregului exerciţiu financiar. Nu trebuie confundate noţiunile de cost şi cheltuială. O cheltuială reprezintă un cost în momentul în care ceea ce s-a achiziţionat este consumat.

4.4.1. Tipuri de costuri

Procesele identificării, clasificării şi analizei costurilor sunt vitale pentru orice organizaţie.

Costul oportunităţii unei resurse reprezintă o măsură de cost bazată pe valoarea care ar fi putut fi generată prin folosirea resursei în cea mai bună alternativă posibilă.

Şi pentru serviciile de sănătate, costul unui serviciu de sănătate este dat şi de efectul asupra celorlalte servicii de sănătate (care nu se pot furniza) şi asupra societăţii.

Costul total (CT): măsoară totalitatea costurilor necesare producerii şi distribuţiei unei anumite cantităţi de bunuri/servicii realizate de un agent economic într-o perioadă de timp [12]

În funcţie de modul de componenţă a costului total, se clasifică în:

- Costurile fixe
- Costurile variabile
- Costurile semi-variabile

Costurile fixe = costurile care nu variază în funcţie de modificarea volumului de activitate, ele tind să fie legate de timp (salarii, chirii, etc.). Costurile fixe pot varia în timp (creşterea salariilor, utilităţilor), dar sunt fixe în raport cu volumul activităţii într-o perioadă relevantă de timp.

Costurile variabile = costurile care variază direct proporţional cu modificarea volumului de activitate, reflectând consumurile de resurse necesare pentru producerea unei anumite cantităţi de bunuri sau servicii.

Costurile semi-variabile = cresc odată cu volumul, dar în trepte, au o componentă fixă şi una variabilă.

Altă clasificare a costurilor ţine cont de modul în care pot fi identificate cu o activitate sau nu:

- *Costurile directe* = consumul efectiv de resurse necesare desfăşurării activităţii; pot corespunde unui pacient, serviciu sau specialitate
- *Costurile indirecte* = nu pot fi identificate cu consumul unui anumit produs sau serviciu (cauza poate fi chiar inexistenţa unui sistem de determinare a acestora pentru un pacient sau serviciu)

Costurile intangibile sunt costuri corelate cu efectele secundare ale procedurilor medicale; trebuie luate în considerare pentru că ele pot genera alte costuri directe sau/şi indirecte:

- *Costul unitar (Cu)* = costul mediu al unei unităţi de produs
- *Costul marginal (Cm)* = costul creşterii producţiei cu o unitate
- *Costul incremental (Ci)* = se referă la consumurile adiţionale folosite pentru creşterea producţiei cu mai mult de o unitate; de obicei reflectă costul schimbării unei metode de producţie sau al introducerii unui nou serviciu

4.4.2. Centre şi obiecte de cost

Centrele de cost sunt subunităţi ale unei organizaţii la nivelul căreia se pot calcula costurile [4].
Standardele de Contabilitate a Costurilor definesc obiectul de cost astfel: operaţiune, subdiviziune organizaţională, contract sau alt tip de unitate a procesului de activitate, pentru care sunt cuantificate datele referitoare la costuri şi se stabileşte o metodă de determinare a costului pe procese, produse, comenzi etc.
Tipuri de centre de cost:

- Intermediare (de ex: secţiile administrative sau cele paraclinice)
- Finale (de ex: secţiile clinice sau cele paraclinice)

Obiectul de cost este definit ca orice activitate a cărei calculaţie de cost este dorită în mod expres. Obiectele de cost sunt, de obicei, parte a centrelor de costuri.
Exemple de obiecte de cost:

- Zile de spitalizare
- Pacienţi
- Servicii
- Proceduri
- Diagnostice,
- Investigaţii, explorări etc.

Orice metodologie de calcul trebuie să ţină cont de posibilităţile practice, actuale, de identificare a cheltuielilor spitaliceşti, şi poate fi îmbunătăţită odată cu perfecţionarea metodelor de evidenţă a cheltuielilor analitice la nivel de secţie.
Cu cât o organizaţie este capabilă să îşi determine mai în detaliu costurile pe unitate de produs (de ex. pe pacient, pe procedură), cu atât va fi mai în măsură să îşi gestioneze mai bine resursele de care dispune pentru producţia acestuia.
Realitatea arată că este dificilă trasarea tuturor costurilor implicate de un anumit serviciu, şi că există o parte importantă a acestora care rămân neidentificate la nivelul obiectului de cost. De

regulă, acestea sunt costuri indirecte (“overheads”), pentru care se folosesc anumite tehnici de alocare către obiectul de cost.

În mod specific, obiectivele alocării costurilor sunt (14):

- furnizarea unor informaţii complete asupra costurilor ca bază pentru calcularea unor indicatori de eficienţă;
- furnizarea informaţiilor referitoare la costuri ca bază pentru ramburasarea de către terţi plătitori;
- furnizarea informaţiilor referitoare la costuri pentru negocierea rambursării de către diverşi contractori;
- furnizarea de informaţii către manageri în vederea luării unor decizii, luând în calcul limitele cunoscute ale diverselor tehnici de alocare.

Acurateţea alocării costurilor indirecte depinde atât de metoda de alocare, cât şi de cheia de alocare.

Pentru a putea realiza o alocare a costurilor este nevoie de:

- definirea în cadrul organizaţiei a centrelor de venituri şi a centrelor suport (Tabel nr.I.5.)
- înregistrarea cheltuielilor pe categorii şi pe centre;
- sistem informaţional capabil să furnizeze date de cost pentru fiecare centru de venituri şi centru de suport;
- tehnică de alocare a costurilor potrivită în mod practic pentru furnizorul de servicii medicale.

Tabelul nr.I.5. – Exemple de centre de venituri si centre suport

Centre de venituri	Centre de suport
Secţii cu paturi	Sector administrativ (financiar, tehnic,
Ambulatoriu	achiziţii, resurse umane)
Laborator	Spălătorie
Radiologie	Statistică
Unitate de primiri urgenţe, etc.	Bucătărie, etc.

Structura organizaţională este un element cheie în alocarea costurilor, deoarece o repartizare clară a autorităţii va duce la o definire clară a centrelor de responsabilitate şi asocierea acestora cu costurile. O a doua condiţie esenţială este ca sistemul contabil să poată colecta costurile pe centre de responsabilitate. A treia condiţie se referă la sistemul informaţional care trebuie să minimizeze erorile în înregistrarea şi clasificarea datelor. Un aspect important al sistemului informaţional îl reprezintă datele nonfinanciare, deoarece alocarea costurilor depinde de numărul serviciilor

furnizate de sau către un anumit centru. Trebuie avut grijă însă, ca beneficiul care rezultă din îmbunătăţirea alocării costurilor să nu fie depăşit de costul colectării datelor.

Tehnicile de alocare a cheltuielilor indirecte discutate în acest capitol, de la cea mai simplă până la cea mai complexă, de la cea mai puţin corectă către cea mai exactă, sunt:

- metoda directă
- metoda alocării în trepte
- metoda dublei distribuţii
- metoda alocării reciproce

Aceste tehnici de alocare a cheltuielilor diferă în special prin modul în care costurile sunt alocate între sau de la centrele de suport.

Cheile de alocare cele mai utilizate sunt:

- suprafaţă
- nr. angajaţi
- zile spitalizare
- nr. bolnavi, etc.

Rezultatele alocării costurilor devin importante în măsura în care se poate determina dacă un anumit serviciu se poate autosusţine din punct de vedere financiar.

Alocarea directă: presupune alocarea cheltuielilor unei secţii, de ex., în mod egal pe numărul de zile de spitalizare sau pacienţi; este simplă, dar nu ţine cont de interacţiunea între centrele de cost şi alocarea cheltuielilor între diferite servicii care se susţin reciproc. Costurile centrelor de suport sunt alocate direct centrelor de venituri, fără a ţine cont de serviciile furnizate de un centru de suport către alt centru de suport (de exemplu: servicii administrative furnizate cantinei sau spălătoriei). Această metodă este prezentată de obicei pentru a furniza un punct de plecare pentru compararea cu celelalte metode.

Alocarea în trepte: presupune alocarea cheltuielilor în mai mulţi paşi, mai întâi către toate centrele de cost intermediare (ex. secţii adm.) şi apoi realocare de la nivelul acestora către centrele de cost finale (ex. secţii clinice); este mai dificilă deoarece presupune ierarhizarea unităţilor funcţionale, după importanţa acestora.

Exemple privind alocarea cheltuielilor indirecte:

- programul Medicare în SUA a standardizat ordinea alocării către departamente, precum şi cheile de alocare, pentru a reduce variaţiile în determinarea costului unitar al serviciilor;
- similar, în România, aplicaţia de spital distribuită de CNAS (ExBuget v.4.0) cuprinde o standardizare a ordinii şi a cheilor de alocare a cheltuielilor spitalelor**.**

Această metodă înlătură unul din punctele slabe ale metodei de alocare directă prin faptul că ţine cont de realitatea că unele centre de suport furnizează servicii inclusiv altor centre de suport nu doar centrelor de venituri, dar nici această metodă nu recunoaşte toate relaţiile care se pot stabili între centrele de suport.

STUDIU DE CAZ 1: REPARTIZAREA COSTURILOR INDIRECTE SPRE CENTRE DE COST PRIN METODA DIRECTĂ [12]

Considerăm un spital care poate realiza venituri prin:

a. *secţiile cu paturi prin spitalizări ale pacienţtilor*
b. *secţia de radiologie prin efectuarea de radiografii unor pacienţi trimişi din alte centre pentru investigaţii radiologice*

Sectoare	*Costuri directe (U.M.)*	*Suprafaţa (m2)*	*Mese servite (nr.)*	*Număr de angajaţi*	*Număr de spitalizari*	*Număr de radiografii*
Sectoare de suport						
Serviciul tehnic	*200.000*	*10.000*		*12*		
Cantină	*400.000*	*30.000*		*10*		
Serviciul administrativ	*300.000*	*20.000*		*10*		
Centre de venituri						
Secţii cu paturi	*800.000*	*160.000*	*2.000*	*25*	*400*	*900*
Radiologie	*300.000*	*40.000*		*8*		
Total	*2.000.000*	*260.000*	*2.000*	*65*	*400*	*900*

Costurile serviciului tehnic se alocă pe baza suprafeţei, costurile cantinei se alocă pe baza numărului de mese servite, costurile serviciului administrativ se alocă în funcţie de numărul de angajaţi.

În acest exemplu, costurile directe ale cantinei au fost repartizate secţiilor cu paturi pentru că doar acolo se servesc mese, costurile administraţiei şi ale serviciulu tehnic au fost repartizate după cheile menţionate.

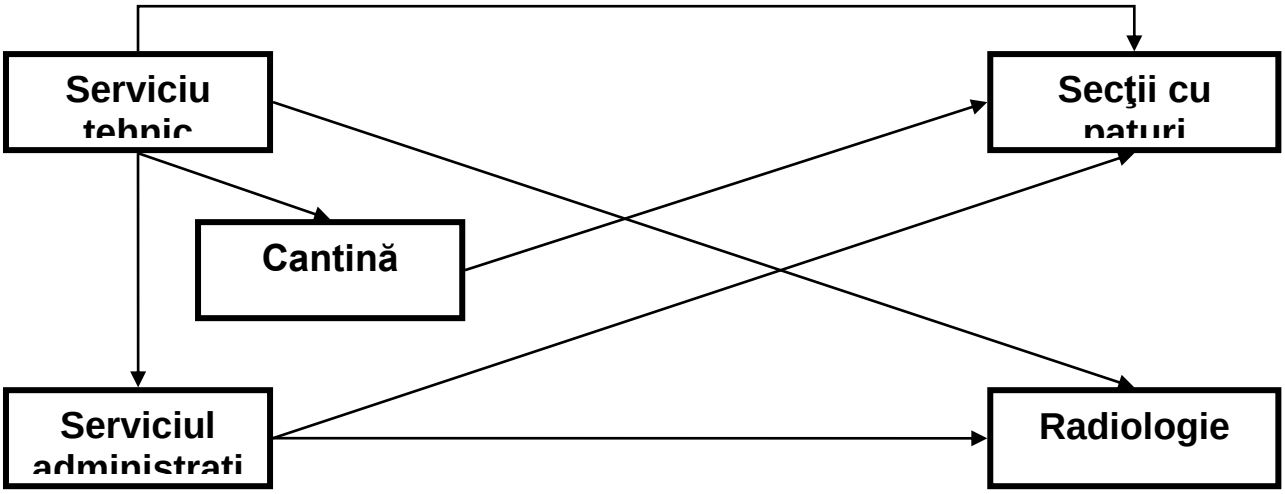
Sectoare	*Costuri directe (U.M.)*	*Suprafaţa (m2)*	*Mese servite (nr.)*	*Număr de angajati*	*Repartizare către secţii cu paturi*	*Repartizare către radiologie*
Sectoare de suport						
Serviciul tehnic	*200.000*				*160.000*	*40.000*
Cantină	*400.000*				*400.000*	
Serviciul administrativ	*300.000*				*227.273*	*72.727*
Centre de venituri						
Secţii cu paturi	*800.000*	*160.000*	*2.000*	*25*	*800.000*	
Radiologie	*300.000*	*40.000*		*8*		*300.000*
Cost pe spitalizare					*3.968*	
Cost pe radiografie						*459*
Total	*2.000.000*	*200.000*	*2.000*	*33*	*1.587.273*	*412.727*

În urma repartizării a rezultat un cost pe spitalizare 3.968 U.M. şi costul pe radiografie 459 U.M.

STUDIU DE CAZ 2: REPARTIZAREA COSTURILOR INDIRECTE SPRE CENTRE DE COST PRIN METODA ALOCĂRII ÎN TREPTE [12]

Considerăm aceeaşi situaţie ca în studiul de caz nr.1 cu excepţia faptului că luăm în considerare faptul că parte din munca efectuată de serviciul tehnic este pentru cantină şi parte pentru serviciul administrativ.

Schema alocării descrise este prezentată mai jos:



	Costuri directe (U.M.)	*Repartizare catre cantină*	*Repartizare către serviciul administrativ*	*Repartizare către secţii cu paturi*	*Repartizare către radiologie*
Sectoare de suport					
Serviciul tehnic	***200.000***	*24.000*	*16.000*	*128.000*	*32.000*
Cantina	*400.000*	*400.000*			
		424.000	*0*	*424.000*	*0*
Serviciul administrativ	*300.000*		*300.000*		
			316.000	*239.394*	*76.606*
Centre de venituri					
Sectii cu paturi	*800.000*			*800.000*	
Radiologie	*300.000*				*300.000*
Total	*2.000.000*			***1.591.394***	***408.606***
Cost pe spitalizare				*3.978*	
Cost pe radiografie					*454*

Costul serviciului tehnic a fost repartizat pe baza suprafeţei către cantină, serviciul administrativ, secţiile cu paturi şi radiologie. Astfel, costul cantinei rezultat din costul direct şi alocarea de la serviciul tehnic a fost alocat secţiilor cu paturi. Costul serviciului administrativ, rezultat din costul direct şi alocarea de la serviciul tehnic, a fost repartizat, pe baza numărului de angajaţi, către

secţiile cu paturi şi radiologie. În urma repartizării a rezultat un cost pe spitalizare 3.978 U.M. şi costul pe radiografie 454 U.M.

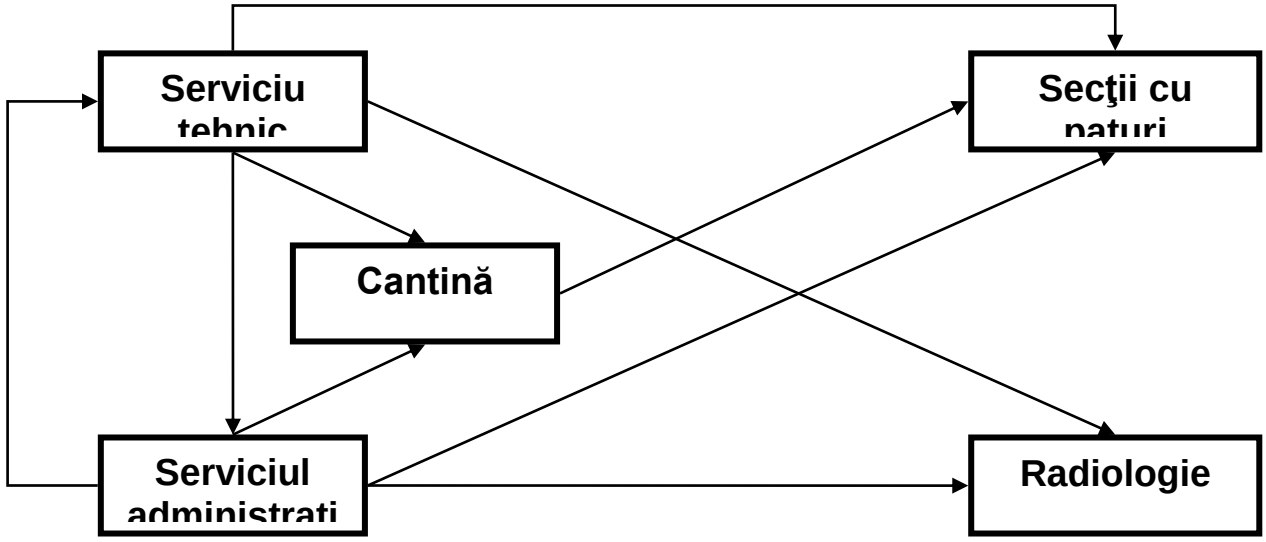
Metoda dublei distribuţii a fost construită pentru a corecta unul din punctele slabe majore ale metodei alocării în trepte şi anume repatiţia serviciilor interdepartamentale. În metoda precedentă, după alocarea costurilor unui centru de suport nu se mai revine cu o realocare către acesta, deşi în practica reală, schimburile de servicii între departamente pot fi bidirecţionale şi nu exclusiv unidirecţionale (vezi studiul de caz nr.3).

Rezultatele reproduc mai bine fluxul de servicii care apare între diferitele departamente. Punctul slab al metodei este că este destul de ambiguă în ceea ce priveşte ordinea în care se face realocarea costurilor centrelor de suport şi momentul în care nu se mai face realocare între centrele de suport.

STUDIU DE CAZ 3: REPARTIZAREA COSTURILOR INDIRECTE SPRE CENTRE DE COST PRIN METODA DUBLEI DISTRIBUŢII [12]

Considerăm aceeaşi situaţie ca în studiile de caz nr.1 şi 2 cu excepţia faptului că luăm în considerare faptul că parte din munca efectuată de serviciul tehnic este pentru cantină şi parte pentru serviciul administrativ şi parte din munca efectuată de serviciul administrativ este repartizată serviciului tehnic.

Schema alocării descrise este prezentată mai jos:



Prima repartizare este identică cu primul pas al metodei alocării în trepte. A doua repartizare include o realocare către centre ale căror costuri fuseseră deja alocate (în acest exemplu suma de 316.000 U.M. se repartizează către secţiile cu paturi şi către radiologie, dar se realocă şi către

serviciul tehnic şi către cantină). Acestea sunt exemplificate în tabelul următor ca "primul pas de alocare".

Al doilea pas de alocare se desfăşoară la fel ca în metoda alocării în trepte.

În mod similar se poate realiza o triplă distribuţie care să cuprindă doi " paşi de alocare" care se desfăşoară identic cu "primul pas de alocare" din exemplul de mai jos, urmaţi de o repartizare în trepte .

	Costuri directe (U.M.)	*Repartizare către serviciul tehnic*	*Repartizare către cantină*	*Repartizare către serviciul administrativ*	*Repartizare către secţii cu paturi*	*Repartizare către radiologie*
Primul pas de alocare						
Sectoare de suport						
Serviciul tehnic	***200.000***		*24.000*	*16.000*	*128.000*	*32.000*
Cantina	*400.000*		*400.000*			
			424.000	*0*	*424.000*	*0*
Serviciul administrativ	*300.000*			*300.000*		
		68.945	*57.455*	***316.000***	*143.636*	*45.964*
Centre de venituri						
Secţii cu paturi	*800.000*				*800.000*	
Radiologie	*300.000*					*300.000*
Total	*2.000.000*	*68.945*	*57.455*	*0*	***1.495.636***	***377.964***
Al doilea pas de alocare						
Serviciul tehnic		***68.945***	*8.273*	*5.516*	*44.125*	***11.031***
Cantina			***65.728***		*65.728*	
Serviciul administrativ				***5.516***	*4.179*	*1.337*
Total	*2.000.000*				***1.609.668***	***390.332***
Cost pe spitalizare					*4.024*	
Cost pe radiografie						*434*

Alocarea reciprocă: foloseşte metode matematice de alocare a cheltuielilor indirecte între centrele de cost, modelând costurile alocate astfel încât să ţină cont de interacţiunea între centrele de cost la producerea serviciilor. Este cea mai complexă şi cea mai completă dintre metode. Este nevoie să se cunoscă ce pondere a serviciilor este furnizată de către fiecare centru către fiecare alt centru.

4.4.3. Metode de analiză a costurilor

Managementul costurilor este partea din managementul financiar care se ocupă cu stabilirea bugetului, calculul costurilor diferitelor operaţiuni, procese, departamente şi al altor unităţi de calcul, cu analiza variaţiei costurilor şi a utilizării fondurilor. Metodele managementului costurilor pot fi utilizate de manageri în luarea deciziilor legate de diminuarea costurilor şi creşterea profitabilităţii.

Există diferite abordări ale managementului costurilor:

- metoda SCA (*Standard Cost Accounting*)
- metoda ABC (*Activity Based Costing*)
- metoda RCA (*Resource Consumption Accounting*)
- metoda TA (*Throughput Accounting*)
- analiza cost-volum-profit

Managementul costurilor îşi are originea în perioada revoluţiei industriale, când complexitatea activităţilor şi organizaţiilor a dus la dezvoltarea unui sistem de înregistrare şi urmărire a informaţiilor legate de costuri, care să-i ajute pe proprietari şi manageri în luarea deciziilor. În acea perioadă au fost diferenţiate noţiunile de *cost fix* şi *cost variabil şi* a devenit evidentă importanţa alocării costurilor în stabilirea preţurilor, mai ales în situaţiile în care exista o gamă largă de produse sau servicii.

Metoda SCA constă în alocarea costurilor fixe ale unei perioade produselor/serviciilor realizate în acea perioadă şi calculul costului total prin adăugarea costului variabil. O parte importantă a acestei metode este cea de analiză a variaţiei între ceea ce a fost planificat şi bugetat şi ceea ce a fost realizat, analiză care se poate face la nivelul veniturilor, costurilor totale, costurilor fixe, costurilor variabile sau chiar a componentelor celor două tipuri de costuri. Metoda şi-a pierdut din importanţă pe măsură ce ponderea costurilor variabile din costul total a scăzut, produsele şi/sau serviciile aceleiaşi organizaţii s-au diversificat, echipamentele au devenit mai complexe, astfel încât alocarea costurilor fixe prin această metodă poate duce la distorsiuni majore ale preţului unei unităţi de produs sau serviciu. Pentru aceste motive, notiunile de *cost fix* şi *cost variabil* au fost înlocuite treptat cu noţiunile de *cost direct* şi *cost indirect.*

Metoda ABC se referă la alocarea costurilor unor produse sau servicii în funcţie de activităţile necesare realizarii lor. *Activity Based Costing* este o abordare în calculul a cât costă un pacient (produs[6]) sau un grup de pacienţi (linie de produse) care îmbunătăţeşte calculul costurilor printr-o mai bună precizie a alocării costurilor indirecte pe principiul cauză-efect. Elaborarea acestei metode a fost necesară datorită creşterii ponderii costurilor indirecte din costul total, deoarece

[6] metoda a fost dezvoltata şi rapid acceptata în industrie

iniţial, când costurile provenite din administraţie erau minore, distorsiunile legate de alocarea lor nu reprezentau o problemă. Metoda constă în identificarea activităţilor şi alocarea costurilor fiecărei activităţi către fiecare produs sau serviciu al organizaţiei în funcţie de consumul real al acestora. În acest fel, pot fi stabilite consumurile reale, eliminate produsele şi/sau serviciile neprofitabile şi scăzute preţurile celor puţin consumatoare de resurse. În organizaţiile pentru profit, metoda este folosită pentru stabilirea preţurilor, identificarea şi măsurarea rezultatelor iniţiativelor de îmbunătăţire a proceselor. Munca directă şi consumurile materiale sunt uşor de alocat către un produs sau serviciu. Dacă pentru produsele sau serviciile realizate sunt utilizate resurse comune în mod diferit pentru fiecare dintre ele, sunt necesare chei de alocare. Chiar şi în metoda ABC, unele costuri indirecte sunt greu de alocat, de exemplu costurile conducerii organizaţiei. Implementarea acestei metode de calcul a costurilor într-o organizaţie este costisitoare, necesită personal destinat şi pregătit şi un timp de lucru considerabil.

Metoda TA este o abordare dinamică, integrată şi comprehensivă care furnizează managerilor informaţii în susţinerea deciziilor lor pentru optimizarea organizaţiilor pe care le conduc. Este o metodă relativ nouă, bazată pe identificarea factorilor care ar limita organizaţia în a-şi atinge scopul[7]. Prin această metodă nu se încearcă reducerea costurilor pentru maximizarea profitului, ci creşterea „vitezei" cu care rezultatele sunt generate de către produse sau servicii. Metoda utilizeaza 3 noţiuni pentru evaluarea veniturilor şi cheltuielilor:

- rezultatele (în termeni monetari) reprezintă diferenţa între vânzările nete şi costurile variabile totale (de obicei costurile materiilor prime). De observat că există rezultate doar când există vânzarea produselor sau serviciilor.
- investiţii reprezentând banii existenţi asociaţi echipamentelor, clădiri şi altele
- cheltuieli operaţionale care reprezintă banii cheltuiţi în obţinerea produselor sau serviciilor (pentru produse reprezintă cheltuiala din care s-a scos costul materiilor prime)

Organizaţiile care doresc să-şi atingă scopul propus vor cere managerilor lor să răspundă la întrebările:

- Se pot îmbunătăţi rezultatele? Cum?
- Se pot reduce investiţiile? Cum?
- Se pot reduce cheltuielile operaţionale? Cum?

Pentru a răspunde la aceste întrebări, pot fi folosite următoarele măsurători:

Profit net = rezultate – cheltuieli operaţionale

Recuperarea investiţiei = profit net / investiţii

[7] Eliyahu M. Goldratt

Productivitate = rezultate / cheltuieli operaţionale

Analiza cost-volum-profit este un model utilizat, de asemenea, în luarea deciziilor, care ia în discuţie punctul la care veniturile egalează costurile, presupunând că veniturile şi costurile sunt liniare, singurii factori care afectează costurile sunt schimbările în activitate, toate produsele sau serviciile sunt vândute, compoziţia de bunuri şi/sau servicii este constantă. Aceste presupuneri fac să fie valabile următoarele ecuaţii:

Costuri totale = costuri fixe + cost variabil pe unitate x număr de unităţi

Venituri totale = preţ de vânzare x număr de unităţi

4.5. Managementul informaţiei

Sistemele informaţionale pentru management au apărut la începutul anilor ‘80 în companiile americane, iar în ultimii ani, impactul noilor tehnologii informaţionale şi curentul descentralizării şi reorganizării au determinat creşterea cererii de informaţii furnizate de acestea.
Sistemul informaţional al unei organizatii este o combinaţie de resurse umane şi informatice care urmăresc colectarea, stocarea, organizarea, apelarea, comunicarea, distribuirea şi utilizarea datelor şi informaţiilor pe care le folosesc managerii în exercitarea funcţiilor de conducere, în scopul realizării unui management eficient [1].

Componentele sistemului informational sunt:

- Date şi informaţii
- Circuite şi fluxuri informaţionale
- Proceduri informaţionale
- Mijloace de utilizare a informaţiilor

Scopul şi rolul unui sistem informaţional este de a oferi conducerii organizaţiei, în funcţie de nivelul ierarhic, acces facil şi rapid la informaţiile despre factorii cheie, decisivi în atingerea obiectivelor generale ale acesteia, în exercitarea controlului managerial eficient şi eficace.

Obiectivele sistemului informaţional pot fi sistematizate după cum urmează:

- informarea managerilor cu privire la activităţile şi procesele economice din întreprindere, precum şi la interacţiunea acesteia cu mediul extern;

- accesul oportun la informaţii – multe din informaţiile furnizate pot fi obţinute şi prin metode tradiţionale (prelucrarea manuală sau semimanuală) care necesită eforturi mari de resurse şi timp pentru a corespunde cerinţelor utilizatorilor, iar uneori sunt furnizate cu întârziere, dar aceste limite sunt înlăturate de un sistem informaţional;
- urmărirea performanţelor organizaţiei şi evidenţierea aspectelor care ascund eventualele probleme sau situaţii de criză.

Condiţiile pe care sistemul trebuie să le îndeplinească sunt:

- să fie cât mai uşor de utilizat, iar timpul de răspuns să fie imediat;
- să folosească intensiv afişarea în mod grafic;
- să asigure accesul în timp real la bazele de date interne şi externe;
- să ofere informaţii despre starea curentă de fapte şi tendinţele estimate pentru factorii cheie.

Funcţiile sistemului informational în organizaţiile din sănătate sunt:

- *funcţia de prevedere* – prin deducerea informaţiilor necesare într-o situaţie dată, presupunând elaborarea de previziuni funcţionale (bilanţ previzional, buget de venituri şi cheltuieli) şi dinamice pe bază analizei istoricului organizaţiei;
- *funcţia de interpretare* – a unor informaţii primite din mediul real prin care se stabileşte starea sistemului, realizată prin analize economico-financiare;
- *funcţia de prelucrare* – a informaţiilor prin aplicaţia şi/sau procedurile privind: controlul datelor, algoritmizarea metodologiilor de lucru, generarea procedurilor inductive şi deductive de selecţie a unor alternative decizionale, realizarea interfeţelor dintre proceduri şi aplicaţii;
- *funcţia de diagnoză* – prin surprinderea situaţiilor de funcţionare defectuoasă a unor componente ale sistemelor;
- *funcţia de instruire* – prin familiarizarea unui cerc larg de nespecialişti prin dialoguri sub formă de meniuri ierarhizate;
- *funcţia de control* – prin subsistem propriu şi monitorizare a interfeţelor.

Datele selectate care trebuie incluse în sistemul informational au la bază câteva principii:

- datele trebuie colectate din procesele curente ale organizaţiei ce pot fi preluate eventual din bazele de date dezvoltate de celelalte tipuri de sisteme informaţionale;
- subordonarea datelor la obiectivele generale ale organizaţiei;
- furnizarea de informaţii tuturor potenţialilor utilizatori şi simularea acestora simultan cu modificarea cerinţelor informaţionale.

Aplicaţii informatice de calculare a costurilor:

- sunt instrumente care pot ajuta în procesul calculării costurilor;

- necesită o definire prealabilă a scopurilor pentru care se doreşte calcularea costurilor (management, stabilirea de tarife etc.);
- au la bază informaţiile privind cheltuielile spitaliceşti;
- pentru a funcţiona, trebuie introduse datele privind costurile primare.

Calcularea costurilor serviciilor medicale este un proces dificil, dar perfectibil în timp.

4.5.1. Sisteme informaţionale integrate – scop şi funcţii

Sistemul informatic integrat este un sistem care îndeplineşte următoarele condiţii:

- utilizează o bază de date unică;
- are în componenţă programe informatice care cuprind activităţile tuturor compartimentelor organizaţiei;
- există un plan de securitate al sistemului informatic.

Sistemele informatice integrate desemnează sisteme complete, care cuprind procese, practici organizaţionale, interacţiuni, transformări interne sau aparute în relaţii cu clienţii, furnizorii, partenerii.

Sistemele de gestiune actuale sunt sisteme integrate caracterizate prin principiul introducerii unice a datelor şi al prelucrarii multiple a acestora în concordanţă cu nevoile fiecărui utilizator. De exemplu, sistemul informatic integrat al contabilităţii se caracterizează printr-o introducere unică a datelor preluate din documente primare care actualizează o bază de date unică a contabilităţii, care va fi ulteriror exploatată atât pentru rapoartele specifice contabilităţii financiare, cât şi a contabilităţii de gestiune.

Se poate afirma că:

- nu există o reţetă universală, ci sunt diferite metode care folosesc aceleaşi principii;
- calcularea costurilor este un proces mai degrabă arbitrar, constrâns de o serie de decizii derivate din scopul pentru care se calculează aceste costuri;
- cu cât se doreşte o acurateţe mai mare, cu atât costurile asociate acestui proces sunt mai mari.

5. GUVERNAREA CORPORATISTĂ

5.1. Principii, concepte

O definiţie simplă a sistemului de conducere corporativ ar fi totalitatea sistemelor şi proceselor implementate pentru a conduce şi a controla o companie cu scopul de a-i creşte performanţa şi valoarea.

Practic, se referă la:

- eficienţa sistemelor de management, insistând pe rolul structurii de conducere a organizaţiei, pe responsabilitatea şi remunerarea membrilor, credibilitatea situaţiilor finaciare şi pe eficienţa sistemelor de management al riscului;
- suportul de decizie şi de control dintr-o companie, obţinut prin reguli şi proceduri formale şi informale, interne sau impuse extern de către organismele competente, implementate atât la nivel strategic cât şi operaţional.

Potrivit definiţiei date de OECD: „guvernanţa corporativă precizează distribuţia drepturilor şi responsabilităţilor diferitelor categorii de persoane implicate în companie: consiliul de administraţie, directorii, acţionarii şi alte categorii şi stabileşte regulile şi procedeele de luare a deciziilor privind activitatea unei companii”.

Guvernarea corporatistă în sistemul anglo-saxon este un concept cu o conotaţie foarte largă, similar cu termenul de „gestiune economico-financiară” din sistemul francofon, incluzând:

a) principiile etice;
b) responsabilitatea socială;
c) bunele practici;
d) activităţile de control.

Dezvoltarea conceptelor şi implementarea guvernanţei corporatiste s-a impus datorită unor eşecuri spectaculoase în domeniul privat, într-o perioadă foarte scurtă de timp şi s-a dorit a fi o încercare de stăvilire a acestui curent.

Se face legătura între performanţa companiilor şi eficienţa modelului de guvernare corporatistă. Investitorii acordă o mare importanţă sistemelor de guvernare corporatistă implementate într-o companie şi sunt dispuşi să plătească în plus pentru rezultate bune în acest domeniu. Companiile sunt perfect conştiente de această realitate şi îi acordă considerabil mai multă importanţă faţă de anii trecuţi. Exemplele bune şi rele de pe piaţa internaţională vorbesc de la sine. Astfel, pe de o parte, sunt companii care au depus mult efort şi timp pentru a atinge standarde înalte de

guvernare corporatistă şi de Corporate Social Responsabilities (CSR). Drept urmare, sunt percepute ca şi exponenţi ai guvernării bazate pe valoare adaugată, fiind capabile să maximizeze valoarea companiei prin sisteme şi procese care permit managerilor, indiferent de nivelul ierarhic, să evalueze şi să monitorizeze perfomanţa acesteia.

De cealaltă parte a baricadei sunt companiile care nu au reuşit să construiască sistemul guvernării corporative şi să aibă o abordare transparentă faţă de diferitele părţi interesate (*stakeholders*). Prin urmare, carenţele sistemelor organizaţiilor în cauză ies la suprafaţă şi se dovedesc a fi mai mult decât nepotrivite, uneori cu rezultate dezastruoase.

În final, testul eficienţei modelului de guvernare al unei companii este măsura în care reuşeşte să-şi atingă obiectivul principal, şi anume, acela de a maximiza valoarea companiei din perspectiva acţionarilor. Totul ţine de modalitatea în care reuşeşte să organizeze un sistem ideal închis: satisfacerea cerinţelor clienţilor, angajaţilor, furnizorilor, distribuitorilor, etc., răsplata fiind, în cazul unor rezultate bune, valoare sporită şi durabilă.

Având în vedere tendinţa de pe piaţa internaţională, o concluzie firească este faptul că guvernarea corporatistă va rămâne pe lista top managementului companiilor mult timp de acum înainte. Totul se reduce la o realitate simplă: companiile care vor adopta o cultură transparentă şi un model eficient de guvernare corporatistă vor avea o performanţă mult mai bună şi cele care vor refuza să accepte acestă realitate şi, mai nou, necesitate, vor înregistra rezultate mai slabe.

Un document important în acest domeniu este Raportul Cadbury[8] [2] elaborat de un comitet prezidat de Sir Adrian Cadbury, care cuprinde recomandări pentru organizarea conducerii şi a sistemelor financiare ale unei organizaţii pentru a reduce riscurile şi a evita căderea organizaţiei. Unele din recomandările raportului au fost adoptate în variate documente ale Uniunii Europene, Bancii Mondiale şi altele.

Este de la sine înţeles faptul că mobilitatea pieţei, combinată cu presiunea din partea acţionarilor şi nesiguranţa economică, vor crea premizele riscului ca structura de conducere să acţioneze incorect. Ca atare este importantă existenţa unui model eficient de guvernare coporatistă care controlează şi evaluează performanţa companiei, satisfacând în acelaşi timp nevoile tuturor părţilor interesate şi implicit creând valoare adaugată, fara să fie încă un strat birocratic.
Guvernanţa reprezintă sistemul prin care companiile sunt conduse şi controlate. O guvernanţă eficace asigură deopotrivă stabilirea obiectivelor şi planurilor strategice pe termen lung, existenţa conducerii şi a structurilor de conducere adecvate atingerii acestor obiective, dar şi asigurarea

[8] intitulat “Aspecte financiare ale guvernării corporatiste”, publicat în1992

funcţionalităţii structurii în scopul menţinerii integrităţii, reputaţiei şi răspunderii organizaţiei în faţa opiniei publice; guvernanţa este o combinaţie de procese şi structuri implementate de consiliul de administraţie pentru a informa, conduce, direcţiona şi monitoriza activităţile organizaţiei, în scopul atingerii obiectivelor prestabilite.

Rezultă că guvernanţa este o încercare de a-i determina pe managerii de vârf să se achite de propriile obligaţii într-o manieră cât mai corectă şi calificată, astfel încât să protejeze interesele factorilor implicaţi din cadrul organizaţiei. Factorii implicaţi pot fi interni sau externi şi vor avea cu siguranţă cerinţe şi aşteptări diferite, uneori chiar conflictuale faţă de organizaţie. În acelaşi timp, diferiţii factori implicaţi pot pune o anumită presiune pe organizaţie în scopul de a-şi satisface propriile nevoi şi deziderate.

Conceptul guvernanţei conţine, pe lângă modul cum o organizaţie este condusă şi controlată în vederea atingerii ţintelor prestabilite, şi sistemul prin care aceasta interacţionează cu factorii implicaţi şi cum le protejează acestora interesele [16].

Guvernanţa corporatistă funcţionează pe bază unor principii, considerate în cadrul Raportului Cadbury, ca „stâlpi" ai bunei guvernări şi anume: 1) integritate; 2) transparenţă; 3) răspundere; 4) competenţă.

Integritatea este un concept cheie care se referă la un comportament corespunzător şi etic, respectiv grija pentru interesele altora şi responsabilitatea socială. Acest concept este implicit activităţilor desfăşurate în sectorul public, iar pentru sectorul privat este un principiu care are în vedere obţinerea de profit.

Transparenţa este necesară, deoarece neregulile şi/sau performanţele slabe se întâmplă de cele mai multe ori „în spatele uşilor închise". Când faptele sunt deschise opiniei altora, supuse constatărilor justificate ale specialiştilor, există şănse mai mari să se amelioreze. Expunerea publică la examinări a propriilor acţiuni şi decizii contribuie la îmbunătăţirea comportamentelor şi a performanţei.

Răspunderea este cel mai important principiu al guvernanţei, dar în acelasi timp, este cel mai puţin înţeles şi mai rar respectat în cadrul organizaţiilor. În cele mai multe organizaţii răspunderea nu este suficient definită şi nici nu este clar stabilită atât pentru personalul organizaţiei, cât şi pentru conducerea acesteia. În cadrul organizaţiilor, rolul auditului intern, în ceea ce priveşte răspunderea la toate nivelele organizaţiei, este asigurat şi se urmăreşte prin sistemul procedurilor scrise şi formalizate.

Competenţa este acel element care asigura realizarea atribuţiilor în mod profesional. Competenţa se referă la abilitaţi tehnice şi comportamente necesare pentru îndeplinirea sarcinilor. Nivelul de competenţă trebuie stabilit clar înainte de ocuparea funcţiei şi trebuie revizuit cu regularitate de către factorii de management.

Unul dintre cei mai reprezentativi teoreticieni ai auditului intern, a propus 10 principii care trebuie urmate pentru asigurarea implementării guvernanţei corporatiste*:*

1. controlul factorilor interesaţi asupra organizaţiei;
2. completitudinea şi fiabilitatea rapoartelor prezentate publicului;
3. evitarea concentrării excesive a puterii la vârful organizaţiei;
4. componenţa echilibrată a structurii de conducere;
5. structura de conducere implicată;
6. independenţa puternică la nivelul structurii de conducere;
7. monitorizarea cu eficacitate a activităţilor de către structura de conducere;
8. evaluarea permanentă a competenţei şi angajamentului salariaţilor;
9. evaluarea riscurilor şi instrumentelor de control intern utilizate;
10. prezenţa puternică a auditului intern în organizaţie.

De asemenea, Organizaţia Europeană de Cooperare şi Dezvoltare (OECD) promovează un set de 5 principii care asigură funcţionarea guvernării corporatiste:

1. drepturile factorilor interesaţi;
2. tratamentul imparţial al factorilor interesaţi;
3. rolul factorilor interesaţi în conducere;
4. comunicările publice şi transparenţa;
5. responsabilităţile consiliului de administraţie.

În practică, managementul unei organizaţii nu revine unei singure persoane, ci unei structuri de conducere, de exemplu unui consiliu de administraţie, membrii acestuia putând fi de diverse categorii, ei pot fi angajaţi ai organizaţiei sau nu şi, uneori, pot să deţină funcţii în alte firme sau instituţii, funcţii care pot conduce la conflicte de interese.

Având în vedere că nu există norme unice, se apelează la diverse modele de organizare: o singură structură de conducere (de exemplu consiliu de administraţie) sau situaţii în care consiliul de administraţie este dublat de un comitet director.

În SUA, se pune accentul pe independenţa consiliului de administraţie în ideea că ar permite luarea deciziilor manageriale şi evaluarea performanţelor organizaţiei dintr-un punct de vedere liber şi obiectiv. În cele mai multe ţări europene [17], consiliul de administraţie este o structură de nivel strategic, ale cărei alegeri afectează viitorul organizaţiei şi implică responsabilitatea membrilor săi, spre deosebire de Australia unde, pe lângă responsabilitatea elaborării strategiei organizaţiei, consiliul de administraţie are atribuţii în planificare, menţinerea relaţiei cu investitorii, menţinerea integrităţii controlului intern şi sistemului informaţional, elaborarea sistemului de stimulente financiare în relaţie cu performanţa. Criteriile privind admiterea ca membru al unui

consiliu de administraţie sunt mai mult sau mai puţin explicite în codurile de guvernanţă corporatistă din diverse ţări, majoritatea admiţând că este necesară combinaţia între experienţă, abilităţi, caracteristici diferite, fiecare membru aducând un puncte de vedere unic şi valoros pentru consiliul de administratie ca întreg.

De asemenea, este stipulat în mod diferit dacă persoana care exercită conducerea executivă – preşedinte-director general (terminologia franceză) sau director executiv (terminologia engleză) face sau nu parte din consiliul de administraţie sau o altă structură de conducere a organizaţiei (comitet director).

5.2. Importanţa administrării riscului

Riscul reprezintă posibilitatea apariţiei unui eveniment care va avea un impact asupra atingerii obiectivelor organizaţiei. Esenţa riscului constă în incertitudinea rezultatului, fie pozitiv sau negativ, datorită unei schimbări neaşteptate a mediului de control.

Riscul se poate manifesta în două moduri: a) prin ameninţări directe, datorită unor evenimente cu efect negativ, care pot conduce la esecul organizaţiei în atingerea obiectivelor stabilite; b) prin oportunităţi, datorită unor evenimente cu efect constructiv, care pot fi exploatate cu scopul de a îmbunătăţii metodele de atingere a obiectivelor organizaţiei.

Cele mai frecvente riscuri care pot afecta organizaţia sunt următoarele:

a. *riscuri externe* (economice, de piaţă, legislative, politice, de mediu, neprevăzute);
b. *riscuri financiare* (de preţ, de lichiditate, de disponibilitate şi alocare a resurselor, de investiţii neoportune, de întârzieri de plată, de plăţi automate nesecurizate, de contracte de împrumut cu o rată a dobânzii variabilă, de investiţii în produse neprofitabile, de operaţiuni financiare cu risc ridicat);
c. *riscuri operaţionale* (neînregistrarea în contabilitate a unor operaţiuni, arhivarea necorespunzătoare a documentelor justificative, lipsa unui control asupra operaţiilor cu risc ridicat, lipsa funcţiei de supervizare, proasta administrare şi întreţinere a echipamentelor);
d. *riscuri generate de resurse umane* (lipsa unui plan de recrutare, probleme de recrutare, supraîncărcarea cu sarcini a personalului datorită insuficienţei lui, fluctuaţie ridicată de personal, politică de personal necorelată cu necesităţile în ceea ce priveşte perfecţionarea pregătirii, politică de promovare şi motivare neadecvată);
e. *riscuri intangibile* (legate de brand, imaginea sau reputaţia organizaţiei);

f. *riscuri tehnologice şi de procesare a informaţiilor* (legate de implementarea şi folosirea programelor, de managementul informaţiei, de securitatea datelor, de securitatea fizică a echipamentelor, de neasigurarea pregătirii de specialitate a personalului, de folosire neadecvată a politicii de back-up, de protecţie necorespunzătoare împotriva viruşilor şi atacurilor din exterior);
g. *riscuri de eficienţă* (dezvoltarea neadecvată a funcţiei de audit, folosirea neadecvată a politicilor şi procedurilor organizaţionale, informaţiile externe nu sunt disponibile la timp şi în formatul adecvat, aplicarea neadecvată a legilor, regulamentelor şi procedurilor existente, calitatea scăzută a raportărilor financiare sau de altă natură efectuate către alte părţi interesate, relaţii defectuase cu partenerii cheie, procesul de coordonare şi comunicare slab dezvoltat);
h. *riscuri de autoritate* (lipsa unor linii de autoritate clar definite prin structura organizaţională adecvată, fişele posturilor, stabilirea sarcinilor şi atribuţiilor la nivel de persoane, delimitarea competenţelor, definitivarea relaţiilor de raportare internă şi externă, existenţa regulilor de substituire/back-up);
i. *riscuri de fraudă* (segregarea neadecvată a sarcinilor şi atributiilor, conflicte de interese, folosirea neautorizată a resurselor, escaladarea controalelor implementate, menţinerea necorespunzătoare a informaţiilor şi documentelor confidenţiale, folosirea poziţiei de conducere în scopul fraudării).

6. CONCLUZIILE SECŢIUNII

In Europa, decidenţii diferitelor ţări sunt de acord că obiectivele majore ale sistemelor de sănătate sunt reprezentate de asigurarea unui acces universal pentru toţi cetăţenii, asigurarea unor îngrijiri de sănătate de calitate care să îmbunătăţească starea de sănătatea populaţiei, utilizare eficientă a resurselor, dezvoltarea capacităţii de răspuns la problemele cetăţenilor.

Aceste deziderate se regăsesc de-a lungul întregului spectru politic în toate ţările, dar rămân la un nivel abstract al politicii de sănătate. În momentul translatării obiectivelor menţionate în acţiuni specifice, apar opinii divergente, ocazional contradictorii, ceea ce nu este un fenomen nou pentru sectorul de sănătate. Diferitele ţări, având evoluţii istorice, culturi şi experienţe politice diferite ajung să aibă diferite modalităţi de organizare a finanţării şi a furnizării de servicii.

De asemenea, există diferenţe mari în nivelul resurselor alocate în acest domeniu şi în starea de sănătate. Caracteristica esenţială comună tuturor sistemelor de sănătate o reprezintă îngrijorarea factorilor politici în legătură cu creşterea accelerată a costurilor şi preocupările susţinute pentru

controlul acestora, prin eficientizarea proceselor şi îmbunătăţirea rezultatelor, incluzînd aici şi creşterea satisfacţiei pacienţilor şi a personalului medical.

Diversitatea configurării sistemelor de sănătate ca răspuns la aceleaşi obiective a condus la întrebări legate de avatanjele şi dezavantajele fiecăruia dintre sisteme.

Concluzia pe care o putem trage de aici este că nu există un model perfect de organizare şi finanţare, iar statele lumii se vor confrunta permanent cu provocarea de a-şi adapta mecanismele de finanţare şi structurile organizatorice la nevoile actuale şi reale ale populaţiei în slujba căreia se regăseşte.

Ce ar trebui clarificat pentru a avea un sistem funcţional?

În primul rând, să existe o definiţie clară a pachetului de bază, să existe o standardizare a politicilor de preţ în sistemul public, să poată fi posibilă remunerarea medicilor din sistemul public pentru servicii prestate asiguratorilor privaţi, să existe proceduri pentru implementarea parteneriatelor publice-private.

Analiza indicatorilor de morbididitate şi mortalitate în România arată că starea de sănatate este precară, că există disparităţi majore între mediul urban şi cel rural şi între regiuni. Speranţa de viaţă la naştere în România este mai mică decât cea din Uniunea Europeana, ratele de mortalitate generală şi ratele de mortalitate infantilă sunt mai mari.

În aceste condiţii, sumele alocate plăţii serviciilor de sănătate sunt mult mai mici decât media europeană. Un studiu asupra mortalităţii evitabile în Europa, pentru perioada 1990-2000, comparativ pentru bărbaţi şi femei, în 20 de ţări europene (Newey et.al, 2003[9]), a arătat că România a avut cel mai mare nivel al mortalităţii evitabile, urmată de Bulgaria, fiind singura ţară în care nu s-au observat îmbunătăţiri într-o perioadă de 10 ani în ceea ce priveşte mortalitatea evitabilă la bărbaţi, mortalitatea evitabilă la femei înregistrând unele îmbunătăţiri.

Comparativ cu alte ţări, este unanim acceptat că reforma în România are un ritm lent de implementare. Câteva motive ar fi că:

- nu au existat resurse necesare în momente în care anumite măsuri erau necesare;
- nu a fost alocat suficient timp pentru înţelegerea măsurilor, pentru adaptarea lor la condiţiile fiecărei comunităţi;
- viziunea politică a fost diferită de-a lungul timpului;

[9] citat în [14]

- comunicarea şi coordonarea între instituţii nu au fost foarte bune.

În urma unor analize efectuate a fost identificat, pentru România, următorul set de probleme:

- centralizarea instituţională excesivă existentă în prezent;
- suprapunerile între diversele structuri din cadrul serviciilor publice deconcentrate între sectoare diferite, inclusiv cel al sănătăţii;
- existenţa palierelor de decizie care îngreunează activitatea la nivelul serviciilor publice deconcentrate;
- lipsa accesului egal a populaţiei la serviciile medicale.

De aceea, modificările anunţate, care se referă cu precădere la descentralizare, prevăd transferul de competenţe, atribuţii şi responsabilităţi la unităţile judeţene, care:

- să asigure administrarea publică locală în sănătate;
- să creeze structuri judeţene cu competenţă în administrarea şi finanţarea activităţilor transferate;
- să asigure transferul activităţilor de promovare a sănătăţii;
- să asigure transferul activităţii mediatorilor sanitari rromi;
- transferul competenţelor legate de asistenţa medicală şcolară şi de medicină dentară acordată în unităţile de învăţământ, inclusiv finanţarea acestora;
- transferul fondurilor alocate pentru unităţile medico-sociale;
- transferul unităţilor spitaliceşti în administrarea comunităţilor locale.

La nivel microeconomic, putem concluziona că nu a existat preocupare pentru analiza din punct de vedere financiar a succesului sau eşecului furnizorilor de servicii din domeniu sanitar, dar această analiză devine tot mai necesară în condiţiile creşterii costurilor prestaţiilor medicale, a produselor utilizate. Pentru controlul costurilor, au fost introduse sisteme informatice de alocare computerizată a costurilor indirecte şi sunt în curs de introducere ghiduri de practică medicală pentru cele mai frecvente afecţiuni (cardiovasculare, tuberculoză, etc.).

Important este la acest moment să existe o preocupare susţinută pentru monitorizarea costurilor, pentru dezvoltarea componentei de analiză statistică şi financiară la nivelul furnizorilor de servicii medicale, în condiţiile în care există tot mai multe dovezi privind nu numai starea de sănătate precară a populaţiei, dar şi insatisfacţia populaţiei privind disponibilitatea serviciilor de sănătate, prestaţia personalului medical, condiţiile hoteliere din spitale, sistemul de trimiteri.

BIBLIOGRAFIE

1. Buligiu I.: *„Concepte privind sistemele informationale si sistemele informatice ale organizatiilor economice*". Material de curs, http://s132.central.ucv.ro/feaa/master/

2. Cadbury A.: *„The Code of Best Practice".* Report of the Committee on the Financial Aspects of Corporate Governance, Gee and Co Ltd, 1992. http://www.ecgi.org/codes/

3. Figueras J., McKee M., Cain J., Lessof S.: *„Health systems in Transition – learning from experience".* European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press, 2004

4. Finkler S., Ward D.: *„Essentials of cost accounting for health care organizations".* An Aspen Publication, 1999

5. Fried, B.J., Gaydos, L.M.: *2002 World Health Systems: Challenges and Perspectives.* AUPHA/HAP

6. Ionescu C.: *„Bazele contabilitatii*". Editura Fundaţiei România de mâine, 2005

7. Mossialos E., Dixon A., Figueras J., Kutzin J.: *„Funding health care: options for Europe".* European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press, 2002

8. Radu Paul, Haraga Simona: *„L`allocation de resources du système d`assurance maladie en Roumanie – le patient le vrai bénéficier".* Prezentare la al XVI Congres al ALASS, Montreal, Canada, octombrie, 2005

9. Roemer, M.I.: *1991 National Health Systems of the World Volume 1: The countries.* Oxford University Press, 1992.

10. Saltman R., Bankauskaite V., Vrangbaek: *„Decentralization in health care".* European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press, 2007

11. Saltman R., Busse R., Figueras J.: *„Social Health Insurance Systems in Western Europe".* European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press, 2004

12. Suver J., Neuman B.: *„Management accounting for health care organizations".* Precept Press, 1995

13. Vlădescu C, Scîntee G, Olsavszky V, Allin S and Mladovsky P.: *„Romania: Health system review. Health Systems in Transition"* 2008;

14. ***American Hospital Association: *„Cost finding and rate setting for hosiptals".* Chicago, 1968

15. *** Lege nr. 95 din 14/04/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, Monitorul Oficial, Partea I nr. 372 din 28/04/2006 cu modificarile si completarile ulterioare

16. www.ensight.ro/newsletter/no20/articol5.htm

17. http://www.ecgi.org/codes/all_codes.php

SECŢIUNEA II.

GESTIUNEA PROIECTELOR DE SĂNĂTATE

AUTORI:

Dr. Florentina FURTUNESCU (Coordonator)

- Medic primar sănătate publică şi management
- Doctor în ştiinţe medicale
- Master în Managementul Sănătăţii Publice şi al Serviciilor de Sănătate
- Şef de lucrări UMF „Carol Davila”

- Disciplina Sănătate Publică şi Management

Dr. Pierre FOURNIER

- Medic primar pediatru
- Doctor în ştiinţe medicale (Canada)
- Profesor universitar – Université de Montrêal (Canada)
- Departamentul Gestiunea proiectelor de sănătate

Dr. Antoaneta DRĂGOESCU

- Medic primar sănătate publică şi management
- Doctorand în ştiinţe medicale
- Master în Managementul serviciilor medico-sociale
- Ministerul Sănătăţii

Ec. Marie – Louise STOICESCU

- Master în Managementul Sănătăţii Publice şi al Serviciilor de Sănătate
- Asistent universitar UMF „Carol Davila”
- Disciplina Sănătate Publică şi Management

1 . PREZENTAREA CONŢINUTULUI SECŢIUNII

1.1. Noţiuni generale despre proiecte

Sistemul de sănătate românesc a suferit transformări majore în ultimele decenii, trecînd de la forma centralizată paternalistă (Semaşko) la organizarea pe principiul asigurărilor sociale de sănătate. Anterior momentului '90, sistemul de sănătate avea o planificare centralizată, fondurile necesare desfăşurării tuturor activităţilor din domeniul sănătăţii erau asigurate în totalitate de stat, care furniza serviciile de sănătate "gratuit" pentru întreaga populaţie. În acest model de organizare, proiectele nu îşi găseau locul, sistemul funcţionând în general pe bază de normative emise de administraţia centrală.

Imediat după căderea comunismului, în România au demarat numeroase iniţiative de tip proiect sau program, în general cu expertiză tehnică şi resurse financiare internaţionale. Aşadar, proiectele în domeniul sănătăţii au o tradiţie relativ scurtă, iar oportunităţile de a acumula cunoştinţele necesare pentru elaborarea sau implementarea unui proiect sunt conjuncturale, sistemul general de formare în medicină neavând astfel de obiective. Ca urmare, profesioniştii din sănătate se confruntă adesea cu întrebarea "Ce înseamnă un proiect? ", întrebare care poate genera răspunsuri variate. În mod implicit, munca în proiecte este asociată cu un acces mai bun la informaţii, la publicaţii internaţionale, cu contacte externe şi bunăstare financiară, fiind considerată o oportunitate.

Mai mult, recenta intrare în vigoare a Legii nr. 95/2006 privind reforma în sănătate introduce managementul prin proiecte chiar la nivelul sectorului spitalicesc, impunând selecţia managerilor de spital pe baza unui proiect de management apreciat ca oportun, proiect care este urmează să fie evaluat anual în ceea ce priveşte stadiul de implementare, furnizând astfel o bază de evaluare a performanţelor manageriale.

Prezenta secţiune se adresează profesioniştilor din sistemul de sănătate care nu au o formare specifică în domeniul proiectelor, în intenţia de a clarifica anumite noţiuni şi tehnici generale privind managementul de proiect şi implicit de a încuraja iniţiativa locală în atragerea şi implementarea proiectelor, pe fondul general al aderării României la Uniunea Europeană, context în care atragerea finanţărilor externe se va realiza majoritar pe principiul competiţiei.

Primul capitol trece în revistă noţiunile de proiect şi program de sănătate, diferenţele dintre acestea, şi face o descriere a ciclului funcţiilor manageriale în proiecte.
Capitolul al doilea descrie principalele etape din viaţa unui proiect, cu caracteristicile specifice.

Capitolul al treilea se doreşte un ghid pentru redactarea unei propuneri de proiect care să răspundă nevoilor specifice de sănătate de la nivel local, prin descrierea de tehnici cantitative şi calitative utile pentru identificarea şi de prioritizarea problemelor de sănătate.
Capitolul al patrulea defineşte scopul şi obiectivele proiectului şi explică pe larg conceptele de „arbore de probleme", „arbore de obiective" şi analiză de fezabilitate".
Capitolul al cincilea prezintă etapele care trebuie parcurse în planificarea operaţională a unui proiect, descriind instrumente specifice ca: matricea de responsabilităţi, graficul Gantt şi drumul critic. Totodată sunt furnizate noţiuni generale privind echipa, precum şi principiile generale pentru întocmirea unui buget de proiect.
Capitolul al şaselea furnizează cadrul general pentru monitorizarea şi evaluarea proiectelor în domeniul sănătăţii, descriind: principiile evaluării, indicatori posibili şi modul de construire a acestora.

1.2. Definirea principalilor termeni utilizaţi

Din punct de vedere teoretic, un proiect se poate defini ca succesiunea de activităţi menite să îndeplinească obiective definite, într-o perioadă limitată de timp şi cu un buget anumit [1]. Practic el constituie o combinaţie de resurse umane, materiale şi financiare, adunate într-o organizaţie temporară, pentru a atinge un anumit scop.
Proiectul are, aşadar, următoarele caracteristici specifice:

- este o intervenţie limitată, cu un **scop** clar definit şi încadrat în timp;
- are resurse (materiale, financiare, umane şi de timp) definite pentru toată durata sa de viaţă;
- se compune dintr-o succesiune de activităţi care sunt planificate, coordonate şi interdependente;
- este influenţat şi influenţează mediul în care se desfăşoară, de aceea este un sistem deschis;
- implică actori şi organizaţii, mobilizaţi în jurul aceloraşi scopuri, obiective, rezultate, medii şi condiţii critice – este un sistem social.

Principalele elemente care definesc un proiect sunt reprezentate de:

a. părţile implicate, respectiv:
    - finanţatorul;
    - implementatorul;
    - beneficiarii;
    - alte entităţi care pot influenţa proiectul (ex.: grupuri care sunt interesate să îl promoveze sau să îl susţină, sau grupuri care sunt interesate să îl împiedice).

b. managementul proiectului;
c. aranjamentele financiare, care trebuie clar definite;
d. sistemul de monitorizare şi evaluare.

1.3. Clasificarea proiectelor în sănătate

Noţiunea de proiect nu este specifică domeniului sănătăţii, fiind întâlnită practic în orice domeniu. Datorită utilizării vaste a proiectelor, există numeroase criterii de clasificare. Redăm mai jos câteva dintre acestea.

A. În funcţie de domeniul de aplicabilitate:

- inginerie;
- construcţii;
- cercetare – dezvoltare;
- intervenţie comunitară;
- realizarea unui eveniment;
- dezvoltare internaţională.

B. În funcţie de mărimea proiectului (evaluată după durata şi bugetul proiectului):

- proiecte mici: cu durata sub 1an, cu bugetul sub 1 milion EUR;
- proiecte medii: cu durată de 1-2 ani şi buget de 1-50milioane EUR;
- proiecte mari: cu durată de 2-5 ani şi buget între 50-500 milioane EUR;
- mega proiecte: cu durata de peste 5 ani şi buget peste 500 milioane EUR.

În general Uniunea Europeană finanţează proiecte cu durata până la 5 ani.

C. În funcţie de complexitate, proiectele pot fi simple (în general proiectele scurte) sau complexe (durată mare, buget consistent, reunesc intervenienţi multipli).

D. În funcţie de scopul vizat proiectele pot fi:

- strategice;
- de creare de capacităţi;
- de schimbare de comportamente;
- de îmbunătăţire a calităţii vieţii unor persoane etc.

Programul, spe deosebire de proiect, este un ansamblu de resurse alocate şi utilizate pentru a furniza unei populaţii definite servicii organizate într-o manieră coerentă în timp şi spatiu, în vederea atingerii obiective determinate, legate de o problemă specifică de sănătate [2].

Un program se caracterizeaza prin:

a. problema sau problemele şi clientela căreia i se adresează;

b. obiective stabilite în scopul de a diminua intensitatea sau frecvenţa problemei / problemelor;
c. proiectele, intervenţiile sau serviciile cerute sau realizate;
d. resursele umane, materiale şi financiare puse la contribuţie;
e. legăturile care se stabilesc cu alte programe;
f. indicatorii de performanţă planificaţi.

Definiţia programului aduce în atenţia cititorului şi problema de sănătate. În limbaj laic, problema reprezintă o situaţie neplacută, inconfortabilă sau neavantajoasă, pe care dorim să o rezolvam. Similar, **problema de sănătate** reprezintă o stare de sănătate considerată deficitară de către individ, de către medic sau de societate [2].

Termenul de problemă de sănătate este asociat, dar nu sinonim, termenului de **nevoie de sănătate. Nevoia** reprezintă diferenţa între starea de sănătate actuală şi cea dorită, optimă, definită în manieră normativă [2]. Nevoile de sănătate antrenează la rândul lor nevoi de servicii de sănătate. După Jonathan Bradshaw, nevoile pot fi clasificate în funcţie de perspective în [3]:

a. **nevoi normative** – nevoi definite de experţi în raport cu anumite valori dorite sau considerate optime (ex. aportul zilnic de glucide);
b. **nevoi resimţite** – percepţii ale indivizilor asupra propriei sănătăţi sau ceea ce îşi doresc ei în termeni de servicii de sănătate (ex. nevoia de suport psihologic) ;
c. **nevoi exprimate** – cererea de îngrijiri / servicii de sănătate (nu corespunde cu ansamblul nevoilor de sănătate) (ex. pacientul solicită consult oftalmologic);
d. **nevoi comparative** – nevoi pe care un individ / grup ar trebui sa le aibă, deoarece prezintă aceleaşi caracteristici ca şi un alt individ / grup pentru care s-a identificat o nevoie (ex: afecţiuni ale mamei previzionează afecţiuni ale fătului).

1.4. Diferenţa program / proiect

Termenii de program şi proiect sunt frecvent folosiţi la întâmplare, fără a se face vreo distincţie legată de înţelesul lor. Câteva diferente între cei doi termeni sunt prezentate în tabelul nr. II.1.

Tabelul nr. II.1 – Diferenţe între proiecte şi programe

PROIECTUL	PROGRAMUL
Scop limitat	Scop mai general
Obiective specifice	Obiective generale
Are o durată limitată în timp, cunoscută de la începutul proiectului. Se termină chiar dacă problema vizată nu a dispărut. Pentru a nu se pierde rezultatele proiectului, acestea trebuie	Se derulează în mod continuu până când problema vizată dispare sau se minimizează, ocupând un loc tot mai jos în ierarhia problemelor de sănătate ale

integrate în ansamblul formal de activităţi permanente desfăşurate în comunitatea în care a fost implementat proiectul.	populaţiei ţintă
Are un buget limitat, cunoscut de la începutul proiectului.	Este finanţat sistematic, până dispare problema de sănătate.
Implementat de o organizatie temporară, caracterizată prin dinamism şi flexibilitate.	Este implementat de o organizaţie permanentă, cu reguli bine definite; trebuie luată în calcul birocraţia.
Proiectul reuneşte indivizi cu pregătire diferită, cu cultură diferită, animaţi de propriile lor scopuri şi aparţinând unor organizaţii diferite	Deoarece organizaţia care implementează programul este permanentă, oferă mai multă stabilitate.
Poate să constituie o parte a unui program.	Poate include mai multe proiecte.
Poate precede unui program sau poate constitui suportul de decizie pentru implementarea unui program.	Poate fi urmarea unui proiect

1.5. Managementul proiectelor – abordări conceptuale, funcţii şi caracteristici ale acestora

Managementul, prin definiţie, reprezintă un proces de proiectare şi de menţinere a unui mediu în care persoanele, lucrând impreună în grupuri, îndeplinesc în mod eficace scopuri selectate şi bine definite [4]. O definiţie expresivă este dată de David Gustafson: “managementul este procesul prin care munca este făcută prin intermediul altora, bine, la timp şi în limita bugetului” [4].

Managementul se realizează propriu-zis prin 5 **funcţii manageriale**, care reunesc activităţile generale desfăşurate de manageri pentru atingerea obiectivelor organizaţiei, prin utilizarea resurselor umane, materiale, financiare şi de timp: planificarea, organizarea, funcţia de personal, conducerea şi controlul [4]. Funcţiile manageriale sunt interdependente, alcătuind un ciclu care asigură conducerea eficientă a organizaţiei. Similar, managementul unui proiect reprezintă procesul de organizare şi supraveghere a proiectului, pentru a ne asigura că acesta se realizează conform programării.

PLANIFICAREA cuprinde selectarea misiunilor şi a obiectivelor, precum şi stabilirea acţiunilor necesare pentru îndeplinirea acestora, înainte de a acţiona. Ea este deci o gândire anticipativă şi presupune alegerea unei soluţii dintre mai multe alternative. Principalele argumente în favoarea planificării constau în: direcţionarea şi coordonarea eforturilor, reducerea şocului schimbării, minimizarea riscurilor şi a risipei, stabilirea normelor pe baza cărora se va realiza controlul. Planificarea se face la toate nivelele de management, pe termen lung sau scurt. La nivele manageriale mai înalte, accentul se pune pe determinarea misiunii, scopului sau obiectivelor organizaţiei (planificare strategică, pe termen lung), în timp ce la nivele manageriale mai joase, planificarea presupune identificarea activităţilor necesare şi se face pe termen mai scurt (planificare operaţională). De exemplu, pentru sistemul de sănătate, o planificare strategică poate să vizeze eliminarea disparităţilor în acoperirea cu servicii medicale sau farmaceutice pe medii de rezidenţă (ceea ce implică un program de acţiune pe termen de 5 – 10 ani), iar planificarea

operaţională stabileşte modul în care se vor desfăşura acţiunile prevăzute la nivelul unui judeţ, sau al unui furnizor de servicii medicale.

Într-un proiect, planificarea presupune:

a. dezvoltarea scopului, obiectivelor, a strategiilor de intervenţie;
b. stabilirea activităţilor şi resurselor;
c. dezvoltarea unei scheme de lucru pentru a stabili relaţiile logice dintre activităţi şi punctele critice în implementarea proiectului;
d. programarea în timp;
e. realizarea unui plan de protejare a resurselor proiectului;
f. identificarea de planuri alternative.

ORGANIZAREA presupune alocarea resurselor, pentru îndeplinirea sarcinilor esenţiale. Ea cuprinde stabilirea structurii intenţionale a organizaţiei şi definirea rolurilor formale ale persoanelor în cadrul diferitelor compartimente şi a relaţiilor dintre compartimente şi dintre oameni (relaţiile de autoritate şi de responsabilitate). Reprezentarea grafică a structurii organizaţiei poartă numele de organigramă.

În proiect, organizarea cuprinde:

a. stabilirea structurii echipei;
b. identificarea şi repartizarea rolurilor membrilor echipei în cadrul proiectului;
c. definirea procedurilor de lucru;
d. stabilirea standardelor de autoritate şi de responsabilitate la nivelul echipei;
e. alocarea resurselor pe activităţi.

FUNCŢIA DE PERSONAL (COORDONAREA) include activităţi de management al resurselor umane şi are ca scop principal desemnarea persoanelor celor mai potrivite în funcţie de specificul posturilor şi motivarea acestora, astfel încât să contribuie cât mai mult la îndeplinirea obiectivelor organizaţiei. Angajaţii nu trebuie să fie nici sub, nici supracalificaţi, ambele situaţii fiind considerante la fel de riscante şi cu influenţă negativă asupra performanţelor organizaţiei. Această funcţie include recrutarea şi selectia angajaţilor, alocarea personalului în posturile existente, determinarea modului de remunerare, precum şi acţiunile desfăşurate în vederea întreruperii activităţii angajaţilor datorită unor situaţii speciale (pensionare, transfer, concediere).

În proiect coordonarea cuprinde:

a. alegerea echipei;
b. instruirea personalului;
c. monitorizarea modului de lucru al membrilor echipei;

d. îndeplinirea formalităţilor de încetare a activităţii la terminarea proiectului.

CONDUCEREA (COMANDA) presupune orientarea membrilor organizaţiei spre ceea ce trebuie să realizeze. Adeseori implică crearea unui mediu de comunicare şi motivare, astfel încât membrii organizaţiei (spital, secţie, centru medical, chiar cabinet medical individual) să înţeleagă exact ce se aşteaptă de la ei pentru îndeplinirea scopului organizaţiei. Un manager poate alege diverse stiluri de conducere, în funcţie de preferinţele sau filozofia personală, de tipul de personalitate, de nivelul profesional şi de caracteristicile echipei cu care lucrează. În general, managerii trebuie să fie flexibili şi să îşi adapteze stilul de conducere la situaţiile cu care se confruntă şi la nevoile şi aşteptările angajaţilor.

La baza funcţiei de conducere stă motivarea, care reprezintă „corelarea satisfacerii nevoilor şi intereselor angajaţilor cu gradul de participare la îndeplinirea obiectivelor organizaţiei" [5].
În proiect conducerea include:

a. stabilirea modului de analiză a opţiunilor, luare a deciziilor şi comunicare a acestora;
b. dezvoltarea de tehnici de luare a deciziei în echipă;
c. dezvoltarea de mecanisme de analiză a stadiului de implementare a proiectului.

CONTROLUL presupune monitorizarea şi evaluarea performanţelor obţinute, în încercarea de îmbunătăţire continuă a calităţii. Etapele procesului de control au fost descrise prima dată de F. W.Taylor (fondatorul managementului organizaţional) şi constau în esenţă în:

a. stabilirea de standarde de timp, calitate sau cantitate;
b. măsurarea rezultatelor reale;
c. compararea rezultatelor cu standardele;
d. luarea măsurilor necesare pentru a minimiza pe cât posibil diferenţa dintre rezultatele obţinute şi standardele stabilite.

Pentru a fi eficient, controlul trebuie să inducă măsuri constructive de rezolvare a cauzelor ce generează devierea în sens negativ faţă de standarde şi respectiv măsuri de fructificare a experienţelor pozitive. El implică adesea un mecanism de feed-back sistematic, în care intrările sunt comparate cu ieşirile. Se impune sublinierea caracterului corectiv şi nu coercitiv al controlului, în sensul de a genera măsuri de îmbunătăţire continuă a calităţii şi nu în sens de pedepsire a "vinovaţilor".

În proiecte, controlul se referă la:

a. stabilirea a ce se monitorizează;
b. stabilirea criteriilor şi indicatorilor de performanţă;
c. stabilirea standardelor de performanţă;

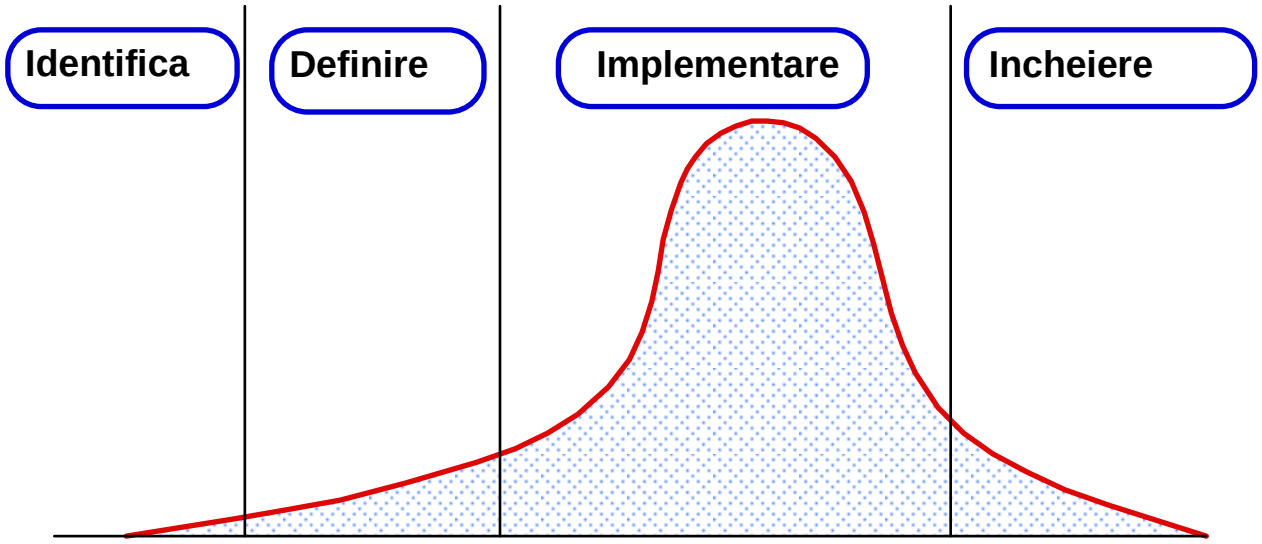
d. stabilirea şi implementarea unui mecanism de monitorizare şi evaluare integrat in planificarea proiectului;
e. stabilirea unui sistem informaţional;
f. planificarea revizuirii regulate a strategiei de implementare, în funcţie de rezultatele evaluărilor.

2. CICLUL DE VIAŢĂ AL UNUI PROIECT

În capitolul 1 a fost relevat faptul că proiectul are o durată limitată. În această accepţiune, proiectul are, de fapt, un ciclu de viaţă, cu 4 etape principale (figura nr. II.1) [6]:

a. Identificare
b. Definirea
c. Implementarea
d. Încheierea

Figura nr.II.1 – Etapele de viaţă ale unui proiect



Adaptat după: Albert, L. & Goulet, J. Management et gestion de projet. Théorie et Pratique (1996) (nepublicat), citat de Fournier, P în "Managementul proiectelor în sănătate" – suport de curs

2.1. Identificarea

Etapa de identificare reprezină începutul proiectului. Ea constă în [7]:

a. Identificarea problemei de sănătate – respectiv definirea stării de sănătate considerată deficitară de către o comunitate, prin entităţile responsabile sau interesate de sănătatea

publică, care pot fi: administraţia publică locală, autoritatea de sănătate publică, organizaţii ale societăţii civile, conducerea unei şcoli, reprezentanţi ai unei comunităţi religioase etc.

Pentru identificarea problemelor de sănătate se utilizează tehnici cantitative şi calitative care vor fi dezvoltate în capitolul următor. Etapa de identificare răspunde la trei întrebări:

i. care este problema de sănătate?

ii. care este situaţia dorită/recomandată/optimă?

iii. care este nevoia de sănătate (diferenţa între existent şi optim)?

Exemplu:

Problema: *Mortalitatea standarizată prin boli cerebrovasculare la persoanele de 0 - 64 de ani în judeţul X, pentru anul 2005 este de 48 decese la 100.000 locuitori.*

Situaţia recomandată: Mortalitatea standarizată prin boli cerebrovasculare la persoanele de 0 - 64 de ani în România, pentru anul 2005 este de 43 decese la 100.000 locuitori.

Nevoia de sănătate: *Scăderea cu 10% a mortalităţii prin boli cerebrovasculare la persoanele de 0 – 64 de ani.*

b. analiza strategiilor posibile pentru rezolvarea problemei – presupune identificarea tuturor alternativelor care pot fi utilizate pentru rezolvarea problemei, pe baza nivelului de cunoaştere şi a experienţei existente, a modelelor de bună practică publicate în literatură etc. Apoi, aceste alternative sunt analizate din punct de vedere al aplicabilităţii lor la situaţia locală, pe baza unor criterii stabilite de experţi şi, în funcţie de opiniile experţilor, sunt ierarhizate de la alternativa cea mai recomandată la cea mai puţin recomandată. Prioritizarea foloseşte tehnici specifice, care vor fi dezvoltate în capitolul următor. Etapa de analiză a strategiilor răspunde la două întrebări:

i. care sunt posibilităţile de intervenţie asupra problemei?

ii. care este cea mai recomandată intervenţie asupra problemei?

Exemplu:

i. Strategii posibile pentru rezolvarea problemei identificate:

a. examinarea semestrială a persoanelor cu vârsta cuprinsă între 30 - 64 de ani, pentru identificarea precoce a riscurilor şi includerea persoanelor la risc în programe persoanlizate de prevenţie;

b. evaluarea prevalenţei factorilor de risc majori în producerea accidentului vascular cerebral şi dezvoltarea de strategii de prevenţie primară pentru primii trei ca frecvenţă dintre ei.

c. dezvoltarea sistemului de asistenţă medicală de urgenţă pentru a scădea timpul de transport la spital.

ii. Care este cea mai recomandată intervenţie?

La această întrebare este dificil de răspuns. De regulă deciziile sunt politice, dar sunt adesea controversate, dacă nu există evidenţe care să dovedească oportunitatea lor. Controversele îi fac vulnerabili pe politicieni. De aceea este necesară utilizarea unor tehnici specializate de analiză a deciziilor. Cîteva tehnici sunt descrise în capitolul 3.

c. elaborarea unui studiu de pre-fezabilitate – conceperea unei schiţe de proiect pe baza intervenţiei selectate, formularea preliminară a scopului şi a obiectivelor proiectului, descrierea factorilor care favorizează intervenţia şi a celor care o împiedică şi identificarea posibilelor parteneriate pentru realizarea proiectului. Această fază răspunde la următoarele întrebări:

i. care este scopul intervenţiei selectate?

ii. care sunt obiectivele (etapele intermediare) în îndeplinirea scopului?

iii. care sunt condiţiile care favorizează intervenţia?

iv. care sunt riscurile în implementarea intervenţiei?

v. cine sunt principalii actori / parteneri care trebuie cooptaţi pentru realizarea proiectului?

Etapa de identificare se concretizează printr-un document de tip scrisoare de intenţie sau schiţă de proiect, care este transmis organizaţiei care a lansat cererea de proiecte.

2.2. Definirea

Definirea este faza ulterioară identificării proiectului, care presupune dezvoltarea aplicaţiei de proiect, după ce există un acord de principiu asupra oportunităţii proiectului şi a posibilităţilor de finanţare. Această fază porneşte de la schiţa de proiect şi constă în:

a. realizarea analizei de fezabilitate – verificarea capacităţii proiectului de a produce rezultatele dorite, în limitele de timp şi de buget existente, la parametrii de calitate prevăzuţi şi ţinând cont de condiţiile specifice de mediu [6]. Se analizează fezabilitatea proiectului din punct de vedere legislativ, politic, economic, organizaţional, socio-cultural, etic, etc [6].

Analiza de fezabilitate răspunde la următoarele întrebări:

i. care este mediul care trebuie cunoscut de managerul de proiect;

ii. care este mediul care trebuie influenţat?

iii. care este mediul care trebuie controlat?

Analiza de fezabilitate va fi discutată pe larg în capitolul al treilea.

b. planificarea proiectului – constă în descrierea scopului şi a obiectivelor, precum şi realizarea arborelui de obiective. Tot în această etapă sunt descrise activităţile proiectului cu

legăturile de cauzalitate dintre acestea şi resursele necesare (timpul necesar, resursele financiare şi resursele umane). Planificarea răspunde la întrebările:

i. care este scopul proiectului?

ii. care sunt obiectivele proiectului?

iii. care sunt activităţile proiectului?

iv. cum sunt condiţionate activităţile între ele (ex.: ce activităţi trebuie realizate înaintea altora, ce activităţi nu pot începe decât după ce se încheie alte activităţi, etc.)

v. care este durata fiecărei activităţi şi data probabilă a începerii?

vi. care sunt resursele financiare necesare pentru fiecare activitate şi implicit, prin însumarea acestora, care este bugetul proiectului?

vii. care sunt resursele umane necesare pentru realizarea proiectului, care este nivelul de calificare cerut, care sunt responsabilităţile şi relaţiile de autoritate dintre membrii echipei de proiect.

Răspunsurile la întrebările i – ii sunt expuse în capitolul al patrulea, iar răspunsurile la întrebările iii – vii în capitolul al cincilea.

c. realizarea sistemului de monitorizare şi control – descrie sistemul de monitorizare şi evaluare, instrumentele şi indicatorii utilizaţi, procedurile care se aplică în proiect, periodicitatea raportărilor etc. Ea răspunde la următoarele întrebări:

i. care este sistemul informaţional în proiect?

ii. care sunt procedurile aplicabile?

iii. cum este monitorizat proiectul?

iv . cum este evaluat proiectul?

Capitolul al şaselea prezintă detaliat aceste noţiuni.

Rezultatul etapei este reprezentat de formularul de proiect definitiv. Acest formular este negociat între finanţator şi implementator (uneori sunt implicate mai multe părţi) şi este, de regulă, anexă la un contract de finanţare care se încheie între aceştia. Odată semnat contractul şi formularul de proiect, acesta poate fi modificat numai prin acordul ambelor părţi şi numai printr-un act adiţional la contractul iniţial. Managerul proiectul este responsabil de orice modificare, abatere sau neîndeplinire a prevederilor contractului, respectiv formularului de proiect.

2.3. Implementarea

Faza de implementare constă în îndeplinirea activităţilor din proiect. Ea presupune mobilizarea resurselor materiale, financiare şi umane, precum şi activarea sistemului de monitorizare şi evaluare. Documentele caracteristice acestei faze sunt planul de implementare a proiectului

(elaborat fie în faza de definire, fie la începutul fazei de implementare), rapoarte de monitorizare narative şi financiare şi rapoarte de evaluare, elaborate cu periodicitatea stabilită în formularul de proiect. Implementarea este faza în care se obţin rezultatele proiectului. Deşi se caracterizează printr-o concentrare maximă de resurse, în acestă fază se iau mai ales decizii de nivel operaţional, deciziile strategice fiind adoptate în faza de dezvoltare a proiectului.

Datorită unor evenimente interne sau, mai frecvent, unor constrângeri din mediul extern, este posibil ca în faza de implementare să se constate imposibilitatea realizării unor obiective/activităţi la parametrii prevăzuţi în documentul de proiect. Aceste evenimente sau constrângeri trebuie aduse la cunoştinţa finanţatorului şi, în baza lor, trebuie renegociate rezultatele aşteptate din proiect.

2.4. Încheierea

Această fază cuprinde toate formalităţile necesare pentru închiderea proiectului, respectiv elaborarea raportului final, participarea la evaluarea proiectului, încheierea cărţilor de muncă ale membrilor echipei de proiect, lichidarea conturilor bancare ale proiectului, transferul rezultatelor proiectului, predarea bazelor de date, a documentelor elaborate în cadrul proiectului etc. Această fază beneficiază, în general, de o atenţie redusă atât din partea implementatorilor, cât şi, foarte important, din partea beneficiarilor unui proiect. Totuşi neglijarea aspectelor formale caracteristice fazei de incheiere poate avea efecte foarte grave.

Exemple:
1. Proiectul X s-a finalizat, dar nu au fost lichidate conturile bancare – acestea îşi produc efectele, iar cheltuielile legate de managementul lor trebuie acoperite de organizaţia implementatoare (în a cărei responsabilitate a fost inclusiv terminarea proiectului) sau, mai grav, de organizaţia beneficiară, care a angajat implementatorul.

2. Proiectul X s-a finalizat, s-au lichidat conturile bancare, responsabilul cu resursele umane şi-a încheiat activitatea în proiect şi relaţiile contractuale cu persoana juridică girantă a implementării, dar membrii echipei de proiect nu au cărţile de muncă încheiate. Această situaţie atrage după sine litigii de muncă, deoarece persoanele respective nu pot încheia relaţii contractuale cu alţi angajatori.

3. În acelaşi proiect s-au îndeplinit toate activităţile din planul de implementare, s-au lichidat conturile bancare, membrii echipei şi-au încetat raporturile de muncă (şi au cărţile de muncă închise), dar trebuie elaborat raportul final. Cum toate persoanele implicate în proiect au plecat,

acest document nu poate fi elaborat. Dincolo de faptul că este o cerinţă obligatorie a finanţatorului, raportul final reprezintă un document foarte important pentru sustenabilitatea proiectului şi pentru utilizarea rezultatelor din proiect în intervenţii viitoare din domeniul respectiv. În cazul în care raportul final nu este elaborat şi diseminat, experienţa dobândită prin proiect rămâne incomplet valorificată.

În concluzie, orice proiect are un ciclul de viaţă limitat, constituit din patru faze: identificare, definire, implementare şi încheiere. Fază de identificare se finalizează cu o scrisoare de intenţie sau o schiţă de proiect. În cazul în care proiectul prezintă interes pentru finanţatori, beneficiari, autorităţi, societatea civilă etc. şi există un acord de principiu privind acceptarea şi finanţarea lui, proiectul trece în faza de definire, care se finalizează cu documentul de proiect, de regulă însuşit de părţile implicate printr-un contract. Odată semnat contractul, începe transformarea planului în acţiune, respectiv implementarea proiectului. Documentele caracteristice acestei faze sunt planul de implementare, rapoartele de monitorizare narative şi financiare şi rapoartele de evaluare. După îndeplinirea tuturor activităţilor, de trece la faza de incheiere, care presupune lichidarea angajamentelor iniţiate în scopul implemetării proiectului şi transferul rezultatelor către organizaţiile permanente care girează problematica respectivă. Capitolul doi a furnizat o descriere generală a acestor faze, urmând ca detalii să fie descrise în capitolele ulterioare. Trebuie menţionat faptul că ciclul de viaţă al proiectului serveşte înţelegerii cititorului şi nu se regăseşte descris la atare în formularele de proiect, care variază în funcţie de finanţator.

3. CONCEPEREA UNEI PROPUNERI DE PROIECT

3.1. Consideraţii generale

Aşa cum remarcam în primul capitol al acestei secţiuni, proiectele reprezintă o oportunitate actuală care trebuie luată în calcul, în special în contextul aderării României la Uniunea Europeană şi al nevoilor tot mai mari de resurse financiare pe fondul deteriorării raportului rezultate/cheltuieli în sistemul de sănătate.

Există mai multe întrebări concrete în legătură cu atragerea de proiecte în domeniul sănătăţii, respectiv:

„cum ajungem să scriem o propunere de proiect?”

„ce se întâmplă după ce am depus formularul de solicitare?”

„cine ar trebui să scrie sau să implementeze proiectele într-o comunitate?”

„cine finanţează proiecte?”

„există o reţetă de succes pentru proiecte?”.

Vom încerca să răspundem pe rând acestor întrebări.

Cum ajungem să scriem o propunere de proiect?

Finanţatorii de proiecte publică periodic apeluri de proiecte („call-uri”, în limba engleză). Apelurile pot fi publicate în limba română, în limba engleză sau în ambele, de regulă pe o pagină de internet, pentru a avea o cât mai bună vizibilitate, care atrage după sine o competiţie mai mare şi implicit proiecte mai valoroase.

Un apel de proiecte prevede aspectele esenţiale care trebuie să caracterizeze proiectul:

- domeniul/domeniile eligibile pentru finanţare (acestea sunt, de regulă, domenii incluse în misiunea organizaţiei finanţatoare);
- profilul organizaţiilor care pot să solicite finanţarea (deci să implementeze proiectul) şi profilul beneficiarilor;
- perioada până la care se acceptă depuneri de proiecte (uneori există termene fixe, ex. 20 decembrie 2007, ora 16.00; alteori apelul este deschis până la epuizarea finanţării);
- locul unde pot fi depuse propunerile de proiecte (adresa, persoane de contact, etc.). Uneori există şi o persoană de contact/adresă de e-mail pentru a transmite întrebări legate de apelul respectiv.
- un set standard de documente, care trebuie să însoţească propunerea de proiect, pentru a certifica situaţia juridică, financiară, tehnică, etc a solicitantului;
- bugetul maxim al proiectului (de cele mai multe ori şi bugetul total al liniei de finanţare);
- criteriile utilizate pentru evaluarea propunerilor de proiecte;
- data la care se comunică rezultatele evaluării şi modul de comunicare (în scris, fiecărui solicitant, pe pagina web a finanţatorului, etc.);
- de regulă, există un formular de solicitare standard, pentru facilitarea evaluării propunerilor de proiecte;
- principalele rigori/proceduri care trebuie respectate, uneori şi legislaţia aplicabilă proiectelor.

Ce se întâmplă după ce am depus formularul de solicitare?

Odată depus în forma cerută de finanţator (on-line, prin poştă, la sediul instituţiei, etc.) împreună cu setul de documente standard, demersul de solicitare se consideră încheiat şi se aşteaptă rezultatul evaluării. În funcţie de finanţator, demersul iniţial de solicitare poate să conţină doar o schiţă de proiect, care urmează să fie dezvoltată după un acord de principiu privind eligibilitatea proiectului, sau un proiect complet.

Uneori evaluarea se realizează într-o singură etapă şi se comunică direct acceptarea sau neacceptarea proiectului la finanţare, alteori evaluarea se realizează în două etape:

- în prima etapă se publică lista proiectelor eligibile;
- ulterior se ierarhizează proiectele pe o scară de valori aflată în concordanţă cu exigenţele finanţatorului. Sunt selectate pentru finanţare proiectele din fruntea listei, până la epuizarea bugetului liniei de finanţare. Uneori, proiectele aflate imediat după proiectele selectate pentru finanţare sunt puse pe o listă de aşteptare şi pot fi finanţate, dacă apar economii sau suplimentări ale liniei de finanţare.

Dacă rezultatul evaluării este pozitiv şi proiectul a fost acceptat pentru finanţare, urmează etapa de contractare – finanţatorul sau reprezentantul lui încheie un contract cu implementatorul – în care sunt stabilite regulile aplicabile între părţi privind implementarea proiectului, modul de soluţionare a eventualelor litigii şi sancţiunile care intervin în cazul nerespectării contractului. Formularul de proiect este anexă la contract. Uneori faza de contractare este precedată de o fază de negocire, în care finanţatorul şi solicitantul cad de acord asupra formei finale a proiectului, ajustează obiectivele sau bugetul acestora.

Cine ar trebui să scrie sau să implementeze proiectele într-o comunitate?

Orice organizaţie care se încadrează în categoria solicitanţilor eligibili poate completa un formular de solicitare. Practic orice entitate cu sau fără personalitate juridică, publică sau privată, for profit sau nonprofit poate iniţia sau implementa proiecte într-o comunitate. Prezentăm în tabelul nr. II.2 o listă de potenţiali solicitanţi de proiecte în domeniul sănătăţii publice, precum şi argumentele pentru care entitatea respectivă este îndreptăţită să solicite/implementeze proiecte.

Tabelul nr. II.2. – Solicitanţi de proiecte în domeniul sănătăţii publice

Nr. crt.	Solicitant	Argumente
1.	Ministerul Sănătăţii Publice	• reprezintă autoritatea centrală de sănătate publică [8]
2.	Autorităţile de sănătate publică judeţene sau a municipiului Bucureşti	• sunt servicii deconcentrate ale MSP şi au responsabilitatea sănătăţii publice la nivel local [8]
3.	Organele administraţiei publice judeţene sau locale	• sunt responsabile de sănătatea comunităţii pe care o gestionează
4.	Casele de asigurări de sănătate	• sunt responsabile de acoperirea cu servicii medicale de calitate [8]
5.	Furnizorii de servicii de sănătate de la cele trei niveluri de asistenţă medicală	• sunt responsabili de furnizarea de servicii medicale preventive, curative şi de recuperare
6.	Structuri cu capacitate	• sunt structuri publice care concentrează expertiză

	de cercetare în domeniul sănătăţii publice – universităţi, institute sau centre de sănătate publică	tehnică de nivel ridicat; valorificarea acesteia trebuie încurajată.
7.	Organizaţii nonguvernamentale, reprezentanţi ai societăţii civile	• societatea civilă trebuie să joace un rol important în reforma din sistemul de sănătate, fiind practic principalul beneficiar, deoarece reformele vizează, de obicei, îmbunătăţirea stării de sănătate a populaţiei; societatea civilă trebuie, oricum, consultată, chiar dacă nu este un partener formal în proiect.
8.	Organizaţiile profesionale, sindicale şi patronale ale profesioniştilor din sănătate	• sunt apolitice, fără scop patrimonial şi au ca misiune protejarea profesiilor medicale, respectarea deontologiei profesionale, protejarea echilibrul economic şi social al profesioniştilor din sănătate, care sunt un beneficiari direcţi ai îmbunătăţirii condiţiilor de furnizare a serviciilor medicale preventive, curative şi recuperatorii.
9.	Structurile asociative	• sunt reprezentate de asociaţii şi organizaţii nonguvernamentale de la nivelul judeţelor, oraşelor şi comunelor şi trebuie să aibă un rol major în formularea şi implementarea politicilor publice la nivel local
10.	Mediul de afaceri	• sănătatea este un bun public, iar asocierea dintre sănătate şi productivitate este dovedită; mediul de afaceri trebuie să conştientizeze şi să susţină intervenţiile în domeniul sănătăţii publice; tendinţele din mediul de afaceri trebuie să fie în linie cu tendinţele generale de politică de sănătate (ex.: restricţii de publicitate pentru produse dăunătoare sănătăţii).
11.	Alte elite din comunitate: şcoala, biserica, etc.	• sănătatea reprezintă o valoare socială; • intervenţiile pe comportamente sunt mai eficiente la vârstă tânără; • grupurile vulnerabile necesită strategii la risc înalt
12.	Trusturi mass-media	• rol important în formarea opiniei

Cine finanţează proiecte?

Proiectele pot fi finanţate de entităţi publice sau private, naţionale sau internaţionale. Enumerăm câteva exemple de entităţi finanţatoare pentru România şi de condiţii de finanţare:

I. organizaţii internaţionale

a. Banca Mondială – furnizează credite pentru implementarea de programe de ţară, aprobate cu statul beneficiar printr-un acord, ratificat prin lege. Creditele sunt garantate de către stat şi rambursate de Ministerul Finanţelor Publice, care aprobă programul din punct de vedere financiar. Implementatori sunt instituţii de linie ale administraţiei publice centrale (Ministerul Sănătăţii Publice, Ministerul Transporturilor, Ministerul Educaţiei etc), care gestionează sectorul vizat de program.

Exemplu: în prezent Ministerul Sănătăţii Publice implementează Programul de reformă a sistemului sanitar faza a doua (APL II), cu patru componente: îmbunătăţirea asistenţei materno-infantile, a asistenţei de urgenţă, dezvoltarea asistenţei medicale primare şi proiectarea unui sistem de conturi naţionale în sănătate. Proiectul este implementat de o Unitate de management de proiect înfiinţată pe lângă minister. Pentru fiecare componentă se licitează intervenţiile prevăzute în documentele de proiect. Licitaţiile se publică pe pagina web a ministerului, în Monitorul Oficial al României şi chiar în Jurnalul Oficial al Uniunii Europene, în funcţie de pragul (valoarea monetară) a acestora şi pe baza ofertelor/primite sunt selectaţi furnizorii de bunuri, servicii sau asistenţă tehnică. Legislaţia aplicabilă este reprezentată de procedurile Băncii Mondiale, care prevalează, precum şi de legislaţia românească. [9].

b. **Fondul Global de luptă împotriva tuberculozei, HIV/SIDA şi malariei** – a acordat României în anul 2003 o finanţare nerambursabilă pentru interveţii în domeniul HIV/SIDA şi tuberculozei.
c. **UNICEF** – finanţează în România intervenţii în domeniile: protecţia copilului, sănătate, educaţie. Intervenţiile sunt implementate de echipa UNIFEC România în parteneriat cu Guvernul [10].

II. Comisia Europeană, prin următoarele programe:

a. **Programul Facilitatea de Tranziţie** – CE sprijină România şi Bulgaria în procesul de consolidare a capacităţii administrative, prin acordarea de asistenţă financiară nerambursabilă în primul an de la aderare, în domenii identificate ca fiind prioritare şi prin instrumente financiare care şi-au demonstrat utilitatea în perioada de pre-aderare (Twinningul, Twinning-ul light, asistenţa tehnică primită prin contractele de servicii sau mobilizarea unor experţi din statele membre – TAIEX). Programul este o continuare a Programului Phare, prin care s-a acordat sprijin financiar nerambursabil României pentru măsurile necesare aderării. Beneficiarii proiectelor sunt instituţiile administraţiei publice centrale sau ONG-urile, în măsura în care acestea îndeplinesc un rol în procesul de implementare a acquis-ului. Nu sunt eligibile activităţi care se vor finanţa prin fondurile structurale [11].
b. **Programul comunitar de acţiune în domeniul sănătăţii 2003 – 2008** – prima abordare integrată a Comisie Europene pentru protecţia sănătăţii publice. Programul are trei obiective generale (informarea în sănătate, răspunsul rapid la ameninţările privind sănătatea, promovarea sănătăţii prin determinanţii ei) şi acordă finanţări pe baza competiţiei de proiecte [12].

De cele mai multe ori finanţatorii încurajează parteneriatele, deoarece cresc atât forţa de implementare, cât şi sustenabilittaea proiectelor (capacitatea de transfer al rezultatelor proiectului în activităţile de rutină ale domeniului).

Există o reţetă de succes pentru proiecte?

Desigur, nu. Aşa cum a rezultat din capitolele anterioare, fiecare finanţator are exigenţele proprii, şi fiecare proiect este un sistem deschis, care poate fi influenţat de intervenienţi diverşi şi multipli. Există totuşi câteva criterii universal valabile în funcţie de care poate fi apreciat succesul unui proiect (tabelul nr. II.3) [7].

Tabelul nr. II.3 – Criterii generale de succes pentru un proiect

Nr.	Criteriu
1.	Îndeplinirea obiectivelor
2.	Respectarea constrângerilor de buget
3.	Îndeplinirea condiţiilor de calitate asumate prin proiect
4.	Încadrarea în intervalul de timp planificat
5.	Satisfacţia beneficiarilor, a promotorilor şi a partenerilor colaboratori.

3.2 Metode de identificare a problemelor de sănătate

Există trei categorii esenţiale de identificare a problemelor de sănătate, redate în tabelul nr. II.4 [13] .

Tabelul nr. II.4 – Categorii de metode utilizate pentru identificarea problemelor de sănătate

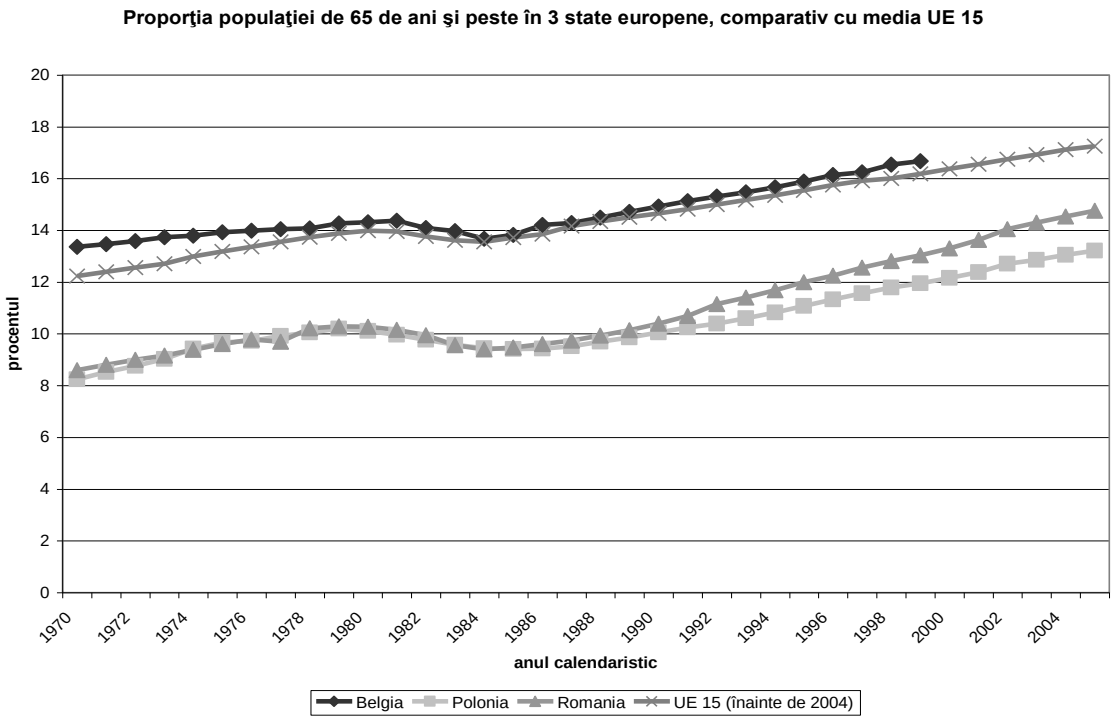
I. Metode cantitative bazate pe indicatori de raportări curente	II. Metode care utilizează anchete ale stării de sănătate	III. Metode bazate pe tehnici de consens
1. Indicatori socio-demografici 2. Indicatori de morbiditate 3. Indicatori de utilizare a serviciilor 4. Indicatori de resurse **Surse de date:** *Health for All Database (Baza de date a organizaţiei Mondiale a Sănătăţii)* *www.who.dk*	• Anchete privind starea de sănătate, bazate pe ex clinice, teste de laborator (descriptive, analitice) • Anchete privind percepţia asupra stării de sănătate sau a calităţii vieţii Necesită un grad mare de expertiză tehnică!	**1.Tehnici utilizând un mod de anchetă:** • Ancheta Delphi • Informatorii cheie **2. Tehnici utilizând interacţiunea:** • Brainstorming-ul • Forumul comunitar **3. Tehnici utilizând reflexia individuală:** • Grup Nominal • Brainwriting

Exemple:

I. Indicatori ai stării de sănătate

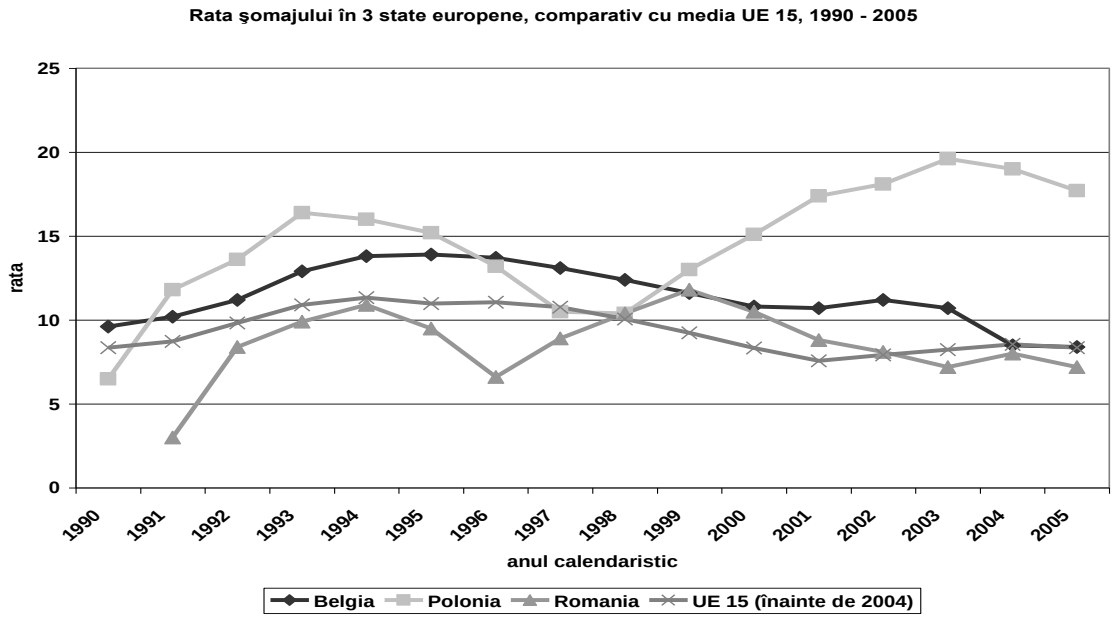
1. Indicatori socio-demografici

Figura nr .II.2.



Sursa datelor: www.hfa.dk

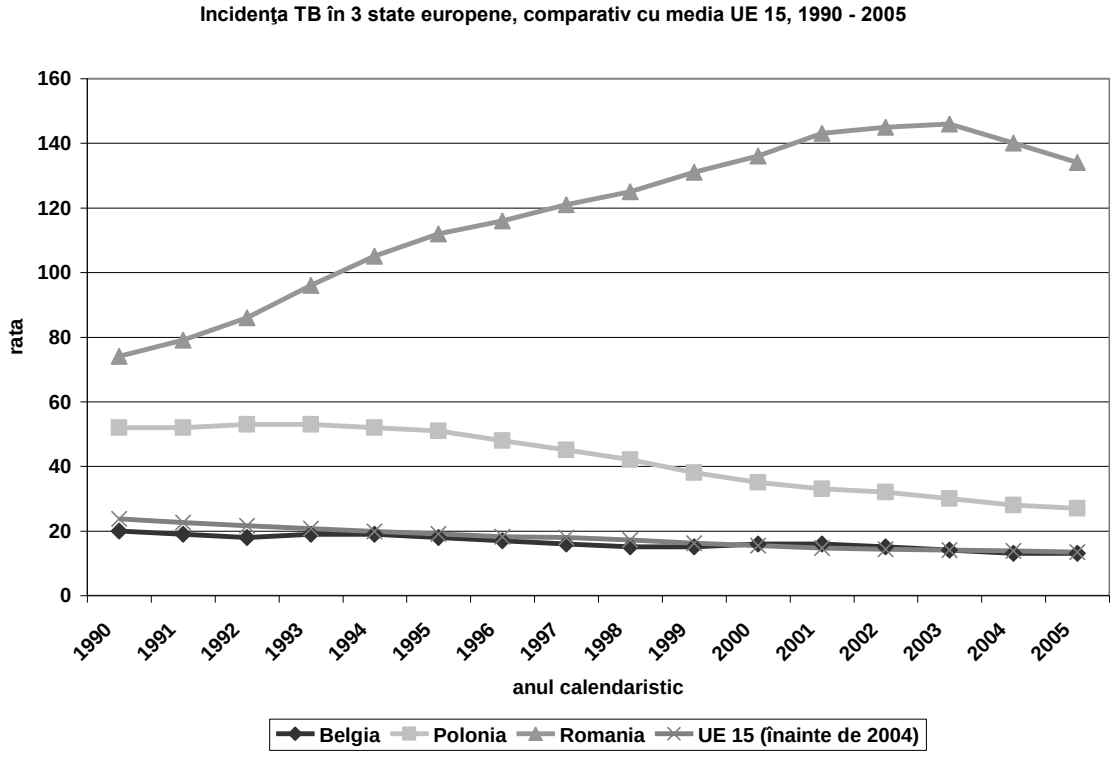
Figura nr. II.3.



Sursa datelor: www.hfa.dk

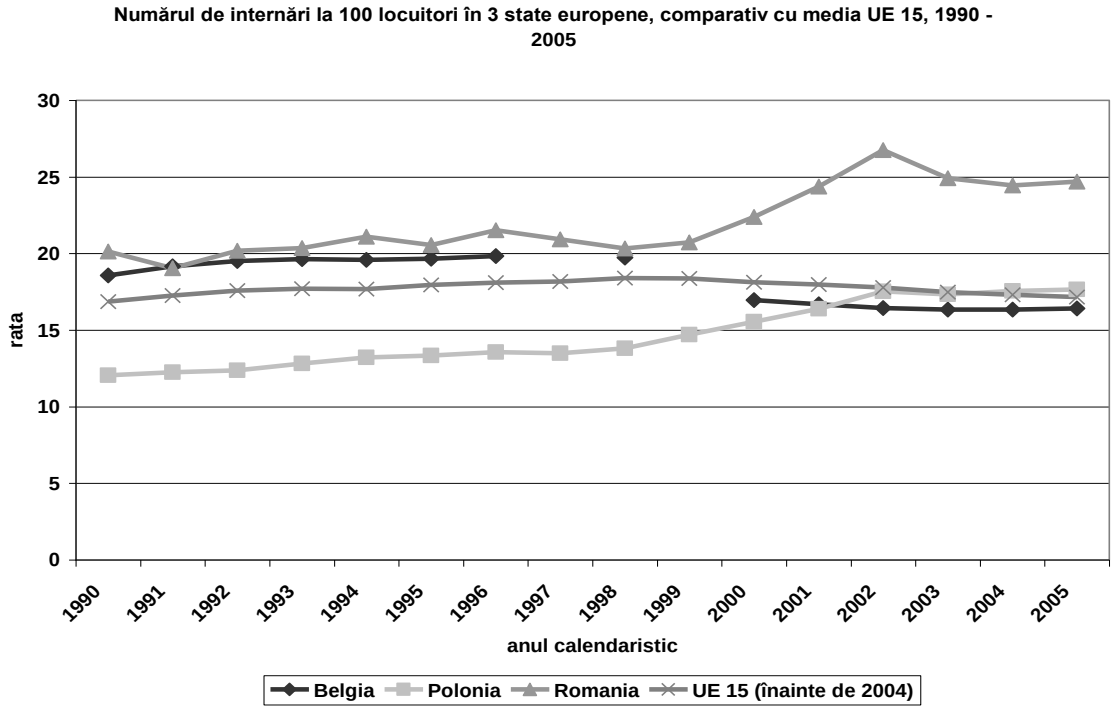
2. Indicatori de morbiditate

Figura nr. II.4.



3. Indicatori de utilizare a serviciilor

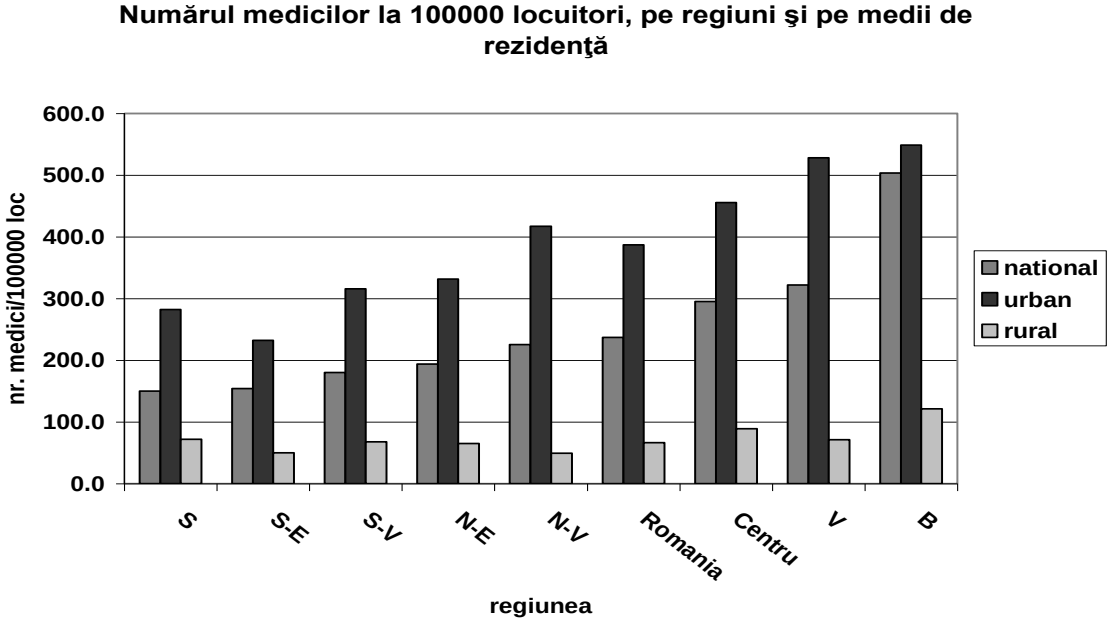
Figura nr. II.5.



Sursa datelor: www.hfa.dk

4. Indicatori de resurse

Figura nr. II. 6



Sursa: Registrul naţional al medicilor, 2002

Comentariu Figura nr. II.2.:

În România proporţia populaţiei de 65 de ani şi peste este superioară celei din Polonia, dar inferioară mediei statelor vechi membre ale UE. Totuşi, analizând tendinţa indicatorului, constatăm că în România proporţia acestei populaţii creşte în aceeaşi măsură comparativ cu UE15.

Comentariu Figura nr. II.3.:

Rata şomajului este cea mai ridicată în Polonia. În Belgia rata şomajului prezintă o tendinţă constantă de scădere în ultimii 20 de ani. În anul 2005 România avea o rată a şomajului uşor inferioară UE 15 şi în scădere.

Comentariu Figura nr. II.4.:

Incidenţa tuberculozei la 100000 locuitori în România a avut o tendinţă constantă de creştere pînă în anul 2002. În anul 2005 este de 8 ori mai mare decât media UE15.

Comentariu Figura nr. II.5.:

În România numărul de internări la 100 locuitori a avut o tendinţă constantă de creştere până în anul 2002. În anul 2005, valoarea indicatorului era superioară UE15cu 33%. Belgia şi Polonia aveau o proporţie similară cu UE15.

Comentariu Fig. nr. II.6.:

Există inegalităţi în profil teritorial între cele 8 regiuni de dezvoltare, în ceea ce priveşte acoperirea cu medici, regiunile Centru, Vest şi Bucureşti fiind cele mai bine acoperite. Diferenţe marcante se constată pe medii de rezidenţă (urban / rural), în toate regiunile de dezvoltare, în condiţiile în care aproape jumătate din populaţia României locuieşte încă la sate.

II. Anchete privind starea de sănătate

Se pot utiliza atât la nivel naţional, cât şi, de exemplu, la nivelul unui judeţ sau al unui grup populaţional vulnerabil. Anchetele pot avea ca scop evaluarea prezenţei / absenţei unor boli sau a unor factori de risc (anchete epidemiologice). Ele pot fi bazate pe date anamnestice, examene clinice, teste de laborator etc.. O clasificare sumară a anchetelor epidemiologice este redată în tabelul nr. II.5 [14, 15].

În esenţă discutăm despre **anchete epidemiologice descriptive**, care descriu populaţia ţintă (indivizi, grupuri de indivizi sau subpopulaţii) în funcţie de caracteristici personale, temporale şi spaţiale şi despre **anchete epidemiologice analitice observaţionale,** care măsoară asociaţia dintre expunere şi rezultat, fie pornind de la expunere, fie pornind de la rezultat. Ele au ca principiu existenţa unui grup de comparaţie.

Uneori sunt utilizate **anchete sociologice** pentru analiza percepţiei pacienţilor asupra propriei stări de sănătate sau pentru analiza nivelului de satisfacţie al pacienţilor / membrilor unei comunităţi în legătură cu un anumit produs sau serviciu.

Tabelul nr. II.5 – Clasificarea anchetelor epidemiologice utilizate pentru identificarea problemelor de sănătate în funcţie de scop

Tip de anchete	Subtip	Categorii	Scurtă definiţie
Descriptive = descriu o populaţie după caracteristici personale, temporale şi spaţiale	Populaţionale	Ancheta de prevalenţă	Analizează în mod activ şi simultan prezenţa de boli şi de factori de risc într-o populaţie selectată, fără să facă referire la trecut, sau la viitor.
		Studii ecologice	Compară frecvenţa bolii/expunerii între grupuri populaţionale în acelaşi interval de timp, sau compară aceeaşi populaţie la momente diferite de timp, utilizând înregistrări globale pentru populaţie.
	Individuale	Raportul de caz	Descrierea detaliată a profilului pentru unul până la 5 pacienţi, realizată de unul sau mai mulţi clinicieni.
		Seria de cazuri	Etapa următoare raportului de caz, grupând 5 până la 15 cazuri.

Analitice observaţionale = analizează comparativ frecvenţa expunerii şi frecvenţa bolii în subgrupuri.	Prospective / de cohortă	Pornesc de la un eşantion din populaţia ţintă, care se autodivide în expuşi şi non-expuşi. Ambele subgrupuri sunt urmărite în timp până apare boala. Se aşteaptă ca frecvenţa bolii să fie mai mare în rândul expuşilor comparativ cu non-expuşii.
	Retrospective / caz-control	Pornesc de la cazuri şi martori care sunt urmăriţi retrospectiv pentru prezenţa expunerii.

Exemplu: *În cabinetul unui medic de familie, pacienţii erau rugaţi la sfârşitul consultaţiei să completeze chestionarul de mai jos:*

CHESTIONAR

Stimate pacient, pentru a putea realiza îmbunătăţirea serviciile pe care vi le oferim, suntem foarte interesaţi de opinia dumneavoastră asupra activităţii cabinetului nostru. De aceea, vă rugăm să aveţi amabilitatea să răspundeţi la următoarele întrebări, încercuind varianta care vi se potriveşte:

1. *Genul : a.masculin b.feminin*

2. *Vârsta : .....*

3. *Sunteţi : a.pensionar b.salariat*

4. *Locuiţi la: a.bloc b.casă la curte*

5. *Ultima şcoală pe care aţi terminat-o a fost:*

a.şcoala primară b.şcoala generală c.liceul d.facultatea

6. *Sunteţi: a.celibatar b.căsătorit / cu partener c.văduv d.divorţat*

7. *Credeţi că sunteţi bolnav :*

a. *foarte grav*
b. *grav*
c. *moderat*
d. *deloc.*

8. *Veniţi la medicul de familie :*

a. *de mai multe ori pe lună*
b. *o dată pe lună*
c. *o dată la câteva luni*
d. *o dată pe an*
e. *mai puţin de o dată pe an*

9. *Care este scopul vizitei dumneavoastră de astăzi la medicul de familie ?*

a. *control medical de rutină*
b. *rezolvarea unei probleme nou apărute*
c. *procurarea reţetei lunare compensate sau gratuite*
d. *efectuarea de analize*
e. *bilet de trimitere la specialist*

10. *Vizita de astăzi a fost programată ?* *a.Da* *b.Nu*

11. *Preferaţi să veniţi la medicul de familie:* *a.cu programare* *b.fără programare*

12. *Timpul de aşteptare până la intrarea în cabinet la această vizită a fost:*

a. *sub 15 minute*
b. *între 15 şi 30 de minute*
c. *între 30 şi 60 de minute*
d. *peste 60 de minute*

13. *Vă rugăm să daţi o notă de la 1 la 10 fiecăreia din următoarele activităţi din cabinetul nostru: (10 – sunt foarte mulţumit; 1- nu sunt mulţumit deloc)*

	Medic	*Asistent*	*Medic rezident*
Informaţii oferite			
Ascultarea problemelor dvs.			
Comportament			
Limbaj			
Punctualitate			

14*. Ce vă nemulţumeşte cel mai mult la cabinetul nostru?*

……

15. *Ce credeţi că ar trebui să oferim în plus?*

…….....

Pe baza acestui instrument simplu şi rapid, medicul coordonator al cabinetului a constatat că pacienţii sunt în principal nemulţumiţi de timpul de aşteptare (chiar şi cei care veneau cu programare aşteptau peste 30 de minute) şi de lipsa de comunicare a asistentei [16].

III. Metodele bazate pe tehnici de consens *sunt descrise pe scurt în tabelul nr. II.6*

Tabelul nr. II.6 – Metode bazate pe tehnici de consens – avantaje şi limite

Metoda	Descriere	Avantaje	Limite
Ancheta Delphi	Se bazează pe o listă de experţi într-un domeniu, cărora li se administrează, în 3-6 runde, chestionare referitoare la o anumită problematică din domeniul de expertiză. Runda 1 este de regulă de tip calitativ. Rezultatele se aduc la cunoştinţa respondenţilor (ex. la o adresă de internet) şi se pregăteşte un al doilea instrument, mai specific (participanţii sunt rugaţi să noteze în ordinea importanţei aspectele identificate în runda 1). In runda 3 se informează asupra rezultatelor obţinute în runda 2 şi se solicită motivarea opiniei la cei cu opinii discordante, utilizând, de asemenea, metode cantitative. Se urmăreşte obţinerea consensului. *Ex: În perioada august - noiembrie 2006, OMS a realizat o anchetă Delphi pentru a realiza o clasificare internaţională a siguranţei pacientului [17].*	• lasă timp pentru reflexie; • anonimatul evită influenţarea membrilor de către personalităţile din grup; • scade tendinţa de conformare la grup; • se cunoaşte ansamblul opiniilor de către toţi participanţii; • persoanele răspund când au disponibilitate şi nu trebuie să se deplaseze.	• durată mare a studiului – fiecare rundă necesită cel puţin o lună; • - rată mică de răspuns.
Informatorii cheie	Sunt persoane care locuiesc sau muncesc într-un anumit teritoriu sau într-un anumit sistem şi îi cunosc foarte bine problemele. Se face o listă de eligibili, se aleg 10 – 15 persoane cu care au loc întrevederi separate.	• simplă; • ieftină; • dacă s-au ales persoane din domenii diferite, oferă un evantai al problemelor comunităţii.	• e influenţată de disponibilitatea persoanelor alese (de timp, de participare la studiu, etc.); • se bazează pe percepţii.

Brain-storming	Se aleg 10 – 12 experţi, cu care se organizează o întâlnire de maxim 60 de min, în care se anunţă subiectul şi se culeg idei de la fiecare participant, în manieră structurată sau nestructurată. Se aleg 5 - 6 idei care întrunesc consensul.	• tehnică dinamică; • poate conduce la rezultate de calitate; • timp scurt de desfăşurare.	• modul interactiv sugerează uneori dezorganizare.
Forumul comunitar	Este o întâlnire deschisă tuturor membrilor unei comunităţi, pentru a identifica problemele percepute de ei. Aceştia sunt încurajaţi să îşi expună public opinia. Se recomandă, ca animator, un membru respectat sau marcant din comunitate.	• permite fiecărui individ să îşi exprime opinia	• nu este fezabilă în comunităţi mari
Grupul nominal	Porneşte de la premiza că în generarea de idei pot fi folosite grupuri de specialişti care nu comunică între ele; datele obţinute de la diferite grupuri ajută la o identificare mai corectă a problemelor. Se pot utiliza până la 30 de grupuri, formate din 7 – 10 persoane. Fiecare participant răspunde individual, în scris, la întrebările care constituie obiectul de studiu, apoi sunt prezentate şi discutate pe rând toate ideile (30 – 60 minute) şi se aleg 5 – 9 idei, prin vot, urmărindu-se realizarea consensului.	• utilă în situaţii complexe; • simplu de organizat; • utilizează experienţa persoanelor specializate în domenii diferite; • se poate aduna un număr mare de idei; • se pot exprima fără îngrădiri toţi participanţii.	• subiectivism; • lipsă de precizie; • necesită deplasarea participanţilor; • e mai formală – participanţii se pot simţi manipulaţi, ceea ce poate genera conflicte; de aceea se recomandă animator extern.
Brainwriting	Se aleg 6 – 8 experţi în domeniu, se anunţă obiectivul, iar animatorul propune unele soluţii. Participanţii adaugă în scris alte soluţii şi transmit foile de la unul la altul. La sfârşit se discută ideile şi se aleg, prin consens, 5 – 6 idei.	• permite exprimarea şi stimulează reflexia individuală; • oferă timp pentru reflexie.	• porneşte de la opinii personale.

3.3. Determinarea priorităţilor

Determinarea priorităţilor este un demers întotdeauna necesar, deoarece nevoile sunt multiple, iar resursele sunt limitate şi nu pot fi utilizate decât o singură dată. Acest demers furnizează dovezile care stau la baza deciziilor şi orientează decidenţii în alegerea acelor probleme sau intervenţii care sunt mai importante sau mai grave pentru comunitatea pe care aceştia o girează. Totodată, cum deciziile majore din sănătate sunt în general politice şi întotdeauna controversate, demersul de prioritizare permite expunerea publică a argumentelor care au stat la baza deciziei. Se pot prioritiza atât probleme cât şi intervenţii. Se stabilesc *a priori* criterii de prioritizare fie pentru problemă, fie pentru intervenţie. Apoi se analizează problema sau intervenţia pe baza criteriilor stabilite.

Amploarea problemei (măsurată prin număr de indivizi afectaţi sau prin gravitatea efectelor la nivel individual), evoluţia ei (în timp, în spaţiu), sau poziţia relativă în comparaţie cu alte probleme (ex. problema este importantă, dar nu atât de importantă comparativ cu alte probleme) pot constitui criterii pentru ierarhizarea problemelor. Pentru ierarhizarea intervenţiilor putem folosi drept criterii echitatea, fezabilitatea, costurile sau beneficiile.

Pentru a decide asupra unei intervenţii se analizează atât problema, cât şi strategiile de intervenţie şi se ia decizia ţinând seama atât de priorităţile de intervenţie, cât şi de capacitatea reală de a interveni (fig. nr. II.7.) [7].

Pentru demersul de prioritizare se pot folosi şi unele tehnici descrise în secţiunea anterioară pentru identificarea problemelor (ex. tehnica grupului nominal), dar şi metode specfice (procedura de triaj; metode care alocă scoruri; metoda ponderării criteriilor; metoda comparării pe perechi; etc.). Una dintre cele mai utilizate metode prin facilitatea aplicării ei este metoda Hanlon [2].

Metoda Hanlon utilizează drept criterii de prioritizare: amploarea problemei, severitatea ei, eficacitatea soluţiilor şi fezabilitatea intervenţiei. Pentru fiecare criteriu se alocă un scor, după cum urmează:

A. Amploarea problemei: scor de la 0 la 10
B. Severitatea problemei: scor de la 0 la 10
C. Eficacitatea soluţiilor: scor de la 0,5 la 1,5
D. Fezabilitatea intervenţiei: se apreciază prin coeficientul PEARL, unde:
   P = pertinenţa
   E = fezabilitatea din punct de vedere economic

A = acceptabilitatea

R = resursele diponibile

L = fezabilitatea din punct de vedere legal.

Fiecare dintre aceste dimensiuni se analizează după legea „totul sau nimic”, alocându-se scorul 1, respectiv 0. Coeficientul PEARL se calculează făcând produsul scorurilor acordate, respectiv: D = P x E x A x R x L.

În cazul în care, pentru una dintre dimensiuni a fost acordat scorul 0, coeficientul PEARL este 0. Scorul total al problemei se calculează după formula: **S = (A+B) x C x D,** unde:

S = scorul total

A = scorul pentru amploare

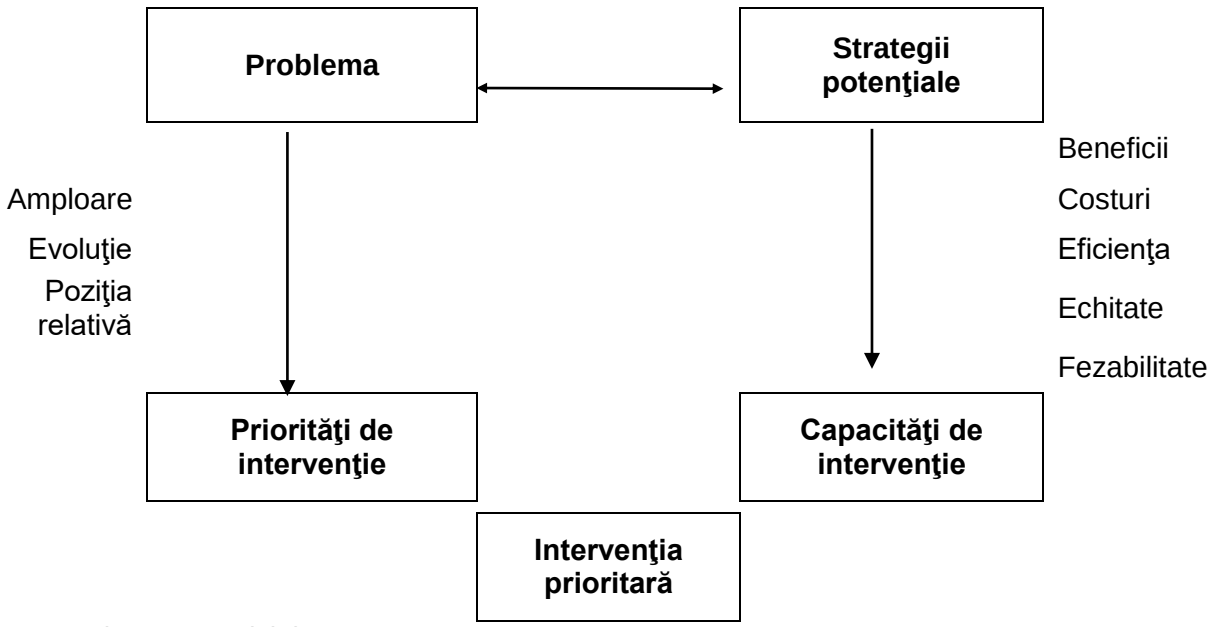
B = scorul pentru severitate

C = scorul pentru eficacitatea soluţiilor ;

D = coeficientul PEARL

Se observă că în cazul în care coeficientul PEARL este 0 (problema nu este pertinentă, fezabilă din punct de vedere economic sau legal, nu este acceptată sau nu există resurse disponibile), atunci scorul global al problemei S este 0. Pe baza scorurilor S, problemele se ordonează în ordine descrescătoare şi se alege problema cu scorul cel mai mare.

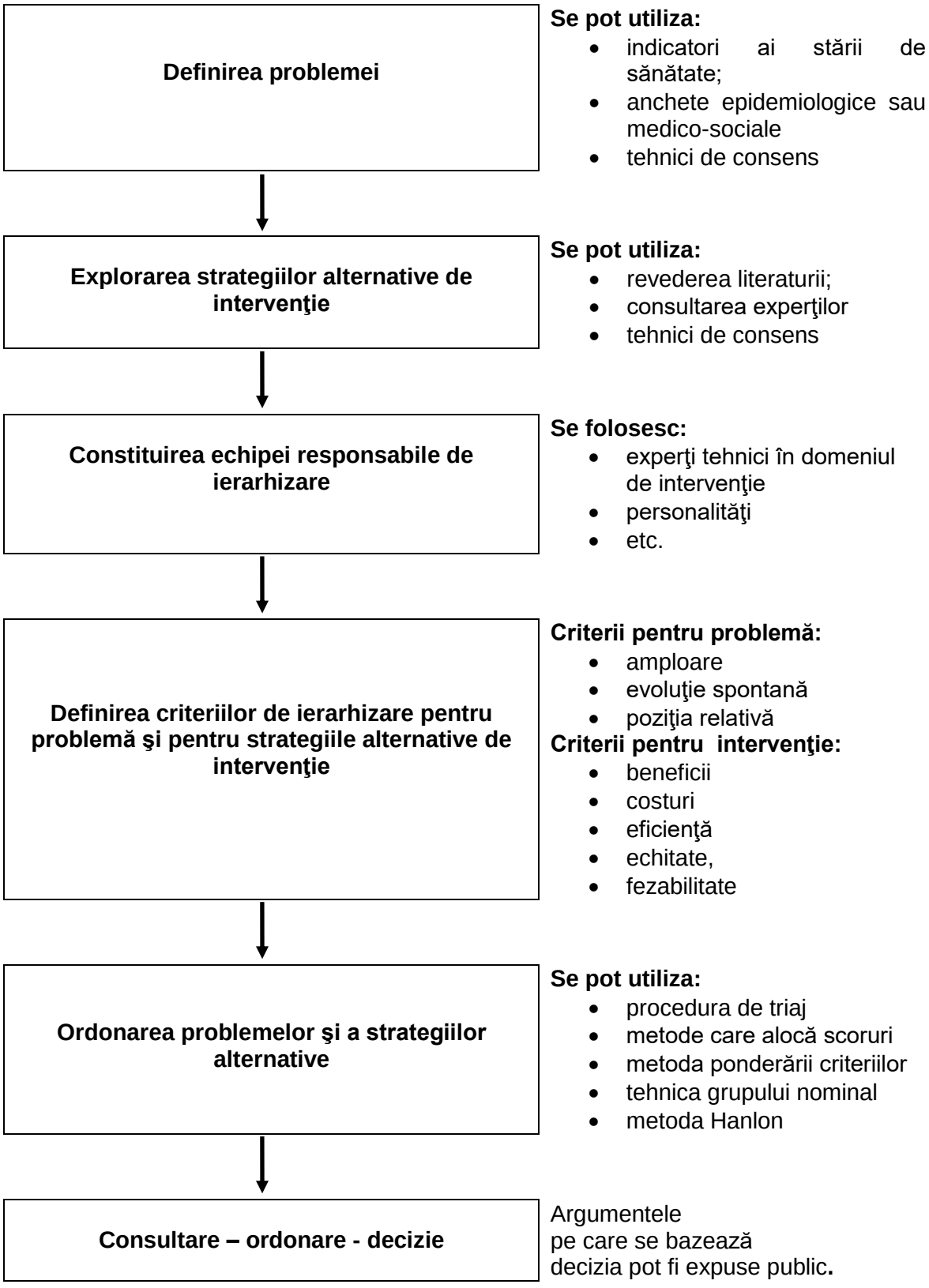
Fig. II.7. Schema unui demers de ierarhizare



Sursa: Fournier, P. Material de curs

Etapele generale ale unui demers de prioritizare sunt redate în figura nr. II.8 [7].

Fig. nr.II.8. – Etapele generale ale unui demers de prioritizare



STUDIU DE CAZ: IDENTIFICAREA ŞI IERARHIZAREA PROBLEMELOR DE SĂNĂTATE DIN JUDEŢUL X

Judetul X doreşte o strategie de dezvoltare pe perioada 2007 – 2013, în care să fie cuprinsă şi sănătate. În acest scop este necesară identificarea şi ierarhizarea problemelor de sănătate ale judeţului.

Etapa I. Identificarea problemelor de sănătate din judeţ

Metoda: *Brainstorming structurat*

Desfăşurare: *au fost identificaţi 10 experţi de la Autoritatea judeţeană de sănătate publică, de la casa judeţeană de asigurări de sănătate, de la institutul de sănătate publică regional şi de la Consiliul Judeţean. Aceştia au fost invitaţi în data de ..... la sediul Spitalului judeţean. Li s-a prezentat pe scurt scopul întâlnirii şi maniera de lucru. Fiecare participant va trebui să enunţe, pe rând, o problemă de sănătate publică din judeţ. Nimeni nu va fi întrerupt sau corectat. Se vor nota toate ideile, chiar dacă unele dintre ele se repetă parţial. Se vor face mai multe tururi de masă, până se epuizează toate ideile. La sfârşit se vor relua ideile notate şi se vor alege prin consens 5 – 6 idei considerate ca fiind cele mai importante de către toţi membrii grupului.*

Rezultat:

A. Lista lungă a problemelor identificate:

- *Slaba dezvoltare a serviciilor de urgenţă din judeţ, pe fondul creşterii accidentelor de circulaţie, judeţul fiind străbătut de un drum European care ajunge la frontiera cu Ungaria*
- *Subfinantarea spitalelor judeţean şi orăşenesc*
- *Lipsa serviciilor se transport sanitar*
- *Deficit mare de personal sanitar superior şi mediu*
- *Slaba informare a asiguraţilor cu privire la drepturile şi obligaţiile pe care le au*
- *Aparenta scădere a nivelului de satisfacţie a pacientilor, evidenţiată de apariţii frecvente în mass-media a unor reclamaţii împotriva personalului medical*
- *Scăderea satisfactiei personalului medical ca urmare a recentelor modificări legislative majore din sistemul de sănătate introduse prin Legea nr. 95/2006*
- *Echipament medical uzat fizic şi moral în secţiile de cardiologie şi în unităţile de primiri urgenţe*
- *Prevalenţa crescută a TBC (20% peste media naţională)*
- *Slaba dezvoltare a serviciilor de cardiologie de urgenţă*
- *Spitalele judeţean şi municipal nu au condiţii de acreditare*
- *Exodul celor mai calificaţi specialişti din domeniul medical către state din Europa de Vest*

- *Concurenţa pe care o reprezintă serviciile medicale din Ungaria*
- *Inechitate în accesul la serviciile medicale în judeţ*
- *Slaba reprezentare a serviciilor preventive*
- *Scăderea calităţii actului medical*
- *Existenţa unui spital de obstetrică – ginecologie care cumulează arierate prin scăderea numărului de naşteri din judeţ*
- *Salariile mici ale personalului medical mediu, comparative cu veniturile rezultate din alte ocupaţii*
- *Inexistenţa unui mecanism formal de urmărire a infecţiilor nosocomiale în spitalul judeţean*

B. Lista problemelor considerate prin consens ca fiind cele mai importante:

- *Slaba dezvoltare a serviciilor de urgenţă din judeţ, pe fondul creşterii accidentelor de circulaţie, judeţul fiind străbătut de un drum European care ajunge la frontiera cu Ungaria*
- *Prevalenţa crescută a TBC (20% peste media naţională)*
- *Existenţa unui spital de obsterică – ginecologie care cumulează arierate prin scăderea numărului de naşteri din judeţ*
- *Scăderea calităţii actului medical şi scăderea satisfacţiei pacienţilor, pe fondul unor semnale mediatice tot mai frecvente de erori medicale sau de nerespectare a drepturilor pacienţilor*
- *Salariile mici ale personalului medical mediu, comparative cu veniturile rezultate din alte ocupaţii*
- *Exodul celor mai calificaţi specialişti din domeniul medical către state din Europa de Vest*

Etapa II.Ierarhizarea problemelor identificate utilizând metoda HANLON

Se intocmeşte un tabel. Pentru fiecare problemă se alocă scoruri la fiecare din următoarele criterii:

A. Amploarea problemei: scor de la 0 la 10

B. Severitatea problemei: scor de la 0 la 10

C. Eficacitatea soluţiilor: scor de la 0,5 la 1,5

D. Fezabilitatea intervenţiei: coeficientul PEARL – 0 sau 1 pentru fiecare dimensiune a coeficientului.

Apoi se calculează coeficientul PEARL pentru fiecare problemă. În final se calculează scorul total obţinut de fiecare problemă, utilizând formula:

S = (A+B) x C x D, unde: D = P x E x A x R x L

Pe baza scorurilor acordate de experţi s-au obţinut următoarele rezultate (vezi tabel)

Concluzii: *se observă că anumite probleme care au avut scoruri mari la amploare (exodul specialiştilor) sau la severitate (existenţa unui spital neperformant) au avut scor final 0, pentru că*

nu erau pertinente (ex. închiderea unui spital nu este considerată pertinentă de nivelul politic, deoarece este cunoscută nepopularitatea unor asemenea măsuri), nu existau resurse (ex. finanţări adiţionale pentru plata salariilor) sau nu existau reglementări legislative care să permită soluţionarea problemelor (exodul medicilor).

Tabel – Scorurile rezultate ca urmare a aplicării metodei Hanlon

Problema	**A**	**B**	**C**	**P**	**E**	**A**	**R**	**L**	**D**	**S**
Slaba dezvoltare a serviciilor de urgenţă din judeţ, pe fondul creşterii accidentelor de circulaţie, judeţul fiind străbătut de un drum European care ajunge la frontiera cu Ungaria	8	10	1.5	1	1	1	1	1	1	**27**
Incidenţa TBC cu 20% peste media naţională)	10	10	1	1	1	1	1	1	1	**20**
Existenţa unui spital de obsterică – ginecologie care cumulează arierate prin scăderea numărului de naşteri din judeţ	8	10	1.5	0	1	1	1	1	0	**0**
Scăderea calităţii actului medical şi scăderea satisfacţiei pacienţilor, pe fondul unor semnale mediatice tot mai frecvente de erori medicale sau de nerespectare a drepturilor pacienţilor	7	8	0.8	1	1	1	1	1	1	**12**
Salariile mici ale personalului medical mediu, comparative cu veniturile rezultate din alte ocupaţii	9	7	1.5	1	0	1	0	0	0	**0**
Exodul celor mai calificaţi specialişti din domeniul medical către state din Europa de Vest	10	8	0.5	1	1	1	1	0	0	**0**

4. SCOPUL ŞI OBIECTIVELE PROIECTULUI

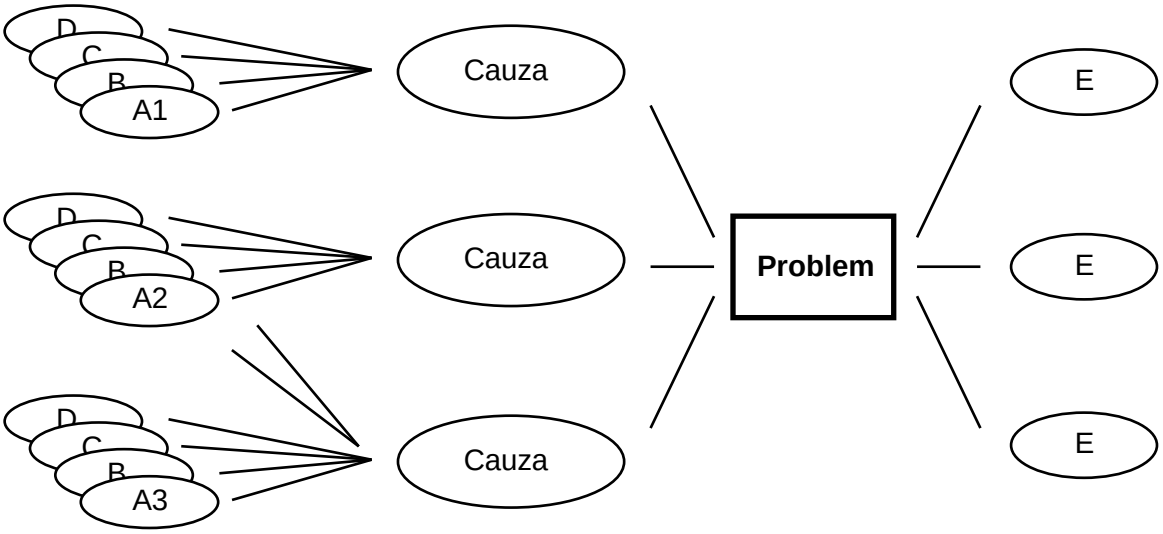
4.1. Arborele de probleme

Deşi pare simplă, nu întotdeauna alegerea problemelor se dovedeşte un proces facil. De cele mai multe ori, nu ne deranjează problema, ci consecinţele ei şi este necesară o analiză aprofundată pentru a distinge problemele de consecinţele lor şi pentru a identifica legăturile logice dintre probleme şi determinanţii acestor ptobleme. Rezultatele acestei analize se concretizează într-un instrument foarte valoros – **arborele de probleme** (fig.nr. II.9).

Legăturile de cauzalitate identificate sunt foarte importante, deoarece viitoarea construcţie a proiectului se bazează pe arborele de probleme. Tehnicile de lucru în grup sunt utile în această

etapă. Dacă nu am identificat corect cauzele problemei şi determinanţii acestor cauze, proiectul pe care îl vom concepe nu va putea rezolva toate consecinţele problemei căreia i se adresează. Ca urmare, obiectivele sale vor fi indeplinite parţial.

Fig. nr II.9. – Arborele de probleme



4.2. Formularea scopului şi a obiectivelor.

4.2.1. Noţiuni generale

Pentru înţelegerea modului de elaborare a proiectului, este necesară definirea următoarelor noţiuni de bază:

a. **Scopul**: este rezultatul aşteptat al proiectului. Ideal se exprimă în termeni de stare de sănătate şi este reprezentat de o propoziţie cu caracter general.

Exemplu: Îmbunătăţirea stării de sănătate a populaţiei din judeţul X, prin creşterea accesului la servicii medicale de urgenţă.

b. Obiectivele generale: reprezintă legătura între problemă şi soluţie, sau traduc scopul în termeni operaţionali. Ele sunt măsurabile. În general se recomandă 2 - 3 obiective generale.

Exemplu:

i. reducerea cu 15% a timpului de transport pentru urgenţe în doi ani;

ii. creşterea cu 30% a capacităţii de preluare a cazurilor în spitale.

c. **Obiectivele intermediare** (nu sunt întotdeauna necesare): reprezintă nivel inferior obiectivului general din care derivă) şi corespund unei etape intermediare. Uneori, în proiecte mari, pot exista mai multe niveluri de obiective intermediare.

d. **Obiectivele specifice:** derivă din obiectivele intermediare sau generale şi reprezintă un ansamblu particular de măsuri necesare a fi îndeplinite pentru atingerea obiectivului general
Exemplu:

i. achiziţia a 30 de ambulanţe în doi ani

ii. construcţia unei căi de acces în serviciul de urgenţă al spitalului judeţean într-un an

iii. angajarea a 3 asistenţi medicali şi doi medici specializti intr-un an

e. Obiectivele operaţionale: sunt **a**ctivităţi elementare (sarcini) a căror realizare este necesară pentru atingerea obiectivului specific din care derivă.

Exemplu:

i. elaborarea de specificaţii tehnice pentru ambulanţele care trebuie achiziţionate

ii. publicarea anunţului de participare pentru licitaţia de ambulanţe

iii. constituirea comisiei de evaluare pentru ofertele depuse.

4.2.2. Arborele de obiective

Odată identificată problema şi construit arborele de probleme, se analizează intervenţiile posibile şi se trece la construirea **arborelui de obiective.** Acesta este un grafic care reproduce ierarhia obiectivelor şi legăturile cauză-efect [7]. Obiectivele sunt organizate într-o secvenţă **ierarhică** şi **coerentă.**

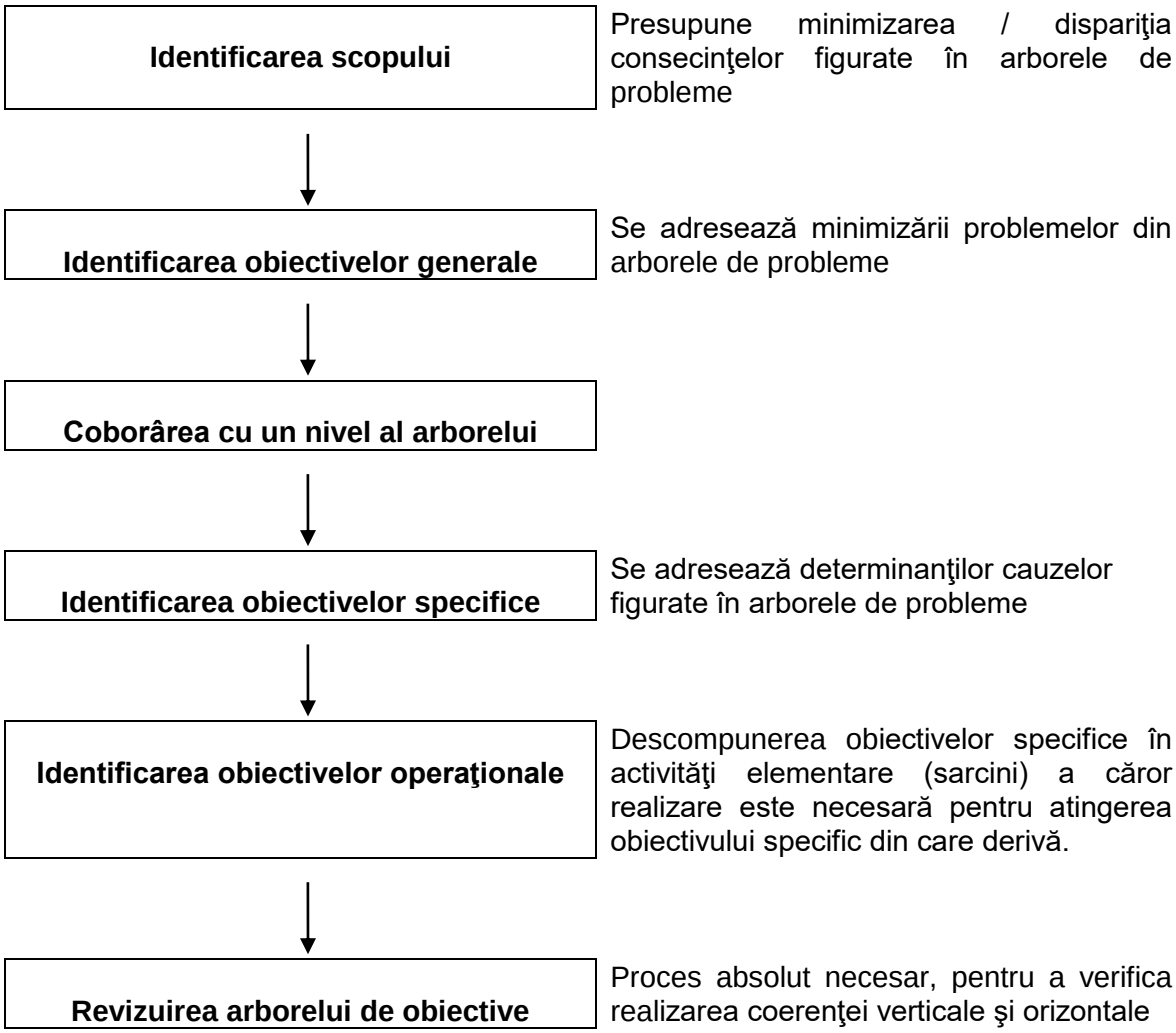
Ierarhia: practic arborele de obiective porneşte de la scop (nivelul de vârf) şi coboară cu obiective generale, specifice şi operaţionale.

Coerenţa: obiectivele de ordin superior condiţionează obiectivele de ordin inferior (coerenţă verticală) şi realizarea tuturor obiectivelor de acelaşi nivel le condiţionează îndeplinirea obiectivului de nivel superior (coerenţă orizontală)

Etapele generale în realizarea unui arbore de obiective sunt redate în fig.nr. II.10. [18].

1. Identificarea unui obiectiv global
2. Coborarea cu un nivel al arborelui
3. Completarea arborelui nivel cu nivel
4. Revizuirea arborelui

Fig. nr. II.10. – Etapele generale în realizarea unui arbore de obiective



Arborele de obiective este un instrument deosebit de util, atât in faza de definire a proiectului (pentru a evalua coerenţa şi suficienţa obiectivelor), cât şi în faza implementare (pentru că oferă o viziune globală asupra proiectului şi permite înţelegerea legăturilor dintre componentele acestuia). De asemenea, arborele de obiective este un instrument util în comunicarea cu echipa de proiect.

4.2.3. Analiza mediului

Odată schiţat proiectul, trebuie să luăm în calcul caracteristicile mediului în care ne propunem să îl implementăm.

În esenţă se consideră că mediul în care implementăm proiectul se divide în trei componente [6, 7]:

a. **mediul care trebuie cunoscut** – reprezentat de acele elemente din mediul extern care influenţează implementarea proiectului, dar asupra cărora proiectul nu intervine.

Exemplu: cadrul legal general privind recuperarea timpului lucrat peste program

b. **mediul care trebuie influenţat** – elemente din mediu asupra cărora implementatorul proiectului poate interveni prin negociere, pentru a le influenţa în sensul favorizării proiectului.
Exemplu: opinia sindicatului privind modul de recuperare a timpului lucrat peste program de către asistentele medicale

c. **mediul care trebuie controlat** – elemente de mediu care trebuie strict controlate de managerul de proiect.
Exemplu: modul în care se va recupera timpul lucrat peste program în lunile ianuarie – martie 2007, de asistentele medicale din secţia X.

Pentru a identifica elementele principale din cele trei componente ale mediului în care se va implementa proiectul, trebuie răspuns la următoarele întrebări:

A. Ce necesită proiectul ? – care sunt actorii – cheie care pot favoriza sau îngreuna implementarea proiectului şi care sunt acţiunile care pot fi îndeplinite de către aceştia.
Exemple:

- *Ministerul Sănătăţii avizează orice campanie de promovarea sănătăţii*
- *Anumite organizaţii ale producătorilor pot finanţa campaniile de promovare a alimentaţiei sănătoase în rândul adolescenţilor*
- *Anumite organizaţii nonguvernamentale pot influenţa acceptabilitatea socială a intervenţiei la nivelul populaţiei ţintă.*

B. Cine controlează nevoile cheie ale proiectului? Pentru a răspunde la această întrebare, trebuie să realizăm un inventar al actorilor, al resurselor şi al interesului acestora şi să îi repartizăm după importanţă.
Exemplu: fără avizul Ministerului Sănătăţii campania nu se poate desfăşura!

C. Cum poate obţine proiectul ceea ce necesită? Formularea unei strategii de acţiune şi alegerea celor mai adecvate tactici ne asigură răspunsul la această întrebare.
Exemplu: O întâlnire cu expertul Ministerului Sănătăţii în promovarea sănătăţii şi o prezentare argumentată a campaniei ne asigură obţinerea răspunsului pozitiv.

STUDIU DE CAZ: CONCEPEREA UNUI PROIECT

Adaptat după: "Exerciţiul Reducerea timplului de aşteptare" Pierre Fournier şi Slim Hadaad, Universitatea din Montreal

Orasul X, cu 400.000 de locuitori, dispune de o reţea de unităţi sanitare (spitale, policlinici, centre de sănătate). Spitalul Judeţean este o unitate de acuţi, cu profil general, care joacă un rol major în primirea pacienţilor trimişi din ambulator. Ambulatorul acestui spital este depăşit. Asociaţiile de pacienţi şi mass-media fac frecvent referiri la această problemă, iar reprezentanţii politici fac presiuni asupra Direcţiei spitalului şi asupra Autorităţii de sănătate publică pentru a se rezolva problema.

1. Analiza opţiunilor şi prioritizare

Autoritatea de sănătate publică a creat un grup de lucru care să analizeze situaţia şi care a propus următoarele etape:

- *stabilirea unei liste preliminare de probleme şi de determinanţi ai problemelor;*
- *realizarea unui arbore de probleme;*
- *conceperea unui proiect care să se adreseze problemei identificate.*

2. Înţelegerea cauzelor şi a consecinţelor

Un consultant a făcut o analiză de situaţie în ambulator, pentru a înţelege de ce anume era cauzat timpul de aşteptare excesiv. El a relevat o serie de ***cauze*** *şi de* ***consecinţe*** *şi a pregătit un grafic pentru a le asocia. Din păcate, a pierdut graficul, pe care trebuia să-l prezinte Consiliului de administraţie al spitalului. Tocmai a găsit lista cauzelor şi a consecinţelor. Puteţi să-l ajutaţi să reconstituie graficul ?*

Lista este următoarea:

A. Absenteism ridicat
B. Aflux imprevizibil de pacienţi trimişi (fără programare)
C. Pacienţi nesatisfăcuţi
D. Pacienţi care întârzie la consultaţie
E. Control insuficient al personalului de primire
F. Depăşirea capacităţii de primire
G. Scăderea complianţei medii la tratament
H. Închiderea neprevăzută a sălilor de consultaţii
I. Orare de deschidere neadaptate

J. Orare de vizită nerespectate

K. Formalităţi de înscriere la primire lungi şi plictisitoare

L. Cazuri complicate, trimise de medici care nu trimit de obicei în acest ambulator

M. Număr insuficient de săli de consultaţie

N. Favoruri acordate anumitor pacienţi (trecere peste rând)

O. Personal nemotivat, adesea în întârziere

P. Personal mutat şi neînlocuit

Q. Presiuni externe (direcţia şi medicii)

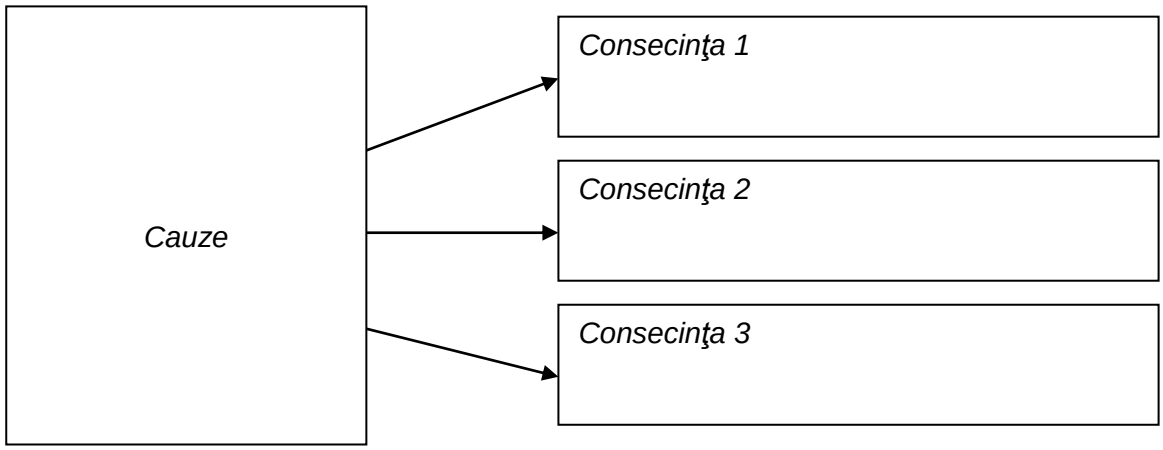
R. Reducerea duratei medii de întrevedere medic - pacient

S. Întârzieri la deschidere (începerea consultaţiilor)

T. Disfuncţionalităţi la stocurile de consumabile

Pasul 1. Identificaţi consecinţele

*Lista de la pagina anterioară conţine 20 de elemente, dintre care unele sunt **cauze** ale problemei pe care încercaţi să o rezolvaţi, iar altele sunt **consecinţe**. În primul timp, identificaţi **consecinţele** (sunt în număr de 3)*



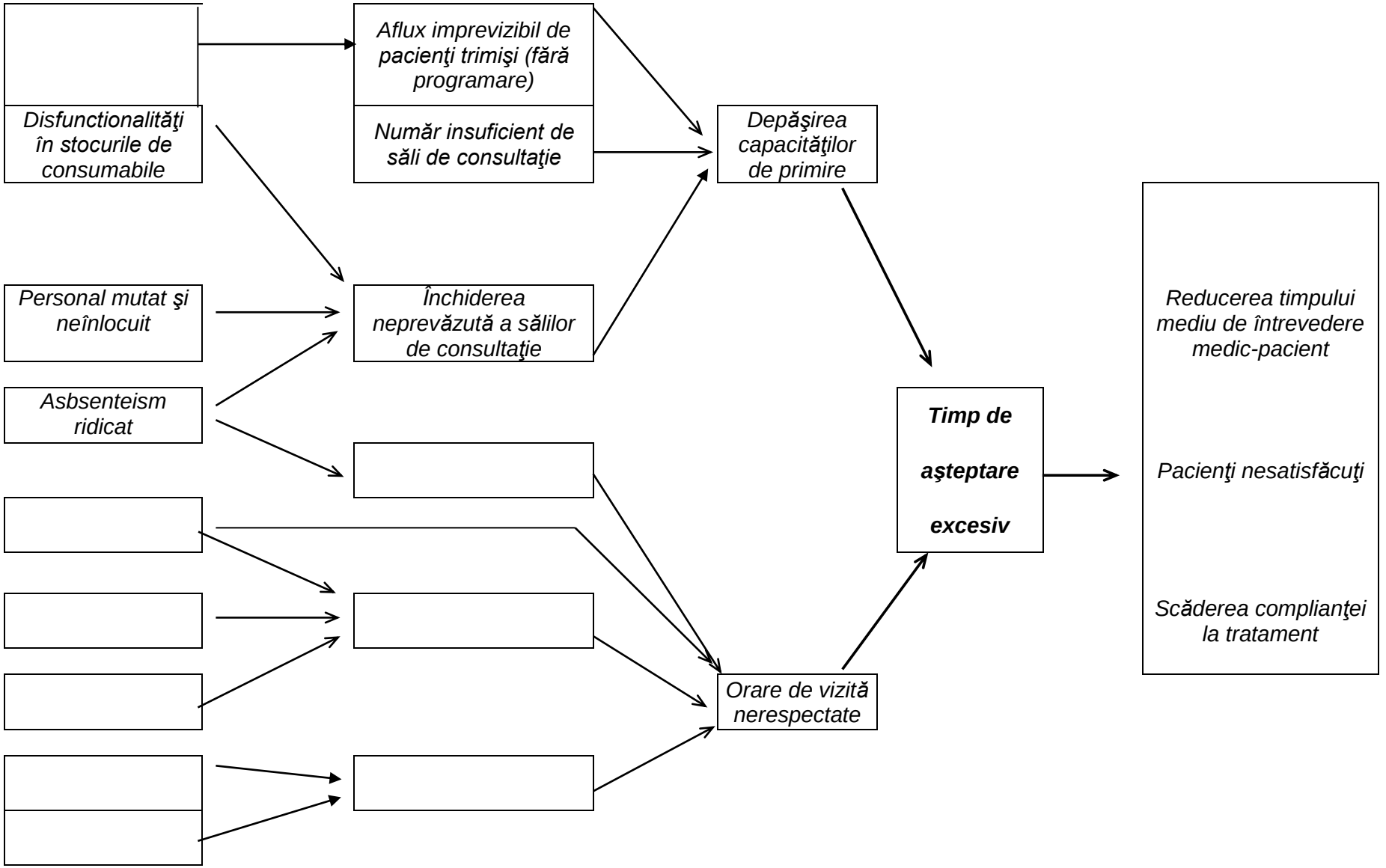
Pasul. 2 Identificaţi cauzele

Analizând problema în profunzime, constatăm că există două mari tipuri de cauze:

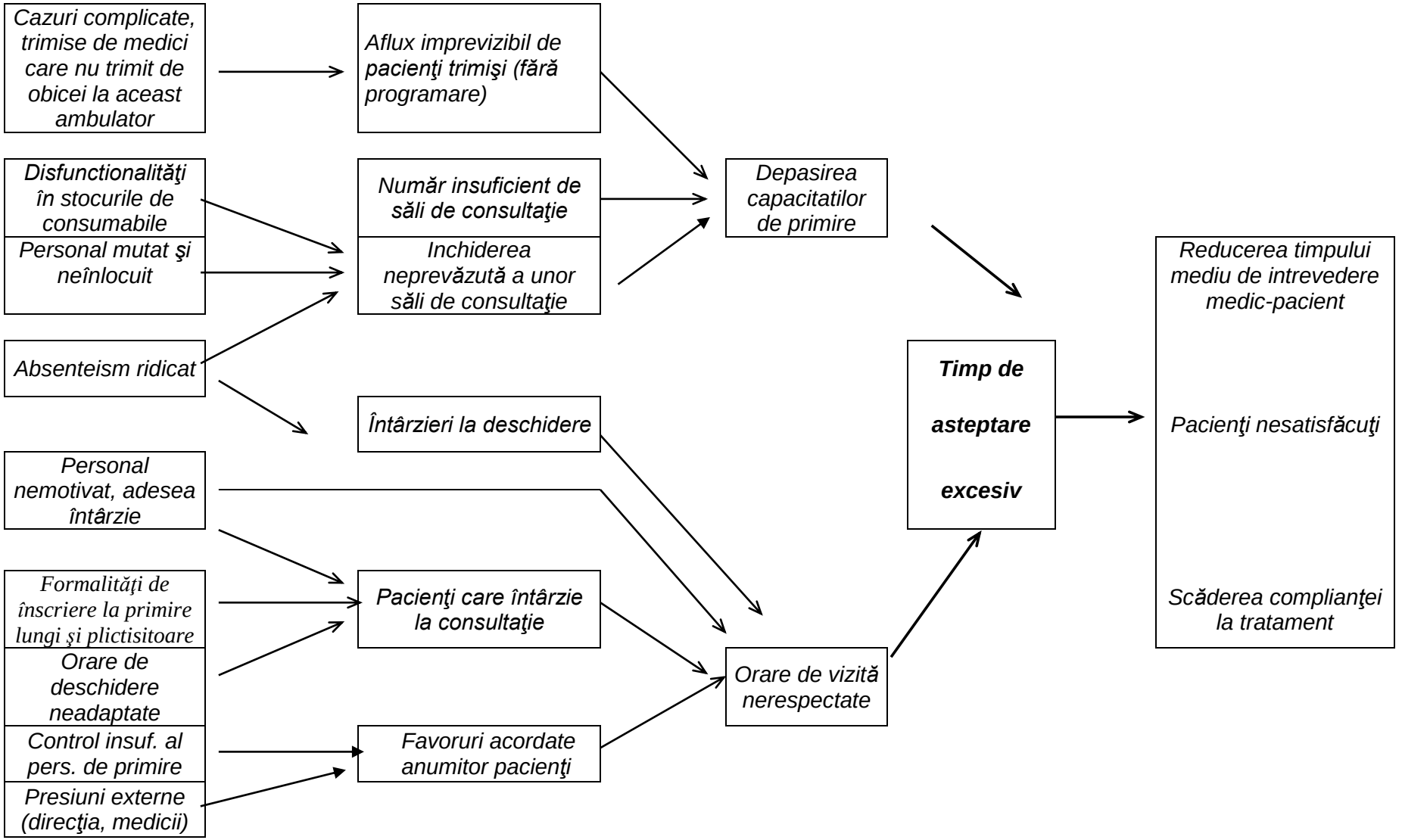
1. *cele care ţin de depăşirea capacităţilor de primire şi*
2. *cele care ţin de nerespectarea orarelor.*

Pasul 3 Identificaţi determinanţii cauzelor

Pasul 4. Aţi reuşit deja să identificaţi mai multe elemente ale reţelei cauze – consecinţe ? Completaţi această reţea.



Pasul 5. CORECTARE



5. PLANIFICAREA OPERAŢIONALĂ A PROIECTULUI

Se referă la stabilirea detaliată a activităţilor proiectului. Planificarea operaţională este cuprinsă într-un instrument de lucru, care se numeşte **plan de implementare a proiectului**. Acesta se poate elabora fie în faza de definire a proiectului, fie în faza de implementare, când se prevede o perioadă de timp, la începutul proiectului, pentru definitivarea planului de implementare. Dacă planul de implementare a fost elaborat în faza de definire, el se revizuieşte la începutul proiectului. Planul de implementare are un rol foarte important pentru echipa proiectului, fiind instrumentul care asigură viziunea comună asupra proiectului şi permite monitorizarea activităţilor.

5.1. Subdiviziunea structurală a muncii

Odată întocmit arborele de obiective, este necesară descompunerea obiectivelor operaţionale în activităţi simple, urmată de estimarea resurselor (materiale, umane, financiare şi de timp) necesare pentru fiecare activitate. Acest proces poartă numele de **subdiviziune structurală a muncii** (SSM).

SSM se referă la descompunere progresivă şi ierarhică a conţinutului proiectului în elemente din ce în ce mai simple [7]. Ea răspunde practic la următoarele întrebări:

- Ce ar trebui făcut pentru atingerea obiectivelor fixate ?
- Cum va funcţiona, în termeni operaţionali strategia aleasă ?
- Ce trebuie făcut? (etape, grupuri de activităţi, activităţi) ?
- Care ar trebui să fie legăturile între activităţi ?
- De ce ar fi nevoie în termeni de resurse umane (calificare şi număr), resurse materiale (bunuri)?
- Cine şi ce ar face ?
- Cât timp ar dura fiecare activitate ?
- Care ar fi costul fiecărei activităţi ?

Principii pentru dezvoltarea SSM [7]:

- Arborescenţa începe de la nivelul global până la nivel elementar.
- SSM trebuie să fie completă: Orice activitate şi orice cheltuială legată de proiect trebuie să se coreleze cu un obiectiv. Dacă o activitate sau o cheltuială au fost omise, atunci ele trebuie realizate cu resurse proprii, altele decât cele din proiect. În caz contrar, nu va fi posibilă implementarea proiectului.
- Dacă o activitate este comună mai multor obiective operaţionale, este preferabil să se constituie un obiectiv distinct.

- Este recomandabil ca activităţile să fie cât mai independente posibil unele de altele, pentru a minimaliza nevoile de coordonare.

5.2. Tabelul proiectului

Pentru facilitarea SSM se poate utiliza ca instrument de lucru **tabelul proiectului**, după modelul de mai jos (tabelul nr. II.7).

Tabelul nr. II.7 – Tabelul proiectului

Activitate	Durata	Activităţi predecesoare	Resurse	Observaţii
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Aşa cum se poate observa, tabelul priectului conţine informaţii privind:

- lista activităţilor care trebuie îndeplinite;
- durata fiecărei activităţi – de regulă este importantă şi data cea mai apropiată de începere, cunoscută în literatura anglo-saxonă ca “earliest start date” (ESD);
- activităţile predecesoare – activităţile care trebuie să se încheie înainte să înceapă activitatea la care ne referim;
- resursele necesare – de regulă ne referim atât la resurse financiare, cât şi la resurse materiale şi umane. Acestea pot fi prezentate în coloane separate.

5.3. Identificarea corespondenţei între activităţi

Atunci când planificăm un proiect trebuie să avem în vedere legăturile de condiţionalitate între activităţi. Astfel, sunt anumite activităţi care trebuie să înceapă la o anumită dată, sunt activităţi care trebuie să se încheie la o anumită dată, sau sunt activităţi care nu pot începe înainte de încheierea altor activităţi, deoarece se bazează pe rezultatele acestora.

Exemple:

1. Într-un proiect sunt prevăzute pentru un trimestru următoarele activităţi: organizarea unei licitaţii pentru echipamente medicale şi angajarea unor experţi evaluatori care să adjudece cea mai favorabilă ofertă.

***Comentariu:** Organizarea licitaţiei (elaborarea termeni de referinţă şi publicitate) durează cel puţin 3 luni, conform legislaţiei în vigoare. Angajarea expeţilor evaluatori pentru acelaşi trimestru face imposibilă îndeplinirea misiunii acestora, deoarece ofertele care trebuie evaluate vor fi disponibile abia la sfârşitul trimestrului. A doua activitate ar trebui planificată în trimestrul următor.*

2. Într-o intervenţie de profilaxie primară a infecţiilor cu transmitere sexuală la elevii de clasa a VIII-a sunt prevăzute: o evaluare iniţială a cunoştinţelor privind BTS în lunile septembrie – decembrie ale anului 2006, o campanie de informare – educare – comunicare în lunile ianuarie – iunie 2007 şi o evaluare la sfârşitul campaniei (lunile iulie – septembrie 2007), prin chestionar, pentru a evidenţia îmbunătăţirea cunoştinţelor privind BTS în populaţia elevilor.

***Comentariu:** Deşi activităţile sunt coerent planificate în timp, nu s-a ţinut seama de faptul că în marea majoritate a perioadei planificate pentru evaluarea finală este vacanţă şcolară. Ca urmare, evaluarea finală va trebui deplasată în perioada octombrie – decembrie.*

A fost menţionat anterior că un principiu de bază în SSM este acela că activităţile să fie cât mai independente posibil unele de altele, pentru a minimaliza nevoile de coordonare. Astfel, dacă o activitate este întârziată dintr-un motiv independent de echipa proiectului, întârzierea este recuperabilă în cazul în care activităţile ce urmează a fi îndeplinite **nu sunt condiţionate** de sfîrşitul activităţii care a întârziat. În cazul în care activităţile ce urmează a fi îndeplinite **sunt condiţionate** de încheierea activităţii care a întîrziat, atunci toate acestea trebuie amânate şi practic data de finalizare a proiectului se amână şi ea.

După ce am completat tabelul proiectului (tabelul nr. II.7), trebuie să analizăm cu atenţie legăturile de condiţionalitate dintre activităţi. Concret, acestea pot fi de 4 tipuri:

a. activităţi care trebuie să înceapă în acelaşi timp (legătură tip debut - debut DD);
b. activităţi care trebuie să se termine în acelaşi timp (legătură tip final - final FF);
c. activităţi care trebuie să înceapă numai după ce se termină alte activităţi (legătură tip final - debut FD);

d. activităţi indiferente, care nu sunt condiţionate de începutul sau sfârşitul altor activităţi.

În baza principiului enunţat anterior se stabileşte condiţionalitatea pentru toate activităţile din proiect. Astfel, la tabelul proiectului se mai adaugă două coloane, respectiv ESD şi tipul de condiţionalitate (tabelul nr. II.8).

Tabelul nr. II.8 – Tabelul proiectului, completat

Activitate	Durata	Data cea mai apropiată de începere (ESD)	Activităţi predecesoare	Tip condiţionalitate
1				
2				

Odată completat tabelul, acesta se revede şi se încearcă eliminarea, pe cât posibil, a dependenţelor dintre activităţi. Totodată, se stabilesc activităţile cu dată fixă de începere sau de finalizare, precum şi activităţile ale căror date de incepere sau de finalizare pot să varieze fără a antrena prelungirea duratei de realizare a proiectului.

5.4. Graficul Gantt

Graficul Gantt (după numele inventatorului său, Hentz Gantt) a fost creat la începutul secolului XX pentru planificarea şi gestiunea producţiei industriale. El ilustrează grafic calendarul activităţilor proiectului, indicând începutul, durata şi sfârşitul prevăzute pentru fiecare element al SSM. Practic, ne imaginăm un sistem ortogonal de axe, în care pe abscisă este reprezentat timpul şi pe ordonată activităţile. Fiecare activitate este reprezentată printr-o bară/linie orizontală, care se întinde pe un interval de timp şi a cărei lungime este proporţională cu durata activităţii (tabelul nr. II. 9).

Tabelul nr. II.9 Exemplu de grafic Gantt

Activităţi	ziua 1	ziua 2	ziua 3	ziua 4	ziua 5			ziua 6	ziua 7	ziua 8	ziua 9	ziua 10		
1														
2														
3														
4														
5														

În reprezentarea grafică a activităţilor se ţine seama de durata activităţilor şi de condiţionalităţile dintre ele. Graficul Gantt se poate realiza şi pe computer, utilizând diferite soft-uri, dintre care cel mai răspândit este Microsoft Project.

Avantajele graficului Gantt [19]:

- este simplu, rapid, uşor de întocmit, chiar manual, de către persoane care nu au cunoştinţe aprofundate în domeniu;
- convenţiile grafice sunt uşor de interpretat;
- este uşor de înţeles de echipa proiectului;
- oferă o viziune de ansamblu asupra proiectului, fiind foarte util pentru monitorizarea lui.

Limitele graficului Gantt:

- activităţile precedente trebuie stabilite de planificatorii proiectului; dacă acestea nu sunt stabilite corect, graficul Gantt are utilitate îndoielnică;
- dacă proiectul are activităţi numeroase, graficul devine greu de întocmit şi de înţeles.

Utilizarea graficului Gantt:

- este util în toate fazele din ciclul de viaţă al proiectului pentru comunicarea informaţiilor referitoare la programarea activităţilor;
- în faza de definire permite estimarea duratei totale a proiectului, clarifică legăturile între activităţi şi ajută la alocarea resurselor;
- în faza de implementare a proiectului ajută la monitorizarea şi replanificarea activităţilor
- în faza de încheiere a proiectului constituie un mijloc vizual simplu de apreciere a rezultatelor.

5.5. Drumul critic

Drumul critic reprezintă drumul care leagă toate activităţile cu durată fixă, ţinând seama de condiţionalităţile dintre ele. El stabileşte durata minimă de realizare a proiectului. În mod practic drumul critic este cel cu cea mai mare durată de timp dintre toate drumurile posibil a fi urmate. Amânarea finalizării uneia dintre activităţile situate pe drumul critic atrage după sine amânarea finalizării proiectului. În situaţia în care durata drumului critic este mai mare decât durata estimată pentru finalizarea proiectului, înseamnă că estimarea nu este fezabilă şi trebuie revizuită.

Avantaje:

- permite identificarea activităţilor a căror începere sau a căror finalizare nu pot fi amânate;
- permite estimarea duratei minime de realizare a unui proiect, implicit a scurtării duratei acestuia, prin replanificarea unor activităţi;

- permite replanificarea activităţilor fără condiţionalităţi, în funcţie de disponibilităţile de resurse

Limite:

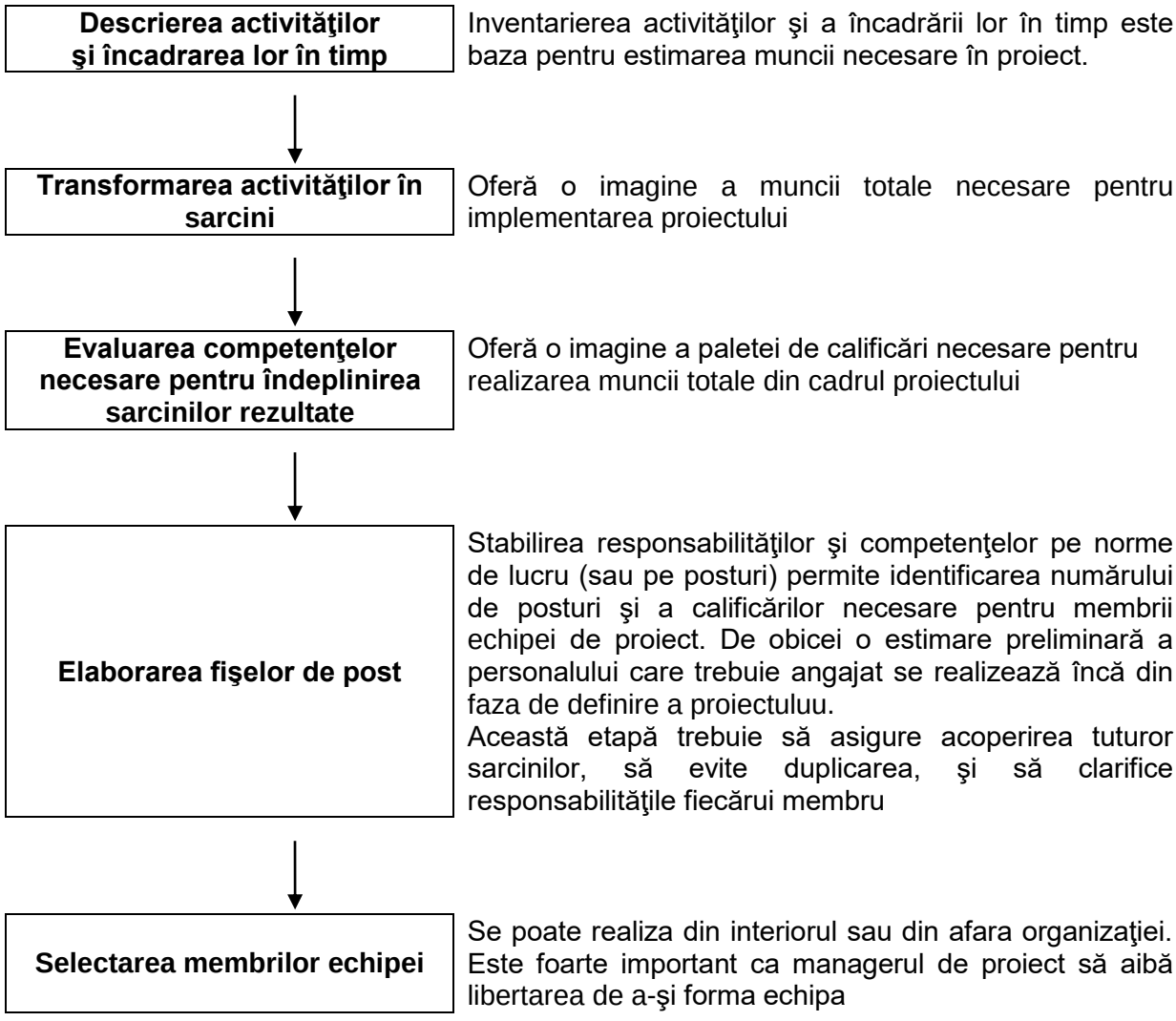
- odată depăşit termenul activităţilor aflate pe drumul critic prelungirea proiectului este inevitabilă.

5.6. Resursele umane ale proiectului

Deşi întotdeuna suntem preocupaţi de termene şi de finanţare, resursele umane sunt cele mai importante resurse pentru proiect. Aşa cum s-a afirmat în capitolul introductive al acestei secţiuni, proiectele au un ciclu de viaţă limitat. Ca urmare, echipele constituite pentru implementarea proiectelor au frecvent o existenţă limitată în timp, sunt dinamice şi flexibile. Adesea însă, echipele de proiect pun probleme foarte greu de rezolvat; acestea pot fi minimizate printr-o planificare flexibilă.

Etape care trebuie parcurse pentru planificarea resurselor umane sunt ilustrate în figura nr. II.11:

Fig. nr. II.11. – Etapele planificării resurselor umane în proiecte



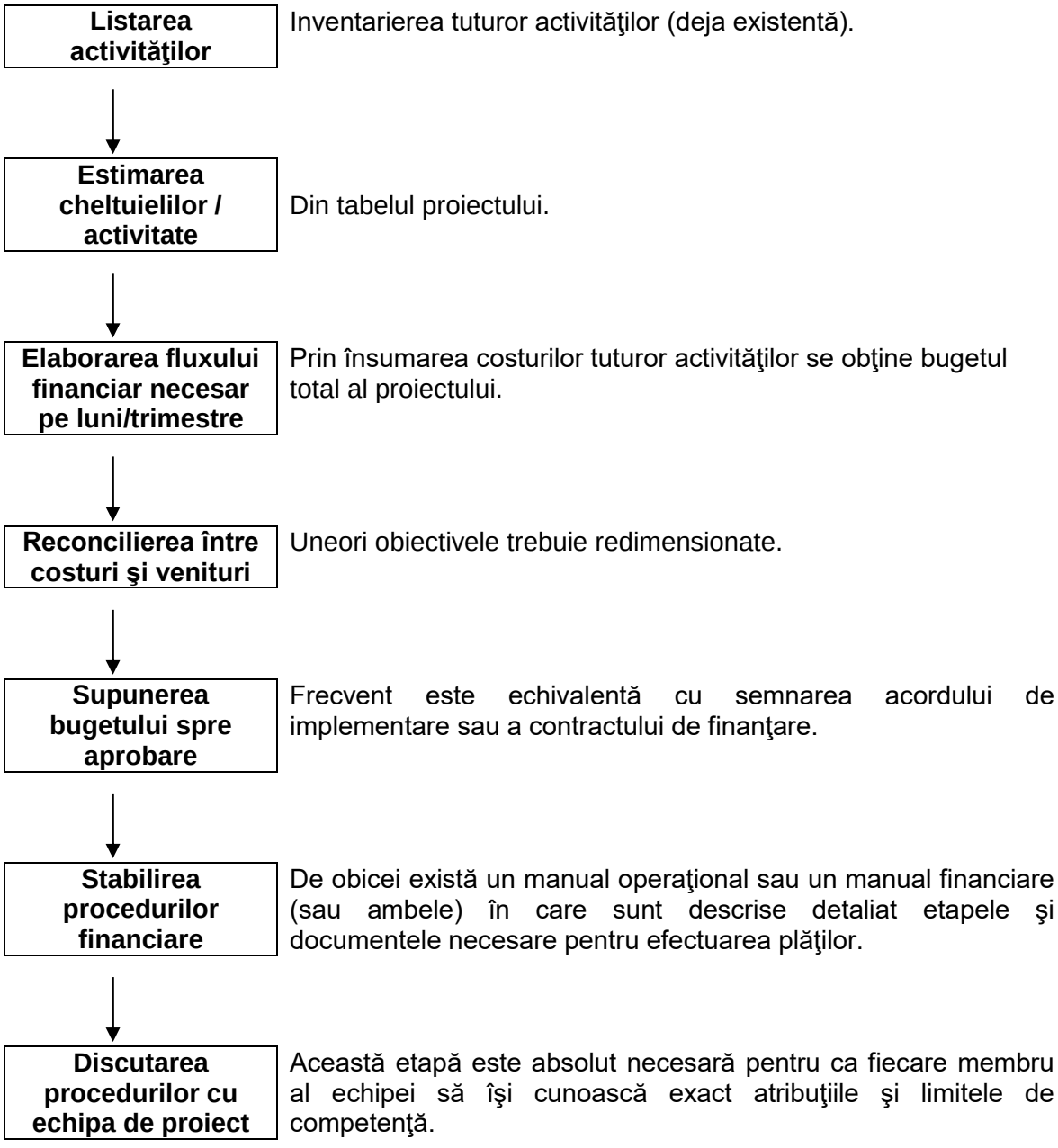
Exemple de probleme de resurse umane:

- *Unii membri care sunt siliţi să rămână peste program pentru a-şi termina treburile. În acest caz trebuie revăzută distribuirea sarcinilor. Este posibil ca alocarea sarcinilor pe persoane să suprasolicite anumiţi membri.*
- *Unii membrii mai au şi alte angajamente. Uneori postul din proiect nu este funcţia de bază a persoanelor respective, dat fiind faptul că echipele sunt temporare. În acest caz trebuie armonizate orarele de lucru.*

5.7. Bugetul proiectului

Bugetul proiectului include totalitatea nevoilor şi disponibilităţilor financiare pentru proiect.

Fig. nr. II.12. – Etapele planificării bugetare



Practic, bugetul reprezintă planificarea proiectului din punct de vedere financiar. Planificarea financiară se realizează încă din etapa de definire a proiectului. Ea trebuie să ţină cont de următorii factori:

- Nivelul potenţial al cheltuielilor;
- Posibile creşteri ale costurilor (ex. creşterea contribuţiilor sociale pentru salarii, creşterea ratei de schimb euro/leu);
- Variaţii posibile în activităţile proiectului;
- Alţi factori susceptibili să varieze (ex. modificări în populaţia ţintă, modificări legislative);
- Factori neprevăzuţi.

Bugetul se poate organiza pe categorii de cheltuieli, pe activităţi, pe surse de venit sau combinat.

Exemplu: Proiectul "Reforma sistemului sanitar- faza a doua" are cinci componente şi bugetul organizat conform tabelului de mai jos.

Tabelul – Buget de proiect [9]

	Mil. USD			
	BIRD	***BEI***	***GUV/ MFP***	***Total***
1. Asistenţă materno-infantilă	***21.09***	***81.72***	***26.15***	***128.96***
2. Servicii medicale de urgenţă	***43.48***	***0.00***	***14.64***	***58.12***
3. Îngrijiri primare de sănătate	***12.02***	***0.00***	***2.02***	***14.04***
4. Conturi naţionale în sănătate şi planificare	***0.50***	***0.00***	***0.14***	***0.64***
5. Management de proiect	***2.91***	***0.00***	***1.81***	***4.72***
Total COSTURI	***80.00***	***81.72***	***44.76***	***206.48***

Se observă că prima componentă - Asistenţa materno-infantilă – are doi finanţatori externi (Banca Internaţională pentru Reconstrucţie şi Dezvoltare şi Banca Europeană de Investiţii). Guvernul României, prin Ministerul Finanţelor Publice asigură co-finanţarea fiecărei componente. Resursele financiare nu pot fi redistribuite de la o componentă la alta fără modificarea acordului de finanţare. Pentru componenta 1 trebuie respectate atât regulile de finanţare ale BIRD, cât şi cele ale BEI. De regulă, pentru a facilita munca implementatorului şi pentru a nu dubla munca, finanţatorii stabilesc de comun acord proceduri unice, care să respecte ambele exigenţe.

6. MONITORIZAREA ŞI EVALUAREA PROIECTULUI

6.1. Definiţii

Monitorizarea reprezintă procesul de **supraveghere continuă** a execuţiei proiectului. Se realizează prin colectarea şi analiza sistematică a datelor legate de proiect, în scopul verificării continue a ceea ce se petrece în mod curent. Practic, monitorizarea presupune a cerceta ceea ce se întâmplă în timp ce se întâmplă!

Evaluarea constă în **emiterea unei judecăţi** asupra unei intervenţii, de la concepere la rezultat, trecând prin modul în care a fost realizată. De regulă se realizează în momente de timp prestabilite şi cunoscute de echipa proiectului.

Evaluarea se poate clasifica după următoarele criterii:

a. în funcţie de momentul efectuării:

- Ex-ante (pre-decizia) – compararea eficacităţii sau rentabilităţii diferitelor intervenţii pentru atingerea obiectivelor dorite
- Ex-post (post-decizia) – intervine la sfârşitul intervenţiei (proiectului) şi furnizează informaţii asupra implementării/impactului proiectului

b. în funcţie de scop:

- sumativă –vizează determinarea efectelor/rezultatelor, fără să analizeze prea mult procesele;
- formativă – analizează procesele; mai folosită, mai ales în stadiul de dezvoltare a proiectului, pentru a furniza argumente pentru succesul acestuia.

c. în funcţie de provenienţa evaluatorului

- Internă – când evaluatorul provine din cadrul organizaţiei;
- Externă – când este efectuată de un evaluator independent sau de instituţii abilitate.

6.2. Principii

1. Modalităţile de monitorizare şi evaluare se stabilesc încă din faza de dezvoltare a proiectului şi trebuie incluse atât în planificarea activităţilor, cât şi a costurilor.
2. Atunci când nu este posibilă formularea unor indicatori de măsurare pentru o anumită activitate, aceasta trebuie reformulată.
3. Monitorizarea şi evaluarea sunt imposibil de realizat fără o planificare coerentă a proiectului.

4. Pentru a face posibile monitorizarea şi evaluarea trebuie conceput un sistem informaţional propriu proiectului, cu indicatori, modalităţi de calcul pentru aceştia, valori de pornire, valori la care să se ajungă la sfârşitul proiectului, responsabilităţi şi termene de raportare, softul informaţional.
5. Informaţiile stabilite trebuie culese continuu şi prelucrate cu grijă.
6. Monitorizarea se află în responsabilitatea managerului de proiect şi a echipei. În general se monitorizează:

- resursele proiectului;
- activităţile – respectarea planificării timpului, a resurselor şi a standardelor cantitative şi calitative;
- procesul de luare a deciziilor

De regulă, între membrii echipei de proiect există persoane cu responsabilităţi de monitorizare.
7. Evaluarea se realizează mai ales de către entităţi externe. Acestea pot fi firme specializate de audit sau persoane/organizaţii desemnate de finanţator. De regulă se stabileşte o anumită periodicitate a evaluării (anuală, semestrială etc.), în funcţie de intensitatea activităţilor din proiect.
8. Condiţiile esenţiale pentru efectuarea evaluării sunt:

- Stabilirea unui sistem de evaluare încă din faza de dezvoltare a proiectului;
- Stabilirea unor indicatori de evaluare cunoscuţi şi înţeleşi de echipa proiectului;
- Stabilirea unor valori dorite pentru aceşti indicatori la sfârşitul proiectului;
- Cunoaşterea valorilor indicatorilor de evaluare la începutul proiectului;
- Existenţa unui proces continuu de colectare de date (monitorizare);
- Acceptarea evaluării de către membrii echipei.

6.3. Instrumente

Există o varietate largă de instrumente utilizate pentru procesele de monitorizare şi evaluare. Unele sunt specifice monitorizării, altele sunt proprii evaluării, iar altele sunt comune ambelor procese (tabelul nr. II.10).

Tabelul nr. II.10 – Instrumente utilizate pentru monitorizare şi evaluare

Instrumentul	Procesul	Observaţii
Rapoarte narative	M&E	Se recomandă stabilirea unui format standard de la începutul proiectului
Rapoarte financiare	M&E	idem
Tabloul de bord	M&E	Vezi secţiunea 3
Şedinţe de lucru zilnice / săptămânale	M	Se recomandă întocmirea unei agende şi a unui proces-verbal/minută
Liste de verificare	M	Se recomandă existenţa unui sistem de înregistrare a rezultatelor
Machete de indicatori	M&E	Se recomandă stabilirea acestora de la începutul proiectului şi discutarea lor cu echipa
Cadrul logic	M&E	Se recomandă utilizarea încă din faza de definire a proiectului

Rapoartele narative documentează activităţile desfăşurate în perioada aferentă raportării (de regulă o lună sau 3 luni) precizând dacă acestea s-au încadrat în termenele şi în resursele planificate şi dacă s-au obţinut rezultatele previzionate. Stabilirea unei structuri standard a rapoartelor narative, încă de la începutul proiectului, prezintă avantajul că asigură cuprinderea tuturor aspectelor relevante pentru etapa de monitorizare. În plus, structura standard oferă echipei de proiect o mai bună înţelegere a scopului şi conţinutului documentului şi garantează cu o probabilitate mai mare întocmirea corectă şi completă a acestuia.

Rapoartele financiare au în general o structură prestabilită, în funcţie de cerinţele finanţatorului, şi conţin referiri la sumele cheltuite, în raport cu sumele planificate, la eventuale depăşiri ale bugetelor alocate pentru diferite activităţi, justificări ale cheltuielilor neefectuate conform planificării şi previziuni în legătură cu necesarul de finanţare sau cu sumele ce urmează a fi cheltuite în următoarea perioadă de activitate. Şi acestea se realizează în general pentru perioade de una sau trei luni şi însoţesc rapoartele narative, fiind concordante cu acestea.

Şedinţele de lucru reprezintă o formă organizată de comunicare cu echipa proiectului. Ele asigură înţelegerea integrativă a proiectului şi a progresului activităţilor de către echipa de proiect şi servesc indirect şi la consolidarea acesteia. Dacă sunt organizate zilnic, sau de mai multe ori pe săptămână, se poate stabili o ordine de zi detaliată (ex. luni se discută activităţile X şi Y) sau generală (fiecare membru al echipei informează pe scurt despre modul în care şi-a îndeplinit sarcinile şi despre eventualele probleme survenite). Se discută în cadrul echipei alternativele de rezolvare şi stabileşte ce şi cum trebuie făcut în ziua/zilele următoare. Durata unei şedinţe zilnice nu trebuie să fie prea mare (15 – 30 minute), iar minuta sau procesul verbal consemnează pe scurt deciziile principale adoptate. Agenda şi durata unei şedinţe săptămânale pot fi mai lungi, iar rezultatele mai numeroase. În acest caz, minuta este mai lungă şi conţine şi sarcinile care trebuie îndeplinite în săptămâna următoare. Minutele servesc ele însele ca instrumente de monitorizare. O şedinţă se poate începe cu reluarea deciziilor stabilite în şedinţa precedentă şi cu discutarea modului de implementare al acestora. Nici şedinţele săptămânale nu trebuie să fie prea lungi (costul şedinţei echivalează cu costul pe oră al tuturor participanţilor).

Lista de verificare (Check list) reprezintă o înşiruire de activităţi care trebuie realizate. In dreptul fiecărei activităţi există o căsuţă în care se bifează dacă activitatea a fost realizată. Lista de verificare este astfel un mijloc de identificare rapidă a activităţilor care mai trebuie îndeplinite şi totodată o garanţie că nicio activitate nu a fost uitată. Se utilizează, prin definiţie, pentru a compensa potenţialele limite ale memoriei şi atenţiei umane. Utilizarea listelor de verificare este foarte largă, în numeroase domenii de activitate (de la transport aerian la organizare de

evenimente). Listele de verificare se folosesc foarte mult şi în medicina clinică, fiind componente ale ghidurilor de practică. În tabelul nr.II.11. prezentăm un exemplu de listă de verificare.

Tabelul nr. II.11. – Listă de verificare pentru organizarea unei achiziţii de bunuri

Nr. crt.	Activitatea	Realizat	
		DA	NU
1.	Estimarea nevoii de bunuri şi întocmirea referatului de necesitate	X	
2.	Aprobarea referatului de necesitate de persoana abilitată din echipă	X	
3.	Elaborarea specificaţiilor tehnice (termeni de referinţă) pentru bunurile ce urmează a fi achiziţionate	X	
4.	Aprobarea specificaţiilor tehnice de către beneficiar şi de finanţator (uneori)		X
5.	Stabilirea procedurii de achiziţie	X	
6.	Intocmirea documentaţiei de licitaţie		X
7.	Asigurarea publicităţii licitaţiei		X
8.	Colectarea ofertelor		X
9.	Asigurarea unui secretariat pentru furnizarea de clarificări		X
10.	Constituirea comisiei de evaluare a ofertelor	X	
11.	Evaluarea ofertelor		X
12.	Declararea ofertei câştigătoare şi anunţarea companiei respective		X
13.	Negocierea şi semnarea contractului		X
14.	Desemnarea unui responsabil cu monitorizarea contractului		X
15.	Monitorizarea derulării contractului		X

Macheta de indicatori este un tabel care conţine indicatorii proiectului şi valorile pe care aceştia le ating la diferite momente de timp din proiect. Macheta de indicatori se stabileşte de la începutul proiectului.

Indicatorul reprezintă un mijloc de măsurare al unui proces, respectiv al unui obiectiv sau al unei activităţi din proiect. El are o formulă definită - se stabileşte de la începutul proiectului cum şi când se calculează, dar şi care este sursa datelor. Unele date pot proveni din înregistrări de rutină (sistemul informaţional general), dar pentru altele trebuie stabilite circuite de colectare în cadrul proiectului. Indicatorii sunt de două tipuri:

a. **indicatori intensivi (de frecvenţă) –** caracterizează frecvenţa apariţiei unui fenomen într-o populaţie şi se calculează după formula:

$$\text{Indicator intensiv (II)} = \frac{\text{Nr. cazuri} * 10^{n}\ (100, 1000, 10000, 100000)}{\text{Nr. populaţie de studiu}}$$

Se exprimă în număr de cazuri la populaţie (populaţia generală sau populaţia în care se implementează proiectul).

b. **indicatori extensivi (de structură, de greutate specifică sau ponderi)** – caracterizează o parte dintr-un fenomen în totalul fenomenului şi se calculează după formula:

$$\text{Indicator extensiv (IE)} = \frac{\text{Nr. cazuri de un anumit tip} * 100}{\text{Nr. total de cazuri}}$$

Nu au unitate de măsură şi se exprimă ca ponderi (procentual).

În tabelul nr.II.12 este prezentat un exemplu de machetă de indicatori pentru un proiect de educaţie pentru sănătate care se implementează pe o durată de trei ani.

Tabelul nr.II.12. – Macheta de indicatori

Nr. crt	Indicator	Formula	Va-loare de bază	Va-loare an 1	Va-loare an 2	Va-loare an 3	Sursa datelor
1.	**Procentul copiilor instruiţi**	**Numărător:** nr. copii de vârstă şcolară care au participat la progamul de instruire într-un an **Numitor:** nr. total copii de vârstă şcolară	**0**	**10%**	**25%**	**50%**	Numărător – se colectează în cadrul proiectului Numitor – din înregistrările Inspectoratului şcolar judeţean
2.	**Procentul cadrelor didactice formate**	**Numărător:** nr. cadre didactice care au participat la progamul de instruire într-un an **Numitor:** nr. total cadre didactice titulare şi suplinitoare din judeţ	**0**	**10%**	**20%**	**30%**	Numărător – se colectează în cadrul proiectului Numitor – din înregistrările Inspectoratului şcolar judeţean
3.	**Ponderea părinţilor informaţi**	**Numărător:** nr. părinţi care au participat la sesiuni de informare într-un an **Numitor:** nr. total copii de vârstă şcolară	**0**	**5%**	**15%**	**25%**	Numărător – se colectează în cadrul proiectului Numitor – din înregistrările ISJ

Matricea logică reprezintă un document analitic de sinteză sub forma unui tabel care cuprinde rezultatele proiectului. De regulă are patru sau cinci coloane, cu următorul conţinut:

- coloana 1 – descrierea scopului şi a obiectivelor proiectului;
- coloana 2 – descrierea rezultatelor aferente scopului (outcome, sau beneficiul câştigat de populaţia ţintă), respectiv obiectivelor proiectului (output, sau produse/servicii tangibile rezultate ca urmare a îndeplinirii obiectivelor). Uneori rezultatele se trec pe aceeaşi coloană cu scopul şi obiectivele, pe un rând distinct.
- coloana 3 – Indicatori – sau cum urmează a fi măsurată îndeplinirea scopului / obiectivelor proiectului;
- coloana 4 – surse de informaţii – sau de unde culegem indicatorii;
- coloana 5 – ipoteze/ presupuneri privind legătura dintre scop, respectiv obiective şi rezultatele acestora.

Numărul rândurilor matricei depinde de numărul de obiective ale proiectului.

Matricea logică are o coerenţă verticală şi o coerenţă orizontală.

Coerenţa verticală se referă la citirea matricei pe fiecare coloană de sus în jos, care clarifică relaţia cauzală dintre obiectivele de diferite niveluri (coloana 1) şi totodată relevă principalele incertitudini legate de implementarea proiectului (coloana 4).

Coerenţa orizontală se referă la citirea matricei pe fiecare rând (de la stânga la dreapta) şi relevă modul în care obiectivele prevăzute în coloana 1 vor fi măsurate (colana 2) şi cum se va verifica măsurarea (coloana 3), fiind utilă pentru activităţile de monitorizare şi evaluare.

In tabelul nr.II.13. prezentăm formatul general al unei matrice logice.

Tabelul nr.II.13. – Formatul general al matricei logice

Descrierea activităţii	Rezultate	Indicatori	Surse de informaţii	Ipoteze
Scop	Rezultatul final al proiectului	Cum va fi măsurat rezultatul final	Sursa de informaţii pentru indicator, cine îl culege şi la ce interval de timp	Ipoteze privind relaţia dintre scop şi rezultatul final aşteptat
Obiectivul 1	Rezultatul obiectivului 1	Cum va fi măsurat rezultatul obiectivului 1	Sursa de informaţii pentru indicator, cine îl culege şi la ce interval de timp	Ipoteze privind relaţia dintre obiectivul 1 şi rezultatul său
Obiectivul 2	Rezultatul obiectivului 2	Cum va fi măsurat rezultatul obiectivului 2	Sursa de informaţii pentru indicator, cine îl culege şi la ce interval de timp	Ipoteze privind relaţia dintre obiectivul 2 şi rezultatul său
Obiectivul 3	Rezultatul obiectivului 3	Cum va fi măsurat rezultatul obiectivului 3	Sursa de informaţii pentru indicator, cine îl culege şi la ce interval de timp	Ipoteze privind relaţia dintre obiectivul 3 şi rezultatul său

Sursa: AusGuide. A guide to program management: 2005 (adaptat)

Matricea poate fi folosită atât pentru monitorizarea şi evaluarea proiectului, cât şi în faza de definire a acestuia. Este chiar recomandabil ca în faza de definire a proiectului să fie realizată matricea logică a acestuia (abordarea prin matricea logică). Utilizarea matricei logice prezintă următoarele avantaje [24]:

- contribuie la realizarea analizei de situaţie în faza de definire a proiectului;
- permite stabilirea unei ierarhii logice a obiectivelor şi activităţilor;
- facilitează identificarea potenţialelor ameninţări din mediul extern pentru implementarea proiectului şi pentru asigurarea sustenabilităţii acestuia;
- permite stabilirea modalităţilor prin care vor fi monitorizate şi evaluate rezultatele proiectului;
- furnizează o prezentare sintetizată a activităţilor proiectului, într-un format standard.

Pe baza celor menţionate anterior este uşor de presupus că matricea logică este un instrument deosebit de util atât în definirea, cât şi în implementarea unui proiect. Se impune însă a sublinia că matricea logică este un document complex, dinamic, uneori dificil de înţeles de către toţi membrii echipei de proiect.

7. CONCLUZIILE SECŢIUNII

Proiectele reprezintă o componentă importantă a evoluţiei sistemelor de sănătate în prezent şi totodată o oportunitate care trebuie explorată în contextul actual de aderare a României la Uniunea Europeană. Ele prezintă caracteristici specifice care le disting de programele de sănătate. O bună cunoaştere a caracteristicilor proiectelor permite o analiză corectă a riscurilor acestora şi obţinerea unor rezultate maximale.

Orice proiect are un ciclul de viaţă limitat, constituit din patru faze: identificare, definire, implementare şi încheiere. Fază de identificare se finalizează cu o scrisoare de intenţie sau o schiţă de proiect. În cazul în care proiectul prezintă interes pentru finanţatori, beneficiari, autorităţi, societatea civilă etc. şi există un acord de principiu privind acceptarea şi finanţarea lui, proiectul trece în faza de definire, care se finalizează cu documentul de proiect, de regulă însuşit de părţile implicate printr-un contract. Odată semnat contractul, începe transformarea planului în acţiune, respectiv implementarea proiectului. După îndeplinirea tuturor activităţilor, se trece la faza de încheiere, care presupune lichidarea angajamentelor iniţiate în scopul implemetării proiectului şi transferul rezultatelor către organizaţiile permanente care girează problematica respectivă. Ciclul de viaţă al proiectului serveşte înţelegerii cititorului şi nu se regăseşte descris ca atare în formularele de proiect, care variază în funcţie de finanţator.

În general concepem proiecte atunci când există oportunităţi de finanţare (cereri de proiecte). Cererile de proiecte sunt publice şi transparente. Ele trasează domeniul de intervenţie susţinut de finanţator. Formularele de proiect trebuie să respecte standardele impuse de finanţator (precizate în cererea de proiecte).

Proiectele vizează o problemă de sănătate existentă în populaţia în care dorim să intervenim. Problemele de sănătate se identifică prin indicatori ai stării de sănătate, anchete sau tehnici de consens. Odată identificate problemele de sănătate, acestea trebuie ierarhizate aplicând o tehnică specifică de prioritizare. Ierarhizarea problemelor de sănătate furnizează argumente ştiinţifice pentru luarea deciziilor, utile adesea pentru a determina susţinerea publică a proiectelor.

În ierarhizarea problemelor de sănătate prezintă importanţă şi strategiile de intervenţie existente. Uneori, chiar dacă problema identificată este foarte importantă, este posibil ca strategiile de intervenţie să nu fie fezabile din punct de vedere economic, legal, tehnic, sau de acceptabilitate socială. În asemenea situaţii, problemele rămân priorităţi de cercetare.

Trebuie realizată o distincţie clară între consecinţele problemei de sănătate (ceea ce deranjează de fapt), problemele în sine, cauzele problemelor şi determinanţii cauzelor. Toate acestea trebuie armonizate logic într-un arbore de problemă.

Pe baza arborelui de problemă se concepe proiectul, pornind de la scop şi coborând cu obiective de diferite niveluri, care trebuie încadrate într-un arbore de obiective, cu coerenţă verticală şi orizontală.

Planificarea operaţională presupune descompunerea detaliată a elementelor proiectului şi permite estimarea resurselor necesare, planificarea resurselor umane şi a bugetului. Ea stă la baza implementării cu succes a proiectului.

Echipa proiectului reuneşte intervenienţi de culturi diferite, cu formare diferită şi care sunt animaţi de interesul comun de a implementa proiectul. Ea are de obicei o existenţă limitată în timp, dar se caracterizează prin dinamism şi flexibilitate.

Bugetul proiectului se poate organiza pe linii de finanţare sau pe categorii de cheltuieli, pe activităţi, pe surse de venit sau combinat.. Indiferent de modul de organizare, trebuie parcurse anumite etape în planificarea bugetului. De asemenea, trebuie stabilite reguli detaliate şi clare privind utilizarea resurselor financiare, care să fie cunoscute şi înţelese de toată echipa.

Monitorizarea şi evaluarea proiectului sunt activităţi esenţiale pentru implementarea acestuia. Ele trebuie planificate încă din faza de definire a proiectului şi se bazează de sistemul informaţional stabilit şi pe culegerea sistematică de date.

Nu există o reţetă de succes pentru proiecte, dar există anumite criterii după care se poate aprecia că proiectul a fost bine implementat: respectarea constrîngerilor de buget, de timp, de cantitate şi de calitate, satisfacţia echipei, a beneficiarilor, a finanţatorilor sau a promotorilor.

O atenţie specială trebuie acordată transferului rezultatelor din proiect către instituţii/actori formali, cu existenţă permanentă (asigurarea sustenabilităţii). Numai astfel munca şi resursele utilizate în proiect vor fi valorizate şi vor contribui la dezvoltarea socială. În caz contrar, rezultatele se vor irosi.

BIBLIOGRAFIE

1. European Comission. Aid Delivery Methods. Project Cycle Management Guidelines, vol 1. disponibil la: http://ec.europa.eu/europeaid/multimedia/publications/documents/tools/europeaid_adm_pcm_guidelines_2004_en.pdf (accesat 20 august 2007)

2. Pineault, R., Daveluy, C. La planification de la sante – concepts, methods, strategies. Agence D'Arc INC, Ottawa. 1986

3. Bradshaw, J. A taxonomy of social needs, New Society. 1972 (March) 640-3.

4. Mincă D G, Marcu M G. Sănătate publică şi management sanitar, note de curs pentru învăţământul postuniversitar. Ed a doua. Bucureşti: Editura Universitară "Carol Davila". 2004.

5. Burduş E, Căprărescu G. Fundamentele managementului organizaţiei. Bucureşti: Editura Economică. 1999.

6. Albert, L. & Goulet, J. *Management et gestion de projet. Théorie et Pratique* (1996) (nepublicat), citat de Fournier, P în "Managementul proiectelor în sănătate" – suport de curs

7. Fournier, P. Managementul proiectelor în sănătate – suport de curs. 2003

8. Monitorul Oficial al României, Partea I. Legea nr. 95/2006 privind reforma în sănătate, cu modificările şi completările ulterioare

9. World Bank. Project appraisal document on a proposed loan to Romania for a health sector reform project in support of the Second Phase of the Health Sector Reform Program. Raport nr. 28395-RO. Disponibil la: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2004/11/30/000160016_20041130131743/Rendered/PDF/28395.pdf (accesat 18 aprilie 2007).

10. http://www.unicef.org/romania/ro/

11. www.ms.ro Comunicat (accesat 17 august 2007)

12. http://ec.europa.eu/health/ph_programme/2003-2008/programme_en.htm

13. Marcu, G. Sănătate publică şi management. Partea I Metode şi practici. Editura Risoprint Cluj – Napoca. 2000.

14. Hennekens, Charles. Epidemiology in Medicine. Little, Brown and Company, Boston/Toronto

15. Mincă D G. Sănătate publică şi management sanitar. Curs pentru studenţii Facultăţii de Medicină. Editura Universitară “Carol Davila”, Bucureşti. 2005.

16. Platon C. Lucrare finalală în cadrul Programului de master „Managementul sănătăţii publice şi al serviciilor de sănătate”. 2004 (nepublicată)

17. Organizaţia Mondială a Sănătăţii. Raportul rezultatelor unei anchete Delphiprivind clasificarea inetrnaţională a siguranţei pacientului. 2007. Disponibil la http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/Report_Delphi_Survey_ICPS.pdf (accesat 28 iunie 2007)

18. Brinkerhoff, D.W., Tuthill, J.C. *gestion efficace des projets de développement*, 2e édition. West Harford: Kumarian Press. 1991.

19. www.hfa.dk

20. Genest, B. A., Nguen, T. H. Principes et techniques de la gestion de projets. Laval. Edition Sigma Delta.2002.

21. www.insse.ro

22. www.ms.ro

23. www.casan.ro

24. AusGuide. A guide to program management: 2005. disponibilă la: http://www.ausaid.gov.au/ausguide/pdf/ausguideline3.3.pdf (accesat 20 februarie 2010)

SECŢIUNEA III.

METODE DE EVALUARE CALITATIVĂ ŞI CANTITATIVĂ A ÎNGRIJIRILOR

AUTORI:

Dr. Dana Galieta MINCĂ (Coordonator)

- Medic primar sănătate publică
- Doctor în ştiinţe medicale
- Profesor universitar UMF „Carol Davila”
- Disciplina Sănătate Publică şi Management

Dr. Radu Virgil COSTEA

- Medic primar chirurg,
- Doctor în ştiinţe medicale
- Master în Managementul Sănătăţii Publice şi al Serviciilor de Sănătate
- Şef de lucrări UMF „Carol Davila”
- Disciplina Chirurgie 2 – Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti

Dr . Carmen ŢEREANU

- Medic specialist sănătate publică şi management
- Doctorand în ştiinţe medicale (Italia)
- Master în Managementul Sănătăţii Publice şi al Serviciilor de Sănătate
- Master în Economie sanitară (Italia)
- Instituto dei Tumori Milano

Dr. Dumitru HOBEANU

- Medic specialist medicină de familie
- Doctor în ştiinţe medicale
- Casa Judeţeană de Asigurări de Sănătate Vâlcea

Dr. Lavinia PANAIT

- Medic specialist sănătate publică şi management
- Doctorand în ştiinţe medicale
- Master în Managementul Sănătăţii Publice şi al Serviciilor de Sănătate
- Şcoala Naţională de Sănătate Publică

Dr. Denisa JANTĂ

- Medic rezident epidemiologie
- Master în Managementul Sănătăţii Publice şi al Serviciilor de Sănătate

1. PREZENTAREA CONŢINUTULUI SECŢIUNII

1.1. Definirea principalelor componente ale domeniului

Pentru Organizaţia Mondială a Sănătăţii (OMS), calitatea înseamnă a oferi fiecărui pacient un ansamblu de acte diagnostice şi terapeutice care să-i asigure cel mai bun rezultat pentru starea de sănătate în conformitate cu stadiul actual al cunoştinţelor ştiinţifice, cu cel mai mic cost şi risc iatrogen, şi care să-l determine pe pacient sa fie cât mai satifăcut de procedurile, rezultatele şi contactele umane din organizaţia de sănătate respectivă. [1]

Calitatea este legată în primul rând de aşteptările diferiţilor actori din sistemul de sănătate [1, 2, 3, 4]. Pentru pacienţi, calitatea constă în dreptul de a beneficia de cea mai bună asistenţă medicală (calitate percepută sau relaţională sau satisfactia utilizatorului *(costumer satisfaction*). Pentru profesionişti, calitatea reprezintă disponibilitatea mijloacelor necesare pentru realizarea actelor diagnostice şi terapeutice (calitate tehnico-profesională sau eficacitate). Pentru responsabilii de organizarea şi conducerea instituţiilor de sănătate, calitatea reprezintă asigurarea unor prestaţii adecvate la costuri compatibile (calitate managerial-organizaţională sau eficienţă).

Deşi cei trei poli prezentaţi anterior pot fi consideraţi componentele centrale ale calităţii, în realitate, calitatea are mult mai multe dimensiuni importante. Organizaţia pentru Cooperare şi Dezvoltare Economică (OCDE) împarte dimensiunile calităţii in două mari categorii [5]:

A. Dimensiuni la care se face referire foarte frecvent:

- **Eficacitatea:** măsura în care au fost atinse obiectivele prefixate, asigurând servicii medicale bazate pe dovezi (*evidence-based healthcare)*, tuturor utilizatorilor care ar fi putut beneficia de acestea.
- **Siguranţa:** măsura în care procesele prin care este acordată asistenţa medicală evită, previn şi reduc consecinţele evenimentelor adverse sau prejudiciilor care derivă din asistenţa medicală. [6] Deşi această dimensiune este strict legată de prima, diferenţa constă în aceea că ea se concentrează pe prevenirea evenimentelor adverse provocate fără intenţie.
- **Capacitatea de răspuns :** se referă la modul de abordare a persoanelor atunci când sistemul de sănătate încearcă să răspundă la acele aşteptări ale persoanelor nelegate de starea de sănătate. [7] Această dimensiune pleacă de la ideea de plasare a utilizatorului în centrul procesului de asistenţă medicală; de obicei se analizează prin prisma experienţei pacientului legată de comunicare şi de relaţia medic-pacient, şi nu de satisfacţia generală sau de opinia pacientului privind adecvarea asistenţei medicale primite.

- **Accesibilitatea**: se referă la uşurinţa cu care pacientul ajunge la organizaţia de sănătate (din punct de vedere fizic, financiar sau psihologic). O condiţie a priori este existenţa unor furnizori de servicii de sănătate în regiunea respectivă.
- **Echitatea:** se referă la distribuţia echitabilă a beneficiilor privind starea de sănătate în rândul tuturor persoanelor care se adresează unei organizaţii de sănătate. Este o dimensiune strâns legată de accesibilitate, frecvent utilizată atunci când se evaluează finanţarea serviciilor de sănătate şi rezultatele pentru starea de sănătate.
- **Eficienţa:** optimizarea utilizării resurselor în vederea obţinerii beneficiilor sau rezultatelor maxime.
- **Legitimitatea:** se referă la acordarea de îngrijiri de sănătate în conformitate cu principiile sociale exprimate prin norme, reglementări, legi şi valori.

B. Dimensiuni la care se face referire mai rar:

- **Acceptabilitatea***:* se referă la conformitatea cu dorinţele şi aşteptările utilizatorilor şi familiilor lor. [8] Această dimensiune este adesea prezentată ca o componentă a centralităţii pacientului.
- **Adecvarea:** măsura în care asistenţa acordată este relevantă pentru nevoile clinice ale pacientului, în condiţiile celor mai bune dovezi stiinţifice existente în momentul respectiv. Această dimensiune este adesea prezentată ca o componentă a eficacităţii.
- **Competenţa profesională**: măsura în care personalul dispune de pregătirea şi abilităţile necesare pentru a-i evalua şi trata pe pacienţi şi de a comunica cu aceştia. (competenţe tehnice şi culturale). Şi această dimensiune este considerată o componentă a eficacităţii.
- **Continuitatea***:* măsura în care asistenţa pacienţilor cu o anumită patologie (de exemplu: diabet zaharat, bronhopneumonie cronică obstructivă, etc.), acordată de diferiţi furnizori sau organizaţii de sănătate, este coordonată în timp. Această dimensiune este o componentă a centralităţii pacientului.
- **Rapiditatea**: măsura în care pacienţii obţin asistenţa medicală după un timp de aşteptare rezonabil.[9] Şi această dimensiune este considerată ca fiind o componentă a centralităţii pacientului.

1.2. Concepte, abordări posibile

1.2.1. Calitatea leagă funcţii şi roluri

Datorită multidimensionalităţii sale, calitatea într-o organizaţie de sănătate este un domeniu complex. Aşa cum rezultă din modelele de evaluare şi asigurare a calităţii ilustrate în Secţiunea 4,

calitatea leagă o multitudine de funcţii şi roluri. Acestea se reflectă în activităţile pe care le presupune managementul calităţii şi stau la baza Sistemului Calitate.

Politica privind calitatea reprezintă orientarea şi obiectivele unei organizaţii referitoare la calitate, declarate în mod oficial de către Conducerea acesteia. [1].

Managementul calităţii se referă la punerea în practică a tuturor activităţilor care determină politica, obiectivele, responsabilităţile privind calitatea într-o organizaţie, prin intermediul mecanismelor de planificare, control, asigurare şi îmbunătăţire a calităţii.[1].

Sistemul Calitate se defineşte ca fiind ansamblul de structuri, responsabilităţi, proceduri şi resurse necesare pentru managementul calităţii.[1, 2] Fiecare organizaţie de sănătate dispune de un astfel de sistem, mai mult sau mai puţin complex. Acesta este caracteristic acelei organizaţii, întrucât el trebuie să fie proiectat în aşa fel încât să corespundă viziunii (orizontul către care se îndreaptă organizaţia) şi misiunii acesteia (raţiunea pentru care există organizaţia). Totodată, el este un sistem dinamic, care se modifică în timp, odată cu organizaţia însăşi. Manualul calităţii este documentul scris care defineşte politica organizaţiei privind calitatea şi descrie Sistemul Calitate. Acesta reflectă cel mai bine modul în care se leagă diferitele funcţii şi roluri pentru atingerea unor obiective precise, în cadrul managementului calităţii.

1.2.2. Managementul calităţii totale

Preocupările pentru calitate la nivel organizaţional au luat amploare odată cu industrializarea. Astfel au fost introduse pe rând paradigme precum „controlul calităţii”, în care calitatea se referă strict la produs, sau „asigurarea calităţii” care presupune implementarea unor activităţi prestabilite şi sistematice care să confere încredere cu privire la faptul că va fi obţinută calitatea cerută. Abordările actuale ale calităţii au la bază „managementul calităţii totale” (MCT) introdus în anii '80. Acesta este un tip de management centrat pe calitate, care implică toate componentele organizaţiei (fiecare departament, activitate şi persoană la fiecare nivel ierarhic) şi este orientat către succesul pe termen lung, obţinut datorită satisfacţiei clientului şi creării de avantaje pentru întreg personalul şi pentru colectivitate.[1, 2]

Principalele componente ale MCT sunt [2]: clienţii, furnizorii şi procesele.
Clienţii pot fi:

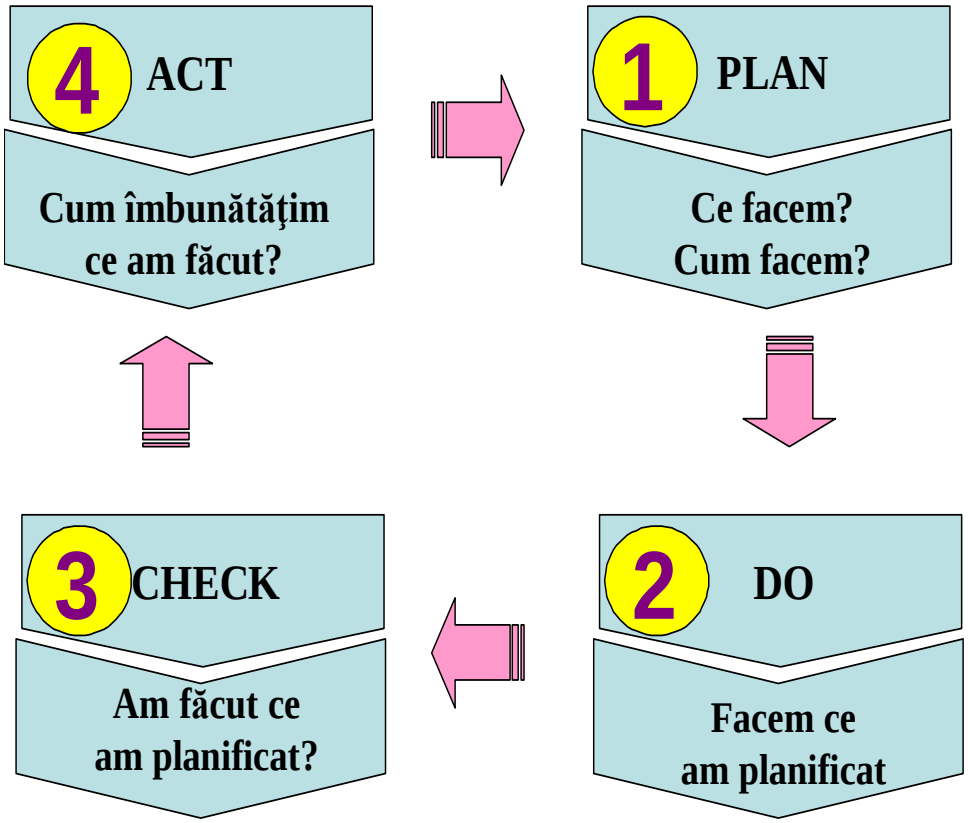
- externi: pacienţii si familiile lor, alte organizaţii de sănătate, companiile de asigurări;
- interni: persoanele care lucrează în organizaţie.

Furnizorii sunt persoane sau grupuri de persoane care furnizează un produs sau serviciu clienţilor. Furnizorii pot fi şi ei interni sau externi.

Procesele reprezintă secvenţe interconectate de acţiuni realizate de membrii organizaţiei pentru satisfacerea cererii clienţilor externi sau interni.

Managementul proceselor în cadrul MCT are la bază ciclul PDCA, ilustrat în Figura nr.III.1. Acesta presupune următoarele patru faze: planificare (P), implementare (D), control (C) şi măsuri de îmbunătăţire (A).

Figura nr.III.1. – Ciclul PDCA



1.3. Măsurarea calităţii

Măsurarea calităţii se face prin intermediul indicatorilor. Aşa cum arătăm în Secţiunea 3, măsurarea calităţii necesită stabilirea unui sistem de referinţă cu care să corelăm rezultatul măsurării. Sistemul de referinţă se compune din criterii şi standarde.

Criteriile se referă la elemente ce ţin de resurse, procese, rezultate, faţă de care trebuie formulată o apreciere cu privire la nivelul calităţii. Standardele sunt definiţii cantitative mai specifice care desemnează cantitatea şi frecvenţa.[3]

Printre cele mai cunoscute tehnici de evaluare a calităţii se pot enumera:

a) Procesul de audit intern: inspecţie internă realizată de personal care lucrează în organizaţie, special format în acest sens.
b) Evaluarea externă: certificare realizată de un organism autorizat care atestă că organizaţia, serviciul sau produsul evaluat răspunde la standarde de management al calităţii în conformitate cu anumite norme.
c) Procesul de *benchmarking*: proces sistematic şi continuu de măsurare a proceselor prin intermediul comparării cu organizaţii recunoscute drept *leader*, implementării celor mai bune procese şi a stabiliri unor obiective raţionale de performanţă organizaţională.

1.4 Modele pentru asigurarea şi evaluarea calităţii

În funcţie de accentul pus pe fiecare dintre cei trei poli ai calităţii, cele mai cunoscute modele pentru evaluarea şi asigurarea calităţii pot fi grupate după cum urmează:

a) Calitate tehnico-profesională: auditul clinic, acreditarea profesională, ghidurile de practică şi conferinţele de consens bazate pe dovezi (*evidence based medicine* sau EBM).
b) Calitatatea percepută: evaluarea satisfacţiei clienţilor, analiza reclamaţiilor, cartea serviciilor.
c) Calitatea managerial-organizaţională: autorizaţia de funcţionare, certificarea conform normelor ISO, acreditarea instituţională, premiile de excelenţă, *balanced score card (BSC)*, managementul riscului.

În mod tradiţional, evaluarea calităţii are ca punct de referinţă modelul lui Donabedian. Acesta a fost primul care a folosit termenii de „structură", „proces" şi „rezultat" pentru a descrie calitatea unui serviciu. Structura desemnează resursele umane, materiale şi financiare. Procesele indică activităţile realizate într-o organizaţie de sănătate (diagnostic şi tratament, activităţi de suport şi de gestiune).[10] Rezultatul se referă la efectul asistenţei medicale asupra stării de sănătate a pacienţilor. Donabedian pleacă de la premiza că între aceste trei elemente există o relaţie strânsă (probabilistică), care poate fi reprezentată grafic ca o relaţie de tip cauză-efect. Totuşi, există studii care au arătat că nu există o relaţie clară între rezultate (de exemplu: speranţa de viaţă) şi resursele investite (de exemplu: cheltuielile pentru sănătate). [11]

1.5. Evaluarea îngrijirilor acordate de personalul sanitar mediu

Multe dintre îngrijirile acordate pacienţilor în organizaţiile de sănătate sunt realizate de către personalul sanitar mediu. Într-un spital de exemplu, acest tip de personal sanitar reprezintă resursa umană cea mai numeroasă. De aceea, evaluarea îngrijirilor acordate de către personalul sanitar

mediu este la fel de importantă ca şi evaluarea prestaţiilor de diagnostic şi tratament realizate de către personalul medical. În Secţiunea 5 propunem o sinteză a caracteristicilor principalelor metodologii de evaluare a îngrijirilor acordate de personalul sanitar mediu şi arătăm, cu ajutorul unor exemple concrete, în ce constau acestea şi cum se aplică.

1.6. Concluzii

Calitatea serviciilor în sectorul sanitar este un domeniu extrem de complex, care îmbracă multiple dimensiuni şi care are o semnificaţie diferită în funcţie de diverşii actori din acest sector. Printre principalele obiective ale Sistemului Calitate ale unei organizaţii putem enumera: asigurarea satisfacţiei pacientului, care trebuie aşezat în centrul sistemului; motivarea, responsabilizarea şi implicarea resursei umane – bunul cel mai de preţ al organizatiei – ; asigurarea echilibrului economic şi financiar al organizaţiei; dezvoltarea continuă a Sistemului Calitate.

2. PRINCIPALELE ASPECTE ALE MANAGEMENTULUI CALITĂŢII ÎN SĂNĂTATE

2.1. De la calitate la performanţă

Calitatea totală este strâns legată de performanţă. Kélada (1986) si Payette (1997) definesc conceptul de „calitate-performanţă” ca fiind capacitatea unei organizaţii sau a unui sistem de sănătate de a satisface nevoile clienţilor săi, respectând exigenţele lor privind timpul, spaţiul, costurile şi constrângerile mediului. [12, 13]

2.1.1. Evaluarea performanţei sistemelor de sănătate

Evaluarea performanţei sistemelor de sănătate constituie o mare provocare. Performanţa reflectă gradul de îndeplinire a următoarelor trei obiective, care reprezintă obiectivele generale ale oricărui sistem de sănătate:

1) libertatea de a alege (libertatea consumatorului, satisfacţia clienţilor);
2) utilizarea eficientă a resurselor şi controlul costurilor;
3) accesul universal şi echitabil la un pachet rezonabil de servicii.

O primă dificultate în evaluarea performanţei este legată de faptul că domeniul este extrem de complex, din cauza dimesiunilor multiple ale calităţii în sectorul sanitar. (vezi secţiunea 1.1.). A doua problemă este că aceste trei obiective nu pot fi atinse simultan şi în grad maxim. În general este destul de dificil de stabilit ponderea şi prioritatea fiecăruia dintre obiective în cadrul reformelor sistemelor de sănătate.[14]

O importantă iniţiativă de evaluare a performanţei sistemelor de sănătate la nivel internaţional este cea a OMS, ale cărei rezultate au fost publicate în 2000. [8] Conform studiului OMS, cinci componente sunt fundamentale pentru performanţa unui sistem de sănătate, şi anume:

1) nivelul general al sănătăţii populaţiei;
2) distribuţia sănătăţii în populaţie;
3) nivelul general al capacităţii de răspuns a sistemului de sănătate la aşteptările populaţiei;
4) distribuţia capacităţii de răspuns a sistemului de sănătate la aşteptările populaţiei;
5) echitatea finanţării sistemului de sănătate.

Aşa cum am ilustrat în prima coloană a Tabelului nr. III.1., OMS a atribuit fiecărei componente câte o pondere, calculând un indice global de performanţă. În coloana a doua sunt indicate informaţiile care au fost utilizate pentru a măsura fiecare componentă. În coloana a treia a Tabelului nr. III.1., sunt prezentate principalele instrumente de culegere a datelor, iar în ultima coloană este indicat locul ocupat de România în clasamentul celor 191 state membre OMS, în funcţie de nivelul fiecărei componente şi de nivelul performanţei globale. În ceea ce priveste performanţa globală, România s-a situat în treimea medie a clasamentului, în timp ce Franţa, Italia, Spania, Oman, Austria şi Japonia s-au clasat pe primele locuri. OMS recunoaşte importantele limitări metodologice ale acestui studiu şi recomandă ca această comparaţie internaţională a performanţei sistemelor de sănătate să fie interpretată cu precauţie.

O altă importantă iniţiativă de evaluare a performanţei sistemelor de sănătate aparţine OECD. [15] Proiectul de evaluare a fost lansat în 2001 la Otawa şi a durat 3 ani, incluzând toate cele 30 state membre[10]. Acesta se bazează pe analiza tendinţei temporale şi geografice a diferiţi indicatori şi pe aprecierea gradului de îndeplinire a principalelor obiective comune ale politicilor de sănătate ale statelor membre OECD, şi anume:

1) asigurarea unor îngrijiri de sănătate accesibile şi de calitate;
2) creşterea capacităţii de răspuns a sistemului de sănătate la aşteptările şi preferinţele utilizatorilor;

[10]Australia, Austria, Belgia, Canada, Corea, Danemarca, Elveţia, Filanda, Franţa, Germania, Grecia, Irlanda, Islanda, Italia, Japonia, Luxemburg, Marea Britanie, Mexic, Norvegia, Noua Zeelanda, Olanda, Polonia, Portugalia, Republica Slovaca, Republica Cehă, Spania, SUA, Suedia, Turcia, Ungaria.

3) asigurarea eficienţei sistemului de sănătate (*good value for money*).

In Tabelul nr. III.2. sunt ilustrate recomandările formulate de OECD pentru îmbunătăţirea performanţei sistemelor de sănătate, pe baza rezultatelor obţinute în cadrul acestui proiect.

Tabelul nr. III.1.

Indicatorii utilizaţi de OMS pentru evaluarea performanţei sistemelor de sănătate din lume

<table>
<tr><th>Componenta şi pondere</th><th colspan="2">Aspecte măsurate</th><th>Informaţii necesare</th><th>Locul Romaniei</th></tr>
<tr><td>Nivelul general al sănătaţii populaţiei (25%)</td><td colspan="2">Speranţa de viaţă trăită în sănătate deplină (DALE sau disability adjusted life expectancy)</td><td>• fracţia de supravieţuire a populaţiei la fiecare vârstă;
• prevalenţa fiecărui tip de incapacitate la fiecare vârstă;
• ponderea fiecărui tip de incapacitate, care poate varia sau nu cu vârsta.</td><td>80</td></tr>
<tr><td>Distribuţia sănătăţii în populaţie (25%)</td><td colspan="2">Reducerea inegalităţilor prin acordarea priorităţii măsurilor destinate îmbunătăţirii sănătăţii celor mai defavorizaţi</td><td>• istoricul complet al naşterilor extras din anchete demografice şi medicale
• mortalitatea juvenilă</td><td>78</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Nivelul general al capacităţii de răspuns a sistemului de sănătate la aşteptările populaţiei (12,5%)</td><td>• Respectul persoanei</td><td>1) demnitate
2) confidenţialitate
3) autonomie</td><td rowspan="2">• ancheta prin care mai mulţi informatori-cheie au fost rugaţi să clasifice cele şapte elemente (n.a. din stânga) în ordinea importanţei</td><td rowspan="2">73-74</td></tr>
<tr><td>• Atenţia acordată clientului</td><td>4) rapiditatea acordării îngrijirilor
5) accesul la reţelele de ajutor social în timpul îngrijirilor
6) calitatea mediului
7) posibilitatea unui pacient de a alege persoana care îi acordă îngrijirile</td></tr>
<tr><td>Distribuţia capacităţii de răspuns a sistemului de sănătate la aşteptările populaţiei (12,5%)</td><td colspan="2">Reducerea inegalităţilor prin acordarea priorităţii măsurilor destinate îmbunătăţirii capacităţii de răspuns la aşteptările celor mai defavorizaţi</td><td>• ancheta prin care mai mulţi informatori-cheie au fost rugaţi să identifice grupurile defavorizate cu privire la capacitatea de răspuns a sistemului la aşteptările lor</td><td>67-68</td></tr>
<tr><td>Echitatea finanţării sistemului de sănătate (25%)</td><td colspan="2">Fracţiunea capacităţii de plată a unei familii (venit, din care se scad cheltuielile alimentare) consacrată îngrijirilor de sănătate (impozitele, cotizaţiile la asigurările sociale sau la sistemul asigurărilor private şi plăţile directe)</td><td>• anchete privind venitul individual şi cheltuielile familiilor
• documente referitoare la impozitele guvernamentale (pe venit, pe vânzări, pe proprietate), la fondurile naţionale pentru sănătate, la bugetele guvernamentale</td><td>79-81</td></tr>
<tr><td>Performanţa generală a sistemului de sănătate (100%)</td><td colspan="2"></td><td></td><td>99</td></tr>
</table>

Tabelul nr. III.2.

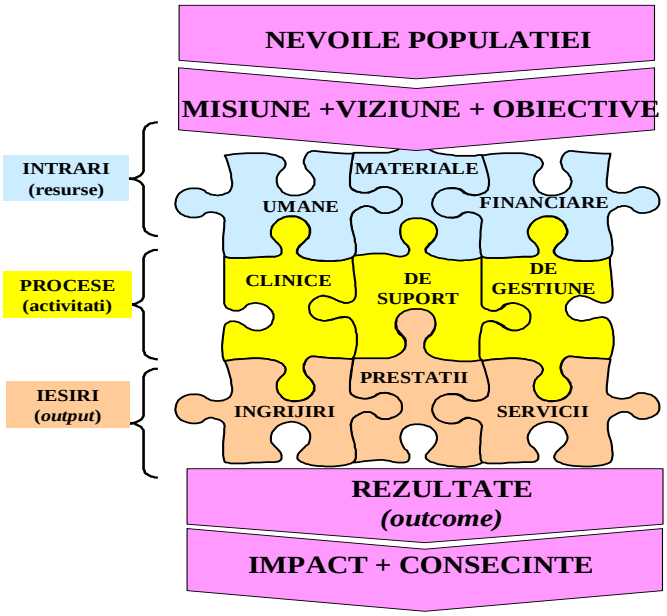
Posibile direcţii de acţiune pentru îmbunătăţirea performanţei sistemelor de sănătate, conform OECD[16]

Componenta	Direcţii de acţiune
Îmbunătăţirea stării de sănătate a populaţiei	• redirecţionarea resurselor de la îngrijirile de sănătate la prevenirea bolii şi incapacităţii: revizuirea politicilor de sănătate privind alimentaţia, violenţa, circulaţia rutieră, consumul de alcool sau fumatul (sistem de taxe). • reducerea inegalităţilor în starea de sănătate acţionând asupra cauzelor profunde (sărăcia, excluderea socială) şi îmbunătăţirea sănătăţii grupurilor vulnerabile. • creşterea conformităţii practicii medicale cu dovezile stiinţifice: dezvoltarea şi implementarea ghidurilor de practică bazate pe dovezi, a stadardelor de performanţă şi a stimulentelor economice şi administrative pentru utilizarea adecvată a îngrijirilor şi atingerea rezultatelor prefixate. • prevederea unor sisteme adecvate de monitorizare a calităţii îngrijirilor acute şi de lungă durată în vederea îmbunătăţirii acesteia.
Asigurarea accesului adecvat si echitabil la îngrijiri	• eliminarea barierelor financiare (subvenţii pentru săraci, scutirea săracilor de plata unor servicii, introducerea asigurărilor private pentru serviciile care costă suficient de mult încât să limiteze accesul). • facilitarea accesului persoanelor la risc (persoane vârstnice sau cu boli care necesită îngrijiri costistoare) la asigurări private (acolo unde acestea sunt necesare), prin reglementari speciale, subvenţii sau stimulente fiscale. • evitarea inechităţilor de acces la îngrijiri al persoanelor cu tip diferit de asigurare, prin intervenţii precum plafoane universal aplicabile pentru rambursarea furnizorului şi utilizarea listelor de aşteptare comune.
Creşterea capacităţii de răspuns a sistemului de sănătate	• reducerea timpului de aşteptare pentru chirurgia de elecţie (când este excesiv), prin creşterea productivităţii (de exemplu: schimbarea modului de plată a furnizorului). • creşterea satisfacţiei beneficiarilor îngrijrilor de lungă durată (de exemplu: spitalizare sau îngrijiri la domiciliu) prin acordarea unui suport financiar direct familiilor. • sprijinirea consumatorului cu informaţiile necesare pentru a putea alege tipul de asigurare de sănătate (publică sau privată).
Controlul costurilor şi finanţarea	• controlul creşterii cheltuielilor publice (combinaţie de control bugetar sau administrativ al plăţii, preţului şi ofertei de servicii) şi monitorizarea efectului asupra performanţei. • introducerea unei co-plaţi modeste din partea pacientului pentru serviciile finanţate cu fonduri publice şi interzicerea asigurărilor complementare de a prelua în întregime contravaloarea acesteia. • eliminarea finanţării publice a serviciilor suplimentare sau „de lux” (raţionalizare prin preţ sau prevederea unei acoperiri de către asigurările suplimentare private).

2.1.2. Indicatori utilizaţi pentru evaluarea performanţei sistemelor de sănătate

Indicatorii utilizaţi pentru evaluarea calităţii-performanţei sistemelor de sănătate reflectă paradigma abordării sistemice introduse de Donabedian in 1980 [10]. Potrivit acesteia, obiectivele sistemului se bazează pe nevoile populaţiei deservite, iar resursele investite şi activităţile desfăşurate în sistemul de sănătate servesc pentru atingerea obiectivelor, răspunzând astfel nevoilor populaţiei (Figura nr. III.2.). Gradul de atingere a obiectivelor sau de satisfacere a nevoilor reprezintă performanţa.

Figura nr. III.2. – Paradigma abordării sistemice



În continuare, prezentăm principalele categorii de indicatori de performanţă şi câteva exemple pentru fiecare categorie.

I. Indicatori de sănătate publică:

- Mortalitate (exemplu: mortalitate generală, maternă, infantilă; mortalitate specifică prin diferite boli, etc.)
- Morbiditate (exemplu: incidenţa şi prevalenţa unor boli)
- Calitatea vieţii (exemplu: speranţa de viaţă ajustată în funcţie de incapacitate)
- Determinanţii sănătăţii (exemplu: prevalenţa obiceiului de a fuma în populaţie, prevalenţa obezităţii, mortalitatea prin accidente rutiere, etc.).

II. Indicatori de rezultat:

- Numărul de pacienţi trataţi pe an
- Numărul de proceduri chirurgicale realizate pe an
- Numărul de pacienţi care se adresează serviciilor de urgenţă
- Rata infecţiilor nosocomiale
- Rata escarelor
- Rata vindecării
- Rata mortalităţii spitaliceşti

III. Indicatori de proces:

- Rata erorilor legate de: administrarea medicamentelor, stabilirea diagnosticului, intervenţia chirurgicală, etc.
- Durata medie de spitalizare
- Rata zilelor de spitalizare neadecvate (zile de internare suplimentare nejustificate)
- Rata discontinuităţilor în cadrul stocului de medicamente
- Numărul plângerilor din partea pacienţilor (sau medicilor) şi timpul necesar rezolvării acestora
- Ponderea pacienţilor care rămân în serviciul de urgenţă mai mult de 24 ore

IV. Indicatori de resurse:

- Ponderea cheltuielilor totale pentru sănătate din produsul intern brut (PIB)
- Ponderea cheltielilor private ale familiilor din cheltuielile totale pentru sănătate
- Numărul de profesionişti la 1.000 de locuitori
- Numărul de paturi spitaliceşti la 1.000 de locuitori
- Timpul de aşteptare pentru un examen
- Timpul de aşteptare pentru o operaţie
- Numărul de aparate (de exemplu: de radioterapie, computer tomograf, etc.) disponibile într-un teritoriu

În România, în 2000-2006, mortalitatea infantilă la 1.000 naşteri vii a scăzut de la 19 la 14, iar mortalitatea maternă la 100.000 naşteri vii de la 33 la 15. Speranţa de viaţă ajustată în funcţie de incapacitate a crescut de la 61 ani în anul 2000 la 63 ani în anul 2003. Deşi tendinţele temporale sunt aceleaşi şi la nivel internaţional, în ciuda ameliorării considerabile, în ţările din Estul Europei mortalitatea infantilă depăşeşte media europeană, iar speranţa de viaţă ajustată în funcţie de incapaciate este mult mai mică.

În perioada 2000-2006, în România raportul standardizat al mortalităţii la 100.000 prin efecte adverse la agenţii terapeutici a variat între 0,02 si 0,08, menţinându-se cu mult sub media europeană. Surprinzător, aceste valori sunt cu mult inferioare celor înregistrate în Franţa sau

Spania. Durata medie de spitalizare în spitalele româneşti s-a redus de la 8,9 în anul 2000 la 7,8 în anul 2006. În general, ţările din Estul Europei tind să aibă durate de spitalizare mai mari faţă de ţările occidentale.

În România, numărul de medici la 100.000 de locuitori a crescut de la 189 în anul 2000 la 198 în anul 2004 şi a scăzut din nou, ajungând la 192 în anul 2006. Numărul de asistenţi[11] medicali la 100.000 de locuitori a crescut de la 402 în anul 2000 la 418 în anul 2002 şi a scăzut la 397 în anul 2006. Astfel, dintre toate ţările analizate, România are cel mai mic număr de medici şi respectiv de asistenţi medicali (după Bulgaria). Deşi în ultimii ani, în celelate ţări se observă o tendinţă temporală uşor ascendentă a numărului de asistenţi, în România nici numărul de medici nici cel de asistenţi medicali nu creşte.

În perioada 2000-2005, în România cheltuielile totale pentru sănătate au crescut de la 4,5% la 5,5% din PIB, menţinându-se sub valoarea observată în celelalte ţări. Ponderea cheltuielilor private ale familiilor din aceste cheltuieli s-a redus de la 26% la 25%. Aceeaşi tendinţă temporală este observată şi la nivel internaţional. Ţările occidentale cheltuiesc mult mai mult pentru sănătate faţă de cele din Estul Europei, unde familiile par să acopere din propriul buzunar (plată directă) o parte mult mai mare din aceste cheltuieli.

2.2. Calitatea serviciilor medicale

2.2.1. Autorizaţia de funcţionare

Autorizaţia de funcţionare este instrumentul care certifică faptul că o anumită organizaţie de sănătate dispune de un minim de standarde de calitate. În România, condiţiile pe care trebuie să le îndeplinească un spital sau un cabinet medical în vederea obţinerii autorizaţiei sanitare de funcţionare sunt stabilite de către Ministerul Sănătăţii Publice prin Ordinul 914/2006 şi 1338/2007. [18, 19] Autorizarea sanitară de funcţionare este efectuată de către autorităţile de sănătate publică judeţene.

Autorizarea sanitară a spitalului este un proces de analiză şi investigaţie sanitară. Rezultatul acestui proces este emiterea autorizaţiei sanitare de funcţionare în cazul în care spitalul îndeplineşte, din punct de vedere tehnic şi juridic, condiţiile prevăzute în norme pentru punerea în funcţiune şi desfăşurarea activităţii de asistenţă spitalicească şi sanatorială.
Autorizaţia sanitară este un act tehnic şi juridic, eliberat de autoritatea locală de sănătate publică pentru un spital, prin care sunt stabilite condiţiile şi/sau parametrii de funcţionare ori de punere în funcţiune a activităţii de asistenţă spitalicească şi sanatorială în acel spital.

[11] Termenul folosit este generic şi include ambele sexe.

În fiecare an, autoritatea locală de sănătate publică eliberează în scris o viză anuală care reprezintă actul de constatare privind respectarea conformităţii cu autorizaţia sanitară, eliberată anterior spitalului.

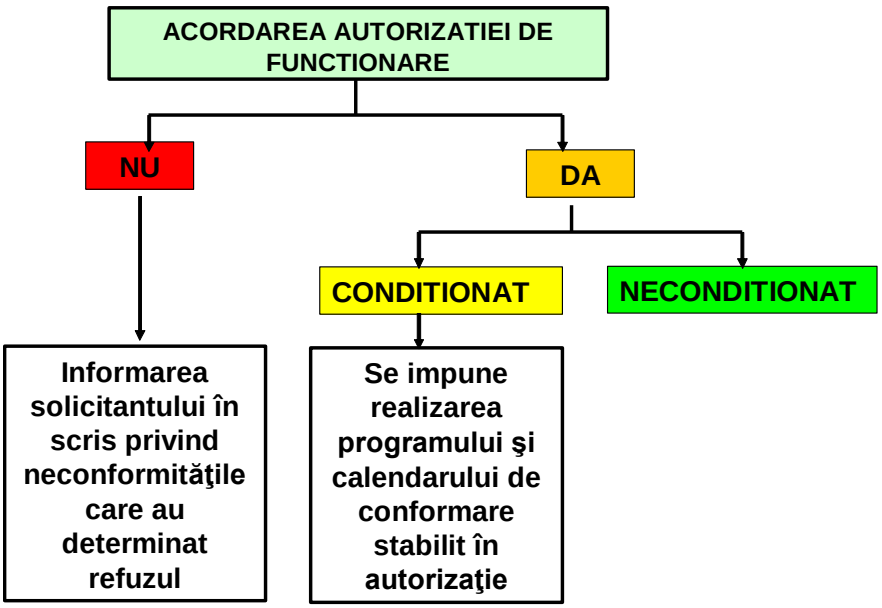
Programul de conformare reprezintă un plan de măsuri care indică etapele care trebuie parcurse în intervale de timp precizate, prin prevederile autorizaţiei sanitare, de către spital, sub controlul autorităţii de sănătate publică, în scopul respectării normelor.

Pentru solicitarea autorizaţiei sanitare spitalul trebuie să pună la dispoziţia evaluatorilor un dosar tehnic, care conţine:

- planul dimensionat cu structura interioară
- dotările necesare desfăşurării activităţii supuse autorizării
- prezentarea circuitelor funcţionale, modul de asigurare a iluminatului, ventilaţiei, temperaturii ambiante
- schiţa reţelelor de utilităţi sau modul de asigurare a acestora (apă potabilă, apă caldă menajeră, evacuarea apelor uzate menajere şi tehnologice, evacuarea deşeurilor solide şi a deşeurilor periculoase rezultate din activitatea desfăşurată)

În urma evaluării spitalului, procesul de autorizare se poate soluţiona cu acordarea sau neacordarea autorizaţiei de funcţionare (Figura nr. III.3.).

Figura nr. III.3. – Modalităţile de soluţionare a solicitării autorizaţiei de funcţionare.



2.2.2. Acreditarea instituţională

Procesul de acreditare al spitalelor este considerat componentă a strategiei generale de dezvoltare durabilă a României (Anexă *din 12/11/2008,* M.O. Partea I nr. 824bis din 08/12/2008, cuprinzând Strategia Naţională pentru Dezvoltare Durabilă a României Orizonturi 2013-2020-2030) [20].

Conform Legii 95/2006 (Titlul VII) [21], scopul acreditării spitalelor din România acela de a garanta faptul că acestea funcţionează la standardele stabilite prin lege, privind acordarea serviciilor medicale şi conexe actului medical, certificând calitatea serviciilor de sănătate în conformitate cu clasificarea spitalelor, pe categorii de acreditare. Acreditarea spitalelor este acordată de către Comisia Naţională de Acreditare a Spitalelor care este o instituţie cu personalitate juridică, care funcţionează sub coordonarea primului-ministru.

După obţinerea autorizaţiei sanitare de funcţionare, spitalul trebuie să intre, la cerere, în procedura de acreditare. Durata procedurii de acreditare este de maxim 5 ani. Activitatea Comisiei este finanţată din venituri proprii (instituţia care solicită acreditarea trebuie să achite o anumită taxă) şi prin subvenţii acordate de la bugetul de stat. Ministerului Sănătăţii Publice propune componenţa, atribuţiile, modul de organizare şi funcţionare ale Comisiei Naţionale de Acreditare a Spitalelor, care apoi sunt aprobate prin hotărâre a Guvernului. Comisia Naţională de Acreditare a Spitalelor este formată din reprezentanţi ai următoarelor instituţii:

- Preşedinţie
- Guvern
- Academia Română
- Colegiul Medicilor din România
- Ordinul Asistenţilor Medicali şi Moaşelor din România

Comisia Naţională de Acreditare a Spitalelor elaborează procedurile, standardele şi metodologia de acreditare, care apoi sunt aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii publice. Actele normative care stabilesc funcţionarea şi componenţa sunt următoarele: Hotărârea nr. 1148/2008 M.O. Partea I nr. 689 din 09/10/2008, privind componenţa, atribuţiile şi modul de organizare şi funcţionare ale Comisiei Naţionale de Acreditare a Spitalelor[22]; Hotărâre nr. 1203/2009 M.O. Partea I nr. 683 din 12/10/2009, pentru modificarea şi completarea Hotărârii Guvernului nr. 1.148/2008 privind componenţa, atribuţiile şi modul de organizare şi funcţionare ale Comisiei Naţionale de Acreditare a Spitalelor[23]; Regulament *din 19/02/2008,* M.O. Partea I nr. 148 din 27/02/2008, de organizare şi funcţionare a comisiilor consultative ale Ministerului Sănătăţii Publice[24]; Regulament *din 16/03/2009,* M.O. Partea I nr. 218 din 06/04/2009, de organizare şi funcţionare al Comisiei naţionale de transparenţă[25].

Dacă un spital nu va obţine acreditarea în termen de 5 ani de la emiterea autorizaţiei de funcţionare, conform legii, acesta va trebui să fie desfiinţat. Pe de altă parte, înainte de expirarea termenului de valabilitate a acreditării (5 ani), spitalul trebuie să solicite evaluarea în vederea reacreditării. Reevaluarea unui spital se poate face şi la solicitarea Ministerului Sănătăţii Publice, a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate sau, după caz, a ministerelor şi instituţiilor cu reţea sanitară proprie. De la caz la caz, dacă în urma evaluării se constată că nu mai sunt îndeplinite standardele de acreditare, Comisia Naţională de Acreditare a Spitalelor fie acordă un termen pentru conformare, fie retrage acreditarea pentru categoria solicitată. Lista cu unităţile spitaliceşti acreditate şi categoria acreditării este de domeniu public (se publică în Monitorul Oficial al României).

2.3. Calitatea percepută

Calitatea serviciilor de sănătate, spre deosebire de cea a altor bunuri tangibile, nu poate fi „evaluată" decât după ce acestea au fost furnizate. Destinatarii serviciilor medicale participă la tranzacţia cu furnizorul şi fac parte din procesul de producţie. În acelaşi timp, pentru ei contează şi condiţiile în care are loc tranzacţia, nu numai rezultatul acesteia. Reacţia lor este subiectivă, întrucât se bazează pe aşteptări şi percepţii care pot varia de la persoană la persoană sau chiar la aceeaşi persoană în momente de timp diferite.

Destinatarii serviciilor medicale, care apreciază calitatea prin prisma propriilor aşteptări şi percepţii, sunt „clienţii". Acest termen a fost adoptat de către organizaţiile de sănătate – odată cu adoptarea strategiei de îmbunătăţire continuă a calităţii – pentru a desemna „destinatarii" sau „utilizatorii" serviciilor de sănătate. Pacienţii reprezintă clienţii externi „direcţi" ai organizaţiei de sănătate. Toţi ceilalţi interlocutori externi cu care interacţionează organizaţia sau asupra cărora activitatea desfaşurată de organizaţie are un efect (purtătorii de interes sau *stakeholders*) reprezintă clienţii „indirecţi".

Angajaţii utilizează resursele şi acţionează conform regulilor de organizare ale organizaţiei respective motiv pentru care aceştia reprezintă clienţii interni. Dacă ne gandim că, într-un spital, personalul care lucrează în laboratorul de analize sau unitatea de imagistică medicală care furnizează servicii personalului de pe secţii, realizăm ca angajaţii sunt în acelaşi timp şi furnizorii interni ai organizaţiei.[3]

În concluzie, o acţiune sistematică de evaluare a calităţii percepute necesită instrumente capabile să monitorizeze aşteptările tuturor clienţilor. Satisfacţia clienţilor reprezintă împlinirea aşteptărilor lor.

2.3.1. Satisfacţia pacienţilor

Primele analize ale satisfacţiei pacientului se limitau la evaluarea condiţiilor în care erau furnizate serviciile de sănătate (alimentaţia, curăţenia şi alte servicii de suport), singurele faţă de care se consideră că pacientul se poate exprima în cunoştinţă de cauză, indiferent de nivelul său de educaţie şi instruire. Ulterior, s-a dovedit ca această abordare era incompletă, condiţiile de acordare a asistenţei fiind doar unul dintre aspectele multiple ale calităţii asistenţei. În fond, pacientul reprezintă o resursă productivă importantă în procesul îngrijirilor, întrucât el trebuie să înţeleagă în ce constă o anumită intervenţie şi să fie de acord să fie supus acelei intervenţii. În acelaşi timp, el este o sursă de informaţii pentru personalul care îl îngrijeşte. Prin urmare, un aspect indispensabil în evaluarea satisfacţiei pacientului este explorarea intercţiunii dintre pacient şi personalul organizaţiei. În prezent, satisfacţia pacientului este o importantă măsură a performanţei organizaţionale, întrucât ea combină în mod sintetic: contextul organizaţional în care are loc procesul de îngrijiri (confort, rapiditate, disponibilitatea informaţiilor), experienţa pacientului în relaţiile interpersonale care caracterizează interfaţa cu organizaţia (relaţia cu personalul medico-sanitar şi administrativ), conţinutul profesional al serviciului primit (impactul pozitiv asupra stării de sănătate), chiar dacă pacientul nu deţine competenţa necesară care să-i permită să indice caracteristicile tehnice şi calitatea clinică ale unei intervenţii sau serviciu.

2.3.2. Satisfacţia personalului

Modul în care angajaţii se comportă la locul de muncă este determinat de percepţia lor privind mediul intern al organizaţiei. Mediul intern este reflectat de cultura organizaţiei care se bazează pe valori (de exemplu: accent pus pe responsabilizarea angajaţilor, preocuparea faţă de recţiile şi nevoile lor, etc.). Când mediul intern este orientat către satisfacţia clientului intern, satisfacţia clientului extern este mult mai uşor de asigurat. De aceea, majoritatea modelelor (programelor) moderne pentru evaluarea şi asigurarea calităţii pun mare accent pe satisfacţia personalului.

2.4. Calitatea tehnico-profesională

Din punctul de vedere al profesioniştilor, calitatea tehnică se referă, pe de-o parte, la calitatea rezultatului (măsura în care serviciul de sănătate furnizat satisface necesităţile pacientului) şi, pe de altă parte, la calitatea procesului (selectarea şi utilizarea practicilor, procedurilor şi protocoalelor clinice considerate de profesionist ca fiind acelea care răspund nevoilor pacientului). În continuare prezentăm câteva modalităţi care permit asigurarea calitaţii tehnico-profesionale.

2.4.1. Acreditarea profesională

Procesul de acreditare profesională vine în sprijinul profesioniştilor şi al organizaţiilor de sănătate pentru ameliorarea calităţii şi constă în evaluarea sistematică şi documentată a profesioniştilor, prin programe oficiale care includ competenţele, responsabilităţile, modalităţile de evaluare, indicatorii utilizaţi, rezultatele obţinute şi acţiunile corective. Programul de formare de bază a personalului medical (coordonat de Ministerul Educaţiei şi Cercetării), programul de pregătire de specialitate (coordonat de Ministerul Sănătăţii Publice) şi programul formării continue (coordonat de Colegiul medicilor, Ordinul Asistenţilor Medicali şi Moaşelor din România, etc.) sunt principalele programe de acreditare profesională din România.

În vederea creşterii calităţii actului medical, Ministerul Sănătăţii Publice şi-a propus, în Strategia sa pentru 2008-2010, următoarele obiective specifice privind programele de acreditare profesională [26]:

- îmbunătăţirea pregătirii profesionale de bază a personalului medical (teoretică şi practică) prin: procese educaţionale mai bune pentru personalul medical, criterii mai severe pentru licenţierea personalului, standarde educaţionale mai stricte pentru formarea profesională a asistenţilor medicali, standarde de educaţie specifice pentru infirmiere;
- îmbunătăţirea pregătirii de specialitate (teoretică şi practică) a medicilor prin: revizuirea curriculelor de pregătire, revizuirea specialităţilor şi atestatelor conform cu cerinţele Uniunii Europene, stabilirea unor criterii mai severe pentru evaluarea cunoştinţelor profesionale de-a lungul formării prin programele de rezidenţiat;
- îmbunătăţirea pregătirii profesionale continue a personalului medical;
- creşterea abilităţilor de comunicare ale personalului medical.

2.4.2. Ghidurile de practică

Unele dintre tehnicile care profesioniştii cred că răspund nevoilor pacienţilor sunt rezultatul multor ani de tradiţie clinică, însă nu au fost evaluate niciodată din punct de vedere ştiinţific.
Conform definiţiei Ministerului Sănătăţii Publice, ghidul de practică medicală reprezintă un set de afirmaţii despre diagnosticul şi tratamentul unei anumite afecţiuni. Aceste afirmaţii sunt rezultatul unei evaluări complete a dovezilor practicii medicale. Scopul definirii lor este de a ajuta clinicienii şi pacienţii în luarea deciziilor asupra modului cel mai adecvat de îngrijire a afecţiunii respective.

Protocolul de practică medicală reprezintă un formular, care descrie modul obişnuit de a furniza îngrijiri unui anumit tip de pacient. Astfel, el cuprinde o înşiruire în timp a unor procese (analize, medicaţie, tratamente) necesare obţinerii unui rezultat dorit de la un pacient care a fost supus unei proceduri specifice sau unui tratament. Protocoalele se stabilesc pentru principalele episoade de îngrijire ale unui tip de pacient (de exemplu: pentru imunizări la copii, naştere, tratamentul

infarctului, apendicectomie, etc). Ghidurile de practică şi protocoalele de practică trebuie folosite împreună. Ghidul furnizează informaţiile necesare pentru a construi protocolul, iar protocolul face legătura între ghiduri şi practica medicală de zi cu zi.

În România a fost elaborat un număr limitat de ghiduri de practică pentru diferite afecţiuni. În prezent există un proces sistematic de elaborare continuă a acestora.

Protocoalele clinice (de practică medicală) au fost dezvoltate local sau au fost importate din alte ţări. Ele există în unele cabinete de medicină de familie şi în unele spitale (referindu-se la specialităţi precum: obstetrică-ginecologie, chirurgie cardiacă sau boli infecţioase). Se pare că destul de puţini furnizori de îngrijiri medicale le utilizează efectiv. De cele mai multe ori, protocoalele de practică sunt utilizate orientativ şi astfel se reuşeşte rareori obţinerea unor beneficii în urma folosirii lor.[26]

2.4.3. Auditul clinic

Auditul clinic este un proces ciclic de îmbunătăţire a calităţii profesionale bazat pe revederea documentaţiei din foaia de observaţie a pacientului. În multe ţări, acesta s-a născut în mod informal în grupuri monodisciplinare, concentrându-se pe „cazul" respectiv, şi fără a implica şi aspectele organizaţionale. După mai bine de un deceniu, acest instrument s-a dezvoltat devenind multidisciplinar şi multiprofesional. Astăzi auditul clinic asigură dezvoltarea competenţelor clinice şi responsabilitatea publică faţă de actul medical.

Conform definiţiei date de NICE din Marea Britanie (*National Institute for Healthcare and Clinical Excellence*) auditul clinic este un proces de îmbunătăţire a asistenţei acordate pacienţilor şi a rezultatelor sale, bazat pe revederea sistematică a unor structuri, procese, rezultate selectate şi evaluate folosind criterii explicite şi pe implementarea schimbării.

Jones şi Cawthworn (2002) descriu următoarele tipuri de audit [27]:

- bazat pe standarde: ciclu care implică definirea standardelor, culegerea datelor pentru măsurarea practicii conform acestora şi implementarea schimbării considerate necesare
- bazat pe screeningul evenimentelor adverse şi monitorizarea incidentelor critice: echipa multidisciplinară discută un anumit caz (anonim) la care s-a produs un eveniment neaşteptat, analizând modul în care a funcţionat echipa şi identificând ce anume trebuie învăţat din cazul respectiv
- *peer review*: metodologia este similară celei utilizate pentru tipul precedent, însă cazul este selectat doar pentru că este interesant sau neobişnuit şi nu pentru că a fost problematic.

- anchete asupra pacienţilor şi *focus group*: acestea sunt metode pentru a obţine informaţii cu privire la punctul de vedere al pacientului asupra asistenţei pe care a primit-o.

2.5. Evaluarea proceselor

Analiza proceselor este un element indispensabil în cadrul managementului calităţii totale.
Procesul se referă la o secvenţă structurată de activităţi. După Earl şi Khan (1994), procesele pot fi împărţite în următoarele categorii [28]:

- procese *core*: procese primare cu un impact direct asupra factorilor critici de succes ai organizaţiei şi direct legate de clienţii externi ai acesteia
- procese de suport: procese privind infrastructura operaţională şi serviciile de utilitate generală
- procese de management: prin care sunt planificate, gestionate şi controlate resursele
- procese de *network*: procese care ţin de reţea, adică se extind dincolo de organizaţie şi sunt legate de furnizori şi clienţi, determinând poziţionarea organizaţiei în cadrul sectorului

Orice activitate din cadrul unui proces este îndeplinită prin mai multe modalităţi operaţionale, şi anume [3]:

- Practică: modalitate operaţională care se aplică de rutină şi care nu este formalizată
- Procedură: modalitate operaţională standardizată şi formalizată
- Protocol: modalitate operaţională standardizată şi obligatorie

Analiza proceselor constă din mai multe faze [3]:

Faza I: Reprezentarea grafică a procesului

Constă în sinteza şi simplificarea unui fenomen complex. Astfel, o reprezentare structurată şi schematizată ajută la o gândire sistemică.

Faza II: Identificarea zonele critice

Zonele critice sunt legate de blocaje sau disfuncţiuni în anumite puncte ale procesului. Uneori pot fi considerate zone critice şi acele parţi din proces care pot fi organizate sau gestionate prin modalităţi operaţionale alternative, care pot avea un impact diferit asupra performanţei procesului.

Faza III: Identificarea indicatorilor pentru măsurarea rezultatelor procesului (performanţă)

Ce anume vrem să evaluăm la procesul respectiv? Care sunt factorii de care depinde calitatea acestuia? Pentru fiecare factor trebuie găsiţi unul sau mai mulţi indicatori, care să ne permită o măsurare cantitativă (scala de măsurare poate fi numerică sau descriptivă).

Faza IV: Măsurarea

Ideal ar fi ca sistemul informatic din organizaţiile de sănătate să deţină toate datele pentru calcularea indicatorilor, ceea ce în practică, evident, nu este posibil. De aceea, o bună parte dintre indicatori necesită măsurarea *ad hoc*. Pentru aceasta, este important sa stabilim cine face măsurarea, la ce perioada să se refere aceasta şi cu ce frecvenţă sa fie repetată.

Faza V: Evaluarea

Evaluarea se bazează pe comparare cu un parametru de referinţă. În funcţie de acesta, putem spune cât este de bună performanţa procesului. Dacă rezultatele au fost „negative" trebuie să ne întrebăm din ce cauză. Răspunsul îl obţinem analizând modalităţile operaţionale (practică, proceduri, protocoale) utilizate şi persoanele implicate în realizarea activităţii respective. După analiza cauzelor (pentru care putem folosi diagrama în os de peşte sau Ishikawa), este necesar să proiectăm un plan de îmbunătăţire – pe care să-l implementăm şi să-l verificăm – şi un plan de monitorizare.

2.6 Evaluarea siguranţei în organizaţiile de sănătate

Siguranţa pacienţilor şi a personalului medico-sanitar în spitale constituie o importantă dimensiune a calităţii îngrijirilor de sănătate. La nivel internaţional, managementul riscului clinic este un subiect de foarte mare actualitate [29] În acest context, la nivel naţional, conform planului strategic al Ministerului Sănătăţii Publice referitor la perioada 2008-2010, standardizarea măsurilor de siguranţă a pacienţilor este una dintre principalele activităţi prin care România intenţionează să asimileze deziderateleo politicii Uniunii Europene cu privire la dreptul cetăţenilor la îngrijiri de calitate, considerat un drept fundamental.[26]

Riscul clinic reprezintă probabilitatea ca un pacient să fie victimă a unui eveniment advers, cu alte cuvinte să sufere prejudicii sau neplăceri, chiar şi involuntare, imputabile asistenţei medicale

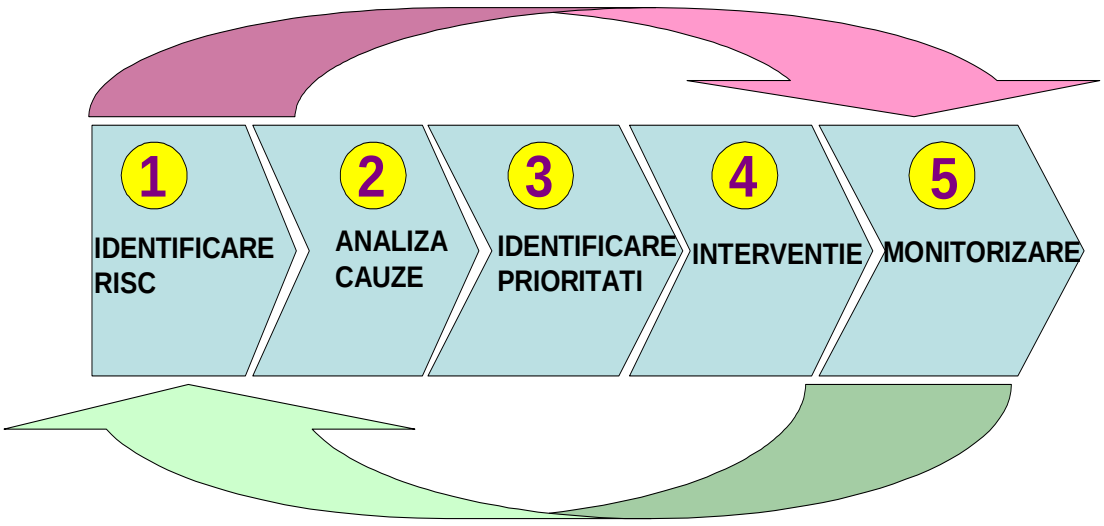
primite în cursul spitalizării care determină prelungirea duratei de spitalizare, înrăutăţirea stării de sănătate sau moartea pacientului. [30]

Impactul riscului clinic este important pentru toţi actorii din sistemul de sănătate: pentru pacient, care ar putea rămane cu incapacitate permanentă sau chiar să-şi piardă viaţa din cauza unei erori în procesul de acordare a îngrijirilor; pentru personal, căruia ar putea să-i afecteze cariera; pentru companiile de asigurări, care ar trebui să achite despăgubiri; pentru organizaţie care şi-ar putea pierde credibilitatea în faţa clienţilor săi. De aceea, în diferite ţări din lume, majoritatea spitalelor au introdus în organigrama o nouă componentă şi anume unitatea (sau nucleul) pentru managementul riscului.

Managementul riscului clinic reprezintă un ansamblu de acţiuni complexe întreprinse în scopul îmbunătăţirii calităţii asistenţei acordate şi garantării siguranţei pacienţilor în sistemul de sănătate.

Aşa cum am ilustrat in Figura nr. III.4., managementul riscului este un proces ciclic care presupune 5 faze.

Figura nr. III.4 – Etapele managementului riscului clinic



Conform Tabelului nr. III.3., instrumentele care pot fi utilizate pentru managementul riscului clinic se pot clasifica în funcţie de mai multe caracteristici. [29]

I. În funcţie de variabila timp:

- metode proactive (ex-ante), care analizează procesele înainte sau cu foarte puţin timp înainte de producerea unui eveniment;
- metode reactive (ex-post), care analizează procesele după producerea unui eveniment.

II. În funcţie de scop:

- metode de identificare a riscului clinic;
- metode de analiză a riscului clinic.

Tabelul nr. III.3. – Instrumente pentru identificarea şi analiza riscului

Metode proactive	**Metode reactive**
• Sistemul *Incident Reporting*, orientat către incidente[12] • Indiciile (*triggers*) • Revederea documentaţiei clinice (auditul Foii de Observaţie) • Utilizarea datelor administrative • Analiza reclamaţiilor • *Root Cause Analysis* (RCA)	• Sistemul *Incident reporting*, orientat către cvasi-incidente[13] • *Failure Mode and Effects Analysis* (FMEA)
Metode de identificare	**Metode de analiză**
• Sistemul *Incident Reporting*, orientat către incidente • Indiciile (*triggers*) • Revederea documentaţiei clinice (auditul Foii de Observaţie) • Utilizarea datelor administrative • Analiza reclamaţiilor	• *Failure Mode and Effects Analysis* (FMEA) • *Root Cause Analysis* (RCA)

[12] Incidentul (”incident”) este orice eveniment care a cauzat sau a fost pe punctul de a cauza prejudicii pacienţilor, aparţinătorilor, personalului; defectarea, distrugerea sau pierderea de aparate şi dispozitive, materiale etc.; litigii.

[13] Cvasi-incidentele (“near miss”) sunt situaţii în care un eveniment (sau omiterea sa) nu a atras după sine prejudicii, însă a avut un potenţial semnificativ de a se transforma în incident şi de a provoca efecte adverse.

STUDIU DE CAZ.

EXPERIMENTAREA SISTEMULUI DE RAPORTAREA A EVENIMENTELOR ADVERSE ÎN SECTORULUI SPITALICESC DIN ROMÂNIA (EXPIRO)

Un bun sistem de raportare a incidentelor prevenibile este un instrument fundamental pentru a îmbunătăţii siguranţa şi calitatea serviciilor medicale oferite pacienţilor. Scopul raportării incidentelor clinice este de a asigura că sunt luate măsuri locale când un incident are loc şi de a învăţa din fiecare greşeală pentru a îmbunătăţii îngrijirea medicală. Sistemul medical a avut ca exemple în acest domeniul industria aviaţiei, nucleară, a gazului şi a uleiului. În ultimii 10 ani, sistemul de îngrijiri medicale a început să dezvolte sistemele de management al incidentelor din sănătate. Acestea pot fi generale pentru toţi pacienţii internaţi, specifice pe anumite specialităţi, ca de exemplu pentru anestezie şi chirurgie sau ţintite pe un segment, ca de exemplu evenimentele santinelă. Unele organizaţii includ în sistemul de management al incidentelor plângerile pacienţilor, cazurile anchetate şi anchetele medico-legale.

Scop şi obiective

În România, încă nu există un sistem de raportare a evenimentelor adverse, de aceea desfăşurarea unui proiect pilot în acest segment este un real folos. Scopul desfăşurări proiectului pilot "Experimentarea sistemului Incident Reporting în sectorul spitalicesc din Romania" a fost de a punerea la dispoziţia persoanelor şi instituţiilor autorizate a unui suport metodologic şi a unor rezultate empirice în vederea reducerii riscului clinic şi a creşterii siguranţei pacienţilor şi a personalului medico-sanitar.

Obiectivele urmărite pe parcursul desfăşurări proiectului au fost:

- *crearea infrastructurii pentru introducerea sistemului Incident Reporting (IR) în secţiile participante;*
- *identificarea profilului de risc clinic în contextul specific al fiecărei secţii;*
- *determinarea şi implementarea acţiunilor prioritare pentru reducerea sau eliminarea riscului clinic;*
- *Introducerea treptată a unei noi culturi organizaţionale, favorabile învăţării din erori şi managementului integrat al riscului clinic.*

Metodologie

Proiectul s-a desfăşurat într-un spital cu personal medical înalt calificat, cu 30 de ani de experienţă, care fac să fie apreciat atât la nivel naţional cât şi internaţional. In acest spital se desfăşoară, încă de la înfiinţarea sa în 1978 activităţi integrate de asistenţă medicală, învăţământ universitar şi postuniversitar şi de cercetare ştiinţifică medicală clinică şi fundamentală. Spitalul primeşte bolnavi cu patologie diversă, cărora li se oferă servicii care acoperă peste 20 de

specialităţi clinice şi paraclinice, din Bucureşti în proporţie de aproximativ 60%, cât şi din ţară aproximativ 40%, atât din mediul urban cât şi rural.

Pe lângă acest spital au fost implicaţi în derularea proiectului: Catedra de Sănătate Publică şi Management, Universitatea "Carol Davila" Bucureşti, România; Catedra de Statistică medicală şi Biometrie, Departamentul de Medicină, Chirurgie şi Stomatologie, Universitatea din Milano, Italia care au pus la dispoziţie instrumentul de studiu reprezentat de fişa de semnalare a evenimentelor adverse (FSSE), precum şi metodologie de a o utiliza, aceasta fişă de culegere a datelor fiind folosită în spitalele din Italia. Pentru buna desfăşurare a proiectului s-a format o echipă din 19 persoane: 1 coordonator general din Milano, 1 coordonator local din Bucureşti, 4 experţi-consultanţi din Genova respectiv Milano, 1 referent al spitalului din Bucureşti, 16 referenţi adică câte 2 referenţi pe fiecare secţie participantă la proiect din spital şi 2 medici rezidenţi. În cadrul proiectului au participat în faza iniţială 6 secţii: chirurgie, obstetrică-ginecologie, ortopedie, radiologie, terapie intensivă, cardiologie. Pe fiecare secţie au fost desemnaţi doi reprezentanţi (referenţi) din cadrul personalului medical: un medic şi o asistentă. Motivul pentru care au fost numiţi doi referenţi din medii diferite de pregătire, a fost de a creea o mai bună comunicare cu personalul secţie pentru o aderarea mai bună la semnalarea evenimentelor adverse, colectarea fişelor şi informarea personalului asupra derulări acestui proiect şi a modului de completare a informaţiilor despre incidentele observate. Colectarea datelor s-a făcut pe o perioadă de 14 luni, demersurile pentru derularea sa au început din luna aprilie 2007 şi proiectul s-a încheiat în iunie 2009. După ce a fost luat acordul pentru derularea acestui proiect în respectivul spital, a urmat o perioadă în care personalului i s-a prezentat modul de completarea al fişei de semnalare spontană a evenimentelor şi au fost numiţi pentru fiecare secţie câte un referent al proiectului, responsabil cu colectarea fişelor de pe secţia respectivă şi prezentarea modului de completarea a fişei pe secţie. Colectarea datelor în prima fază s-a făcut în perioada 1 octombrie 2007 - 31 martie 2008, iar numărul total de evenimente semnalate a fost 19; în faza a doua cele 39 de evenimentele adverse (EA) au fost raportate în perioada 1 iunie 2008 - 30 noiembrie 2008 în cele 5 secţii participante la această fază a proiectului. Secţia de Obstetrică- Ginecologie, iniţial selecţionată pentru a participa la proiect, nu a semnalat nici un eveniment advers în Faza I, de aceea ulterior această secţie a fost exclusă.

Fişa de semnalare a evenimetelor cuprinde două părţi: o parte este completată de personalul medical care semnalează incidentul şi a doua parte este completată de referentul de pe secţia respectivă. Prima parte a acestui chestionar oferă informaţii despre: secţia unde a avut loc evenimentul, profesia persoanei care l-a semnalat (de precizat că fişa este anonimă), date de identificare a pacientului implicat în acest incident şi anume: vârsta şi numărul foi de observaţie, dacă este vorba sau nu de o intervenţie chirurgicală la care trebuie să fie supus, precum şi regimul de spitalizare. În ceea ce priveşte datele despre eveniment există rubrici în care se cer informaţii

despre: locul, data şi ora când a avut loc, modul de producere, factori care ar fi putut contribui la apariţia sa, factori care ar fi putut să reducă consecinţele, investigaţii şi prestaţii sanitare efectuate pacientului ca urmare a producerii evenimentului, descrierea modului în care s-ar fi putut preveni, notificarea evenimetului în fişa de observaţie şi înştiinţarea pacientului de către cadrul medical că a fost implicat într-un eveniment advers. În cea de-a doua parte a fişei de culegere a datelor, referentul numit pe secţia respectivă este însărcinat ca pe baza datelor completate în prima parte sa stabilească: gravitatea, consecinţele pe care evenimentul le-a avut asupra pacientului, care este riscul de repetare a unui astfel de eveniment în viitor (probabilitate: frecvent/rar şi gravitate consecinţelor: minore/majore), care sunt iniţiativele de tip corectiv întreprinse în urma acestei sesizari, dacă incidentul a dus la creşterea costurilor sau au apărut probleme de tip organizaţional, dacă din acest eveniment advers se poate învăţa ceva şi dacă au fost implicate în acest eveniment alte servicii/secţii din spital.

Datele au fost interpretate cu programul Epi-info, iar după extragerea informaţiilor pentru analiza evenimentelor fişa de semnalare a fost depersonalizată (în cazul nostru modul de personalizare a fişei a fost numărul foi de observaţie al pacientului implicat).

Scopul monitorizării incidentelor adverse, nu este de a aduna date epidemiologice în sine, ci mai degrabă de a aduna date calitative. Cu toate acestea, în cazul în care un model de erori pare să apară, studii prospective poate fi întreprinse pentru a testa ipotezele epidemiologice. În cazul proiectului desfăşurat în spitalul din Bucureşti metoda aplicată este una calitativă, incompatibilă cu interpretări de ordin cantitativ sau epidemiologice.

Rezultatele

Pe parcursul derulării celor două faze ale proiectului pilot au fost completăte 59 de fişe de semnalare a evenimentelor adverse, dar doar 58 au fost validate şi prelucrate cu aplicaţia informatică.

După derularea primei faze s-au prezentat rezulatele obţinute pe baza datelor colectate, respectiv a celor 19 foi de semnalare, personalul medical fiind încurajat încă odată să prezinte aceste evenimente adverse, accentuandu-se din nou că scopul principal este acela de a îmbunătăţii calitatea actului medical şi a pacientului şi nicidecum de sancţionare a personalului. În urma acestei prezentări, deoarece secţia de obstetrică – ginecologie nu a semnalat nici un eveniment, s-a hotărât excluderea sa din proiect. Pentru o mai bună înţelegere a obiectivelor acestui proiect a fost realizat pe fiecare secţie câte un curs cu personalul medical mediu, în care au fost prezentate modul de completare al chestionarului, s-a accentuat că acest chestionar este anonim şi au fost precizate scopul şi avantajele sistemului Incident Reporting pentru îmbunătăţirea actului medical.

După cum se poate observa din tabelul nr.1, în faza a doua a proiectului numărul evenimentelor semnalate aproape s-a dublat, unul din motive fiind şi măsurilor corective luate după derularea primei faze care au dus la creşterea aderenţei personalului medical la proiect.

În urma prezentări datelor de la sfârşitul primei faze a proiectului şi a măsurilor corective luate, se poate observa, conform tabelului nr.2, că personalul medical superior, atât medici titulari cât şi rezidenţi, a fost mai receptiv la declararea acestor incidente, numărul lor crescând de la 11 (61,2%) la 36 (92,3%) în cea de-a doua fază. În prima etapă a existat o foaie de prezentare în care persoana ce a adus la cunoştiinţă incidentul nu a menţionat în chestionar ce nivel profesional.

***Tabel nr.1** – Numărul evenimentelor advese semnalate pe parcursul derulări proiectului*

Secţie	***Semnalare evenimente adverse***					
	Faza I		***Faza a-II-a***		***Total***	
	Număr	*Procent(%)*	*Număr*	*Procent(%)*	***Număr***	***Procent(%)***
Radiologie	*7*	*37%*	*10*	*25,5%*	***17***	***29%***
ATI	*5*	*26%*	*10*	*25,5%*	***15***	***26%***
Ortopedie	*2*	*10,5%*	*9*	*23%*	***11***	***19%***
Chirurgie	*3*	*16%*	*5*	*13%*	***8***	***14%***
Cardiologie	*2*	*10,5%*	*5*	*13%*	***7***	***12%***
Obstetrică ginecologie	*0*	*0%*	*-*	*-*	***-***	***-***
Total	***19***	***100%***	***39***	***100%***	***58***	***100%***

***Tabel nr.2** – Distribuţia după profesie a celor care au semnalat evenimentele*

Profesie	***Faza I***		***Faza a-II-a***		***Total***	
	Număr	*Procent(%)*	*Număr*	*Procent(%)*	***Număr***	***Procent(%)***
Medic	*10*	*55,6%*	*31*	*79,5%*	***41***	***72%***
Ăsistent medical	*7*	*38,9%*	*3*	*7,7%*	***10***	***18%***
Rezident specialitate	*1*	*5,6%*	*5*	*12,8%*	***6***	***10%***
Total	****18***	***100,0%***	***39***	***100,0%***	***57***	***100,0%***

**în faza I am avut un non-răspuns*

În ce priveşte locul unde au fost observate aceste evenimente, cele mai multe s-au produs în saloane 26 (45%), în cabinetul medical 18 (31%) şi în sala de operaţie 5 (8%). Cele produse în

sala de operaţie s-au datorat nefuncţionării corespunzătoare a aparaturii medicale, motiv pentru care un cadru medical era să fie electrocutat, lipsa materialelor necesare efectuării operaţiei care a dus în unele cazuri la reprogramarea operaţiei sau la schimbarea tehnici de operaţie în detrimentul pacientului. Puţine evenimente au avut loc în unitatea de primiri urgenţe şi pe coridorul secţiilor medicale, respectiv câte un caz (2%) pentru fiecare; precizăm că în 9 dintre evenimentele semnalate nu a fost specificat locul. Radiologia a fost cea care a semnalat cele mai multe evenimente, care au avut ca locaţie cabinetul, principalul motiv fiind modul de funcţionare al acestei secţii, acela de a realiza investigaţiile necesare pentru diagnosticarea corectă a pacienţilor de pe celelalte secţii ale spitalului.

***Tabel nr.3** – Distribuţia evenimentelor adverse în funcţie de modalitatea de producere*

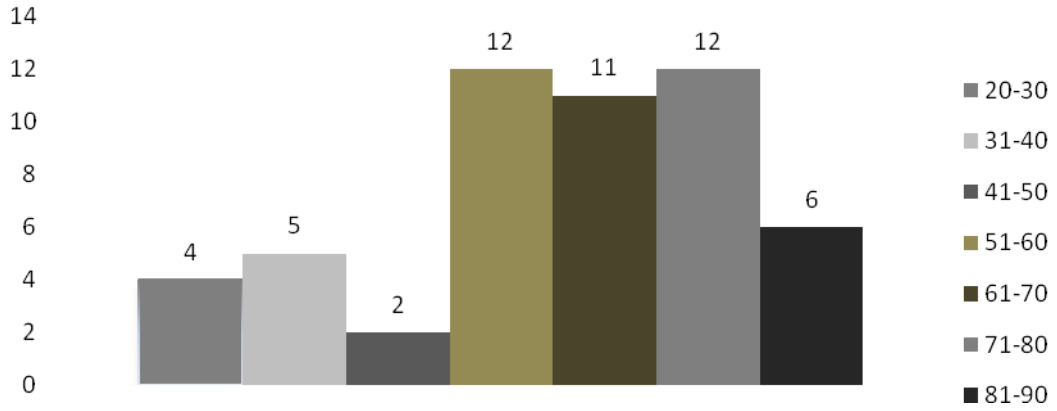
Tip eveniment	***Nr. total***	***Întârziere***	***Neefectuare***	***Efectuare necorespun-zătoare***	***Pregătire necorespun-zătoare***
Procedură diagnostică	***19(27%)***	*7*	*8*	*0*	*4*
Căderi	***8(11%)***	*na*	*na*	*na*	*na*
Proasta funcţionare /poziţionare de dispozitiv sau aparat	***7(10%)***	*na*	*na*	*na*	*na*
Procedură chirurgicală	***6(8%)***	*2*	*3*	*1*	
Prescrierea/administrarea unui medicament	***5(7%)***	*1*	*0*	*4*	*0*
Procedură terapeutică	***4(6%)***	*2*		*2*	*0*
Acordarea unei îngrijiri	***4(6%)***	*2*		*2*	
Confundare pacient	***4(6%)***	*na*	*na*	*na*	*na*
Altul	***13(19%)***	*na**	*na*	*na*	*na*
Total	***66(100%)***	***14***	***6***	***9***	***4***

**na= nu se aplică la cazul respectiv*

În cele mai multe incidente, după cum se poate observa din tabelul nr.3, a fost implicată procedura diagnostică 19(27%) care în 7 cazuri a dus la întârzierea stabilirii unui diagnostic, în 4 cazuri pacientul nu a fost pregătit corespunzător pentru a beneficia de investigaţia diagnostică recomandată de medicul curant şi în 8 cazuri procedura nu a fost efectuată în momentul când pacientul s-a prezentat la investigaţie. Evenimentele adverse produse în urma unei proceduri chirurgicale au fost 6 (8%) din totalul evenimentelor semnalate, însă după cum se poate observa factori implicaţi în producere sunt întârziere, neefectuarea intervenţiei respective datorită lipsei

materialelor de osteosinteză sau nefuncţionării aparaturii sau efectuarea necorespunzătoare prin schimbarea tehnicii operatorii datorită defectării instrumentarului. Aceste motive sunt strâns legate de celelalt factor ce a favorizat producerea incidentului clinic, respectiv proasta funcţionare/ poziţionare de dispozitiv sau aparat care s-a produs în 7 (10%) dintre semnalări. Sunt incriminaţi frecvent drept factori căderea pacientului 8 (11%) şi alţi factori 13 (19%), care în general ţin de pacient de cele mai multe ori fiind vorba de agitaţie şi nerespectarea recomandărilor medicale. Mai mult de jumătate din pacienţii implicaţi în aceste evenimente sunt cu vârstele între 50-80 de ani după cum arată graficul nr.1, pacienţi care sunt taraţi şi cu care se comunică destul de greu. Precizăm că doar în 52 de fişe s-a specificat vârsta pacientului.

***Grafic nr.1** – Distribuţia pacienţilor în funcţie de grupa de vârstă*



Ceea ce atrage atenţia sunt evenimentele produse în urma confuziei pacienţilor 4 (6%) şi a prescripţie/administrării unui medicament 5 (7%). Este vorba de un caz unde medicaţia nu a fost corect administrată şi în alte 4 cazuri tratamentul a fost efectuat cu întârziere. Aceşti factori trebuie trataţi cu mai multă atenţie pe viitor, pentru a fi evitate şi a nu produce incidente cu repercursiuni grave, atât asupra cadrului medical cât şi asupra pacientului.

Dintre cei 156 de factori care au contribuit la producerea evenimentului:

- *72 (46%) au incriminaţi factorii care ţin de sistem şi anume: modul de funcţionare, dotare cu aparatură, materiale medicale şi personal medical insuficient;*
- *60 (39%) consideră că dificultatea urmăriri instrucţiunilor, oboseala personalului care este într-un număr insuficient, nerespectarea regulilor şi lucru în echipă deficitar au un rol important în apariţia acestor incidente.*
- *24 (15%) dintre factori au avut legătură cu lipsa de cooperare la tratament, deficitul de orientare şi starea de inconştienţă a pacientului în producerea evenimentului.*

Precizăm că mai mulţi factori pot contribui la apariţia unui eveniment advers; nefiind incriminat doar un singur factor, ei se influenţează reciproc, însă după cum se observă organizarea sistemului are

un rol important în influenţarea celorlalţi factori care ţin de personal şi de pacient. 28 (48%) dintre evenimentele adverse au fost notificate în foaia de observaţie şi în 37 (64%) din cazuri pacientului i s-a comunicat evenimentul advers care a avut loc.

***Tabel nr. 4** – Distribuţia evenimentelor adverse în funcţie de gravitate*

Definiţie nivel gravitate	***Nivel***	***Număr***	***Procent%***
Situaţia periculoasă/prejudiciul potenţial au fost identificate, dar evenimentul nu există (ex. podea alunecoasă unde nu au avut loc căderi)	***Nivel 1***	*8*	*14%*
Situaţia periculoasă/prejudiciul potenţial au fost observate la timp, astfel încât evenimentul nu s-a produs (ex. pregătirea unui medicament greşit, dar care nu a fost administrat)	***Nivel 2***	*3*	*5%*
***NICI O CONSECINŢĂ** – evenimentul a avut loc, dar fără prejudiciu*	***Nivel 3***	*22*	*38%*
***CONSECINŢE MINORE –** evenimentul s-a produs şi a necesitat monitorizare suplimentară, dar fără măsuri terapeutice*	***Nivel 4***	*14*	*24%*
***CONSECINŢE MODERATE –** evenimentul s-a produs şi a necesitat monitorizare clinică şi paraclinică sau tratamente minore*	***Nivel 5***	*6*	*10%*
***CONSECINŢE ÎNTRE MODERATE ŞI SEMNIFICATIVE** – evenimentul s-a produs şi a necesitat precedentele, la care se adaugă următoarele: alte investigaţii paraclinice*	***Nivel 6***	*5*	*9%*
***CONSECINŢE SEMNIFICATIVE –** evenimentul s-a produs şi a necesitat spitalizarea/prelungirea spitalizării/condiţii care se menţin la externare*	***Nivel 7***	*0*	*0%*
***CONSECINŢE SEVERE** – incapacitate permanentă sau contribuţie la deces*	***Nivel 8***	*0*	*0%*
Total		***58***	***100%***

Majoritate evenimetelor produse au avut consecinţe minore – nivel 4 într-un număr de 14 (24%) şi 22 (38%) nu au cauzat nici un prejudiciu pacientului – nivel 3. Pe baza datelor furnizate de tabelul nr.4 consecinţe între moderat şi semnificative au fost detectate de către referentul secţiei în 5 (9%) cazuri, fiind necesar să fie implicate şi alte servicii în soluţionarea acestui incident. În ceea ce priveşte evenimentele potenţiale ce au fost sesizate înainte ca incidentul să aibă loc, respectiv identificarea nivelelor 1 şi 2, s-au produs în 11 (19%) cazuri. În 31 (53%) din cazuri referenţi au considerat că incidentul a dus la creşterea costurilor prin prelungirea duratei de spitalizare, efectuarea unor investigaţii şi consulturi de specialitate care până în momentul produceri incidentului nu erau considerate necesare, administrare de medicaţie suplimentară. 14 (24,1%) incidente au implicat alte servicii medicale, precum şi serviciul tehnic al spitalului.

În urma produceri acestor evenimente adverse s-au propus, în unele cazuri (43 din 58), măsuri pentru a fi evitat pe cât posibil repetarea lor. Cei mai mulţi consideră că îmbunătăţirea instruirii personalului, revizuirea protocoalelor în cazul unor manevre sau proceduri, unele chiar reglementate din punct de vedere legislativ, îmbunătăţirea comunicării cu pacientul şi a dotării cu materiale, sunt după cum se arată în tabelul nr.5, cele mai importante pentru reducerea acestor evenimente adverse.

***Tabel nr.5** – Măsuri propuse în vederea reducerii numărului de evenimente adverse*

Măsuri propuse	***Număr***
Revizuire/respectare de protocol/procedură (transfuzii, opiacee, consimţământ informat)	
Îmbunătăţirea instruirii personalului	*11*
Îmbunătăţirea dotarii cu materiale şi aparate	*7*
Îmbunătăţirea comunicării cu pacientul	*8*
Îmbunătăţirea dotării cu personal	*4*
Supravegherea rezidenţilor în cursul executării manevrelor cu risc	*1*
Supravegherea mai atentă a pacienţilor	*2*
Ierarhizarea priorităţilor	*1*
Îmbunătăţirea comunicării între servicii	***1***
Total	***43***

Majoritatea participanţilor la acest proiect din rândul personalului medical (54 – 93%) au considerat util acest sistem de raportare a evenimentelor adverse, deoarece se pot trage anumite învăţăminte pentru crearea unui sistem medical performant.

Concluzii:

- *în urma aplicării măsurilor corective aderenţa la proiect a crescut faţă de faza I;*
- *concluzii globale pentru fiecare secţie nu se pot formula, deoarece Terapia Intensivă şi Radiologia deservesc tot spitalul, iar celelalte secţii: Cardiologie, Chirurgie, Ortopedie reprezintă numai 1/5 din numărul total de paturi ale spitalului;*
- *cele mai multe evenimente sunt semnalate de către medici; de aceea asistenţii medicali ar trebui să fie încurajaţi mai mult pentru a le semnala;*
- *se pare că principalele evenimente semnalate au fost cauzate în ordine descrescătoare: de sistem, de personalul medical şi de pacient;*
- *principalele evenimente adverse sunt legate de: realizarea investigaţiilor diagnostice (pregătirea necorespunzătoare a pacientului sau realizarea necorespunzătoare a investigaţiei, întârziere în realizarea procedurii chirurgicale), identificarea greşită a pacientului, aparatura defectă, căderea pacientului;*
- *un astfel de sistem a raportării evenimentelor adverse are rolul de a creşte calitatea actului medical pe baza învăţămintelor şi a măsurilor care se pot lua în urma producerii oricărui eveniment, de aceea se recomandă încurajarea acestor raportări.*

2.7. Evaluarea îngrijirilor acordate de personalul sanitar mediu

Tendinţele epidemiologice din ultimul timp (spre exemplu îmbătrânirea populaţiei şi creşterea prevalenţei bolilor cronice), progresul ştiinţei, noile tehnologii şi terapii (spre exemplu chirurgia de o zi) au un impact important asupra nevoilor de îngrijiri ale pacienţilor şi asupra activităţii personalului medico-sanitar. În consecinţă, activitatea personalului sanitar mediu trebuie să fie evaluată în mod frecvent, astfel încât efectivele de personal să corespundă acestor schimbări.

În această optică, la nivel internaţional, numeroase ţări utilizează în mod curent în sectorul spitalicesc diferite instrumente de evaluare cantitativă a îngrijirilor (Secţiunea 5), ca suport de decizie pentru dotarea cu personal. [31, 32, 33, 34] Cu toate acestea, în România, efectivele de personal auxiliar şi mediu sunt stabilite prin norme emise de Ministerul Sănătăţii Publice, bazate pe criterii istorice – în funcţie de numărul paturilor şi de tipul de secţii.[33, 34, 35, 36]

Pentru a vedea dacă şi în ce condiţii pot fi utilizate şi în România astfel de instrumente de evaluare cantitativă a îngrijirilor acordate de personalul auxiliar şi mediu, în perioada 2004-2005 a fost derulat un Proiect-pilot romano-elveţian care a permis experimentarea, pentru prima dată la noi în ţară, a instrumentului SIIPS (Soins Individualisés à la Personne Soignée), utilizat în special în Franţa. [33] Realizat iniţial în 5 secţii din două spitale, studiul a fost ulterior utilizat şi în alte spitale, însă instrumentul nu a fost adoptat la scară largă.

Resursa umană este o resursă cheie în asigurarea calităţii. În mod evident, pentru a putea răspunde nevoilor pacienţilor, nu doar pregătirea profesională şi motivaţia personalului sunt importante, ci şi numărul său. De aceea evaluarea cantitativă a îngrijirilor acordate de personalul sanitar mediu reprezintă un instrument managerial complementar în asigurarea calităţii.

2.8. Concluzii

În această secţiune am exemplificat cum se poate evalua performanţa sistemelor de sănătate şi am văzut că există diferenţe importante între performanţa ţărilor din Estul şi a celor din Vestul Europei. În ultimii ani, toate ţările au facut progrese importante în acest sens, în special ţările din Est. Totuşi diferenţa faţă de Vest se menţine, aşa că indicatorii performanţei pot fi îmbunătăţiţi în continuare. Este important de reţinut că acest tip de comparaţii depinde foarte mult de acurateţea datelor raportate de diferitele ţări. În cazul în care calitatea datelor este îndoielnică, pot apărea distorsiuni importante privind rezultatele. (de exemplu, în cazul mortalităţii prin efecte adverse la

agenţii terapeutici, suspectăm o posibilă subraportare în cazul unor ţări din Est). Am trecut apoi în revistă două dintre cele mai importante modalităţi de garantare a unor standarde de calitate în spitale – acordarea autorizaţiei de funcţionare şi acreditarea instituţională – şi modul în care sunt reglementate în România. Acreditarea instituţională şi acreditarea profesională sunt activităţi separate.

Am argumentat diferenţa care există între calitatea actului medical din punct de vedere al pacientului (calitate percepută) şi al profesionistului (calitate tehnico-profesională). Dacă chestionarele asupra satisfacţiei pacienţilor ne oferă cu precădere informaţii despre calitatea percepută, auditul clinic şi ghidurile de practică oferă informaţii cu privire la calitatea tehnico-profesională. A asigura satisfacţia clienţilor, înseamnă a răspunde aşteptărilor acestora.

În continuare, am arătat că nu se poate vorbi de management al calităţii totale fără evaluarea proceselor care stau la baza activităţii clinice, de suport şi de gestiune. De asemenea, am adus în discuţie problematica privind asigurarea siguranţei în sistemele de sănătate, care este un aspect fundamental în asigurarea calităţii. În fine, am subliniat că, pentru a garanta o asistenţă conformă cu nevoile în continuă evoluţie ale pacienţilor, organizaţia trebuie să adopte instrumente adecvate de normare cantitativă a personalului sanitar mediu.

STUDIU DE CAZ: CHESTIONAR DE SATISFACŢIE A ANGAJAŢILOR

O dimensiune importantă, care din păcate de cele mai multe ori se omite în evaluarea calităţii, este satisfacţia personalului. Creşterea motivaţiei personalului de îngrijire, îmbunătăţirea condiţiilor de muncă ale acestuia şi îmbunătăţirea dezvoltării profesionale, sunt esenţiale pentru asigurarea unor îngrijiri de sănătate eficace, eficiente şi de calitate. În mod obişnuit facem presupunerea că angajaţii mai satisfăcuţi de munca lor sunt mai motivaţi, deci mai performanţi. Dar muncitorii satisfăcuţi nu sunt în general cu mult mai performanţi, atâta timp cât o performanţă nu duce la recompense satisfăcătoare. Pe de altă parte, satisfacţia în muncă este importantă, deoarece contribuie la sănătatea mentală şi reduce fluctuaţia de personal foarte costisitoare. Aşadar, datorită multiplelor dimensiuni pe care le cuprinde, satisfacţia la locul de muncă este foarte dificil de măsurat şi evaluat. Acest chestionar este anonim. Vă rugăm răspundeţi la fiecare întrebare, încercuind varianta care reprezintă cel mai bine opinia dumneavoastră.

Răspunsurile dumneavoastră ne vor ajuta la rezolvarea eventualelor probleme semnalate. Vă mulţumim pentru timpul acordat completării acestui chestionar şi pentru exprimarea opiniei dumneavoastră.

Secţiunea I

1. *În timpul lucrului, în ce măsura simţiţi că este necesar să **interacţionaţi** cu alţi oameni (pacienţi sau alte persoane care au legatură cu spiritul dumneavoastră)?*

1	***2***	***3***	***4***	***5***
Foarte puţin; lucrul cu alţii nu este necesar în meseria asta		*Moderat*		*Foarte mult munca mea constă în interacţiunea cualţi oameni.*

2. *Câtă **autonomie** vă oferă ocupaţia dumneavoastră? În ce masură vă permite ocupaţia dumneavoastră să decideţi singur cum să actionaţi?*

1	***2***	***3***	***4***	***5***
Foarte puţin: ocupaţia nu-mi permite să decid când şi cum să acţionez		*Autonomie moderată: multe lucruri sunt standard şi nu sub controlul meu, dar pot lua câteva decizii despre cum să acţionez.*		*Foarte mult: ocupaţia îmi oferă responsabilitatea aproape completă pentru a decide cum şi când să acţionez.*

*3. În general, cât de **importantă** este ocupaţia dumneavoastră? Rezultatele muncii dumneavoastră afectează semnificativ viaţa ori bunăstarea altor persoane?*

1	***2***	***3***	***4***	***5***
Nu foarte importantă rezultatul muncii mele nu are importante efecte asupra vieţii altor oameni.		*Importanţă moderată*		*Foarte importantă; rezultatul muncii mele poate afecta semnificativ alţi oameni.*

*4. Şefii şi colegii **vă spun** cât de bine vă descurcaţi în ocupaţia dumneavoastră?*

1	***2***	***3***	***4***	***5***
Foarte puţin: oamenii aproape niciodată nu-mi spun cât de bine îmi fac meseria.		*Potrivit; câteodată oamenii îmi dau informaţii alteori nu*		*Foarte mult: şefii şi colegii îmi dau informaţii în mod constant despre cum îmi fac meseria.*

Secţiunea II

*Cât de adevarate sunt următoarele propoziţii care descriu **ocupaţia** dumneavoastră? Vă rugăm să acordaţi la întrebările nr. 5-14, notând în partea stângă, scoruri între 1 şi 5 după cum urmează:*

1	***2***	***3***	***4***	***5***
Neadevarată		*Nesigur*		*Foarte adevarată*

___ *5. Ocupaţia mea necesită folosirea unor cunostinţe complexe şi de nivel înalt*
___ *6. Ocupaţia mea necesită mult lucru în echipă.*
___ *7. Primesc reacţii sincere, pozitive sau negative, cel putin la fiecare 30 de zile*
___ *8. Ocupaţia mea este simplă si repetitivă.*
___ *9. Ocupaţia mea este una în care multe persoane pot fi afectate de cât de bine îmi fac meseria.*
___ *10. Ocupaţia mea îmi oferă posibilitatea de a finaliza complet munca pe care am început-o*
___ *11. În ocupaţia mea am foarte puţine indicii despre performanţa proprie.*
___ *12. Ocupaţia mea nu este foarte importantă în raport cu celelalte.*
___ *13. Înţeleg şi pot explica rolul clinicii*
___ *14. Înţeleg şi pot explica în câteva cuvinte ceea ce vrem să realizăm în clinică în următoarele 6 luni.*

Secţiunea III

*Precizaţi **ce credeţi** despre ocupaţia dumneavoastră. Vă rugăm să acordaţi la întrebările nr. 15-21, notând în partea stângă, scoruri între 1 şi 5 după cum urmează:*

1	**2**	**3**	**4**	**5**
Dezacord total	*Dezacord*	*Neutru*	*Acord*	*Acord total*

___ *15. În general, sunt foarte mulţumit de această ocupaţie.*
___ *16. Am cunostinţele de bază necesare pentru a avea succes în ocupaţia mea.*
___ *17. Mă gândesc frecvent să renunţ la această ocupaţie.*
___ *18. Stiu ce comportament trebuie să am pentru a avea succes în ocupaţia mea.*
___ *19. Am disponibile perioade de pregătire pentru a-mi reînoi în mod constant cunoştinţele.*
___ *20. Sentimentele mele nu sunt afectate în nici un fel de modul în care îmi indeplinesc sarcina.*
___ *21. Când clinica are succes simt ca şi eu am succes.*

Secţiunea IV

*Cât de **mulţumit** sunteţi de aceste aspecte ale ocupaţiei dumneavoastră? Vă rugăm să acordaţi la întrebările nr. 22-31, notând în partea stânga, scoruri între 1 şi 5 după cum urmează:*

1	**2**	**3**	**4**	**5**
Foarte nemulţumit	*Nemulţumit*	*Neutru*	*Mulţumit*	*Foarte mulţumit*

___ *22. Dezvoltarea şi creşterea profesională pe care o am când îmi îndeplinesc meseria.*
___ *23. Persoanele cu care vorbiţi şi munciţi în ocupaţia dumneavoastră.*
___ *24. Gradul de respect pe care-l primiţi de la şeful dumneavoastră.*
___ *25. Sentimentul de îndeplinire pe care-l dobândiţi îndeplinindu-vă sarcinile.*
___ *26. Şansa de a cunoaşte alte persoane în ocupaţia dumneavoastră*
___ *27. Gradul de suport si îndrumare pe care îl primiti de la superiorul dumneavoastră*
___ *28. Nivelul salarizării pentru ceea ce faceţi în clinica dumneavoastră.*
___ *29. Siguranţa viitorului dumneavoastra în această clinică.*
___ *30. Şansa de a ajuta alte persoane în timpul îndeplinirii profesiei.*
___ *31. Modul în care sunteţi supervizat în meseria dumneavoastră*

Secţiunea V

*Vă rugăm să indicaţi **gradul** pâna la care aţi dori să aveţi fiecare caracteristică prezentă în ocupaţia dumneavoastră. Vă rugăm să acordaţi la întrebările nr. 32-42, notând în partea stângă, scoruri între 1 şi 5 după cum urmează:*

1	**2**	**3**	**4**	**5**
Nu vreau să-l am		*Vreau să-l am numai în calitate moderată (sau chiar mai puţin)*		*Vreau să-l am extrem de mult*

___ *32. Respect din partea superiorilor.*
___ *33. Sarcini care îmi trezesc interesul şi mă stimulează profesional*
___ *34. Şansa de a acţiona şi gândi independent în ocupaţia mea*
___ *35. Siguranţa ocupaţiei*
___ *36. Colegi foarte prietenoşi*
___ *37. Oportunitatea de a învăţa lucruri noi la servici*
___ *38. Salarii mari şi prime.*
___ *39. Oportunitatea de a fi creativ în ocupaţia mea.*
___ *40. Promovare rapidă.*

41. Oportunităţi pentru creşterea şi dezvoltarea profesională în ocupaţia mea
42. Ocupaţia îmi oferă împlinire.

Secţiunea VI

*Vă rugăm să apreciaţi următoarele aspecte ale muncii pe care o prestaţi atât din punct de vedere al **importanţei** şi separat pentru **gradul de mulţumire** pe care-l percepeţi.*

*Pentru **importanţă***
A. Extrem de important pentru mine
B. Foarte important pentru mine
C. Are ceva important pentru mine
D. Mai puţin important pentru mine
E. Neimportant pentru mine

*Pentru **gradul de mulţumire***
A. Sunt foarte mulţumit de condiţii/factori
B. Sunt mulţumit de condiţii/factori
C. Sunt nesigur de condiţii/factori
D. Sunt nemulţumit de condiţii/factori
E. Sunt nemulţumit de condiţii/factori

De exemplu:

Importanţă		***Gradul de mulţumire***
53. A	*Aprecierea din partea colegiilor este prezentă*	***79.B***

Importanţă		***Gradul de mulţumire***
44	*Salariul este adecvat*	*70.*
45.	*Programul de asigurări de sănătate este adecvat*	*71.*
46	*Beneficiile de pensionare sunt adecvate*	*72.*
47	*Beneficiile pentru concediu sunt adecvate*	*73.*
48.	*Oportunităţile pentru educaţie continuă sunt adecvate*	*74.*
49.	*Politica privind zilele libere compensatorii este adecvată*	*75.*
50.	*Politica privind orele suplimentare este adecvată*	*76.*
51.	*Politica pentru creşterea salariilor este mulţumitoare*	*77*
52.	*Politica pentru promovare este mulţumitoare*	*78.*
53.	*Aprecierea din partea colegilor este prezentă*	*79.*
54.	*Secretariatul este adecvat*	*80.*
55.	*Spaţiul administrativ este adecvat*	*81.*
56.	*Libertatea de a-ţi exprima părerile fără teama de repercursiuni este prezentă*	*82.*
57.	*Responsabilitatea pentru ceea ce fac este prezentă*	*83.*
58.	*Libertatea de a-ţi completa ocupaţia cu succes este prezentă*	*84.*
59.	*Recunoaştere/primirea de laude pentru munca prestată este prezentă*	*85.*
60.	*Varietatea în munca există*	*86.*
61.	*Securitatea slujbei există*	*87*
62	*Comunicarea dintre şef şi angajaţi este adecvată*	*88.*
63.	*Colegii sunt cooperanţi*	*89.*
64.	*Comunicarea dintre şef şi angajaţi este adecvată*	*90.*
65.	*Competenţa colegilor este adecvată*	*91.*
66.	*Metoda prin care sunt distribuiţi pacienţii este adecvată*	*92.*
67.	*Conflictele dintre angajaţi sunt rezolvate asa cum trebuie*	*93.*
68.	*Curăţenia şi aspectul clinicii sunt adecvate*	*94.*
69.	*Saloanele pentru îngrijirea pacienţilor sunt aşa cum trebuie*	*95.*

Secţiunea VII

96. Ştiu cine îmi este şef ierarhic.

1	*2*	*3*
Nu	*Nu sunt sigur(ă)*	*Da*

97. Cum clasificaţi dumneavoastră climatul organizaţional la locul de muncă?

a. ***Inchis****- grad mare de apatie cu interacţiuni sociale de neîncredere, neplăcute şi o atitudine de descurajare a iniţiativelor.*
b. ***Paternal****- Conducerea opreşte ivirea actelor de iniţiativă din partea grupului si încearcă să iniţieze totul singuri.*
c. ***Familiar-*** *foarte personal, cu prea putin control.*
d. ***Controlat****- impersonal în mare parte orientat pe sarcini.*
e. ***Deschis-*** *organizaţie dinamică ce lucrează pentru atingerea obiectivelor prin interacţiuni sociale satisfăcătoare.*

98. Dacă vreţi să ştiţi ce se întamplă la clinică, la cine găsiţi răspunsuri?

---

99. Dacă vreţi ca o problemă să fie rezolvată, pe cine întrebaţi?

---

100. Dacă vreţi ca o situaţie clinică a unui pacient să fie rezolvată, pe cine întrebaţi?

---

101. Cât de multe cunoştinţe, din rândul angajaţilor din alte secţii, aveţi?

---

102. Care este ocupaţia dumneavoastră?

1 _____ Medic şi alt personal cu studii superioare
2 _____ Personal mediu (de ex: asistente medicale, secretare)
3 _____ Personal auxiliar (de ex: infirmerie, îngrijitoare, brancardieri, etc.i)

Vă mulţumim

3. INSTRUMENTE PENTRU MĂSURAREA CALITĂŢII

3.1 Construirea indicatorilor

Indicatorii sunt aspecte care ţin de structură, procese şi rezultate, care au fost definite în mod explicit şi care sunt măsurabile. Construirea indicatorilor necesită întâi de toate numirea unei echipe de lucru. Aceasta identifică scopul îngrijirii şi al serviciului, nevoile şi aşteptările pacienţilor şi priorităţile de monitorizare, după care alege indicatorii. Apoi, echipa stabileşte obiectivele (*target*), determină mecanismele de culegere a datelor şi stabileşte frecvenţa evaluărilor. La sfârşit, echipa verifică dacă fiecare indicator construit îndeplineşte toate proprietăţile pe care ar trebui să le deţină un indicator.

Un bun indicator ar trebui să fie [37]:

- Fiabil: să fie reprezentativ pentru ceea ce măsurăm
- Semnificativ: să ne ofere informaţia pe care o căutăm
- Simplu: datele necesare să poată fi reperate şi obţinerea lor să nu coste mult
- Rapid: informaţiile pe care le furnizează să ajungă la timp pentru a putea fi utilizate.
- Util: scopul unui indicator este să conducă la o anumită acţiune
- Omogen: să implice utilizarea unei terminologii comune, pentru a permite comunicarea
- Coerent: definiţia indicatorului respectiv să nu varieze în timp şi spatiu

Dacă un indicator nu deţine toate aceste proprietăţi, echipa trebuie să procedeze la revizuirea lui.

Indicatorii devin operaţionali în prezenţa criteriilor şi standardelor. Acestea trebuie să fie stabilite ţinând cont de contextul local şi de circumstantele în care se găsesc pacienţii. Criteriile se referă la elemente ce ţin de resurse, procese, rezultate faţă de care trebuie formulată o apreciere cu privire la nivelul calităţii. Standardele sunt definiţii cantitative mai specifice, care desemnează cantitatea şi frecvenţa. Ideal indicatorii ar trebui să exprime în mod direct măsura fenomenului. Totuşi, pentru anumiţi indicatori nu pot fi culese date specifice şi atunci suntem nevoiţi să ne mulţumim cu date care ne dau indirect informaţii despre fenomen (*proxy*). De exemplu, în cazul în care ne interesează accesibilitatea la Servicul de Ambulanţă, un indicator direct ar putea fi obţinut numărând de câte ori a sunat telefonul înainte ca angajatul să răspundă. Din punct de vedere practic, acest indicator este mai dificil de măsurat. Putem măsura în schimb mult mai uşor un indicator indirect şi anume numărul mediu de pacienţi per ambulanţă în 24h. [1]

3.2. Metode de consens utilizate pentru evaluarea calităţii

Tehnicile de consens sunt instrumente frecvent utilizate pentru rezolvarea problemelor în medicină, permiţând ajungerea la un acord în cazul unor subiecte controversate. În sectorul sanitar, tehnicile de consens sunt utilizate la elaborarea ghidurilor de practică (de exemplu: chirurgia pentru by-pass coronarian chirurgical, tratamentul cancerului de sân, etc.), stabilirea priorităţilor, imaginarea unor scenarii viitoare, rezolvarea conflictelor, explorarea problemelor morale şi etice, raţionalizarea îngrijirilor în vederea controlului costurilor în sănătate. [38, 39]

Plecând de la premiza că opiniile individuale pot fi subiective (*bias*), este preferată opinia de grup. Astfel, metodele de consens sunt tehnici structurate care explorează consensul între grupuri de experţi, sintetizând opiniile lor. [40] Mai jos, trecem în revista câteva tehnici.

Tehnica grupului nominal

Adoptată la sfârşitul anilor '60, această metodă constă dintr-o şedinţă structurată, al cărei scop este acela de a obţine informaţii calitative de la un grup-ţinta asociat cu un subiect problematic. Mai întâi sunt reuniţi participanţii, cărora li se cere să întocmească (individual, fără a discuta cu ceilalţi) o listă cu ideile lor privind un anumit subiect. Ideile sunt generate după un proces de reflectarea tăcută.

Apoi fiecare persoană prezintă cele mai importante idei de pe propria listă. Procesul se repetă până ce toate ideile au fost epuizate. Ideile sunt consemnate pe un *flipchart* astfel încât toţi participanţii să poată vedea lista colectivă. Ulterior are loc o discuţie structurată a ideilor de pe lista colectivă. Participanţii evaluează separat fiecare idee şi, la nevoie, clarifică unele idei. După discuţie, fiecare participant acordă ideilor un scor, în scris, şi apoi este evaluat punctul de vedere al grupului. Succesul procesului depinde de cât este de experimentat coordonatorul şi de cât de mare este dorinţa grupului (ideal 8-10 persoane) de a colabora de o manieră foarte structurată.[43].

Tehnica Delphi

Această metodă, adoptată în anii '50, presupune selectarea individuală şi anonimă a unor experţi, care completează un chestionar autoadministrat. Metoda presupune 3-4 runde, rezultatele (calitative şi cantitative) fiind restituite experţilor după fiecare rundă. Procesul se consideră încheiat când s-a ajuns la convergenţa completă a opiniilor. Tehnica este cu atât mai validă cu cât numărul experţilor şi al rundelor este mai mare. Pe de altă parte, numărul experţilor depinde de amploarea chestiunii pentru care se caută consensul, numărul maxim recomandat fiind 30. Durata orientativă a procesului este în jur de 45-70 zile. Aplicarea metodei începe cu formularea întrebării şi alegerea respondenţilor, cărora, odata identificaţi, li se trimite o scrisoare de introducere şi primul chestionar. Ulterior li se expediază cel de-al doilea chestionar, invitându-i să aranjeze în ordinea

importanţei primele 10 teme (descrise cu enunţuri scurte şi clare) identificate cu ajutorul primului chestionar. Scopul celui de-al doilea chestionar este acela de a ordona problemele pe baza unui punctaj, obţinut pe baza votului acordat de fiecare respondent. Prin cel de-al treilea chestionar, participanţii îşi pot revizui răspunsurile şi pot acorda un vot final, ţinând cont şi de voturile acordate de ceilalţi participanţi. Procedura se încheie cu redactarea raportului final al anchetei. [14]

Avantajele şi dezavantajele acestor două metode au fost sintetizate în Tabelul nr. III.4. [14, 43]

Tabelul nr. III.4. – Avantajele şi limitele unor tehnici de consens

Tehnica	Avantaje	Limite
Tehnica grupului nominal	• duce la generarea unui mare număr de idei	• lipsa de precizie: ideile pot rămâne enunţate într-o formă superficială • metoda nu ia în considerare ideile cu poziţii extreme (unele pot fi novatoare) • necesită deplasarea participanţilor
Tehnica Delphi	• rezultatul este impersonal (anonimat), fiind atribuit, la final grupului • metoda lasă mai mult timp de gândire, experţii putând răspunde când doresc (înainte de termenul limită prefixat) • întrucât chestionarele sunt completate frecvent prin email, experţii pot fi selectaţi indiferent de distanţă • procesul este relativ uşor de înţeles şi flexibil în ceea ce priveşte numărul rundelor	• se apreciază că este un proces relativ lung, iar experţii pot să „obosească” după 2-3 runde • când numărul experţilor şi rundelor este mare, procesul poate deveni complicat şi costisitor (pentru coordonator) • validitatea ştiintifică a rezultatelor poate fi pusă în discuţie

Tehnica informatorilor-cheie

Am ales să descriem sintetic şi aceasta metodă, întrucât, aşa cum am arătat în Secţiunea 2.1.1., aceasta este principala tehnică la care OMS a recurs pentru evaluarea performanţei sistemelor de sănătate din lume. Se impune totuşi să precizăm că scopul metodei nu este acela de a caută consensul. Totuşi, ea poate conduce la un consens, fiindcă este posibil să existe o anumită concordanţă între opiniile exprimate de participanţi. [41] Informatorii-cheie sunt persoane care trăiesc sau lucrează într-o comunitate şi despre care se ştie că au o bună cunoaştere a acesteia. Metoda presupune un interviu individual cu fiecare informator, pentru a cunoaşte opinia sa cu privire la un anumit subiect. Numărul informatorilor depinde de mărimea comunităţii despre care dorim să culegem informaţii. Pentru a realiza o anchetă cu informatori-cheie, după ce sunt definite obiectivele studiului, se elaborează chestionarul pentru culegerea informaţiilor şi sunt selecţionaţi şi contactaţi informatorii, în mod aleator, pe baza unei liste de nume de persoane care deţin caracteristicile necesare informatorului-cheie. Apoi are loc întrevederea cu participanţii care poate fi directă, prin telefon sau prin poştă. Aceasta se poate realiza în mod structurat sau semi-

structurat. Analiza rezultatelor întrevederilor permite gruparea comentariilor în jurul fiecarei teme identificate ca fiind temă principală. Procesul se încheie cu redactarea raportului final al anchetei. [14] Spre deosebire de tehnica grupului nominal sau tehnica Delphi, prin care membrii grupului au posibilitatea să interacţioneze sau să reacţioneze la informaţia emisă de alţi membri ai grupului, în cazul acestui tip de anchetă nu există nici-un schimb între participanţi. [41] Avantajele şi dezavantajele metodei au fost sintetizate în Tabelul nr. III.5. [14]

Tabelul nr. III.5. – Avantajele şi limitele abordării prin informatori-cheie

Avantaje	Limite
• informatorii selectaţi din diferite organizaţii ale comunităţii; • informaţiile acoperă o gamă largă de aspecte ale comunităţii; • informatorii-cheie se pot implica nu doar în evaluare, ci şi în planificarea şi implementarea unor acţiuni de îmbunătăţire; • metoda este simplă şi ieftină.	• uneori informatorii pot să ofere informaţii care ţin strict de organizaţia unde lucrează şi care nu reflectă situaţia în comunitate; • metodă bazată pe opinii şi percepţii.

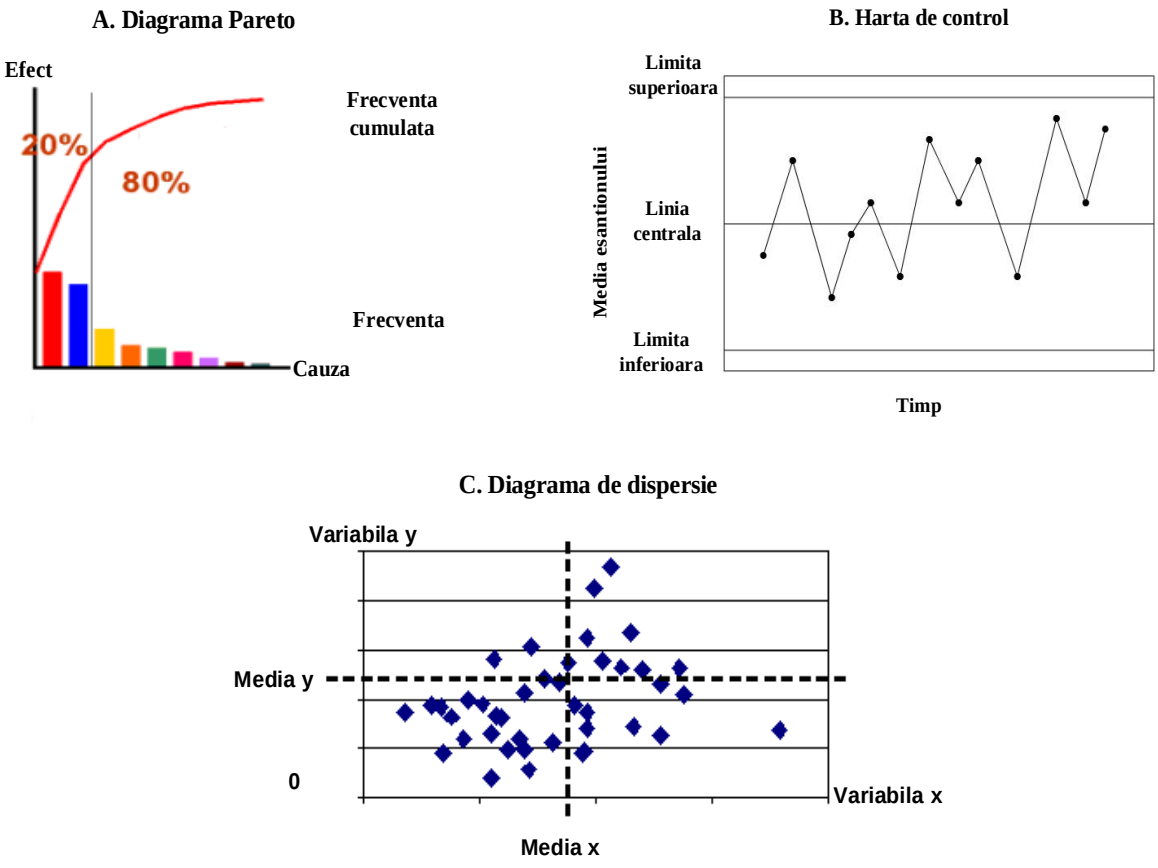
3.3 Metode bazate pe informaţii cantitative

Informaţiile cantitative sunt cifre care pot fi exprimate ca valori absolute sau valori relative (medie, pondere, rată, etc.). Pentru prezentarea şi analiza informaţiilor cantitative este recomandabil să recurgem, ori de câte ori putem, la reprezentări grafice, cum ar fi:

- **Histograma:** arată cât de frecvent apare un eveniment la diferite momente în timp (tendinţa temporală a unui eveniment).
- **Diagrama de structură** (cerc sau dreptunghi): aria cercului (sau dreptunghiului) de structură reprezintă efectivul total al populaţiei statistice (100%). Valorile variabilei se reprezintă prin sectoare de cerc (dreptunghiuri) ale căror arii sunt proporţionale cu frecvenţele relative ale valorilor variabilei.
- **Diagrama prin coloane** (dreptunghiuri verticale) sau benzi (dreptunghiuri orizontale): tip de reprezentare grafică prin dreptunghiuri cu lăţimi egale şi lungimile proporţionale cu frecvenţele absolute sau cu frecvenţele relative ale valorilor variabilei.
- **Diagrama Pareto:** este un tip special de histogramă care ilustrează principiul lui Pareto, conform căruia 20% din cauze duc la 80% din efecte. (Figura nr. III.5.A)
- **Harta de control:** permite monitorizarea în timp a variaţiilor unui proces, faţă de două limite precise (de control) stabilite prin metode statistice: limita inferioară este media valorilor minus de 3 ori abaterea standard, iar limita superioară este media plus de 3 ori abaterea standard. (numărul de observaţii utilizate pentru control trebuie să fie suficient de mare). Cu cât valorile sunt mai apropiate de linia centrală, cu atât variaţia procesului este mai mică. (Figura nr.III.5.B)

- **Diagrama de dispersie**: forma grafică în care două axe ce corespund mediei valorilor variabilelor x şi y delimitează patru cadrane. De exemplu, atunci când graficul este utilizat pentru *benchmarking*, organizaţiile caracterizate de elemente similare se dispun sub formă de *cluster,* în acelaşi cadran). (Figura nr. III.5.C)

Figura nr. III.5. – Exemple de reprezentări grafice utilizate pentru evaluarea calităţii



3.4. Diagrame operaţionale

Diagramele operaţionale sunt reprezentări grafice care ne permit culegerea de informaţii calitative. Prezentăm mai jos două tipuri dintre cele mai cunoscute.

Diagrama de flux

Se foloseşte pentru reprezentarea grafică a proceselor. Pentru acest lucru, stabilim întâi de toate unde începe şi unde se termină procesul şi avem grijă să nu uităm nici o activitate relevantă. Gradul de detaliu depinde de activităţile care ne interesează cu precădere într-un anumit proces.

Aşa cum se poate observa în Figura nr. III.6., pentru reprezentarea grafică sunt folosite simboluri grafice recunoscute la nivel internaţional:

- oval: eveniment (începutul/sfârşitul procesului)
- dreptunghi: o activitate urmată de altă activitate (flux)

- romb: punct de scindare a procesului
- cerc: punct de confluenţă în cadrul procesului

Figura nr. III.6. – Procesul de gestiune a transportului cu autoambulanţa în funcţie de gravitatea cazului [1]

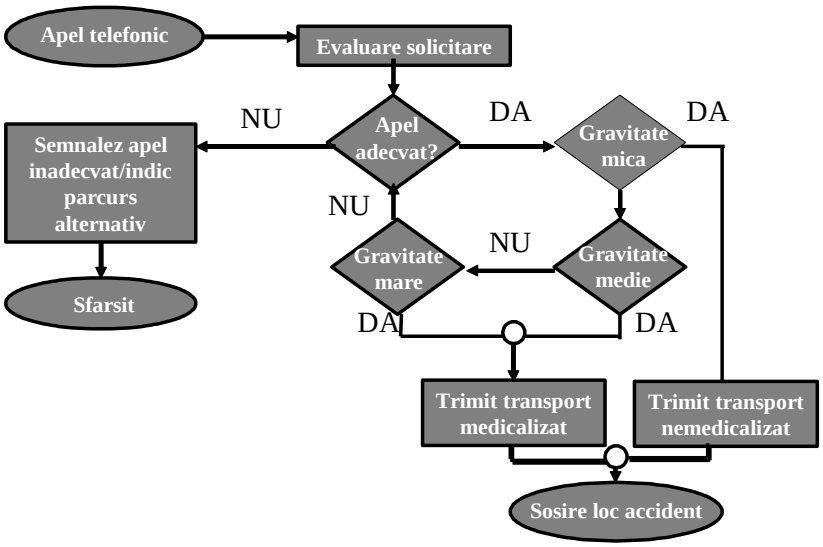
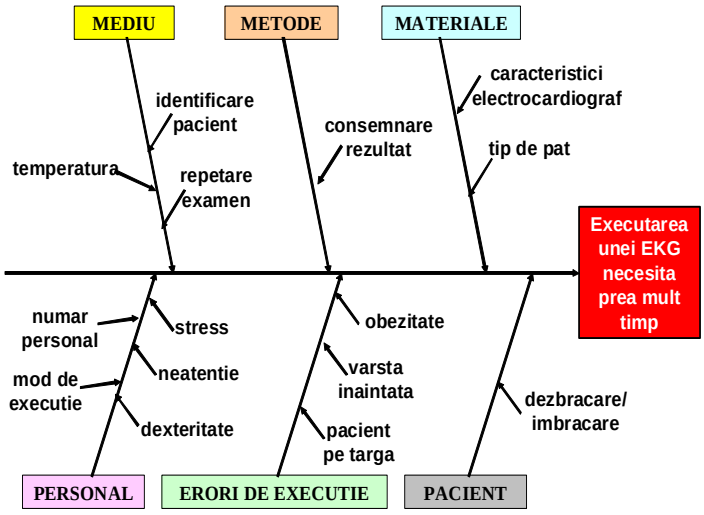


Diagrama cauza-efect (în os de peşte sau Ishikawa)

Acest tip de reprezentare este ideal pentru identificarea cauzelor profunde şi a cofactorilor în secvenţa temporală şi logică (cauza primară, secundară, terţiară). După cum se poate observa în exemplul concret din Figura nr. III.7., diagrama este asemănătoare scheletului unui peşte. Axa orizontală reprezintă rezultatul principal care a dus la producerea unui eveniment, iar axele oblice mai mici reprezintă cauzele umane şi factorii care au contribuit la eveniment (cofactori).

Figura nr. III.7. – Exemplu de diagrama cauza-efect [1]



3.5. Compararea indicatorilor

Compararea este o activitate structurată, care poate avea una dintre următoarele trei orientări:

- temporală: în cadrul aceleiaşi unităţi, valoarea unui indicator la un moment dat este comparată cu valoarea aceluiaşi indicator obţinută într-un alt moment. Dacă indicatorul este determinat frecvent, putem identifica tendinţa temporală a acestuia (trend) şi putem chiar fixa un standard;
- spaţială: valoarea unui indicator este comparată cu valoarea acestuia într-o realitate diferită (altă organizaţie). Când acest proces este structurat şi instituţionalizat, el poartă numele de *benchmarking;*
- bazată pe un standard extras din literatură: dacă nu dispunem de o valoare a indicatorului din trecut sau din altă realitate, putem recurge la studii realizate în domeniu, care oferă standarde recunoscute (în fond, şi această orientare, este tot una spaţială).

Un instrument managerial frecvent utilizat pentru compararea indicatorilor este Tabloul de bord.

3.5.1 Tabloul de bord

Tabloul de bord este un document emis periodic, care constă din tabele şi grafice care au la bază informaţiile sintetice şi de importanţă strategică pentru o anumită secţie sau departament. Acest suport este personalizat pentru fiecare unitate în parte şi permite compararea indicatorilor rezultatelor care caracterizează unitatea în aceeeaşi perioadă din ani diferiţi sau rezultatelor observate cu cele aşteptate.

Ca şi un semafor, indicatorii emit semnale: când valoarea observată şi cea aşteptată coincid (conform obiectivului prefixat), indicatorului respectiv îi corespunde culoarea verde, ceea ce însemnă că totul este în regulă. Ideal,

Tabloul de bord nu ar trebui să depăşească 1 pagină, întrucât el trebuie să includă nu mai mult de 5 sau 6 indicatori (Figura nr. III.8.). Aceştia trebuie să fie atent selecţionaţi, astfel încât informaţia care stă la baza lor să fie uşor de obţinut (fără ca datele să necesite elaborări sofisticate), iar alegerea făcută să întrunească acordul tuturor figurilor profesionale implicate (demers participativ).

Tabloul de bord este un element de dialog între personal şi conducere. Conducerea explică obiectivele şi planul strategic celorlalţi participanţi la proiect, astfel încât împreună să stabilească indicatorii cei mai adecvaţi, care – atent monitorizaţi – să permită în orice moment evaluarea gradului de îndeplinire a obiectivelor prefixate. Echipa proiectului pentru implementarea Tabloului de bord este bine să fie multidisciplinară, având în vedere că, de cele mai multe ori, formularea

obiectivelor acoperă şi domenii de activitate aparţinând şi altor categorii de personal care sunt implicate în organizarea secţiei. (nu numai categoriei personalului medico-sanitar).

Metodologia de alcătuire a unui Tablou de bord presupune următoarele etape:

- identificarea misiunii şi obiectivelor;
- selecţionarea indicatorilor şi validarea lor;
- stabilirea formei şi ritmului de difuzare şi persoanelor cărora se adresează;
- reactualizarea periodică;

În Tabelul nr. III.6., prezentăm principalele avantaje şi dezavantaje ale Tabloului de bord

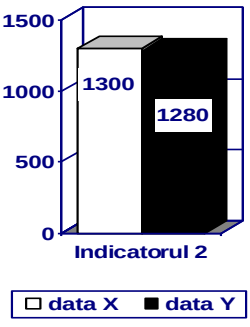
Tabelul nr. III.6. – Avantajele şi dezavantajele Tabloului de bord

Avantaje	Limite
• facilitează compararea	• efort pentru personalizarea datelor
• îmbunătăţeşte comunicarea	• efort pentru reactualizare
• focus pe obiective	• consumă timp (elaborare, studiere)
• facilitează controlul de gestiune	• necesită aderenţa întregului personal
• îmbunătăţeşte *feedback*-ul	• instrument de acţiune pe termen scurt

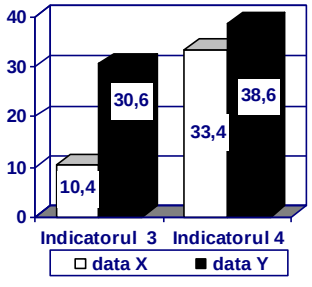
Figura nr.III.8. – Modelul Tabloului de bord

Indicator în funcţie de categorie	Perioada de la data "X" la data "Y"				
	Valoare observată data X	Valoare observată data Y	Valoare aşteptată data Y	Bilanţ	
A Accesibilitate pacienţi					
Indicatorul 1	x	y	z	y=z	
Indicatorul 2	x	y	z	y≠z	
B. Siguranţa pacient					
Indicatorul 3	x	y	z	y≠z	
Indicatorul 4	x	y	z	y≠z	
C. Competenţe personal					
Indicatorul 5	x	y	Z	y=z	
Indicatorul 6	x	y	Z	y≠z	

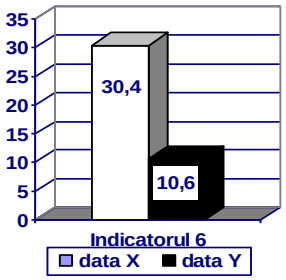
Graficul 1



Graficul 2



Graficul 3



3.5.2 *Benchmarking*-ul

Conform definiţiei date de către Xerox Corporation, una dintre primele organizaţii care au aplicat aceasta tehnică în anii '70, *benchmarking*-ul este „un proces continuu şi sistematic de măsurare a proceselor dintr-o organizaţie prin compararea cu organizaţii recunoscute ca *leader*, cu scopul de a determina cele mai bune procese (*best practice*) şi de a stabili obiective de performanţă raţionale”.

Odată identificate cele mai bune practici şi stabilite obiectivele de performanţă, acestea trebuie inserate în cadrul activităţilor de management al calităţii totale sau de reproiectare a preceselor (*process reingeneering*). Prin urmare *benchmarking*-ul introduce în organizaţii cultura comparării performanţei. [3]

Există diferite tipuri de *benchmarking*, şi anume [42]:

- *Benchmarking* intern: compararea unor procese la nivelul aceleiaşi organizaţii
- *Benchmarking* competitiv: compararea aceluiaşi proces între organizaţii care aparţin aceluiaşi sector competitiv
- *Benchmarking* funcţional: compararea aceluiaşi proces între organizaţii care aparţin unor sectoare diferite
- *Benchmarking best in class:* comparare cu acele organizaţii considerate cele mai bune pentru un anumit proces

Tabelul nr. III.7. – Avantaje şi dezavantaje ale principalelor tipuri de *benchmarking* [43]:

Tip de *benchmarking*	Avantaje	Limite
Intern	• uşor de realizat • uşor acceptat • stabileşte cea mai buna practică internă	• centrat pe organizaţia respectivă • adesea realizat doar în organizaţii mari
Competitiv	• ajută la focalizarea pe procesele principale • identifică dezavantajele competitive existente	• poate să nu existe disponibilitatea de a oferi informaţii • uneori informaţia este indirectă sau de la terţi
Funcţional	• permite compararea directă • uşor acceptat	• se limitează la cea mai bună practică existentă în acel moment • informaţia disponibilă poate să nu fie de calitate
Best in class	• perspectivă mai amplă pentru comparare • cel mai bun mod pentru identificarea unor practici novatoare	• greu de identificat cine este *the best in class* • cea mai bună practică se poate dovedi greu de introdus în propria organizaţie

Benchmarking-ul este un instrument strategic care necesită implicarea conducerii organizaţiei, singura în măsură să promoveze schimbarea cu impact puternic asupra organizaţiei şi deci asupra performanţei globale a acesteia. Atunci când acesta este dorit de conducere, poate începe organizarea procesului de *benchmarking*, care presupune următoarele faze [43]:

- determinarea obiectului comparării;
- constituirea grupului de lucru;
- identificarea secţiilor/organizaţiilor pentru comparare;
- culegerea şi analiza informaţiilor pentru comparare;
- adoptarea celei mai bune practici identificate prin *benchmarking.*

Când se compară indicatori măsuraţi în realităţi diferite, standardizarea lor este indispensabilă (mortalitatea spitalicească trebuie ajustată în funcţie de vârsta, sexul şi comorbidităţile pacienţilor).

3.6. Concluzii

Indicatorii sunt utilizaţi pentru supravegherea şi evaluarea calităţii activităţilor clinice, de suport şi de gestiune, care afectează rezultatul organizaţiei pentru pacient. Unii autori evidenţiază faptul că un indicator nu este o măsură directă a calităţii, ci un instrument pentru evaluarea performanţei, care atrage atenţia asupra unor eventuale probleme de performanţă care necesită o analiză mai aprofundată în sânul unei organizaţii. În această secţiune am văzut ce sunt indicatorii, cum îi construim în mod corect, cum îi prezentăm şi cum îi compăram. [3] De asemenea, am amintit caracteristicile unor tehnici de consens frecvent utilizate pentru formularea unor recomandări privind cele mai bune practici, utilizate ca model de referinţă pentru comparare. Subliniem că prezentarea grafică a indicatorilor este, în general, extrem de apreciată. De aceea, dintre exemplele ilustrate în această secţiune, recomandăm să fie selecţionată diagrama care se pretează cel mai bine, în funcţie de tipologia indicatorului. Pentru a facilita luarea deciziei, personalul cu funcţie de conducere are nevoie de indicatorii cheie pentru performanţa unei organizatii, care alcătuiesc aşa-numitul Tabloul de bord. Procesul de *benchmarking*, de care ne-am ocupat la final, extinde cadrul de referinţă pentru compararea indicatorilor (contracarează tendinţa la autoreferinţă), contribuind indiscutabil la creşterea performanţei organizaţiilor.

STUDIU DE CAZ: TABLOUL DE BORD AL UNUI SPITAL

Spitalul municipal din localitatea X are de curând un nou manager general. La venire în spitalul respectiv, acesta a cerut să i se facă o analiză de situaţie şi a primit următoarele tipuri de informaţii:

1. Tipul şi profilul spitalului

Spital municipal cu 335 paturi, situat în al doilea municipiu ca mărime după reşedinţa de judeţ, având arondată o populaţie de peste 70.000 de locuitori. Este al doilea spital ca mărime din judeţ, având o adresabilitate crescută.

2. Caracteristici ale populaţiei deservite

Populaţia deservită este atât din mediul urban cât şi rural, cu un nivel socio-economic destul de scăzut, datorită reducerii activităţii economice din zonă. O caracteristică importantă a populaţiei din zonă este predominanţa populaţiei tinere şi de vârstă activă, care reprezintă aproape 60% din totalul locuitorilor. Rata şomajului în zonă este mai mare decât cea pe plan naţional, fiind în jur de 17,5%, ceea ce determină nivelul socio-economic scăzut al populaţiei deservite de spital.

3. Structura spitalului

Spitalul are un număr de 335 de paturi, distribuite în 8 secţii şi 7 compartimente şi prezintă următoarea structură detaliată în Tabelul nr.1.

***Tabelul 1 –** Structura spitalului pe secţii*

Secţia	***Număr paturi***
MEDICINĂ INTERNĂ	*60*
- comp.diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice	*5*
- comp.reumatologie	*10*
- comp.recuperare, medicină fizică, balneologie	*5*
- comp.endocrinologie	*5*
NEUROLOGIE	*50*
PEDIATRIE	*40*
CHIRURGIE GENERALA	*40*
- comp.ORL	*5*
- comp. oftalmologie	*5*
- comp. ortopedie şi traumatologie	*5*
OBSTETRICA-GINECOLOGIE I	*40*
OBSTETRICA- GINECOLOGIE II	*25*
A.T.I.	*15*
NEONATOLOGIE	*25*
TOTAL	***335***

Spitalul mai are în componenţă: Laborator radiologie Laborator BFT, Farmacie Laborator anatomie patologică, Cabinete şcolare, *Cabinet PF*

4. Resursele umane:

Spitalul are 368 de angajaţi, detaliat pe categorii profesionale în Tabelul nr.2. Se poate observa numărul scăzut de medici din total personal, ceea ce conduce la o încărcătură mare de pacienţi pe medic.

***Tabelul 2** – Structura personalului*

Categorii de personal	Nr. personal	Pondere
Medici	*37*	*10,05%*
Farmacişti	*1*	*0,27%*
Personal sanitar mediu	*184*	*50,00%*
Personal sanitar auxiliar	*82*	*22,28%*
Personal TESA	*21*	*5,71%*
Personal pază	*5*	*1,36%*
Muncitori	*38*	*10,33%*
Total	***368***	***100,00%***

Privitor la încadrarea cu personal pe categorii profesionale se poate observa o bună încadrare generală cu personal. Pe categorii se observă un număr scăzut de medici, care sunt greu de atras în zonă datorită apropierii de reşedinţa de judeţ, care este şi centru universitar medical, o bună încadrare cu asistenţi medicali, care au o fluctuaţie destul de ridicată datorită oportunităţilor de plecare în străinătate. Lipsa unui alt farmacist determină o distribuire greoaie a medicamentelor, atunci când acesta este indisponibil.

***Tabelul nr.3** – Încadrarea cu personal pe categorii profesionale*

Categorii de personal	Normat	Ocupat
Medici	*45*	*37*
Farmacişti	*2*	*1*
Personal sanitar mediu	*186*	*184*
Personal sanitar auxiliar	*85*	*82*
TESA	*27*	*21*
Muncitori + Paza	*50*	*43*
Total	***395***	***368***

Privitor la încadrarea cu personal în raport cu structura spitalului, se poate observa în primul rând o lipsă de posturi de personal medical cu studii superioare şi medii la nivelul compartimentelor, care din punct de vedere al asistenţilor medicali şi infirmierelor este asigurat de secţia mamă. Distribuţia medicilor este destul de bună, dar ar mai fi necesară crearea unor posturi de medici în cadrul compartimentelor, care în acest moment sunt acoperite cu medici cu mai multe competenţe sau care provin din secţia mamă.(Tabelul nr.4)

Tabelul nr.4 *– Incadrarea cu personal raportat la structura spitalului*

Secţia	***Număr***	***Medici***		***Pers. sanitar mediu***		***Pers. sanitar aux.***	
	paturi	***normat***	***ocupat***	***normat***	***ocupat***	***normat***	***ocupat***
MEDICINA INTERNA	*60*	*3*	*4*	*25*	*21*	*15*	*11*
- comp.diabet zaharat, nutritie şi boli metabolice	*5*	*0,5*	*1*				
- comp.reumatologie	*10*	*1*	*1*				
- comp.recuperare, medicină fizică, balneologie	*5*	*0,5*	*0*				
COMP.ENDOCRINOL.	*5*	*0,5*					
NEUROLOGIE	*50*	*3*	*2*	*15*	*17*	*10*	*9*
PEDIATRIE	*40*	*2*	*3*	*15*	*15*	*10*	*10*
CHIRURGIE GENERALA	*40*	*3*	*4*	*20*	*13*	*10*	*11*
- comp.ORL	*5*	*0,5*	*0*				
- comp. oftalmologie	*5*	*0,5*	*0*				
- comp. ortopedie şi traumatologie	*5*	*0,5*	*1*				
OBST.-GINEC. I	*40*	*3*	*3*	*15*	*15*	*10*	*10*
OBST.- GINEC. II	*25*	*2*	*1*	*10*	*10*	*5*	*6*
A.T.I.	*15*	*3*	*3*	*15*	*13*	*10*	*5*
NEONATOLOGIE	*25*	*5*	*4*	*18*	*14*	*5*	*6*
TOTAL	***335***	***28***	***27***	***133***	***118***	***75***	***68***

Ca indicatori de performanţă ai resurselor umane (vezi Tabelul nr. 5) se poate observa că numărul mediu de pacienţi externaţi de un medic este aproape cu 80% mai mare decât media naţională. Se impune modificarea structurii de personal cu crearea unor posturi suplimentare de medici, mai ales la nivelul compartimentelor.

Este crescut de asemenea şi numărul de pacienţi externaţi de o asistentă medicală, fiind astfel necesare şi mai multe posturi de asistenţi medicali. Proporţia personalului medical din total personal este mai scăzută decât media naţională cu aproape 20%, ceea ce impune o modificare a structurii de personal în întregime.

Tabelul nr. 5 *– Indicatori de management ai resurselor umane pe 1 an*

Indicator	***Valoare spital***	***Valoare naţională***
Număr mediu bolnavi externaţi / un medic / trimestru	*116*	*65,75*
Număr mediu de bolnavi externaţi / o asistentă medicală	*37,5*	*23*
Proporţia medicilor din totalul personalului	*9,74 %*	*13 %*
Proporţia personalului medical din totalul personalului angajat	*60 %*	*80,5 %*
Proporţia personalului medical cu studii superioare din totalul personal medical	*17 %*	*13 %*

5. Activitatea spitalului

Spitalul a avut o activitate intensă, înregistrând un număr de 13.286 cazuri, din care 13.089 cazuri acute şi 197 cazuri cronice, cu un număr mai scăzut de cazuri chirurgicale în secţiile de chirurgie şi un număr crescut de internări în urgenţă, faţă de cele înregistrate la nivel judeţean şi naţional.

6. Situaţia dotării

Spitalul este dotat cu aparatură medicală de bază, un aparat Roentgen performant, 3 mai vechi, dar funcţionale, 1 ecograf de peste 10 ani, electrocardiograf cu 12 canale asistat de calculator, defibrilatoare.

7. Situaţia financiară

Structura bugetului pe venituri este:

- *venituri din contracte cu CAS 95,6% din total,*
- *venituri din sponsorizări 0,4% din total,*
- *programe naţionale de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate reprezintă 4% din total.*

Structura pe cheltuieli a bugetului este următoarea:

- *cheltuieli de personal 54,75%,*
- *cheltuieli cu bunuri şi servicii 45,18% (medicamente şi materiale sanitare au o pondere de 30%).*
- *cheltuieli de capital 0,07%,*

În urma analizării datelor prezentate, managerul stabileşte că spitalul se confruntă cu următoarele ***probleme****:*

1. *Managementul de resurse umane necesită îmbunătăţiri pentru adecvarea structurii personalului la specificul secţiilor, atingerea distribuţiei personalului pe categorii profesionale la nivel naţional, cât şi în asigurarea unor condiţii optime pentru desfăşurarea activităţii (dotarea corespunzătoare cu echipamente de informatică în vederea unei monitorizări corecte a activităţii spitalului).*
2. *Sunt necesare fonduri pentru reparaţiile capitale ale clădirii spitalului.*
3. *Sunt necesare fonduri pentru dotarea cu aparatura medicală de înaltă performanţă.*
4. *Este necesară încheierea unor contracte cu Casa Judeţeană de Asigurări de Sănătate, pentru decontarea serviciilor furnizate pacienţilor care vin din ambulatoriu la Laboratorul de radiologie şi imagistică medicală şi la Laboratorul de recuperare, medicină fizică şi balneologie din cadrul spitalului.*

Dintre problemele identificate consideră prioritară îmbunătăţirea activităţii de management al resurselor umane, datorită importanţei acestora în asigurarea unor îngrijiri de sănătate eficace, eficiente şi de calitate. Aspectele care necesită îmbunătăţiri în managementul resurselor umane sunt:

- *creşterea motivaţiei angajaţilor,*
- *îmbunătăţirea condiţiilor de muncă,*
- *îmbunătăţirea dezvoltării profesionale,*
- *adecvarea structurii de personal la specificul secţiilor şi atingerea proporţiilor dintre categoriile de personal din cadrul unui spital, de la nivel naţional.*

Pentru îndeplinirea acestui deziderat el şi-a propus construirea unui tablou de bord care să conţină următoarele date:

Obiective

1. *Evaluarea situaţiei actuale a personalului şi analiza performanţelor acestuia în raport cu indicatorii la nivel naţional*
2. *Implementarea unui plan de măsuri pentru îmbunătăţirea managementului de resurse umane în cadrul spitalului*

Activităţi:

Tabelul 6 Ob. 1 Evaluarea situaţiei actuale a personalului şi analiza performanţelor acestuia în raport cu indicatorii la nivel naţional

Nr	Activitatea	Timp de realizare	Resurse necesare	Responsabilităţi
1.	Evaluarea încadrării cu personal pe categorii şi compararea cu indicatori la nivel naţional	1 zi	Structura de personal Indicatori naţionali	Manager general Comp RUNOS
2	Evaluarea relaţiei dintre structura spitalului şi încadrarea cu personal	1 săptămână	Organigrama Statul de funcţii	Manager general Comp RUNOS
3	Evaluarea relaţiei dintre serviciile furnizate şi încadrarea cu personal	1 zi	Statul de funcţii Indicatorii de activitate pe spital	Manager general Asistent şef spital Comp RUNOS
4	Discutarea raportului de evaluare în comitetul director	1 zi	Raport de evaluare	Manager general

Tabelul 7 Ob. 2 Implementarea unui plan de măsuri pentru îmbunătăţirea managementului de resurse umane în cadrul spitalului

Nr	Activitatea	Timp (luni)	Resurse	Indicator de monitorizare	Responsabilităţi
1	Schimbarea structurii de personal cu creşterea ponderii personalului medical din total personal	1	Structura de personal Indicatori naţionali 1 angajat resurse umane	Ponderea personalului medical din total personal	Manager General Director economic Şef RUNOS
2	Angajarea celor disponibilizaţi în alte societăţi comerciale din oraş	3	Colaborare cu patronatul din oraş	Personal disponibilizat angajat	Manager general Şef RUNOS
3	Alocarea pe secţii în funcţie de necesităţi şi performanţă proprie a posturilor nou create	2	Structură personal pe secţii Analiză performanţă secţii 1 angajat resurse umane	Posturi ocupate din cele nou create	Manager general Director adjunct medical Director economic Asistent şef spital Şef RUNOS
4	Atragerea şi angajarea de personal tânăr şi bine pregătit profesional pe aceste posturi	3 - 5	Compartiment resurse umane Şefi secţii şi asistenţi şefi secţii implicate	Personal angajat pe posturile create < 40 ani	Director adjunct medical Asistent şef spital Şef RUNOS
5	Dezvoltarea personalului din spital prin implementarea unui program de formare şi dezvoltare	6 -9	Financiare – 25.000 – 40.000 lei Şef resurse umane	Program de formare existent 25 % din personal trecută prin cursuri	Director medical Asistent şef spital Şefi secţii

Nr	Activitatea	Timp (luni)	Resurse	Indicator de monitorizare	Responsabilităţi
6	*Creşterea motivaţiei şi satisfacţiei profesionale a angajaţilor prin modernizarea secţiilor şi achiziţia de echipamente noi*	*14*	*300.000 – 400.000 lei*	*3 secţii modernizate* *3 echipamente achiziţionate*	*Manager general* *Director economic* *Comitet director*
7	*Reducerea fluctuaţiei de personal prin dezvoltarea unor măsuri de atragere a acestuia în colaborare cu autorităţile locale*	*8-12*	*50.000 - 100.000 lei*	*Plan de măsuri implementat* *Personal stabil*	*Manager general*
8	*Efectuarea unor sesiuni de training cu întreg personalul pentru implementarea de standarde de calitate la nivelul întregului spital*	*6*	*15.000 - 20.000 lei*	*5 sesiuni de training efectuate*	*Manager general* *Director medical* *Asistent şef spital* *Nucleu de calitate*
9	*Evaluarea rezultatelor induse de măsurile adoptate asupra performanţelor şi calităţii îngrijilor*	*12-14*	*3.000 lei*	*Rezultate evaluate* *Raport de evaluare*	*Manager general* *Director medical* *Asistent şef spital*

Tabelul 8 Graficul GANTT

Activitatea	L1	L2	L3	L4	L5	L6	L7	L8	L9	L10	L11	L12	L13	L14
Schimbarea structurii de personal														
Angajarea celor disponibilizaţi														
Alocarea pe secţii a posturilor nou create														
Atragerea şi angajarea de personal														
Dezvoltarea personalului din spital														
Creşterea motivaţiei şi satisfacţiei profesionale a angajaţilor														
Dezvoltarea unor măsuri de atragere de personal														
Implementarea standarde de calitate														
Evaluarea rezultatelor induse de măsurile adoptate														

Rezultate aşteptate:

- *Creşterea calităţii serviciilor oferite*
- *Creşterea satisfacţiei pacienţilor*
- *Creşterea profesionalismului personalului*
- *Creşterea ratei de operabilitate în secţiile chirurgicale*
- *Creşterea eficacităţii şi eficienţei serviciilor*
- *Creşterea motivaţiei personalului*

Indicatori monitorizarea – *vezi Tabelul 7*

Indicatori de evaluare

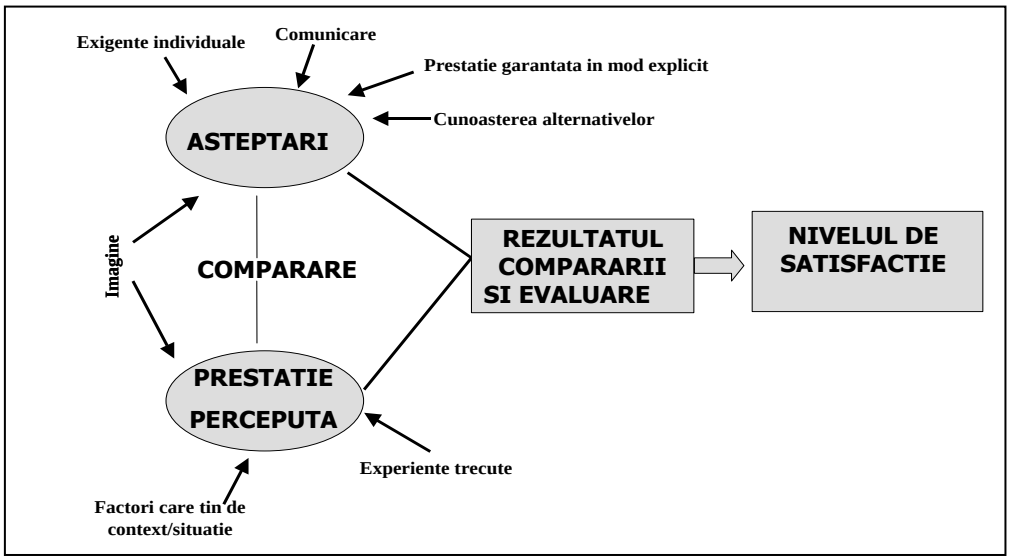
1. *Scădere plângeri pacienţi cu 20%*
2. *Scădere pondere personal nemedical cu 18%*
3. *Personal stabil pe posturi cel puţin 1 an*
4. *Creştere rată de pacienţi chirurgicali în secţiile de chirurgie la 42.*

4. MODELE DE EVALUARE ŞI ASIGURARE A CALITĂŢII

4.1. Evaluarea satisfacţiei pacienţilor

Satisfacţia pacienţilor reprezintă evaluarea (subiectivă şi obiectivă) realizată de către pacient privind toate aspectele îngrijirilor şi tratamentelor primite, inclusiv cele relaţionale şi de tip organizaţional. (Figura nr. III.9.)

Figura nr. III.9. – Modelul evaluării satisfacţiei pacienţilor [44]



Cele mai des utilizate metode de evaluare a îngrijirilor prin prisma gradului de satisfacţie al pacientului rămân *focus group*-ul şi chestionarele.

Focus group-ul are mai multe avantaje: furnizează date calitative şi cantitative, permite detalierea evenimentelor specifice şi obţinerea spontană de informaţii. Principalul său dezavantaj rămâne acela că rezultatele obţinute nu pot fi generalizate. Acest neajuns poate fi înlăturat dacă se recurge la metoda chestionarelor. Testarea şi re-testarea, consistenţa statistică, reproductibilitatea, validarea statistică, reprezentativitatea sunt condiţii esenţiale pe care trebuie să le aibă în vedere cei care recurg la această metodă. Atunci când aceste condiţii nu sunt respectate, rezultatele chestionarelor de evaluare a satisfacţiei pacienţilor nu pot fi generalizate. [45]

Unul dintre cele mai răspandite chestionare este spre exemplu cel elaborat de Picker Insitut, care este aplicat ca atare sau adaptat în funcţie de particularităţile organizaţiei de sănătate. Principalele dimensiuni ale acestuia sunt următoarele:

- Gradul de încărcătură emoţională (teamă)

- Respectarea exigenţelor individuale
- Informaţii şi explicaţii
- Informaţii specifice tratamentului
- Implicarea aparţinătorilor
- Continuitatea îngrijirilor şi externare
- Coordonarea îngrijirilor
- Impresie generală şi aspecte legate de infrastructură

Principalele avantaje şi limite ale chestionarelor pentru evaluarea satisfacţiei pacienţilor sunt ilustrate în Tabelul nr. III.8. [44, 46]

Tabelul nr.III.8. – Avantajele şi dezavantajele chestionarelor de evaluare a satisfacţiei pacienţilor

Avantaje:	Limite:
• furnizează indicatori ai calităţii • stimulează punerea în practică a unor acţiuni de îmbunătăţire • sunt ocazii de *empowerment* pentru pacient	• intervin aşteptările (valorile) pacientului • evaluează calitatea percepută • depind de starea de sănătate a pacienţilor • intervin şi alte variabile, precum: nivelul de educaţie, vârsta, timpul scurs de la externare, răspunsurile de complezenţă.

4.2. Analiza plângerilor şi reclamaţiilor

O altă metodă de evaluare a satisfacţiei pacienţilor este analiza plângerilor şi reclamaţiilor primite de organizaţie de la pacienţi sau aparţinători, sistem care s-a răspândit începând cu anii '80. Reclamaţia reprezintă o formă de manifestare extremă şi inechivocabilă a nemulţumirii pacienţilor faţă de îngrijirile primite.

Adesea această funcţie este activată în cadrul biroului de relaţii cu publicul. Personalul responsabil trebuie să posede cel puţin două calităţi fundamentale, şi anume: să fie capabil să afişeze o atitudine de neutralitate faţă de reclamant şi reclamat *şi* să ştie să „asculte” persoanele implicate.

Gestiunea sistematică a reclamaţiilor permite pe de-o parte, identificarea unor aspecte care pot fi îmbunătăţite, iar pe de altă parte întăreşte imaginea organizaţiei faţă de colectivitate. Uneori, reclamaţia reflectă doar o comunicare insuficientă sau neclară. Incontestabil, comunicarea internă şi externă a organizaţiei au un rol extrem de important în asigurarea calităţii.

Proiectarea şi implementarea unui sistem de gestiune a reclamaţiilor adecvat presupune următorele patru faze:

- definirea finalităţii sistemului: de exemplu în funcţie de resursele la dispoziţie (umane, timp) se poate decide să fie luate în considerare numai reclamaţiile pertinente, cele nonpertinente fiind amânate;
- implementarea sistemului: definirea procedurii prin care sunt culese reclamaţiile, a ordinii priorităţii pentru reclamaţiile pertinente (de exemplu: întâi cele legate de un eveniment advers care a pus în pericol viaţa pacientului, aparţinătorilor sau personalului, apoi alte tipologii), atribuirea rolurilor şi responsabilităţilor persoanelor care se ocupă de gestiunea reclamaţiilor, identificarea posibilităţilor de furnizare imediată a unui răspuns şi de a lua măsuri;
- definirea informaţiilor care trebuie gestionate: elaborarea datelor în vederea monitorizării reclamaţiilor (frecvenţa, tipologia, tendinţa temporală a reclamaţiilor, etc.) şi definirea modaliţătilor de difuzare a acestor date;
- îmbunătăţirea, monitorizarea şi restituirea informaţiilor: implementarea unor acţiuni de îmbunătăţire pe baza informaţiilor despre nonconformităţile identificate prin intermediul reclamaţiilor şi comunicarea rezultatelor clienţilor. [3]

4.3. Cartea serviciilor

Cartea serviciilor este un document prin care furnizorii de servicii publice îi informează pe cetăţeni/utililizatori cu privire la aşteptările pe care trebuie să le aibă privind serviciile furnizate în general şi calitatea acestora în particular. Acest model a început să fie difuzat în anii '90 în cadrul unor programe de îmbunătăţire a serviciilor publice, implementate ca răspuns la problematica privind nemulţumirile şi posibilitaţile reduse de exprimare ale cetăţenilor în legătură cu acestea pe de-o parte şi gradul redus de orientare către client a serviciilor publice pe de altă parte. (Marea Britanie, Franţa, Belgia, Italia, etc.)

Principiile care au stat la baza acestor initiaţive au fost următoarele:

- Egalitate
- Imparţialitate
- Continuitate
- Libertate de alegere
- Participarea la furnizarea serviciului
- Eficienţa
- Eficacitatea

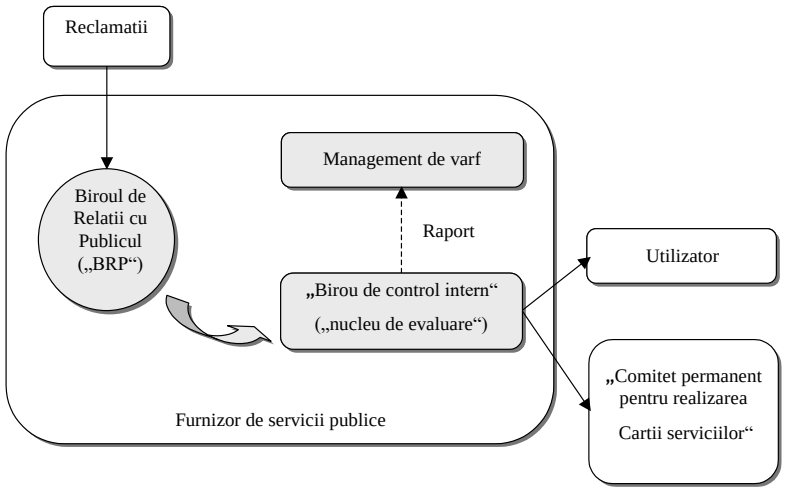
Activităţile adoptate în cadrul sistemului se referă la:

- Fixarea unor standarde privind calitatea serviciilor
- Simplificarea procedurilor

- Informarea utilizatorilor
- Raportul cu utilizatorii
- Obligaţia de a evalua calitatea serviciilor
- Ramburasarea utilizatorilor când furnizorul nu respectă standardele

Redactarea cărţii serviciilor revine unui comitet a cărui activitate se bazează pe analiza atentă a reclamaţiilor parvenite din partea utilizatorilor, care alimentează permanent acest sistem. (Figura nr. III.10.) [44]

Figura nr. III.10. – Modelul reclamaţiilor din partea utilizatorilor



Deşi conţinutul cărţii serviciilor trebuie să fie cunoscut tuturor utilizatorilor, cartea serviciilor nu trebuie confundată cu buletinele informative. In realitate rolul său este mult mai complex: cartea serviciilor este un instrument pentru un sistem de management al calităţii dinamic.

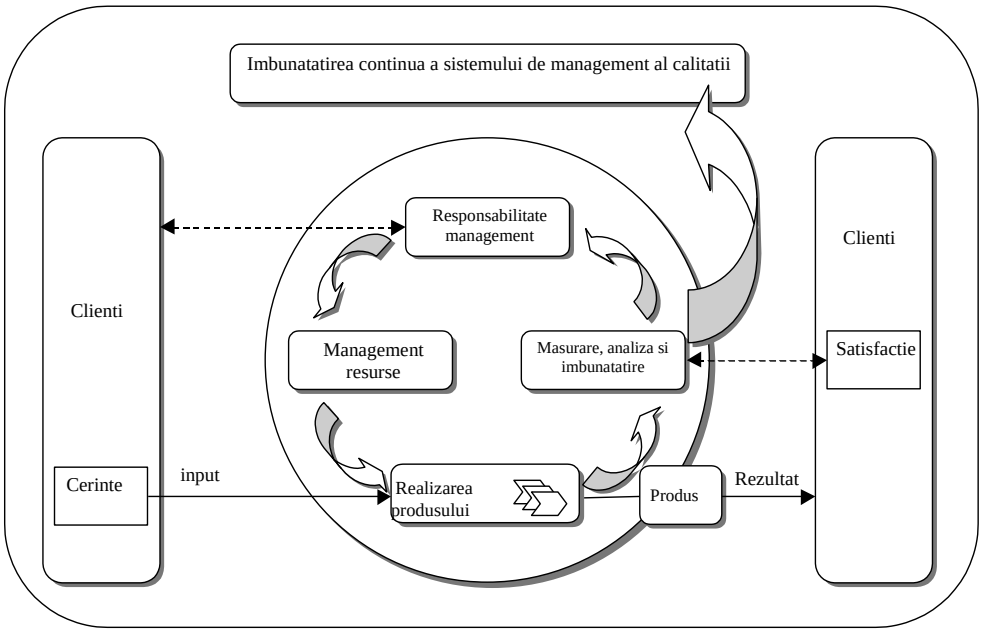
4.4. Certificarea conform normelor ISO 9001: 2000

Creat de Organization for Standardization căreia îi poartă numele, acest sistem, creat iniţial pentru sectorul militar, s-a răspândit începând cu anii '90 şi în sectorul sanitar. Una dintre cele mai populare versiuni ale sistemului este ISO 9001: 2000.

Principalele dimensiuni ale acestei versiuni au fost schematizate în Figura nr. III.11. [44, 47].

1. Responsabilitatea managementului
2. Managementul resurselor şi al realizării produsului (serviciului)
3. Managementul îmbunătăţirii continue
4. Monitorizarea satisfacţiei clientului

Figura nr. III.11 – Modelul certificării conform normelor ISO 9001: 2000 [44]



Abordarea activităţilor din cadrul fiecărei dimensiuni se bazează pe proces, iar procesele urmează ciclul PDCA. Astfel spitalul:

- stabileşte obiectivele strategice, identifică procesele necesare pentru sistemul de management al calităţii, conform cerinţelor clienţilor şi politicii organizaţiei („Plan")
- implementează procesele („Do")
- stabileşte criterii şi metode pentru funcţionarea şi controlul eficace al proceselor; monitorizează, măsoară şi analizează procesele în raport cu politicile, obiectivele şi cerinţele pentru produs sau servicii („Check")
- implementează acţiuni pentru analiza rezultatelor şi îmbunătăţirea continuă a proceselor („Act")

În concluzie, accentul se pune pe calitatea serviciilor şi pe satisfacţia clienţilor.

4.5. Acreditarea internaţională de către Joint Commission International (JCI)

Această metodă evaluează capacitatea de răspuns a unei organizaţii la un set de standarde internaţionale specificate într-un manual actualizat şi revizuit periodic de JCI [48]

Fiecare dintre cele 368 standarde prevăzute are următoarea structură:

- Număr: permite identificarea standardului
- Descriere: defineşte nivelul de calitate aşteptată (activitatea desfăşurată conform descrierii este de calitate)
- Justificare: explică din ce motiv există standardul

- Elemente măsurabile: explicitează aspectele evaluate pentru a aprecia capacitatea de răspuns la standarde; pot fi documente scrise, proceduri, etc.

Unele standarde (197) sunt fundamentale pentru acreditare; de aceea organizaţia trebuie să dovedească o capacitate maximă de răspuns la acestea, dacă doreşte să fie acreditată.
Acestea se referă la dimensiuni precum:

- Drepturile fundamentale ale pacienţilor
- Siguranţa pacienţilor, aparţinătorilor şi personalului
- Reducerea riscului procesului de îngrijiri şi tratament

Pentru restul standardelor (171) este admisă o complianţă acceptabilă. Standardele JCI sunt grupate în două arii principale (Tabelul nr. III.9)

Tabelul nr. III.9 – Modelul standardelor pentru acreditatarea internaţională JCI [48, 49]

Arie tematică: PACIENT	**Arie tematică: ORGANIZAŢIE**
• Acces la continuitatea îngrijirilor • Drepturile pacienţilor şi familiei • Evaluarea pacientului • Îngrijirea pacientului • Educaţia pacientului şi familiei	• Managementul calităţii şi siguraţei pacientului • Prevenirea şi controlul infecţiilor • Leadership şi conducere • Siguranţa şi gestionarea structurilor • Formarea şi calificarea personalului • Managementul informaţiilor

4.6. Modelul premiilor pentru calitate

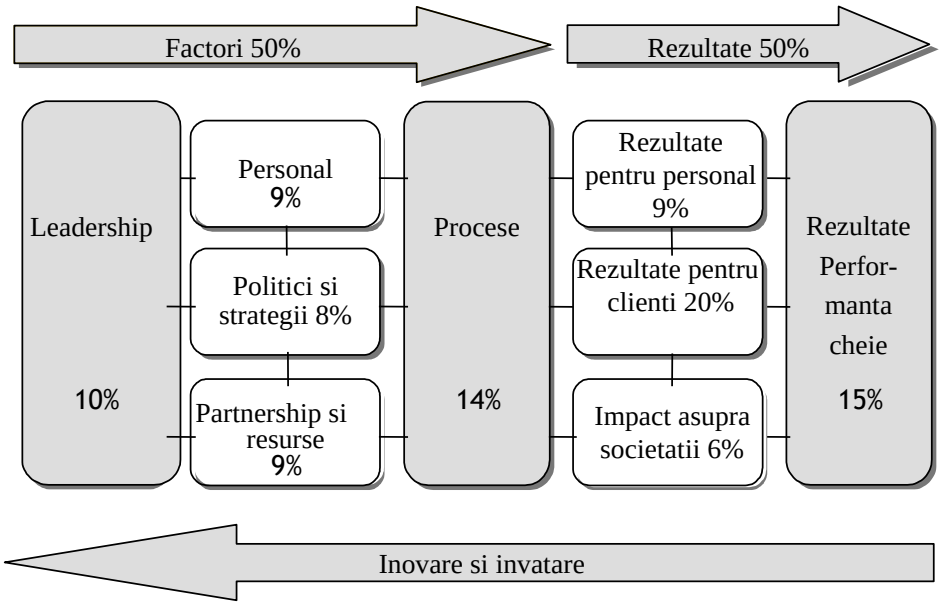
Conceptul s-a născut în Japonia şi pleacă de la calitatea serviciului (eficacitate terapeutică) şi a sistemului (certificare, acreditare), prevede controlul aspectelor organizaţionale (calitate programată şi calitate furnizată), al raportului cu utilizatorii (calitate aşteptată şi calitate percepută) şi presupune inclusiv evaluarea competitivităţii prin compararea cu alte organizaţii (calitatea comparată).

O contribuţie importantă la promovarea modelului în Europa a avut-o European Foundation for Quality Management[14] (Bruxelles), care a instituit premiul European Quality Award atribuit organizaţiilor din sectorul public şi privat.[50]

Spre deosebire de modelul ISO, acest model este mult mai complex. În egală măsură modelul acordă importanţă atât factorilor productivi cât şi rezultatelor, într-o optică de îmbunătăţire continuă printr-un proces de învăţare colectivă. (Figura III.12.).

[14] *European Fondation for Quality Management* este o asociaţie cu scop non lucrativ, înfiinţată in 1988 de către 14 organizaţii europene recunoscute la nivel internaţional pentru performanţa lor.

Figura III.12 – Modelul EFQM [50]



Pentru acordarea premiului, se atribuie un maxim de 1.000 puncte, dintre care maxim 500 pot fi atribuite factorilor productivi (leadership, personal, politici şi strategii, partnership şi resurse, procese) şi maxim 500 pentru rezultate (în materie de personal, clienţi, societate, performanţă). Fiecare dintre cele 9 componente ale modelului deţine o anumită pondere din totalul celor 1.000 puncte.

Acronimul principiilor care stau la baza modelului este RADAR, iar semnificaţia sa este urmatoarea:

- Rezultate (definirea rezultatelor privind: produsul/consecinţele asupra stării sănătăţii, situaţia financiară, percepţia pacientului şi a personalului): „R”
- Abordare (planificarea şi dezvoltarea unui sistem integrat de instrumente valide pentru obţinerea rezultatelor aşteptate): „A”
- Desfăşurare (elementele care ţin de rezultate şi abordare trebuie puse în practică sistematic şi în mod exhaustiv): „D”
- Aprecierea (evaluarea) şi revizuirea (monitorizarea, verificarea şi analiza rezultatelor obţinute, prin prisma procesului de învăţare continuă): „A” şi „R”.

Organizaţiile din sectorul sanitar pot adopta modelul EFQM pentru:

- auto-evaluare
- a permite evaluarea externă a performanţei (de către un terţ)
- compararea cu alte organizaţii din acelaşi sector sau din sectoare diferite (de exemplu performanţa unui spital poate fi comparată cu cea a unei companii sau fabrici).

4.7. Modelul Balanced Scorecard

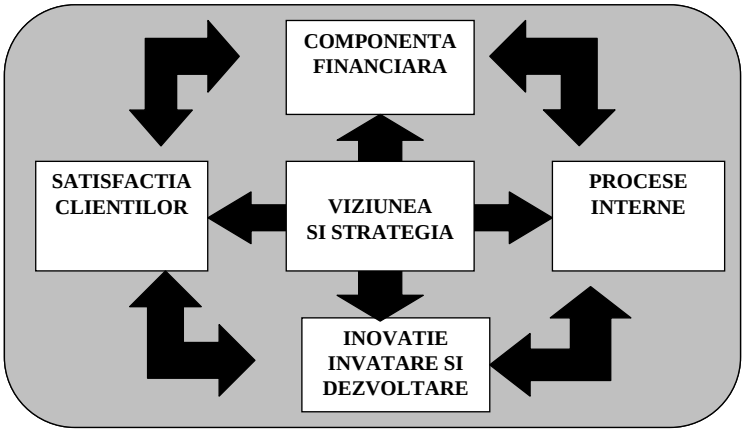
Propus de Kaplan şi Norton în 1996, Balanced Scorecard este la origine un instrument de gestiune destinat maximizării performanţei.[51] Acesta pleacă de la premiza că managerul nu poate conduce în mod eficace organizaţia atâta vreme cât analizează separat diferitele variabile care o caracterizează, motiv pentru care se impune o analiză integrată, bazată pe corelaţia existentă între aceste variabile.

Plecând de la viziunea şi misiunea organizaţiei, instrumentul Balanced Scorecard traduce în practică strategia organizaţiei, recurgând la 4 perspective de acţiune (Figura nr. III.13), şi anume:

- Competenţele şi capacitatea personalului (perspectiva învăţării şi dezvoltării)
- Calitatea proceselor pentru acordarea asistenţei pacienţilor (perspectiva procese interne)
- Satisfacţia şi fidelizarea pacientului (perspectiva pacienţi sau clienţi)
- Echilibrul de bilanţ (perspectiva economico-financiară)

Acestea se influenţeaza reciproc, generând nenumărate relaţii încrucişate de tip cauză-efect. Pentru fiecare perspectivă, instrumentul presupune: formularea unor obiective, construirea unor indicatori, analiza condiţiilor care influenţează atingerea obiectivelor şi activarea măsurilor necesare pentru atingerea obiectivelor.

Figura nr. III.13. – Modelul Balanced Scorecard [52]



Balanced Scorecard poate fi introdus într-un spital prin următoarele modalităţi:

- la nivelul uneia sau mai multor secţii (clinici);
- la nivelul întregului spital, ca model unic generalizat elaborat de către direcţia spitalului (centralizat);
- "în cascadă" (descentralizat): direcţia spitalului stabileşte contextul şi liniile directoare pentru tot spitalul (indicatori strategici, grad mai mare de sinteză), în timp ce şefii de secţie (clinică) stabilesc propriul plan de implementare bazat pe indicatori operativi şi pe un grad mai mare de detaliu.

4.8. Metode de identificare şi analiza a riscului clinic

Aşa cum am anticipat în Secţiunea 2, descriem sintetic principalele instrumente care pot fi utilizate, în mod integrat (complementar), pentru identificarea şi analiza riscului clinic, în vederea creşterii siguranţei pacienţilor în organizaţiile de sănătate.[24, 53]

Sistemul "Incident reporting"

Este o metodă (reactivă sau proactivă) de identificare a evenimentelor relevante (incidente sau cvasi-incidente). Informaţiile sunt înregistrate de către personal pe o Fişă de semnalare a evenimentelor. Cele mai vechi şi mai difuze sisteme de acest gen sunt cele obligatorii (reglementate prin legi sau normative), care permit semnalarea unor evenimente extrem de relavante cum ar fi complicaţii / consecinţe grave până la deces. Este cazul raportării infecţiilor nozocomiale, a evenimentelor care fac obiectul farmacovigilenţei, etc.

Relativ recent însă au fost introduse la scară largă în SUA, Anglia, Australia şi experimentate în ţări ca Italia, Elveţia etc., sisteme voluntare de semnalare anonimă a incidentelor, al căror scop este acela de a furniza informaţii legate în special de cvasi-incidente.

Unul dintre dezavantajele sistemului este acela că nu poate fi utilizat pentru analize de tip cantitativ decât în măsura în care este aplicat în momente diferite în acelaşi context (de exemplu înainte şi după aplicarea unor măsuri pentru reducerea riscului identificat). Chiar dacă nu aduce informaţii de ordin epidemiologic şi rezultate care să poată fi generalizate, instrumentul aduce informaţii calitative preţioase, utile pentru îmbunătăţirea asistenţei acordate pacienţilor.

Indiciile ("trigger")

Metoda este utilă în special pentru identificarea erorilor de tratament. Câteva dintre exemplele de indicii se referă la: utilizare antidoturilor, alterările bioumorale, dozarea medicamentului în sânge, etc. Indiciile pot fi căutate în documentaţia clinică atunci când se realizează revederea foii de observaţie (FO) sau prin sisteme informatice de culegere a datelor şi semnalare a tuturor cazurilor care au prezentat un set de indicii definit în prealabil.

Auditul Foii de Observaţie

Aceasta metodă retrospectivă de identificare a incidentelor permite îmbunătăţirea nivelului de cunoştinţe al profesioniştilor, indispensabil procesului de învăţare. Validitatea stiinţifică a metodei depinde foarte mult de validitatea statistică (mărimea şi modul de selecţie al eşantionului de FO care vor fi analizate, instruirea şi obiectivitatea persoanelor responsabile de revederea şi analiza FO, alegerea variabilelor şi tipul de analiză, etc.).

Utilizarea datelor administrative

Este o metodă retrospectivă de identificare a incidentelor care oferă un nivel satisfăcător de informaţii, rapid şi cu costuri minime. Foaia de externare a pacientului este o importantă sursă de date administrative care pot fi folosite în acest scop. Un set de indicatori specifici aleşi cu grijă astfel încât să permită identificarea cazurilor cu probabilitate ridicată de a fi dezvoltat complicaţii şi/sau evenimente corelate cu deficienţe ale calităţii îngrijirilor constituie un filtru care poate fi aplicat bazelor de date obţinute prin înregistrarea informaţiilor din Fişa de externare a pacienţilor.

Este astfel realizat un screening al unor posibile probleme susceptibile de a fi cauzat incidente, screening urmat de o analiză detaliată a FO a pacienţilor selectionaţi. Exemple de astfel de indicatori sunt: mortalitatea intraspitalicească sau perinatală, evenimente intraoperatorii etc.

Principalele limite ale metodei sunt legate în special de faptul că descrierea pacienţilor şi a proceselor este incompletă (scopul culegerii datelor este altul decât evaluarea calităţii) şi de faptul că feedback-ul în vederea acţiunilor corective este destul de tardiv. [54, 55]

Analiza reclamaţiilor

Este o metodă retrospectivă de identificare a incidentelor, care răspunde rapid la situaţii de disconfort şi nemulţumire (plângeri) exprimate de pacienţi, orientând deciziile conducerii spitalului. Reflectă percepţia şi punctul de vedere al pacientului. Un caz particular al acestei metode este analiza situaţiilor de contencios, în care pacientul acţionează medicul şi/sau spitalul în judecată, cerând despăgubiri.

“Root Cause Analysis” (RCA)

Această metodă retrospectivă inductivă, prin care sunt căutate cauzele erorilor identificate, permite aprofundarea motivului fiecărei acţiuni şi a eventualelor abateri de la normă.

Cauzele identificate sunt grupate pe categorii, subliniind interacţiunile dintre ele cu ajutorul diagramei cauză-efect (diagrama în os de peşte sau diagrama Ishikawa). În conformitate cu principiile managementului riscului, accentul se pune pe cauzele care îşi au originea în deficienţele privind structura şi organizarea.

Alte modalităţi de realizare a RCA pot fi: „tehnica celor 5 de ce?” (o serie de 5 întrebări care încep cu „de ce”, până când se obţine un răspuns satisfăcător pentru grupul care analizează cauzele) sau analiza proceselor (în special în cazuri complexe unde acţionează variabile multiple, iar organizarea este de tip transversal).

FMEA (“Failure Mode and Effect Analysis)

Este o metodă proactivă pentru analiza calitativă şi cantitativă a riscurilor potenţiale în vederea stabilirii priorităţilor de intervenţie, prevazută de normele ISO 9004/2000.

Prima etapă a aplicării metodei constă în definirea procesului care trebuie studiat şi descrierea modului corect de realizare. Apoi se realizează o analiză calitativă (descrierea erorilor, a efectelor şi a cauzelor acestora) şi se construiesc scale de evaluare (de exemplu: gravitatea efectului, probabilitatea cauzelor, etc.), care să permită ulterior realizarea unei analize cantitative. Ultima etapă constă în calcularea unui indice de prioritate a riscului (IPR) şi ierarhizare, astfel încât să poată fi luate deciziile cele mai oportune privind nivelul riscului (control, reducere, eliminare).

4.9 Concluzii

Această secţiune a fost dedicată unor modele de evaluare a calităţii organizaţiilor de sănătate la nivel internaţional.

În România, aplicarea sistematică a chestionarelor de satisfacţie a pacienţilor (şi a angajaţilor) sau analiza plângerilor (reclamaţiilor) sunt activităţi obişnuite în organizaţiile private, impuse în ultimii ani şi spitalelor publice.

Cartea serviciilor, obligatorie în organizaţiile publice în numeroase ţări, informează cetăţenii asupra serviciilor şi prestaţiilor oferite şi a nivelului de calitate garantat de organizaţie pentru acele activităţi.

Certificarea ISO, acreditarea de către JCI şi modelul EFQM au la bază criterii şi standarde de calitate-performanţă asemănătoare. Obţinerea certificării ISO, acreditării JCI sau a premiului EFQM este o recunoaştere a faptului că organizaţia satisface acele standarde.

Sistemul BSC asigură un echilibru între diferite componente-cheie ale managementului calităţii, cu importanţă strategică pentru organizaţie. Identificarea şi analiza riscului clinic permit învaţarea din erori şi evitarea lor în viitor, pentru o mai mare siguranţa în organizaţiile de sănătate.

5. INSTRUMENTE UTILIZATE PENTRU EVALUAREA INGRIJIRILOR ACORDATE DE PERSONALUL SANITAR MEDIU

5.1 Introducere

Inventarul metodelor de măsurare a îngrijirilor acordate de aceast personal, disponibile la nivel internaţional, a condus la clasificarea acestora în categoriile de mai jos [33, 34].

1. Metode cu copyright *versus* metode fără copyright

Metodele cu *copyright* implică o investiţie financiară mai mare faţă de metodele fără *copyright*. *Copyright*-ul poate fi necesar fie pentru utilizarea metodei, fie pentru utilizarea aplicaţiei informatice (*software*) care o însoţeşte şi care furnizează statistici privind volumul de muncă pe secţie, pe zi de spitalizare, în funcţie de diagnostic, etc.

2. Metode locale (consensuale) *versus* metode universale

Metodele locale sunt concepute şi reactualizate la nivel local, în funcţie de indicatorii necesari pentru gestionarea instituţiilor de sănătate dintr-o regiune. În general, este vorba de metode cu mod de utilizare simplu şi rapid şi cu preţ redus. Totuşi, ele nu sunt validate, iar comparaţia cu alte instituţii în afara reţelei de instituţii unde sunt aplicate nu este posibilă.

Metodele universale sunt reputate ca fiind stiinţifice şi mai fiabile, întrucât au o validitate externă verificată şi sunt reactualizate în baza datelor disponibile la o scară mai largă. Comparaţia internaţională este deci posibilă. Fiind de obicei cu *copyright*, acestea au un cost mai ridicat faţă de metodele locale.

3. Metode bazate pe îngrijirile efectuate *versus* metode bazate pe îngrijirile necesare

Tradiţional, se subliniază diferenţa între îngrijirile necesare (de exemplu metoda PRN) şi îngrijirile efectuate (de exemplu metoda LEP). Totuşi, în practică, o delimitare netă între cele două categorii nu este întotdeauna evidentă, întrucât obiectivul îngrijirilor efectuate este acela de a răspunde nevoilor pacientului, adică la necesarul de îngrijiri pentru un pacient. Invers, îngrijirile necesare sfârşesc prin a deveni, în ultimă instanţă, îngrijiri efectuate.

4. Metode analitice *versus* metode sintetice

Metodele analitice încearcă să descompună îngrijirile cât mai mult posibil, în timp ce metodele sintetice încearcă să le regrupeze în categorii. Din cauza gradului de detaliere care le caracterizează, metodele analitice sunt mai greu de aplicat şi necesită o instruire mult mai

laborioasă a personalului. Din contră, aplicarea metodelor sintetice, fiind mai rapidă se bucură de o mai mare adeziune din partea personalului auxiliar mediu.

5. Metode directe *versus* metode indirecte

Metodele directe se referă la măsurarea pe baza unităţilor de îngrijiri elementare, cărora li se atribuie valori-timp (sau standarde de timp), verificate, validate. Însumând unităţile de timp de acţiune pentru îngrijiri (efectuate sau necesare) pentru fiecare pacient, se defineşte volumul global de timp (consumat sau necesar), pentru o secţie sau o instituţie. Apoi, în funcţie de îngrijiri şi de timpul necesar, se definesc categoriile de pacienţi. Metodele indirecte (pe categorii de persoane) nu măsoară volumul de muncă pentru îngrijiri, ci clasifică pacienţii în funcţie de starea lor de dependenţă, după care stabilesc coeficienţi, care permit trecerea de la o categorie de date la alta.

6. Metode integrate în planul de îngrijiri *versus* metode neintegrate în planul de îngrijiri

Planificarea îngrijirilor este un demers ştiinţific, legat de munca asistentei medicale, care constă în definirea îngrijirilor pe care le necesită pacientul, în funcţie de analiza stării sale de sănătate, de mijloacele necesare pentru organizarea intervenţiilor legate de îngrijire, pentru realizarea actelor care se impun şi pentru evaluarea rezultatelor, astfel încât să poată fi fixate, dacă este necesar, noi obiective. Planul de îngrijiri are la bază îngrijirile necesare.

Metodele prezentate sintetic în Tabelul nr.III.10. au fost analizate în cadrul unui proiect-pilot pentru experimentarea unui instrument de evaluare cantitativă a îngrijirilor consacrat la nivel internaţional în sectorul spitalicesc din România. Metodologia aleasă pentru a fi experimentată în cadrul proiectului a fost metoda SIIPS, care va fi descrisă în Secţiunea 5.2.

***Tabelul nr.III.10**. – Principalele caracteristici ale unor instrumente de evaluare cantitativă a îngrijirilor în spitalele pentru acuţi [33, 34]*

	SIIPS (*Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée*).	**PRN (*Projet de Recherche en Nursing)***	**LEP (*Leistungser-fassung in der Pflege*)**	**CLIDPa (*Carico del Lavoro Diretto al Paziente*)**
Locul de origine	Franţa	Canada	Elveţia de limbă germană	Elveţia de limbă italiană
Copyright	Metoda: nu *Software*: da	Metoda: da *Software*: da	Metoda: da *Software*: da	Metoda: nu *Software*: nu
Pus la dispoziţie de către:	Clubul utilizatorilor metodei SIIPS, Paris, Franţa	Echipa de cercetare operaţională în sănătate, Montréal, Canada	LEP-SA, San Gallo, Elveţia	Reţeaua spitalelor publice din cantonul Ticino, Elveţia

Utilizare	*Franţa (Paris, Toulouse, Clairmont Ferrand, Marsilia etc)*	Italia, Spania, Franţa, Elveţia, Portugalia, Belgia, Luxemburg	Elveţia, Germania, Austria, Franţa, Lichstenstein, Belgia	Cantonul elveţian Ticino
Analitic/sintetic	Sintetic	Analitic	Analitic	Sintetic
Universal/local	Universal	Universal	Universal	Local
Domenii de aplicare	Sector pentru îngrijiri de scurtă durată, pediatrie, psihiatrie, îngrijiri la domiciliu, spitalizare de zi, sector pentru îngrijiri de durată medie-lungă, readaptare, ambulator	Sector pentru îngrijiri de scurtă durată, sector pentru îngrijiri de durată medie-lungă, psihiatrie, reeducare funcţională	Sector pentru îngrijiri de scurtă durată, psihiatrie, readaptare	Sector pentru îngrijiri de scurtă durată (pediatrie, obstetrică şi neonatologie, dermatologie)

5.2. Evaluarea cantitativă: metoda SIIPS

Dezvoltat în Franţa, instrumentul SIIPS evaluează doar îngrijirile propriu-zise (directe). De aceea, pentru a determina volumul de muncă al personalului auxiliar mediu, acesta este utilizat împreună cu un instrument complementar, care determină activităţile de suport sau aferente îngrijirilor efectuate de această categorie de personal. Este vorba de un chestionar, validat în 1995 de Ministerul Afacerilor Sociale, al Sănătăţii şi al Oraşului din Franţa. Metoda SIIPS şi chestionarul pentru determinarea activităţilor aferente îngrijirilor (chestionarul AAI) pot fi solicitate Clubului utilizatorilor metodei SIIPS din Franţa şi pot fi obţinute gratuit.

Instrumentul SIIPS pentru evaluarea îngrijirilor directe

Îngrijirile acordate de către personalul auxiliar mediu sunt grupate în trei categorii care indică structura îngrijirilor. (Tabelul nr. III.11.).

Fiecare categorie are patru niveluri de complexitate (1, 4, 10, 20), cărora le corespund valori-timp care indică intensitatea îngrijirilor. O îngrijire căreia i se atribuie coeficientul 20 are o intensitate de douăzeci de ori mai mare decât o îngrijire căreia i se atribuie coeficientul 1. Valoarea-timp corespunzătoare unui punct SIIPS este de 8 minute şi 20 de secunde sau de 8,33 minute) de asistenţă acordată pacienţilor.

Atribuirea coeficienţilor se face prin consens, în echipă, atunci când se schimbă tura, folosind o grilă de lectură a coeficienţilor. Culegerea datelor se face zilnic şi se traduce în coeficienţi sau puncte SIIPS.

Tabelul nr. III.11. – Metoda SIIPS: valorile–timp care corespund îngrijirilor [56]

Categoria	Nivel de complexitate	Coeficient (puncte*)	Valori-timp (min/24ore)
I. Îngrijiri de bază **(IB)**	Autonomie	1	<10
	Ajutor ocazional	4	<40
	Ajutor permanent	10	60 -120
	Substituţie totală	20	120 - 190 şi peste
II. Îngrijiri tehnice **(IT)**	Îngrijiri simple (ex.: recoltări sau injecţii ≤ 4/24h)	1	<10
	Îngrijiri scurte (ex.: cateterism venos)	4	<40
	Îngrijiri complexe (ex.: ajutor la cateterism cardiac) sau îngrijiri simple şi scurte, însă repetate	10	60 -120
	Îngrijiri foarte complexe (ex.: perfuzie complexă + măsurarea diurezei + supravegherea constantelor din oră în oră)	20	120 - 190 şi peste
III. Îngrijiri relaţionale şi educative **(IRE)**	Autonomie	1	<10
	Ajutor ocazional	4	<40
	Ajutor permanent	10	60 - 120
	Substituţie totală	20	120 - 190 şi peste

(*) 1 punct SIIPS = 8 minute şi 20 secunde
Sursa: adaptat după Beaughon et al. (1999).

Calculul punctajului SIIPS este periodic.
Când durata de spitalizare depăşeşte 7 zile, calculul punctajului se face după fiecare 7 zile şi în ziua externării, în timp ce atunci când spitalizarea are mai puţin de 7 zile, calculul punctajului se face doar în ziua externării.

Pe o perioadă (întotdeauna ≤7 zile), se ia în considerare coeficientul cel mai frecvent (ex.: dintr-o serie de coeficienţi zilnici de 4 4 4 1 1 1 1 coeficientul periodic considerat este 1). În caz de frecvenţă egală a mai multor coeficienţi, se ia în considerare coeficientul superior (ex.: dintr-o serie de coeficienţi zilnici 10 10 10 4 4 4 1 coeficientul periodic considerat este 10). Operaţia se repetă pentru fiecare categorie de îngrijiri (IB, IT, IRE).

Coeficientul periodic astfel selecţionat este apoi înmulţit cu numărul de zile al perioadei, iar suma rezultatelor pentru toate perioadele pe care le are o spitalizare (perioada I, perioada II etc) şi pentru toate cele trei categorii de îngijiri (IB, IT, IRE), reprezintă «intensitatea cumulată a îngrijirilor» (care poate fi convertită în minute, prin înmulţirea cu 8,33). Acest indicator este utilizat pentru calculul personalului.

Împărţind această valoare la numărul zilelor de spitalizare se obţine «intensitatea îngrijirilor pe zi de spitalizare», care fiind un indicator standardizat, permite comparaţii între mai multe secţii.

Tabelul III.12 – Metoda SIIPS: calculul intensităţii îngrijirilor pentru un pacient cu o spitalizare de 10 zile [33, 34]

Cate-goria	Perioada I			Perioada II			Spitalizare		
	durata	coef	Punctaj SIIPS	durata	coef	Punctaj SIIPS	durata	Intensi-tate cumulată	Intensitate pe zi de spitalizare
IB	7	4	28	3	1	3	10	31	31/10=3,1
IT	7	10	70	3	4	12	10	82	82/10=8,2
IRE	7	4	28	3	4	12	10	40	40/10=4,0
			Total = 126			Total = 27		Total = 153	Total = 15,3

Metoda permite calculul unui alt indicator numit «structura îngrijirilor». În exemplul din Tabelul nr. III.12., acesta se obţine împărţind intensitatea cumulată a fiecăria dintre cele trei categorii de îngrijiri (IB=31, IT=82, IRE=40) la intensitatea cumulată totală (Total = 153). Acest indicator arată care este categoria de îngrijiri careia îi revine ponderea cea mai mare din totalul îngrijirilor acordate.

1) Chestionarul pentru măsurarea activităţilor aferente îngrijirilor (AAI)

Chestionarul AAI însoţeşte metoda SIIPS şi permite determinarea timpului consacrat activităţilor de suport efectuate de către personalul auxiliar mediu. După cum se observă în Tabelul nr. III.13., acesta are 19 elemente (*items*).

Completarea chestionarului se face prin auto-evaluare, realizată de către fiecare agent 24 din 24 de ore, timp de o săptămână. Eşantionul minim este constituit din tot personalul sanitar (fără medici) de pe o secţie de Chirurgie şi o secţie de Medicină Internă.

Evaluarea AAI ar trebui realizată o dată la doi ani sau de fiecare dată când au loc schimbări în organizarea muncii sau în arhitectura clădirii.

Tabelul nr. III.13. – Activităţile de suport evaluate cu ajutorul chestionarului AAI [57]

Categoria	Activităţi
I. Activităţi hoteliere	1. Gestiunea meselor 2. Gestiunea lenjeriei 3. Menţinerea localurilor 4. Gestiunea deşeurilor
II. Activităţi logistice	5. Igienă, decontaminare, sterilizare 6. Farmacie 7. Laborator

	8. Gestiunea materialului 9. Deplasarea în afara unităţii, către 10. Gestiunea timpului de lucru
III. Comunicare, informare, relaţii	11. Schimb de informaţii între echipe 12. Relaţii cu medicii 13. Alte relaţii 14. Telefon 15. Şedinţe
IV. Activităţi administrative	16. Gestiunea fluxului de pacienţi 17. Demersuri administrative
V. Încadrare, formare, cercetare	18. Elevi şi alţi agenţi 19. Formare, învăţământ, cercetare

Calculul personalului

Plecând de la indicatorul numit «intensitatea cumulată a îngrijirilor» se calculează numărul de posturi necesare pentru acordarea îngrijirilor propriu-zise în decursul a 24 de ore, conform formulei de mai jos:

$$\text{Nr posturi pentru îngrijiri/24h} \quad \frac{\text{Intensitatea cumulată (puncte SIIPS)/24h/secţie x 8,33}}{\text{Timp de lucru zilnic per agent (minute)}}$$

Numărul de minute dedicate AAI în decursul a 24 de ore permite calculul numărului de posturi necesare în decursul a 24 de ore pentru a efectua activităţile aferente îngrijirilor, folosind formula:

$$\text{Nr posturi pentru AAI/24h} = \frac{\text{Nr minute AAI/24h/ secţie}}{\text{Timp de lucru zilnic per agent (minute)}}$$

Timpul total consacrat îngrijirilor şi activităţilor aferente îngrijirilor (AAI) determină volumul de muncă şi deci personalul necesar în decursul a 24 de ore, conform formulei de mai jos:

$$\text{Nr posturi necesare pentru îngrijiri/24h} + \text{Nr posturi necesare pentru AAI/24h} = \text{Nr posturi necesare per secţie/24h}$$

Avantajele instrumentului SIIPS [56]

SIIPS are avantajul de a fi ieftină (nu necesită *copyright*), de a permite comparaţii la scară largă (metoda universală) şi de a avea un domeniu de aplicare destul de vast (sector pentru îngrijiri de scurtă durată, pediatrie, psihiatrie, îngrijiri la domiciliu, spitalizare de zi, sector pentru îngrijiri de durată medie-lungă, readaptare, sector ambulator).

De asemenea este o metodă sintetică şi necesită puţin timp pentru culegerea datelor, motiv pentru care este mai uşor acceptată de echipele de îngrijiri (faţă de o metodă analitică de exemplu).

Chiar dacă este sintetică, aceasta oferă o serie întreagă de informaţii epidemiologice despre pacienţi (vârstă, sex, diagnostic etc) mai ales dacă este aplicată pe perioade mai lungi de timp. În acest caz, ea furnizează indicatori trimestriali sau anuali, utili pentru favorizarea unei reflecţii colective asupra organizării secţiei (durata medie de spitalizare, numărul de internări, numărul de externări etc), volumului de muncă, calităţii îngrijirilor. Astfel, metoda poate contribui la creşterea eficienţei secţei/instituţiei.

Rezultatele sunt utilizabile în funcţie de nivelul de responsabilitate: director de îngrijiri, asistentă şefă, personalul de îngrijiri şi Direcţiunea spitalului.

Limitele instrumentului SIIPS [56]

Prezenţa şi intervenţia familiei pot influenţa intensitatea îngrijirilor, întrucât aparţinătorii pot acorda ei înşişi îngrijiri (îngrijiri de bază la un pacient vârstnic, de exemplu). În acelaşi timp, aparţinătorii pot necesita ei înşişi îngrijiri (au nevoie de informaţii, de formare). În primul exemplu, volumul de muncă al asistentelor se diminuează, iar în cel de-al doilea exemplu creşte.

Evaluarea îngrijirilor necesită capacitate de analiză, gândire şi precizie. Prin urmare, factori endogeni şi exogeni influenţează subiectivitatea personalului de îngrijiri, atunci când acesta evaluează îngrijirile.

Ca orice metodă bazată pe timpi mediani, este posibil ca acest instrument să nu reflecte întotdeauna complexitatea unor situaţii cu care se confruntă personalul de îngrijiri în practica de zi cu zi.

Calculul personalului cu metodologia SIIPS, nu ţine cont nici de categoria profesională, nici de repartizarea zi/noapte, nici de perioada de odihnă. Pentru a cunoaşte efectivul de personal care trebuie angajat pe o secţie, pe lângă rezultatele privind necesarul pe 24 de ore furnizate de metoda SIIPS, sunt necesare calcule suplimentare, care să ia în considerare zilele nelucrătoare şi concediile.

Anumiţi indicatori, care pot fi calculaţi cu ajutorul metodei SIIPS, necesită aplicarea instrumentului pe o perioadă mai mare de o lună (indicatori trimestriali şi anuali), ceea ce constituie o limitare pentru instituţiile de îngrijiri care aleg aplicarea instrumentului pe termen scurt.

În fine, elaborarea şi analiza datelor culese cu ajutorul instrumentului SIIPS, fără a dispune de aplicaţie informatică (*software*) specială, care de obicei însoţeste metoda, este de asemenea o limitare, întrucât necesită timp şi efort în plus.

5.3. Evaluarea calitativă şi cantitativă: metoda PRN

Metoda PRN (Projet de Recherche en Nursing), dezvoltată în Canada, se bazează pe elaborarea unui plan de îngrijiri, individualizat pentru fiecare pacient, de către personalul mediu din unitatea considerată.

Îngrijirile directe şi indirecte, necesare în 24 ore, precum şi frecvenţa lor zilnică, sunt traduse întâi în puncte, apoi în unităţi de timp, necesare realizării fiecăreia, prin intermediul unei grile standard exhaustive. Aceste îngrijiri sunt grupate pe grupe de nevoi (8), împărţite în rubrici mutual exclusive, care conţin unul sau mai multi factori numerotaţi, care sunt descrişi cu ajutorul unui ghid. În acest ghid fiecărui factor îi corespunde: un cod, un scop şi un obiectiv, o descriere, o situaţie clinică, reguli de utilizare, o valoare în puncte (1 pct = 5min).

Unităţile de timp pentru îngrijirile directe şi indirecte se adună cu unităţile de timp necesare comunicării şi activităţilor administrative şi de întreţinere indispensabile funcţionării unităţii.

***Tabelul nr. III.14**. – Metoda PRN: valorile-timp care corespund îngrijirilor [58]*

Categorie	Exemple		Timp mediu (min/24h)
Îngrijiri directe şi Indirecte 1. Respiraţie 2. Alimentaţie 3. Eliminare 4. Igienă 5. Mobilizare 6. Comunicare 7. Tratemente 8. Metode diagnostice	Îngrijiri directe – îngrijirile efectuate la patul persoanei îngrijite şi în interesul acesteia: • acte specifice de îngrijiri (executarea unei îngrijiri, asistenţa pentru auto-îngrijiri, observare, învăţare, relaţie de ajutor) • acte de suport direct al acţiunilor de îngrijiri (identificarea, informarea, izolarea, instalarea şi reinstalarea pacientului)	Îngrijiri indirecte – actele efectuate fără ca pacientul să fie prezent: • pregătirea materialului • consultarea planului de îngrijiri sau a reţetei • spălarea mâinilor	5 min/factor (Ghid)
Comunicarea având ca subiect persoana	• comunicarea având ca subiect persoana, însă fără ca aceasta să fie prezentă • transmisiunile orale dintre echipe • comunicarea cu corpul medical • comunicarea cu serviciile medico-tehnice • comunicarea cu echipa interdisciplinară în mediu intra- şi extra-spitalicesc • transmisiunile scrise, completarea foii de observaţie • culegerea datelor PRN		Formula matematică
Activităţi administrative şi de întreţinere	• activităţi administrative realizate de personalul mediu, şeful de secţie, secretară, pentru a asigura gestionarea unităţii • activităţile de întreţinere a materialului medical • activităţile de deplasare în interiorul şi în exteriorul unităţii de îngrijiri cu sau fără pacient		Tabel

Pe baza acestor date se pot calcula:

- ore-îngrijiri productive, necesare per zi-pacient;
- ore-îngrijiri lucrate, necesare per zi-pacient;
- ore-îngrijiri remunerate, necesare per zi-pacient.

Astfel, pacienţii pot fi împărţiţi în 15 clase reprezentative pentru ,,greutatea" în funcţie de volumul de muncă pe care îl necesită din partea personalului.

5.4. Evaluarea calităţii organizării îngrijirilor acordate de personalul sanitar mediu

Metoda IEQOUS[15] este o metodă prospectivă, care evaluează organizarea îngrijirilor acordate de personalul mediu al unei secţii (resurse şi procese) şi structura organizaţională a secţiei. Utilizarea IEQOUS are ca scop îmbunătăţirea continuă a calităţii (nu controlul) şi de aceea se doreşte ca aplicarea instrumentului să fie o sursă de motivaţie, care să încurajeze participarea activă a asistentelor medicale şi a personalului mediu cu funcţie de conducere.

Aşa cum am arătat în Tabelul nr. III.15., IEQOUS se compune din 9 teme (dimensiuni), 50 norme şi 164 criterii. Dacă norma este un enunţ general a ceea ce ar trebui să fie (compară ceea ce există în realitate şi un ideal care ar trebui atins), criteriul este un enunţ explicit (permite observarea unei situaţii reale şi aprecierea acesteia în raport cu idealul care trebuie atins). [37]

Fiecărui criteriu i se atribuie un punctaj, iar la sfârşitul evaluării rezultatele sunt prezentate sub formă de pondere (min 0 max 100%).

Sursele de informaţii sunt precizate pentru fiecare normă în parte şi pot fi: observarea unităţii, interviul asistentei şefe, interviul asistentelor, observarea foii de observaţie şi a altor documente, observarea echipamentului şi materialului etc.

Tabelul nr. III.15. – Structura IEQUS

Dimensiune	Nr. norme	Nr. criterii
1. Primirea în unitate (pacientul extern)	7	24
2. Gestionarea unităţii	11	46
3. Comunicare-informare	7	23
4. Aspecte interdisciplinare (pacientul intern)	9	25
5. Formare	3	12
6. Gestionarea materialului biomedical	3	18
7. Gestionarea activităţilor hoteliere	3	12
8. Anticiparea situaţiilor neprevăzute	2	4
9.Cultura unităţii	5	-

[15] Instrument d'Evaluation de la Qualité de l'Organisation de l'Unité de Soins

Pentru experimentarea IEQOUS în spital sunt necesare mai multe etape pe care le vom enumera în continuare. [37]

Etapa 1: Informarea şi sensibilizarea

Este o etapă preliminară necesară pentru explicarea obiectivelor proiectului, structurii şi conţinutului instrumentului, a mijloacelor necesare şi a regulilor care trebuie respectate pentru acceptarea instrumentului şi reuşita experimentării acestuia.

Etapa 2: Utilizarea instrumentului

Are loc în secţii selecţionate pe baza dorinţei lor de a participa la experiment. În această etapă grupurile de lucru stabilesc câte o listă de criterii pentru fiecare dimensiune, durata observării pentru fiecare listă etc.

Etapa 3: Planificarea observării

Observarea poate fi făcută de către persoane interne sau externe. Planificarea se face pe baza unei grile, care permite observatorului rotaţia de la o secţie la alta, astfel încât prezenţa sa într-o secţie să nu fie prelungită şi să antreneze comportamente de respingere şi lipsă de cooperare.

Etapa 4: Formarea observatorilor

Observatorul este persoana care culege datele şi trebuie să deţină o bogată experienţă clinică şi o competenţă profesională recunoscută. Obiectivele formării sunt: familiarizarea observatorului cu instrumentul, asigurarea fiabilităţii şi obiectivităţii observaţiilor, etc.

Etapa 5: Explicarea rolul de observator tututor participanţilor

Observatorul trebuie să fie obiectiv şi imparţial, astfel încât rezultatul observării să reflecte realitatea. El trebuie să fie acceptat de către toţi participanţii şi să ramână un observator pasiv (este interzis orice tip de intervenţie), care garantează confidenţialitatea rezultatelor observării.

Etapa 6: Realizarea observării

Observarea se realizează pe baza surselor de informaţii deja menţionate. Rezultatele trebuie să reflecte activitatea cotidiană şi nicidecum situaţii neobişnuite (generate, spre exemplu, de un eşec întâmplător al planificării).

Etapa 7: Alegerea observatorilor şi pre-testarea instrumentului

Asistenţi medicali de profesie, observatorii sunt aleşi de către responsabilul evaluării şi trebuie să fie persoane motivate, care să aibă o bună relaţie cu personalul care participă la evaluare.

Pre-testarea constă în evaluarea fiecărei liste, observările fiind făcute timp de 10 zile, astfel încât observatorul să poată petrece cât mai multe zile în unitate într-un interval de timp scurt.

Etapa 8: Utilizarea rezultatelor

Rezultatele pot fi utilizate la nivel de spital, de departament sau de secţie observată.

Etapa 9: Restituirea rezultatelor participanţilor

Scorurile obţinute (ilustrate grafic astfel încât să ilustreze un profil general al calităţii, iar nivelul atins să poată fi comparat cu nivelul optim care ar fi trebuit să fie atins, conform normelor

fixate) sunt restituite asistentei şefe: rezultatele pozitive vor fi folosite pentru valorizarea persoanelor, iar cele mai puţin satisfăcătoare vor fi utilizate ca motiv de îmbunătăţire a organizării.

5.5. Concluzii

O categorie de personal la fel de importantă în asigurarea calităţii actului, şi cu mult mai voluminoasă numeric decât cea a medicilor, este personalul sanitar mediu. Cum poate fi evaluată activitatea acestei categorii de personal, separat de cea a medicilor?

În această secţiune, după ce am ilustrat, într-un paragraf introductiv, caracteristicile distinctive ale instrumentelor disponibile, ne-am oprit la trei tipologii diferite de metodologii de evaluare a activităţii personalului sanitar mediu.

Metodologia franceza SIIPS este o metodă sintetică orientată mai mult spre evaluarea volumului de îngrijiri efectuate decât pe calitatea lor. Metoda canadiană PRN, care este mult mai analitică, măsoară atât volumul cât şi calitatea îngrijirilor (evaluează îngrijirile efectuate considerând ca sistem de referinţă îngrijirile necesare, conform planului de îngrijiri). Instrumentul belgian IEQOUS, aparţine în schimb unei a treia tipologii a cărei finalitate este aceea de a evalua dacă modul în care sunt organizate îngrijirile satisface anumite standarde ce calitate.

Cele 3 metodologii au în comun faptul că sunt structurate şi validate. În funcţie de volumul de activităţi măsurat poate fi calculat personalul necesar pentru realizarea acelor activităţi. Astfel SIIPS şi PRN ar putea fi utilizate şi de decidenţii din România, ca instrumente de suport pentru reactualizarea periodică a normativelor de alocare a personalului.

STUDIU DE CAZ. – EXPERIMENTAREA METODOLOGIEI SIIPS ÎN ROMÂNIA[16]

Introducere

Un Proiect-pilot de evaluare cantitativă a îngrijirilor a fost derulat România în 2004-2005, având ca scop selectarea unui instrument de evaluare cantitativă a îngrijirilor, adaptat particularităţilor sectorului spitalicesc din România, şi aplicarea acestuia pe teren, pentru a pune la dispoziţie un suport ştiinţific şi a obţine rezultate empirice destinate îmbunătăţirii luării deciziilor privind alocarea

16 Proiectul internaţional din care a fost extras studiul de caz a făcut obiectul a doua articole ştiinţifice (Ţereanu C, Pistre F, Lair ML, Minca DG, Hobeanu D *Soins infirmiers individualisés à la personne soignée: projet de mise en place en Roumanie,* Gestions Hospitalières 2007, 470: 666-670 şi respectiv Ţereanu C, Minca DG, Hobeanu D, Arhangel E, Busuioceanu E: *Este penurie de personal sanitar mediu în România?,* Medicina Modernă 2007, XIV (10): 548-557.

personalului auxiliar mediu în funcţie de nevoile pacienţilor la nivelul sectorului spitalicesc pentru acuţi. Studiul prezentat în continuare a fost realizat în cadrul acestui proiect pilot şi constă în evaluarea volumului de muncă în vederea determinării personalului auxiliar mediu necesar în decursul a 24h, cu ajutorul metodologiei franceze bazată pe instrumentul SIIPS.

Obiectivele studiului

1. *Determinarea profilului secţiilor în funcţie de intensitatea şi structura îngrijirilor (ingrijiri de bază – I.B., îngrijiri tehnice – I.T. şi îngrijiri relaţionale şi educative – I.R.E.);*
2. *Determinarea volumului de îngrijiri şi a numărului de posturi necesare în decursul a 24 h pentru a acorda îngrijiri pacienţilor;*
3. *Determinarea activităţilor aferente îngrijirilor (AAI) şi a numărul de posturi necesare în decursul a 24 h pentru efectuarea acestora;*
4. *Calcularea efectivelor necesare în decursul a 24 h per secţie în funcţie de volumul total de muncă (volumul de îngrijiri plus activităţile aferente îngrijirilor)*

Material şi metoda

La studiu au participat cinci secţii, şi anume: o secţie de Chirurgie generală de la Spitalul Universitar de Urgenţă din Bucureşti şi patru secţii (Chirurgie generală, Ortopedie şi traumatologie, Neurologie şi Medicină internă) de la Spitalul Judeţean de Urgenţă din Vâlcea.

Metodologia, validată la nivel naţional în Franţa, constă în două instrumente care au fost aplicate fără modificări: metoda SIIPS pentru măsurarea volumului îngrijirilor directe şi Chestionarul pentru măsurarea volumului activităţilor aferente îngrijirilor AAI. (descrise în Secţiunea 5)

Cele două instrumente permit calculul volumului de muncă şi al personalului conform principiului de mai jos:

Volum de muncă (minute) = îngrijiri (minute) + activităţi aferente îngrijirilor (minute)
şi

Culegerea datelor a fost efectuată pe hârtie, pe fişe speciale, după care datele au fost introduse în calculator şi analizate cu ajutorul programului SPSS 11.5 pentru Windows

Rezultate

1. Caracteristici generale ale celor 5 secţii participante la studiu

Arhitectura spitalului şi organizarea secţiei au o mare influenţă asupra timpului consacrat de personalul auxiliar mediu îngrijirilor şi mai ales activităţilor aferente îngrijirilor. Câteva elemente caracteristice celor cinci secţii studiate sunt prezentate în Tabelul nr.1.

Spitalul din Bucureşti ca şi construcţie este mai nou decât cel din Vâlcea. Secţia de Chirurgie a spitalului din Bucureşti are numărul cel mai mic de paturi (34), fiecare salon are toaletă proprie, iar, în plus, anumite funcţii ale spitalului sunt parţial informatizate. La spitalul din Vâlcea, numărul paturilor per secţie este mai mare (min. 54 şi max. 125), toaleta lipseşte în majoritatea saloanelor şi nici o funcţie nu este informatizată. Durata unei norme întregi de muncă pentru personalul auxiliar mediu pe secţia de Chirurgie a spitalului din Bucureşti este de 720 minute, în timp ce în cele patru secţii ale spitalului din Vâlcea este de 480 minute. De asemenea, se observă că, în general, numărul asistentelor este mai mare decât cel al infirmierelor, cu excepţia secţiei de Ortopedie a spitalului de la Vâlcea, unde numărul asistentelor este egal cu numărul infirmierelor.

Tabelul nr. 1 – *Arhitectura şi organizarea celor cinci secţii studiate*

		BUCUREŞTI	**VÂLCEA**			
		Chirurgie	**Chirurgie**	**Ortopedie**	**Neuro-logie.**	**Medicină Internă.**
ARH.	*Unitate cu culoar dublu*	*da*	*da*	*da*	*da*	*da*
	Pe un singur etaj	*da*	*da*	*da*	*da*	*da*
	Vechime de …	*10-20 ani*	*> 20 ani*	*> 20 ani*	*> 20 ani*	*> 20 ani*
ORGANIZAREA SECTIILOR	*Nr de paturi*	*34*	*90*	*54*	*90*	*125*
	Nr pacienţi/salon	*4*	*4*	*7*	*8*	*10*
	Nr saloane fără toaletă	*0*	*toate*	*toate*	*toate*	*toate (fără 2)*
	Sala de mese (bolnavi)	*da*	*da*	*nu*	*da*	*da*
	Funcţii spitaliceşti informatizate	*da, parţial*	*0*	*0*	*0*	*0*
	Activitatea personalului mediu este "sector de activitate" ?	*da*	*da*	*da*	*da*	*da*
	Timp de lucru asistentă/24h	*720 min*	*480 min*	*480 min*	*480 min*	*480 min*
	Timp de lucru infirmieră/24h	*720 min*	*480 min*	*480 min*	*480 min*	*480 min*
	Personal auxiliar mediu angajat *- asistente* *- infirmiere*	*33* *26* *7*	*44* *26* *18*	*26* *13* *13*	*42* *25* *17*	*60* *41* *19*

În total 1.687 pacienţi au participat la studiul din România (191 pacienţi au fost evaluaţi în spitalul din Bucureşti şi 1.496 în cel din Vâlcea). Aşa cum reiese din Tabelul nr. 2, media de vârstă a pacienţilor de pe secţia de Chirurgie a spitalului din Vâlcea a fost de numai 48 ani, cu toate că vârsta modală a fost de 79 ani. (Acest rezultat ilustrează faptul că secţia respectivă interneză atât copii, cât şi adulţi). Cea mai mare dintre cele cinci secţii (Medicina internă Vâlcea – 125 paturi) este singura secţie în care numărul de internări a fost mai mare decât cel de externări. În timpul perioadei studiate, această secţie şi cea de Chirurgie din Bucureşti au avut o rată de spitalizare de peste 100%. (113% respectiv 146%).

Tabelul nr. 2. – *Statistici generale privind cele cinci secţii studiate (octombrie 2004)*

	BUCURESTI	**VALCEA**			
	Chirurgie	**Chirurgie**	**Ortopedie**	**Neurologie**	**Medină Internă**
Nr pacienţi	*191*	*288*	*149*	*419*	*640*
Femei *Bărbaţi*	*57%* *43%*	*43%* *57%*	*48%* *52%*	*49%* *51%*	*52%* *48%*
Vârsta medie *Vârsta modală*	*52* *51*	***48*** ***79***	*57* *65*	*54* *50*	*58* *68*
Nr internări	*136*	*235*	*114*	*338*	***533***
Nr externări	*163*	*263*	*124*	*346*	***517***
*Nr zile de spitalizare**	*1535*	*1751*	*1082*	*2727*	*4364*
Rata de ocupare	***146%***	*63%*	*65%*	*98%*	***113%***

**) provenind din spitalizări complete şi incomplete*

2. Profilul secţiilor în funcţie de intensitatea şi structura îngrijirilor

Intensitatea îngrijirilor este exprimată în puncte SIIPS şi este exprimată cu ajutorul a doi indicatori. Primul indicator se numeşte "intensitatea cumulată a îngrijirilor" şi este utilizat în special pentru calculul personalului. (Tabelul nr.3).

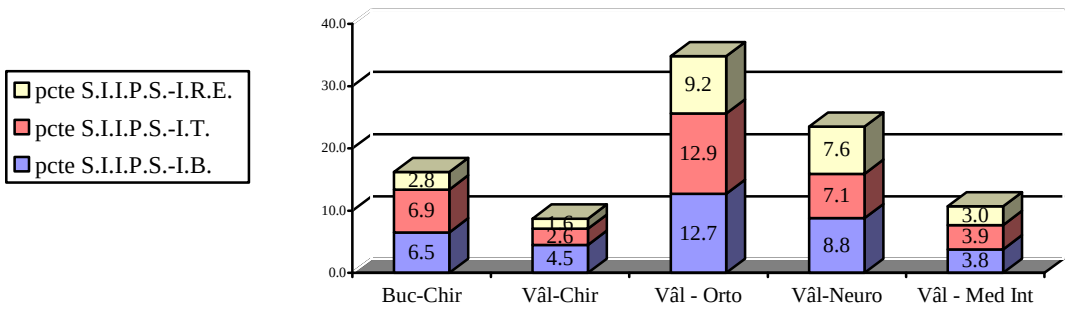
Tabelul nr.3. – Intensitatea cumulată a îngrijirilor (puncte SIIPS*) în luna octombrie 2004

	BUCURESTI	**VÂLCEA**			
	Chirurgie	*Chirurgie*	*Ortopedie*	*Neurologie*	*Medicină Internă*
Pcte SIIPS-I.B.	*10.008*	*7.866*	*13.754*	*23.986*	*16.392*
Pcte SIIPS-I.T.	*10.519*	*4.500*	*13.932*	*19.423*	*17.101*
Pcte SIIPS-I.R.E.	*4.370*	*2.816*	*9.912*	*20.727*	*13.092*
Pcte SIIPS-TOTAL	*24.897*	*15.182*	*37.598*	*64.136*	*46.585*

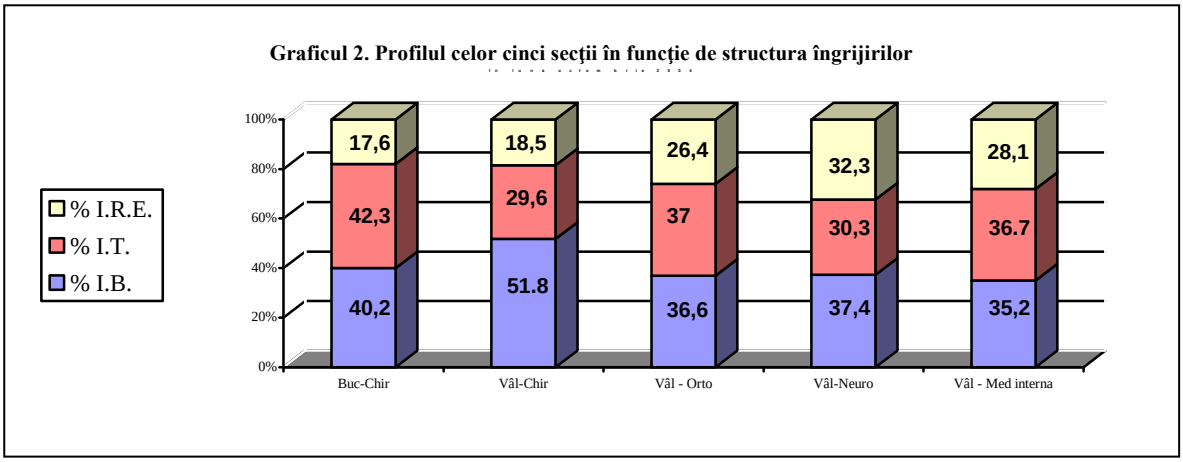
**) 1punct SIIPS = 8 minute şi 20 secunde, adică 8,33 minute.*

Cel de-al doilea indicator se numeşte "intensitatea îngrijirilor pe zi de spitalizare" şi este utilizat mai ales pentru comparaţii între secţii, pentru că este un indicator standardizat. Prezentăm o comparaţie între cele cinci secţii studiate în Graficu nr.1. Secţia de Ortopedie a spitalului din Vâlcea pare să fi avut cea mai mare intensitate de îngrijiri pe ziua de spitalizare. În ceea ce priveşte cele două secţii de Chirurgie, valoarea acestui indicator a fost dublă pentru secţia din Bucureşti (spital universitar) faţă de secţia din Vâlcea (spital judeţean).

Graficul 1. Profilul celor cinci secţii în funcţie de intensitatea îngrijirilor pe zi

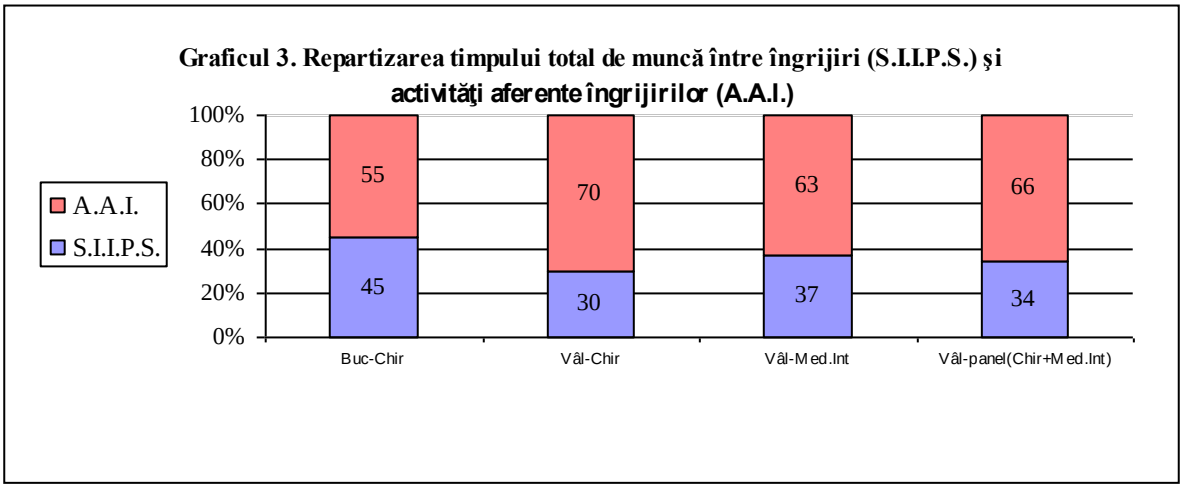


Plecând de la intensitatea îngrijirilor, a fost calculat un alt indicator care se numeşte "structura îngrijirilor" şi care se exprimă procentual. Rezultatele arată că, în timpul spitalizării pacienţilor, au fost acordate cu predilecţie fie îngrijiri de bază (IB), fie îngrijiri tehnice (I.T.). Singura secţie unde îngrijirile relaţionale şi educative (I.R.E.) par să fi avut un volum la fel de mare ca cele de bază sau cele tehnice a fost secţia de Neurologie a spitalului din Vâlcea.



3. Activităţile aferente îngrijirilor (AAI.)

Atât la spitalul din Bucureşti, cât şi la spitalul din Vâlcea, dintre toate activităţile aferente îngrijirilor, asistentele au consacrat cel mai mult timp activităţilor logistice şi de comunicare – informaţii – relaţii, în timp ce infirmierele au consacrat cel mai mult timp activităţilor hoteliere şi logistice. Ansamblul personalului (asistente şi infirmiere) au alocat activităţilor aferente îngrijirilor mai mult de jumătate din timpul total de muncă (Graficul nr.3). La spitalul din Vâlcea, activităţile aferente îngrijirilor necesită mai mult timp comparativ cu spitalul din Bucureşti. Probabil de aceea, personalului îi rămâne mai puţin timp pentru a asigura pacienţilor îngrijiri directe.



4. Dotarea cu personal

Rezultatul calculului personalului arată că în timpul lunii octombrie 2004, patru dintre cele cinci secţii studiate au funcţionat cu un deficit (posibilă penurie) de personal prezent faţă de personalul care ar fi fost necesar în decursul a 24h. Acest deficit ni se pare semnificativ în secţia de

Ortopedie, cea de Neurologie şi cea de Medicină internă din spitalul judeţean Vâlcea (Tabelul nr.4).

Tabelul nr. 4. – *Rezultatele privind dotarea cu personal (***)***

	BUCURESTI	***VALCEA***			
	Chirurgie	***Chirurgie***	***Ortop.***	***Neurol.***	***Med. Int.***
Intensitatea cumulată a îngrijirilor (puncte SIIPS)/serviciu:					
- în timpul lunii octombrie 2004	*24897*	*15182*	*37598*	*64136*	*46585*
- pe 24 h	*803,1*	*489,7*	*1212,8*	*2068,9*	*1502,7*
Nr posturi îngrijiri (SIIPS) / 24h	*9,3*	*8,5*	*21*	*35,9*	*26,1*
Timp consacrat AAI. (minute) / secţie (**)					
- o săptămână	*38574*	*57138*	*64291,5*	*64291,5*	*71445*
- pe 24 h 24h	*5510,6*	*8162,6*	*9184,5*	*9184,5*	*10206,4*
Nr posturi pentru AAI / 24 h	*7,7*	*17*	*19,1*	*19,1*	*21,2*
Nr posturi necesare / 24 h	*17*	*25,5*	*40,1*	*55*	*47,3*
Unităţi de personal prezent / 24h	*13,8*	*25,2*	*14*	*24,1*	*34,2*
Diferenţa între efectivul prezent şi cel necesar	***-3,1***	*-0,3*	***-26,1***	***-30,9***	***-13,1***
Ratio între efectivul prezent şi cel necesar	***81%***	*99%*	***35%***	***44%***	***72%***

**) Calculul ţine cont de faptul că o normă întreagă la nivelul secţiei de Chirurgie din Bucureşti este de 720 minute, în timp ce la nivelul secţiilor de la Vâlcea aceasta este de 480 minute.*

***) Pentru secţia de Chirurgie Bucureşti, Chirurgie Vâlcea şi Medicină internă Vâlcea am luat în considerare timpul destinat activităţilor aferente de către personalul propriu acestor secţii. Pentru secţia de Ortopedie Vâlcea şi secţia de Neurologie Vâlcea, unde o evaluare a activităţilor aferente nu a afost făcută, am utilizat timpul destinat activităţilor aferente de către un panel constituit din personalul din secţiile de Chirurgie Vâlcea şi Medicină internă Vâlcea împreună.*

Concluzii

Diferenţe între efectivele prezente şi cele necesare în decursul a 24 h (posibilă penurie) au fost observate în patru dintre cele cinci secţii spitaliceşti care au făcut obiectul studiului din România. Investind mai mult în arhitectura clădirilor şi printr-o mai bună organizare a activităţii şi a personalului la nivel de secţie, probabil că acest deficit ar putea fi evitat sau redus. Totuşi două dintre secţii – cea de Ortopedie şi cea Neurologie de la spitalul din Vâlcea – ar trebui să angajeze mult mai mult personal decât cel de care dispun în prezent pentru a putea răspunde în mod adecvat nevoilor pacienţilor.

Oricum, chiar dacă rezultatele studiului nu pot fi generalizate, întrucât acesta a fost realizat numai în cinci secţii, studiul sugerează faptul că actualele norme de alocare a personalului auxiliar mediu folosite de Ministerul Sănătăţii, bazate pe numărul de paturi, nu par să fie întotdeauna realiste, motiv pentru care ele ar trebui probabil să fie susţinute şi de alte instrumente manageriale.

Deşi am recurs la indicatori standardizaţi acolo unde a fost posibil, comparaţia între volumul de îngrijiri furnizat în secţiile studiate trebuie privită cu prudenţă. Variabilitatea îngrijirilor poate avea o serie de determinanţi, ca de exemplu: arhitectura şi organizarea secţiei; caracteristicile pacienţilor (de exemplu: vârstă, sex, diagnostic); caracteristicile furnizorilor de îngrijiri (de exemplu: practica individuală, capacitatea individuală de a codifica corect îngrijirile acordate); o posibilă inexactitate a datelor culese (o validare externă este totdeauna necesară).

Datorită faptului că instrumentul SIIPS a fost experimentat doar timp de o lună, nu am obţinut un număr de cazuri suficient de mare pentru o analiză statistică care să ne permită să tragem concluzii valide privind volumul de muncă per patologie.

Principalul punct forte al Proiectului-pilot rămâne faptul că acesta a permis experimentarea pentru prima dată în România a unuia dintre instrumentele de evaluare cantitativă a îngrijirilor disponibile la nivel internaţional care şi-au demonstrat eficacitatea ca suport de decizie – alături de alte instrumente manageriale – în alocarea personalului auxiliar mediu în instituţiile de sănătate.

Catedra de Sănătate Publică şi Management al Universităţii de Medicină şi Farmacie „Carol Davila" Bucureşti, care a fost unul dintre cei trei parteneri ai Proiectului-pilot, alături de Serviciul de Sănătate Publică al Cantonului Ticino (Elveţia) şi de Universitatea din Elveţia italiană (Lugano), a devenit promotor al unui nou curent de opinie favorabil replicării studiului în alte structuri.

Având în vedere exodul personalului medico-sanitar, înregistrat odată cu aderarea la Uniunea Europeana, România ar trebui să utilizeze instrumente mult mai eficace pentru a pune în valoare munca resurselor umane din sistemul sanitar. Subiectul abordat în cadrul acestui studiu de caz este de foarte mare actualitate în contextul, mult mai vast al calităţii asistenţei acordate de personalul medico-sanitar. Suprasolicitarea personalului din cauza penuriei are o serie de efecte periculoase: creşte riscul erorilor profesionale, creşte numărul şi complexitatea situaţiilor generatoare de tensiune şi stres, reduce durata îngrijirilor favorizând selectarea îngrijirilor prioritare.

6. CONCLUZII

În concluzie, acordarea unor îngrijiri de calitate înseamnă „oferirea unor servicii medicale care satisfac nevoile reale ale indivizilor şi ale grupurilor, sunt disponibile şi accesibile, răspund aşteptărilor rezonabile ale celor trataţi (este acceptabil), permit o coordonare eficace între medicii de familie şi specialişti (continuitate), se bazează pe un nivel înalt de cunostinţe în materie de management al serviciilor medicale de educaţie, prevenire, de diagnostic şi tratament (competenţa profesională); şi sunt furnizate într-un mediu care conferă siguranţă fizică". (45)

Particularităţile organizaţiilor de sănătate şi calitatea

Provocările pentru organizaţiile de sănătate sunt foarte diferite de cele la care trebuie să răspundă alte organizaţii. De exemplu, un spital trebuie să se adapteze la mediu, să prevadă şi să răspundă la nevoile unor grupuri populaţionale variate, să reuşească să ţină pasul cu progresul stiinţei şi tehnologiei, să producă şi să dezvolte competenţe profesionale şi sociale (învăţare), să permită dobândirea unor cunoştinţe noi prin cercetare, etc. În plus, el trebuie să concilieze acţiunile unor actori diferiţi din interiorul (medici, asistenţi medicali şi alte categorii profesionale, personal de conducere şi de suport) şi exteriorul organizaţiei (ministerul sănătăţii, companii de asigurări, etc.). Din cauza acestor particularităţi, organizaţiile de sănătate se confruntă cu o serie de dificultăţi în realizarea misiunii sale de a oferi populaţiei îngrijiri de calitate, înţeleasă conform definiţiei de mai sus.

Domenighetti (2003) susţine că o particularitate fundamentală a serviciilor sanitare – în special, a acelora bazate pe tehnologii complexe – este dificultatea, dacă nu chiar imposibilitatea, de a evalua în mod standardizat, consensual şi fiabil calitatea (performanţa) prestaţiilor şi serviciilor în ceea ce priveşte adecvarea la nevoi şi rezultatele obţinute exprimate sub forma de „câstig sau ameliorare" în ceea ce priveşte starea de sănătate. [59]

Cultura organizaţională şi calitatea

Cultura unei organizaţii cuprinde ansamblu de credinţe şi valori vehiculate într-o organizaţie care determină comportamentul membrilor, reflectând raţiunea acesteia de a exista şi orientarea sa. Cultura organizaţională este sinonimă cu filosofia de management, stilul şi identitatea organizaţiei, şi reflectă modul de viaţă global al organizaţiei. [60, 61] Cultura stă sub semnul unor valori dominante şi norme comportamentale prestabilite. În organizaţiile de sănătate pot fi constatate, relativ frecvent, divergenţe între valorile vehiculate de grupuri de indivizi şi cele ale organizaţiei. Acestea pot duce la ineficacitatea echipei de îngrijiri şi, în cele din urmă, la o diluare completă a eficacităţii unei organizaţii.

Motivarea şi implicarea întregului personal (lucru în echipă) în proiectele pentru evaluarea şi îmbunăţirea calităţii sunt elemente indispensabile culturii pro-calitate. Nevoile de autonomie ale profesioniştilor (mai ales medici) trebuie păstrate, pe cât posibil, în toate deciziile legate de proiectarea organizaţiilor. Aşadar mecanismele pentru coordonarea activităţii lor trebuie să fie flexibile. Mai mult, profesioniştii ţin să participe la procesul de luare a deciziilor care influenţează natura profesională a activităţii lor în prezent şi în viitor. De aceea este necesară implicarea membrilor organizaţiei, şi mai ales a profesioniştilor, în dezvoltarea, implementarea şi monitorizarea iniţiativelor legate de productivitate şi eficienţă. [62]

Un alt element important pentru cultura organizaţională pro-calitate este acceptarea comparării. *Benchmarking*-ul ajută adaptarea la inovaţii şi la depăşirea unor situaţii în care diversitatea intrinsecă şi inalienabilă a fiecărei organizaţii determină rezistenţa la schimbare . [63]

În altă ordine de idei, uneori rezultatele negative pentru sănătatea pacientului pot fi consecinţa unor erori umane, inevitabile în organizaţii atât de complexe şi particulare cum sunt cele de sănătate. În lumina noilor teorii privind rolul factorului uman în producerea erorilor [64], astăzi se vorbeşte tot mai mult de abandonarea culturii învinovăţirii şi pedepsirii, în favoarea culturii nevinovăţiei.

Cu alte cuvinte, atunci când au loc, erorile nu ar trebui ascunse, ci declarate spontan, astfel încât toţi membrii organizaţiei să poată trage învaţaminte şi să le poată evita pe viitor (*learning organization*).

În concluzie, asigurarea constantă a unor îngrijiri de calitate este dificil de realizat fără o cultură organizaţionala adecvată, prezentă la toate nivelurile organizaţiei.

Managementul informaţiilor şi calitatea îngrijirilor

Managementul informaţiilor se referă la crearea, utilizarea şi păstrarea datelor sau informaţiilor într-o organizaţie. Este un aspect critic pentru eficacitatea şi eficienţa activităţii spitalului. Pentru ameliorarea productivităţii şi eficienţei trebuie dezvoltate sisteme de management al informaţiilor, care să satisfacă cerinţe cum ar fi: acurateţea, utilitatea, rapiditatea. Astfel, asigurarea calităţii presupune inclusiv o bună programare a personalului şi resurselor de suport (statisticieni, informaticieni, etc). [62] Pe de altă parte, un rol important în managementul informaţiei revine tehnologiei informaţiei. Uneori aceasta este un mijloc care permite evitarea erorilor. Se pare că introducerea dosarului electronic al pacientului reprezintă o bună investiţie pentru îmbunătăţirea managementului calităţii şi reducerea costurilor non-calităţii. [11]

Rezultatele privind starea de sănătate şi calitatea îngrijirilor

Ne-am aştepta ca, cu cât investim mai mult în asigurarea calităţii în organizaţiile de sănătate, cu atât rezultatele privind starea de sănătate a populaţiei deservite să fie mai bune, însă s-a dovedit că aceasta nu este o regulă general valabilă. De pildă, s-a observat că în ţările industrializate

avansate, care garantează un acces echitabil la serviciile medico-sanitare, nu există o corelaţie între creşterea resurselor dedicate sănătăţii şi creşterea speranţei de viaţă. Analizând diferiţi factori determinanţi ai sănătăţii, s-a estimat că sectorul sanitar pur contribuie la longevitate (obiectiv 75 ani) în proporţie de 10-15 %, în timp ce contribuţia patrimoniului genetic a fost de 20-30%, a ecosistemului de 20% şi cea a factorilor socio-economici de 40-50%. [59]

Pe de altă parte, lipsa unei investiţii suficiente în calitate, poate, în unele cazuri să ducă la evenimente adverse grave, care să prejudicieze starea de sănătate a pacienţilor. Astfel, costurile non-calităţii pot fi cu mult mai mari decât ale calităţii: ele se pot traduce în zile suplimentare de spitalizare, pierderi de vieţi omeneşti, despăgubiri platite părţii lezate, etc. [30]

Ghidurile de practică şi calitatea

Calitatea tehnico-profesională este şi ea la fel de dificil de evaluat în organizaţiile de sănătate. De obicei, în acest scop este analizat gradul de aderenţă la ghidurile de practică. Totuşi, definirea calităţii ghidurilor de practică nu este evidentă. În principiu, un bun ghid de practică este acela care, în cele din urmă, conduce la îmbunătăţirea rezultatelor pentru pacient. Ghidul trebuie să fie valid din punct de vedere stiinţific, utilizabil şi fiabil. Totuşi dovezi privind aceste aspecte sunt rareori disponibile. Numărul ghidurilor de practică este pe zi ce trece tot mai mare. De aceea, recent au fost generate noi instrumente (AGREE, GRADE) care, deşi nu au drept finalitate să evalueze conţinutul clinic sau calitatea dovezilor stiinţifice care stau la baza ghidului, îşi propun să evalueze procesul de elaborare al ghidurilor şi modul în care acest proces este documentat (transparenţă). Informaţiile culese cu ajutorul acestui tip de instrumente: permit identificarea purtătorilor de interes implicaţi (cine sunt experţii care au elaborat ghidul?; au fost implicaţi şi pacienţii?); arată cât a fost de riguros modul de elaborare (care a fost strategia de căutare a dovezilor ştiinţifice?; dar metodologia studiilor care stau la baza recomandărilor?; recomandările indică deopotrivă beneficii, efecte colaterale, riscuri?); descriu aplicabilitatea recomandărilor (care sunt schimbările pe care le introduc?; care sunt costurile pe care le presupune implementarea recomandărilor?); arată independenţa editorială (declaraţie explicită că organizaţia finanţatoare nu a influenţat recomandările finale). [65, 66]

Astfel ies la iveală acele ghiduri a căror elaborare a fost sponsorizată de diferite grupuri de interes din industrie (care îşi promovează produsele) sau care, spre exemplu, încurajează utilizarea la

scară largă a unor proceduri sau medicamente sau dispozitive ale căror riscuri sunt mai mari decât beneficiile.

Pacienţii şi calitatea îngrijirilor

Pentru pacient, calitatea îngrijirilor înseamnă în mare măsură relaţia cu personalul, de aceea organizaţiile care investesc în acest aspect au rate mari de satisfacţie. Când pacientul se poate exprima şi asupra alimentaţiei sau comfortului hotelier din spital, rata de satisfacţie s-ar putea să se reducă. În ultimul timp, în încercarea de a obţine opinia pacientului asupra unor dimensiuni mai complexe ale calităţii actului medical, pacientul este invitat să-şi exprime satisfacţia şi în privinţa altor aspecte cum ar fi: managementul durerii, modul de planificare a externării sau consimţământul informat. [67]

Alături de chestionare, analiza reclamaţiilor este un instrument important pentru evaluarea satisfacţiei pacientului. Lipsa plângerilor sau a reclamaţiilor nu înseamnă neapărat satisfacţia pacientului. Pe de altă parte, chiar dacă toţi ar declara că sunt satisfăcuţi, ei ar putea să o facă pentru că sunt obişnuiţi cu o calitate slabă a serviciilor sau îngrijirilor. De aceea, este foarte important să descoperim ceea ce îşi doresc ei cu adevarat şi care sunt aşteptările lor de la o anumită organizaţie de sănătate. [45]

Certificarea, acreditarea, premiile de excelenţa şi calitatea

Asigurarea calităţii presupune evaluarea sistematică a acesteia. Certificarea ISO, acreditarea JCI şi premiul de excelenţa EFQM reprezintă unele dintre cele mai cunoscute programe de evaluare externă a calităţii organizaţiilor de sănătate la nivel internaţional. Aceste modele pot fi întâlnite chiar şi simultan în aceeaşi ţară.

Conform unui studiu al UE aceste programe au o serie de elemente în comun. Ele oferă un cadru legal şi de valori prin descrierea elementelor calităţii**,** publică standarde valide, furnizând o bază obiectivă pentru evaluare. Cele trei programe se axează pe pacienţi şi includ procesele clinice şi rezultatele acestora. Deşi sunt programe de evaluare externă, încurajează auditul intern şi antrenează auditorii. Oferă acces public la standardele pe care se bazează, la procesul de audit şi la rezultatele acestuia. În fine, ele măsoară sistematic calitatea şi cuantifică îmbunătăţirea acesteia în timp. Diferenţele dintre ele constau în obiectul evaluării care, în funcţie de tipul de program, poate fi centrat pe pacient sau pe sistem. Certificarea ISO evaluează întregul mamanagement al calităţii dintr-o organizaţie şi creează un cadru cuprinzător pentru dezvoltarea acestuia. Modelul JCI se bazează pe evaluarea tuturor sistemelor unei organizaţii, precum şi a capacităţii organizaţiei de a realiza un audit intern eficient. Modelul EFQM furnizează de asemenea cadrul de dezvoltare a sistemelor de management al calităţii şi poate fi folosit ca instrument de audit atât intern cât şi extern. [47, 48]

Personalul sanitar mediu şi calitatea îngrijirilor

Evaluarea cantitativă şi calitativă a îngrijirilor acordate de personalul sanitar mediu ajută la diviziunea muncii şi îmbunătăţirea calităţii proceselor şi permite dimensionarea personalului în funcţie de activitatea desfaşurată. Intrumentele SIIPS, PRN şi IEQOUS realizează o evaluare multidimensională şi reprezintă un demers participativ, care permite valorizarea şi recunoaşterea departamentului de îngrijiri. Elementele care ar putea fi invocate în defavoarea acestor instrumente se referă la: impresia de reducere a autonomiei profesionale sau la timpul pe care îl necesită activitatea de formare pentru aplicarea instrumentului şi activitatea de culegere a datelor. Aceste instrumente pot fi considerate pârghii ale schimbării şi mijloace pentru stimularea şi motivarea acestei categorii de personal. Ele sunt în acelaşi timp sursă de informaţii privind funcţionarea organizaţiei în trecut şi în prezent, utile pentru a anticipa viitorul, şi ajută în luarea unor decizii strategice. [34 37]

BIBLIOGRAFIE

1. Brusoni M (coordonator), Faronato PP, Gallo G, Perobelli S: Il miglioramento della qualità dei servizi sanitari: principi e metodi, Promopharma, 2000.

2. Vignati E, Bruno P: Tecniche di management sanitario: strategia, organizzazione, programmazione, controllo e miglioramento della qualità dei servizi per gestire il cambiamento della sanità, Francoangeli 2002.

3. Elefanti M, Brusoni M, Mallarini E: La qualità nella Sanità, Egea, 2003

4. Bailly A, Bernhardt M, Gabella M: Pour une santé de Qualité en Suisse, Economica, 2003

5. Kelley E, Hurst J: Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework Paper, OECD Health Working papers, 2006

6. National Patient Safety Foundation: Agenda for research and development in patient safety. Chicago, IL: National Patient Safety Foundation, 2000. (http://www.npsf.org/pdf/r/researchagenda.pdf)

7. Donabedian A: *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford University Press, 2003.

8. WHO: The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Geneva: WHO, 2000.

9. Institute of Medicine: *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington DC: National Academy Press, 2001.

10. Donabedian A: Explorations in quality assessmentand monitoring, vol.1 The Definition of Quality and approaches to its assessment. Ann Harbor, Harvard Health Administration Press, 1980.
11. Wallace P: The Health of nations a survey of health-care finance, The Economist, 17/07/2004

12. Kélada J: La gestion intégrale de la qualité. Éditions Quafec, Montréal,1986.

13. Payette A: Les compétences des gestionnaires et la performance des organisations publiques: essai de synthèse. In Marie-Michèle Guay (coordonator), Performance et secteur public. Réalités, enjeux et paradoxes, Presse de l'Université du Québec, 1997

14. Vlădescu C: „Capitolul 1 Evaluarea nevoilor şi planificarea în politicile de sănătate" în Vlădescu, Predescu M, Stoicescu E Sănătate publică şi management sanitar, Centrul pentru Politici şi Servicii de Sănătate, Bucureşti, 2002

15. OECD: Towards High Performing Health Systems 2005: Policies Studies, Paris, OECD,2005

16. OECD: The OECD Health Project Towards High-performing Health Systems: Summary Report, 2004

17. WHO: European health for all database (HFA-DB), WHO Regional Office for Europe Geneva. (http://data.euro.who.int/hfadb/)

18. Ministerul Sănătăţii Publice: Ordinul Nr 914 din 26 iulie 2006 pentru aprobarea normelor privind condiţiile pe care trebuie să le îndeplinească un spital în vederea obţinerii autorizaţiei sanitare de funcţionare, Monitorul Oficial Nr 695 din 15 august 2006

19. Ministerul Sănătăţii Publice: Ordinul Nr. 1338 din 31 iulie 2007 pentru aprobarea Normelor privind structura funcţională a cabinetelor medicale şi de medicină dentară, Monitorul Oficial Nr 575 din 22 august 2007

20. Anexa *din 12/11/2008,* M.O. Partea I nr. 824bis din 08/12/2008, cuprinzând Strategia Naţională pentru Dezvoltare Durabilă a României Orizonturi 2013-2020-2030)

21. Parlamentul României: Legea 95 privind reforma din domeniul sănătăţii 2006 (Titlul VII: Spitalele), Monitorul Oficial Nr 372 din 2 aprilie 2007

22. Hotărârea nr. 1148/2008 M.O. Partea I nr. 689 din 09/10/2008, privind componenţa, atribuţiile şi modul de organizare şi funcţionare ale Comisiei Naţionale de Acreditare a Spitalelor Hotărâre nr. 1203/2009 M.O. Partea I nr. 683 din 12/10/2009, pentru modificarea şi completarea Hotărârii Guvernului nr. 1.148/2008 privind componenţa, atribuţiile şi modul de organizare şi funcţionare ale Comisiei Naţionale de Acreditare a Spitalelor

23. Regulament *din 19/02/2008,* M.O. Partea I nr. 148 din 27/02/2008, de organizare şi funcţionare a comisiilor consultative ale Ministerului Sănătăţii Publice

24. Regulament *din 16/03/2009,* M.O. Partea I nr. 218 din 06/04/2009, de organizare şi funcţionare al Comisiei naţionale de transparenţă

25. Ministerul Sănătăţii Publice: Planul Strategic al Ministerului Sănătătii Publice pentru perioada 2008-2010

26. Jones T, Cawthworn S: *What is clinical audit?,* in „What is....” Hayward Medical Communications, 2002 (www.evidence-based-medicne.co.uk)

27. Earl MJ, Khan B: *How new is business process redesign?* European management journal 1994.12 (1): 20-30

28. Ţereanu C: *Managementul riscului clinic: concepte, instrumente, experienţe internaţionale*, Medicina modernă 2007. XIV (6): 327-333

29. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS: To err is Human: building a safer health system. Washington: National Academy Press, 2000

30. Ţereanu C: *Măsurarea volumului de îngrijiri: necesitate sau modă?,* Viaţa Medicală XV (696): 4

31. Ţereanu C: *Evaluarea îngrijirilor: un instrument de decizie pentru mangerii în sănătate*, Medicina Modernă 2003. X (7): 381-384

32. Ţereanu C: Projet-pilote d’évaluation quantitative des soins infirmiers en Roumanie: Rapport final, Sezione sanitaria, Bellinzona, 2005

33. De Pietro C, Ţereanu C: *Carichi di lavoro e fabbisogno di personale nelle aziende del SSN: criticità e prospettive*, MECOSAN 2005. 55: 65-85

34. Ministerul Sănătăţii Publice: Ordinul Nr 1778 din 28 decembrie 2006 privind aprobarea normativelor de personal, Monitorul Oficial Nr 57 din 24 Ianuarie 2007

35. Ţereanu C, Mincă DG, Hobeanu D, Arhangel E, Busuioceanu E: *Este penurie de personal sanitar mediu in Romania?,* Medicina Modernă 2007, XIV (10): 548-557

36. Ţereanu C, Lair ML, Pistre F, Mincă DG, Hobeanu D: *Soins Individualisés à la Personne Soignée - projet de mise en place en Roumanie*, Gestions hospitalières 2007. 470: 666-670

37. Hubinon M: Management des unités des soins: de l'analyse systémique à l'évaluation de la qualité, De Boeck&Larcier, 1999

38. Murphy MK, Black NA, Lamping DL, McKee CM, Sanderson CFB, Askham J, Marteau T: Consensus development methods, and their use in clinical guideline development-Review. Health Technology Assessment 1998; Vol. 2: No. 3

39. Fink A, Kosecoff J, Chassin M, Brook RH: *Consensus Methods: Characteristics And Guidelines For Use* Am J Public Health 1984, 74 (9): 979-983

40. Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall MN: *Improving the quality of health care: Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care* Br Med J 2003.326:816–9

41. Fărcăşanu D, Vâlceanu D: Capitolul 2.1 Planificarea unui proiect în Fărcăşanu D (coordonator) Fundamentele abordării integrate a Serviciilor Medico-Sociale la nivel local, Centrul Pentru Politici de Sănătate, Bucureşti, 2006

42. Lomazzi: Conoscere per migliorare: fare benchmarking nella Pubblica Amministrazione, material didactic Net-MEGS, Universitatea din Elveţia Italiană, Lugano, 2004

43. Spendolini MJ: The benchmarking book, New York, Amacon 1992

44. Lomazi L: Valutazione, misurazione e gestione della qualità, material didactic Net-MEGS, Universitatea din Elveţia Italiană, Lugano, 2004

45. Moga C, Marcu A, Mincă DG, Mihalcea Eliade O: Ghid de evaluare a satisfacţiei utilizatorilor de servicii medicale în: Comunicarea intra şi interorganizaţională: ghid de tehnici, ISPB Bucureşti, 2003, pp 3:11

46. Degiorgi A: Costumer Satisfaction: La soddisfazione dei pazienti in azienda sanitaria, material didactic Net-MEGS, Universitatea din Elveţia Italiană, Lugano, 2004

47. Samoilă M: *Experienţa internaţională în implementarea sistemelor de management al calităţii in instituţiile furnizoare de servicii medicale*. Medicina Modernă 2003. X(7): 385-387

48. Joint Commission International Accreditation Standard per ospedali: Manuale valido dal 2003 (traducere sub ingrijirea Pro.ge.a. S.r.l), Edizione Librerie Bocca, Milano, 2004

49. Merlini L: Valutazione e promozione della qualità sanitaria in ambito EOC, Locarno, august 2004, pp 8:10 şi 17:8

50. European Foundation for Quality Management: Le modèle EFQM, Bruxelles ,1999

51. Kaplan RS, Norton PD: *The Balanced Scorecard measures that drive performance* Harvard Business Review, January-February 1992.

52. Ţereanu C, Mincă DG: “Noi instrumente de evaluare a performanţei spitalelor: Balanced Scorecard”, Medicina Modernă 2005. XII (6): 329-35

53. Ţereanu C: Managementul riscului clinic: profiluri de risc in spitalele din Romania, Medicina Moderna 2007. XIV(7): 383-89

54. Ţereanu C ”La gestion du risque clinique en Roumanie: état des lieux et perspectives”, comunicare personala la CALASS 2007, Marseille (www.alass.org)

55. Radu PC, Ţereanu C, Ionescu A, Haraga S ”L’utilisation des données cliniques du patient pour la gestion du risque clinique en Roumanie”, comunicare personala la CALASS 2007, Marseille (www.alass.org)

56. Beaughon MC, Dick-Delalonde C, Pistre F, Voron P: La méthode SIIPS. Indicateurs d'activités en soins infirmiers, Editions Lamarre, Paris, France, 1999

57. Ministère des Affaires sociales de la santé et de la ville et Direction des hôpitaux: La méthode pour mesurer les autres activités afférentes aux soins AAS, France, 1995

58. Lair ML: Evaluation quantitative et qualitative des soins infirmiers, material didactic curs master UMF Carol Davila, Bucureşti, 2002

59. Domenighetti G: Mercato della sanità tra complessità, incertezza e conflitti di interesse: quale partecipazione dei cittadini-pazienti?, material didactic Net-MEGS, Universitatea din Elveţia Italiană, Lugano, 2003

60. Levaseur D Gérer les ressources humaines Collection Affaires, Les Editions de l'Homme 1987

61. Smircich L *Concept of culture and Organizational Analysys,* Administrative Science Quarterly 1983. 28(3)

62. Mincă DG, Ţereanu C: Capitolul 1.7 Performanţa organizaţiei: eficienţa şi eficacitatea practică în Mincă DG, Voinea-Griffin A, Moga C, Rahman MA, Ţereanu C: Noţiuni de bază ale managementului organizaţional în sănătate, Editura Universitară "Carol Davila" Bucureşti, 2002

63. Ferrari D, Stäger L Contabilità analitica e controlling negli istituti ospedalieri svizzeri SUPSI, Lugano, 2004

64. Reason JT. Understanding adverse events: human factors. In: Vincent CA (editor). Clinical risk management. London: BMJ Publications, 1995; 31-54.

65. Cluzeau F *Development and validation of an international appraisal instrument for asesing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project* Qual Saf Health Care 2003; 12: 18-23

66. Atkins D., Best D., Briss P.A., Best D., Briss P.A., Eccles M. et al*: Grade Working Group. Grading quality of evidence and strength of recommendations. A new method by the GRADE Working Group.* Br Med J 2004, 328: 1490-1497

67. http://www.pickereurope.org

SECŢIUNEA IV.

MANAGEMENTUL MARKETINGULUI DIN SISTEMUL DE SĂNĂTATE

AUTOR:

Dr. Ing. Victor Lorin PURCĂREA

- Inginer
- Doctor în ştiinţe tehnice
- Master în Managementul Sănătăţii Publice şi al Serviciilor de Sănătate
- Conferenţiar universitar UMF „Carol Davila”
- Disciplina Marketing şi Tehnologie medicală

Dr. Florian POPA

- **Medic primar chirurg**
- **Doctor în științe medicale**
- **Profesor universitar UMF ”Carol Davila”**
- **Clinica de Chirurgie – Spitalul Clinic Sf. Pantelimon**

Ec. Monica Paula RAȚIU

- **Economist**
- **Doctor în economie**
- **Lector Univ. Româno-Americană**
- **Disciplina Economia Serviciilor**

1. PREZENTAREA CONŢINUTULUI SECŢIUNII

1.1. Conceptul de marketing

Este deja o realitate faptul că transformările avansate la nivelul economiei sunt dominate de către servicii. Procesul de revoluţionare al acestora impune noi reguli de competiţie, noi metode de organizare, noi angajamente referitoare la comunicare, noi provocări manageriale, economia, inteligenţa şi dinamismul, inovaţia şi tehnologia fiind considerate acum instrumente esenţiale. [1]

Marketingul - preciza regretatul prof. Ion Smedescu, fondatorul prestigioasei Universităţi Româno-Americane - are o semnificaţie copleşitoare pentru economiile de piaţă moderne. Marketingul conduce la evitarea tentaţiilor şi capcanelor din perspectiva exigenţelor economiei de piaţă, contribuie la asigurarea flexibilităţii şi adaptabilităţii firmei în mediul social-economic în care se integrează. [2]

În condiţiile concurenţiale deosebit de active de astăzi câştigarea şi mai ales menţinerea unei poziţii pe piaţă este din ce in ce mai dificilă, standardele calitative necesitate fiind din ce în ce mai ridicate.

Factorul esenţial al succesului unei organizaţii îl reprezintă cunoaşterea şi satisfacerea consumatorilor vizaţi printr-o ofertă superioară, marketingul constituind acea funcţie a organizaţiei însărcinată cu definirea categoriilor de consumatori vizate şi a celor mai bune modalităţi de a le satisface nevoile şi dorinţele la un nivel competitiv şi profitabil. [3]

Conceptul actual de marketing reprezintă rezultatul unui amplu proces de sintetizări, delimitări şi clasificări în ceea ce priveşte principiile şi funcţiile marketingului.[4] Datorită evoluţiei sale exponenţiale şi a implicării sale tot mai solicitate în desfăşurarea acţiunii de modelare continuă a mediului economic de către forţe din ce în ce mai puternice dar şi din ce în ce mai diverse cum ar fi tehnologia, globalizarea, liberalizarea pieţelor, privatizarea, etc., acţiunile sale au devenit din ce în ce mai complexe, sfera activităţilor din ce în ce mai mare, iar reconcilierea dintre acestea a devenit obiectul preocupărilor a din ce în ce mai mulţi specialişti, disputele dintre aceştia generând profunde şi utile dezvoltări teoretice.

Ca rezultat al cercetărilor şi practicilor de marketing şi a reflectării acestora pe plan ideatic, au apărut, firesc şi definiţiile, încadrările, caracteristicile şi evoluţiile atribuite marketingului.

1.1.1. Definiţii ale conceptului de marketing

Deşi s-a format ca ştiinţă, în Statele Unite, încă din secolul al XX-lea, proces încă nefinalizat, marketingul nu a primit încă o definiţie a sa acceptată unanim, existând în acest moment „atâtea definiţii ale marketingului, câte cărţi sunt pe acest subiect". [5]

O definiţie a marketingului, dată de Asociaţia Americană de Marketing în anul 1988, este considerată ca fiind definiţia „cvasi-oficială": *„Marketingul reprezintă procesul planificării şi execuţiei conceptului, stabilirii preţului, promovării şi distribuţiei ideilor, bunurilor şi serviciilor, pentru a crea schimburi care să satisfacă obiective individuale şi organizaţionale"[*6],

Această definiţie subliniază trei idei esenţiale:

- se includ în domeniul marketingului atât bunuri materiale cât şi servicii;
- marketingul înglobează şi idei ce aparţin domeniilor nelucrative, ce nu comercializează bunuri sau servicii, deci nu generează profit;
- se conturează mix-ul de marketing compus din produs, preţ, promovare,distribuţie.

O definiţie reprezentativă a fost dată de către „părintele marketingului", Philip Kotler: *„Marketingul reprezintă un proces social şi managerial prin care grupurile sau indivizii obţin ceea ce le trebuie sau îşi doresc prin crearea şi schimbul de produse ori valori cu alte grupuri şi indivizi."* [7]

În România a fost prezentată o definire semnificativă a conceptului de marketing în anul 1992 şi aparţine Academiei de Studii Economice din Bucureşti: *„Marketingul reprezintă o concepţie modernă în orientarea întreprinderilor concretizată într-un ansamblu coerent de activităţi practice programate şi organizate prin utilizarea unor metode şi tehnici ştiinţifice".*[8]

Alte definiţii acceptate, dar nu suficiente, pentru a defini domeniul:

- „Marketingul este un întreg sistem de activităţi economice referitoare la programarea, stabilirea preţurilor, promovarea şi distribuirea produselor şi serviciilor menite să satisfacă cerinţele consumatorilor actuali şi potenţiali."[9]
- „Marketingul vizează organizarea unei orientări simultane spre consumatori şi spre profit, integrând eforturile organizaţiei în această optică." [10]
- „Marketingul reprezintă atât o orientare managerială – unii ar susţine o filosofie în afaceri – cât şi o funcţie economică." [11]
- „Marketingul cuprinde analiza permanentă a cererii, pe de o parte, şi, pe de altă parte, stabilirea şi punerea în acţiune a mijloacelor de satisfacere a acesteia, în condiţiile unui profit optim." [12]
- „Marketingul este o formă civilizată de luptă, în care majoritatea bătăliilor se câştigă folosind cuvinte, idei şi gândire organizată." [13]

1.1.2. Trăsăturile conceptului de marketing

Pe baza definiţiilor prezentate mai sus se pot deduce următoarele trăsături ale marketingului:

- marketingul se integrează în orice tip de organizaţie alături de alte funcţii tradiţionale, completându-le;
- acţiunile marketingului trebuie adaptate tipului de public căruia i se adresează;
- realizarea acţiunilor de marketing corespunzătoare trebuie să se bazeze pe cunoaşterea anticipată a nevoilor şi dorinţelor publicului ţintă;
- acţiunile de marketing au ca finalitate satisfacerea dorinţelor şi nevoilor segmentului ţintă la cel mai înalt nivel calitativ prin plasarea şi distribuirea produselor acolo unde sunt consumate şi prin informarea şi comunicarea constantă cu consumatorii;
- organizaţia trebuie să aibă o comunicare internă corespunzătoare culturii sale;
- organizaţia trebuie să fie orientată spre profit astfel încât costurile sale de producţie să fie reduse, iar stabilirea preţului sau valorii pe care consumatorul este dispus să o dea pe un produs să fie în concordanţă cu oferta firmei ce îl oferă [14]

1.1.3. Curentele conceptului de marketing

Unii specialişti împart domeniul marketingului în două curente redate cu ajutorul unor teorii clasice şi moderne, teorii bazate pe următoarele definiţii:

- definiţii clasice, referitoare la „vechiul” concept de marketing, ce se axează în principal pe activitatea comercială şi pe mişcarea fizică a bunurilor şi serviciilor, ignorând o serie de categorii puternic influenţate de activităţile de marketing (grupuri de consumatori, sindicate, agenţii guvernamentale etc.);
- definiţii moderne, definiţii care aparţin „noului” concept de marketing care extind sfera de influenţă a marketingului şi asupra diverselor organizaţii non-profit, persoanelor şi ideilor, raportează activitatea organizaţiei la mediu şi se referă la aspecte de natură socială. [3]

Pe cale de consecinţă, teoriile clasice cuprind schimburile fizice de bunuri şi servicii şi ignoră necesităţile principalelor categorii de consumatori din piaţă care sunt influenţate direct de activităţile de marketing. Aceste teorii au la bază drept metodă tranzacţia.

Teoriile moderne se axează pe concepte şi idei sociale, cum ar fi cauzele susţinute de organizaţiile non-profit sau cele de mediu, şi se bazează pe relaţiile ce se stabilesc între ofertant şi consumator.

Diferenţa dintre cele două curente este descrisă în următorul tabel.

Tabelul nr. IV.1. – Diferenţa dintre marketingul bazat pe tranzacţii şi cel bazat pe relaţii

Marketing bazat pe tranzacţii	Marketing bazat pe relaţii
Accentul se pune pe vânzare	Accentul se pune pe fidelizarea clientului
Se face pe baza atributelor şi proprietăţilor produselor	Se face în funcţie de beneficiile clienţilor
Orizontul de referinţă este scurt	Orizontul de referinţă este lung
Contactul cu clienţii este moderat	Contactul cu clienţii este ridicat
Termenul de „calitate” se asociază cu producţia	Termenul „calitate” se asociază cu întregul proces integrat de marketing
Concurenţă	Parteneriat
Profit pentru organizaţie	Profit în parteneriat
Consumatorul este pasiv	Consumatorul este activ
Independenţă	Dependenţă în cadrul reţelei formate în urma parteneriatelor

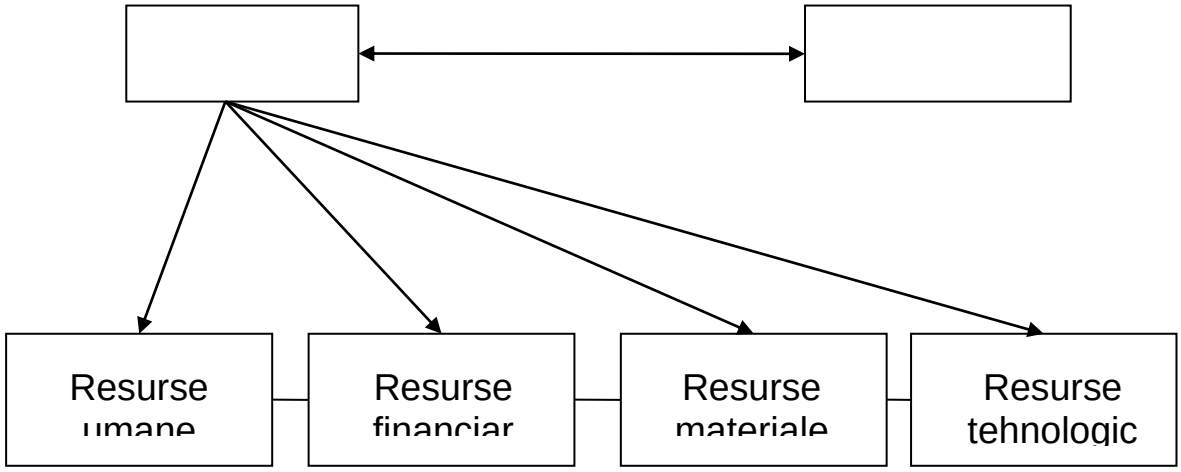
Sursă: Purcarea, V.L.,Gheorghe, C.,Gheorghe R.,Radu,A. – Marketing-note de curs – Ed.Universitară ”Carol Davila”, Bucureşti, 2010

1.1.4. Evoluţia conceptului de marketing

Diferenţa dintre noţiunea de „marketing” şi „concept de marketing” este foarte mică, dar marketingul indică o acţiune practică, iar conceptul de marketing indică o atitudine, o filosofie, un mod de gândire. Filosofia de marketing se bazează pe nevoi şi dorinţe ale oamenilor, precum şi pe soluţiile necesare satisfacerii acestora prin instrumente, metode şi tehnici ştiinţifice. Caracterul de ştiinţă se referă la faptul că se bazează pe instrumente, metode şi tehnici, care au fundamente ştiinţifice şi mai puţin face referire la ideea de a analiza marketingul ca o ştiinţă ce trebuie studiată pentru a dovedi partea practică.

Deci, termenul de marketing indică o funcţie a unei organizaţii care doreşte, pe baza unor metode, tehnici şi instrumente să identifice nevoile si dorinţele consumatorilor, precum şi satisfacerea acestora în condiţiile de exigenţă existente, prin alocarea optimă a resurselor organizaţiei, îmbinând armonios şi eficient modul de a acţiona cu modul de a gândi.

Figura nr. IV.1. – Conceptul de marketing



Concepţia de marketing – ale cărei elemente fundamentale au fost elaborate pe la jumătatea anilor ‘50 – reprezintă deci o filosofie de afaceri, care susţine că soluţia atingerii de către o organizaţie a obiectivelor proprii constă în determinarea nevoilor şi dorinţelor consumatorilor vizaţi şi în furnizarea satisfacţiei aşteptate într-un mod mai eficient şi mai operativ decât concurenţa.[15]

Mult timp marketingul a fost confundat cu activitatea de vânzare desfăşurată de o întreprindere, deoarece integrarea marketingului ca funcţie de bază s-a făcut târziu, iar aceasta a fost atribuită departamentului de vânzări.

Profesorul Theodore Levitt este cel care a delimitat concepţia de vânzare de cea de marketing, aducând în acest scop o serie de argumente:

- vânzarea se concentrează asupra nevoilor vânzătorului, marketingul pe cele ale cumpărătorului;
- vânzarea se ocupă de nevoia unui vânzător de a-şi transforma produsul în bani lichizi, marketingul se concentrează pe ideea de a satisface nevoile cumpărătorului cu ajutorul produsului sau serviciului şi a întregului lanţ de activităţi asociate conceperii, furnizării şi consumului acestuia.

Prin urmare, concepţia de marketing presupune o abordare dinspre exterior spre interior, pornind de la o piaţă bine definită, concentrându-se asupra nevoilor clienţilor şi urmărind obţinerea unui profit prin satisfacerea acestora, spre deosebire de concepţia de vânzare care se concentrează asupra produselor şi serviciilor organizaţiei, apelând la o intensă activitate de vânzare şi promovare pentru obţinerea profitului din vânzări.[3]

Principala explicaţie a evoluţiei marketingului este reprezentată de dezvoltarea economico-socială, dezvoltare proporţională cu evoluţia nevoilor şi aspiraţiilor societăţii omeneşti.

Marketingul de-a lungul evoluţiei sale a cunoscut, conform părerii unor specialişti, patru perioade importante de dezvoltare, fiecare perioadă fiind definită şi caracterizată de câte o tendinţă:

- *orientarea spre producţie* care a vizat un marketing de masă în care ofertantul a fabricat produse, pentru toţii consumatorii, la preţuri şi costuri pentru sine, mici;
- *orientarea spre vânzări* care a avut la bază ideea că managerii au fost preocupaţi să identifice clienţi şi pieţe noi pentru o mai bună desfacere; în această perioadă activitatea de marketing a fost direcţionată spre promovarea mai bună a produselor prin tehnici cât mai variate;
- *orientarea spre marketing respectiv spre client* este etapa în care organizaţiile au adoptat propriile produse la nevoile fiecărui client în mod individual, căutând să îi satisfacă dorinţele mai bine şi mai prompt decât concurenţa; aceasta este etapa în care s-au definit funcţiile activităţii de marketing ce stau la baza desfăşurării proceselor: de analiză a mediului, de adaptare constantă la evoluţia mediului, de satisfacere a nevoilor consumatorilor, de maximizare a profitului, etc.
- *orientarea spre relaţii* este etapa care se caracterizează prin asumarea responsabilităţii sociale a organizaţiilor, fără a dăuna mediului, şi crearea de relaţii cât mai strategice de parteneriat, de fidelizare, de concurenţă loială.

1.2. Conceptul de serviciu

Este deja o realitate faptul că transformările avansate de la nivelul economiei sunt dominate de către serviciile care au acaparat toate celelalte sectoare. „Procesul de revoluţionare a serviciilor” din care facem parte astăzi şi care afectează toate sectoarele, inclusiv sectorul serviciilor de îngrijire medicală, impune noi reguli de competiţie, noi metode de organizare, noi angajamente referitoare la procesul de comunicare şi la relaţiile interpersonale, noi provocări pentru managementul marketingului. Economia, inteligenţa şi dinamismul, inovaţia şi tehnologia sunt considerate instrumente esenţiale în ştiinţă.

Aceste provocări lansate de către „Procesul de revoluţionare a serviciilor” afectează toate segmentele marketingului – incluzând marketingul serviciilor medicale – care trebuie să se conformeze acestor schimbări şi trebuie să utilizeze instrumentele esenţiale (inteligenţa, dinamismul, inovaţia şi tehnologia), fără de care, cu siguranţă ar eşua. [1]

În prezent, serviciile se constituie ca parte integrantă a economiilor moderne, deservind colectivităţi, unităţi economice, instituţii şi persoane fizice, având totodată, o contribuţie hotărâtoare la crearea produsului intern brut, la ocuparea forţei de muncă şi, implicit, la creşterea şi dezvoltarea economiilor naţionale. Expansiunea şi diversificarea activităţilor de servicii este susţinută de progresele tehnologice, de amplificarea diviziunii sociale a muncii, de creşterea cererii pentru servicii din partea firmelor.

Acest val al transformărilor economice, tehnologice şi instituţionale majore la care asistăm în prezent, în întreaga lume, este considerat a fi cea de-a treia revoluţie industrială, reprezentând, am putea spune, o revoluţie a serviciilor, întrucât aduce în prim plan recunoaşterea rolului din ce în ce mai important al serviciilor în strategiile de dezvoltare.

Noul tip de economie, bazat pe preponderenţa activităţilor de servicii în crearea avuţiei naţionale, care se prefigurează în mod treptat şi în România, apare sub diferite denumiri sinonime şi interschimbabile, cum ar fi: „economia serviciilor", „societatea informaţională", „societatea cunoaşterii", „societatea post-industrială", „al treilea val", „societatea digitală", „societatea virtuală", fiind utilizate alternativ, în funcţie de context şi de preferinţele diferiţilor autori. [3]

1.2.1. Definiţii ale conceptului de serviciu

Creşterea ponderii şi importanţei practice a activităţilor de servicii au determinat, firesc, şi o intensificare a preocupărilor teoretice în domeniu.

Eforturile economiştilor în direcţia conştientizării importanţei serviciilor în economiile contemporane, s-au concretizat în mai multe faze succesive [16]:

- prima etapă, debutul procesului de conştientizare a importanţei serviciilor, s-a realizat la nivelul practicienilor, aceştia fiind obligaţi să înfrunte noile realităţi economice – materializate în numărul crescând de servicii din interiorul şi din exteriorul industriei prelucrătoare – chiar şi în lipsa unei teorii economice fundamentale în domeniul serviciilor;
- faza a doua se concentrează în jurul eforturilor unui grup de economişti – Orio Giarini, Jean Gadrey, Jaques Nusbaumer, Juan F. Rad – care, la sfârşitul anilor '70, au ajuns la concluzia că serviciile au devenit partea preponderentă a sistemelor de producţie, în termenii alocării resurselor; punând bazele unui nou curent de gândire pe plan internaţional, acest grup de specialişti susţine importanţa strategică a serviciilor în alocarea resurselor, contribuţia la dezvoltarea economică în context naţional şi internaţional;
- faza a treia a procesului de sesizare a importanţei serviciilor o constituie includerea serviciilor pe agenda negocierilor internaţionale în cadrul GATT, la începutul anilor '80, fapt care a avut cel puţin două efecte benefice şi anume: dobândirea de către servicii a unui

statut oficial în cadrul relaţiilor internaţionale şi, de asemenea, impulsionarea fără precedent a cercetării ştiinţifice în acest domeniu;

- etapa a patra este legată de intrarea în vigoare la finele anului 1995, a Acordului General privind Comerţul cu Servicii (GATS) şi încorporarea comerţului internaţional cu servicii în sistemul comercial global patronat de noua Organizaţie Mondială a Comerţului (OMC). GATS conferă avantajul liberalizării progresive a schimburilor internaţionale cu servicii şi, prin urmare, recunoaşterea din partea comunităţii internaţionale a problematicii serviciilor. Eficacitatea acestui acord a fost amplificată prin convenirea, în decursul anului 1997, a unor noi tratate multilaterale de liberalizare în domeniul serviciilor de telecomunicaţii şi financiare. Specialiştii sunt de părere că viitoarele negocieri vor conduce la o liberalizare şi mai accentuată a pieţelor internaţionale de servicii.

Cele patru etape corespunzătoare procesului de conştientizare a importanţei strategice a serviciilor pentru economiile naţionale reprezintă valoroase contribuţii la crearea fundamentelor teoretice ale economiei moderne a serviciilor.

Importanţa serviciilor este în acelaşi timp recunoscută şi puternic contestată, între realităţile economice privind serviciile şi recunoaşterea unanimă a potenţialului acestora existând încă o distanţă semnificativă. De aceea, existenţei unui cadru teoretic şi conceptual este imperios necesar pentru omogenizarea poziţiilor specialiştilor în ceea ce priveşte importanţa serviciilor. Pentru înţelegerea noilor realităţi privind serviciile în întreaga lor complexitate, cadrul teoretic actual nu este suficient pentru explicarea cerinţelor atât de dinamice şi de complexe ale domeniului şi de aceea, sunt necesare noi concepte, noi teorii, noi instrumente, noi metode de culegere şi analiză a datelor statistice. Necesitatea construirii unui cadru sistematic şi riguros, respectiv a lărgirii cadrului teoretic existent, este confirmată de numeroasele preocupări ale cercetătorilor în direcţia adoptării unei abordări interdisciplinare în domeniul serviciilor, care constă în dezvoltarea unor colaborări cu disciplinele înrudite sau apropiate de ştiinţa economică – cum sunt: marketingul, sociologia, psihologia, etc. [3]

Argumentele care susţin necesitatea unei abordări interdisciplinare în vederea evaluării şi conceptualizării serviciilor, respectiv a încorporării unor elemente calitative în cadrul ştiinţei economice, se referă la:

- caracterul intangibil al serviciilor face ca evaluarea şi cuantificarea producţiei şi consumului de servicii să devină mult mai dificilă, etaloanele folosite în domeniul bunurilor tangibile nefiind relevante în cazul serviciilor [17];
- existenţa situaţiilor în care serviciile pot fi evaluate numai într-un context social şi instituţional;

- interacţiunea personală pe care o implică un serviciu este decisivă, valoarea serviciului pentru consumator fiind dependentă de personalitatea prestatorului/furnizorului serviciului respectiv; aşadar, valoarea serviciilor nu poate fi estimată fără luarea în considerare a personalităţii participanţilor implicaţi într-o tranzacţie cu servicii.

Toate aceste considerente ne îndreptăţesc să afirmăm că, fără o înţelegere profundă a modului de funcţionare a serviciilor, nu poate fi posibilă evaluarea schimbărilor din societăţile moderne şi nici elaborarea deciziilor şi întreprinderea acţiunilor adecvate, pentru a răspunde provocărilor ridicate de aceste schimbări.

1.2.2. Trăsăturile conceptului de serviciu

Evidenţierea şi analiza principalelor trăsături caracteristice ale conceptului de serviciu este deosebit de importantă pentru înţelegerea conţinutului activităţilor pe care acesta le poate include şi mai ales, pentru delimitarea acestora de celelalte componente ale activităţii economice şi sociale. Ambivalenţa serviciilor, ca produs sau rezultat al producţiei, pe de o parte, şi ca proces sau activitate, pe de altă parte, constituie dificultatea majoră care intervine în tratarea unitară a acestora. Acest fapt face dificilă nu numai definirea lor riguroasă, dar şi determinarea unor trăsături caracteristice ale serviciilor definitorii în şi pentru diversitatea lor existenţială. Din bogata literatură de specialitate rezultă câteva trăsături caracteristice ale serviciilor. Acestea sunt:

- imaterialitatea sau intangibilitatea;
- nestocabilitatea;
- simultaneitatea producţiei şi consumului serviciului;
- nondurabilitatea;
- inseparabilitatea serviciului de persoana prestatorului şi a beneficiarului;
- eterogenitatea sau variabilitatea;
- lipsa proprietăţii.

Imaterialitatea sau intangibilitatea este trăsătura care determină dificultatea şi subiectivismul în evaluare. Există şi servicii care au aspect material, cum ar fi serviciile editoriale, programele de calculator, filmele,etc. însă valoarea intrinsecă a suportului material al serviciului este, în general, mult inferioară serviciului conţinut.

Nestocabilitatea este trăsătura serviciilor ce rezultă din caracterul nematerial al acestor activităţi. Ea se referă la faptul că, serviciile nu pot fi stocate şi păstrate în vederea unui consum ulterior, neavând de regulă o formă materială. Această caracteristică determină unele neajunsuri în asigurarea echilibrului cerere-ofertă şi în realizarea efectivă a serviciilor.

Simultaneitatea producţiei şi consumului reprezintă o altă caracteristică importantă, care evidenţiază inseparabilitatea producţiei şi consumului serviciului. La fel ca şi nestocabilitatea, ea determină ca orice neconcordanţă de loc sau de timp să conducă la pierderi de ofertă sau cerere nesatisfăcută.

Nondurabilitatea este o trăsătură caracteristică majorităţii serviciilor, decurge din primele caracteristici, şi se referă la faptul că efectele serviciilor sunt volatile, adică se consumă chiar în momentul în care sunt produse, neputând fi păstrate sau acumulate. Totuşi, există şi servicii care au caracter durabil, cum sunt asigurările, garanţiile financiare, protecţia mediului, băncile de date, învăţământul etc.

Inseparabilitatea serviciului de persoana prestatorului şi a beneficiarului este caracteristica serviciilor care reclamă prezenţa clientului la locul prestaţiei, precum şi un contact direct între ofertant şi beneficiarul serviciului, atât consumatorul cât şi prestatorul constituind elemente componente ale procesului de prestare a serviciului. Această caracteristică conferă resurselor umane un rol aparte în cadrul procesului de producţie a serviciilor, clientul având un rol activ în realizarea serviciului, fiind parte integrantă a procesului de producţie.

Eterogenitatea sau variabilitatea serviciilor este caracteristica acestora de a diferi de la o prestaţie la alta, datorită circumstanţelor care concură la prestarea lor. În consecinţă, procesul de prestare a serviciilor este unic, practic nu poate fi repetat (realizat) în mod identic niciodată. Cu toate acestea, având în vedere faptul că nu există practic servicii în care să nu fie întâlnite procese de rutină, care pot fi supuse unor reguli ce fac obiectul standardizării, tot mai multe firme au pus la punct tehnici de standardizare reuşind să reducă variabilitatea.

Lipsa proprietăţii se referă la faptul că un serviciu oferă consumatorului un avantaj sau o satisfacţie fără a avea ca rezultat transferul proprietăţii asupra vreunui lucru. Din acest motiv, furnizorii fac eforturi speciale pentru a-şi fideliza clientela, oferind stimulente consumatorilor sau creând cluburi, lăsând impresia că se oferă un drept de proprietate. [18]

1.2.3. Abordări în definirea serviciilor

Demersul definirii şi conceptualizării serviciilor este dificil de realizat datorită eterogenităţii pronunţate a acestor activităţi şi, de asemenea, datorită caracterului polisemantic al termenului de „serviciu”. [19]

Cercetătorii recunosc că, până la ora actuală, nu există practic o definiţie unanim acceptată a naturii activităţilor prestatoare de servicii, nici a indicatorilor utilizaţi pentru evaluarea diferitelor

servicii. De asemenea, nu există un consens autorizat nici în privinţa graniţelor şi nici în privinţa clasificării ramurilor de servicii.

Lipsa unei definiţii unitare nu diminuează importanţa serviciilor ca activităţi de producţie şi de consum, şi nu împiedică analiza într-o formă unitară a conceptelor care fac referire la sectorul serviciilor în ansamblul lor [20].

Analizând abordările în definirea serviciilor din perspectiva istoriei gândirii economice, putem distinge trei categorii: abordarea clasică a serviciilor, abordarea tradiţională – sau reziduală – şi abordarea modernă a serviciilor.

Abordarea clasică a serviciilor în care producţia de bunuri materiale era considerată principala creatoare de valoare, de avuţie naţională, iar serviciile constituiau opusul producţiei deoarece nu dispuneau de capacitatea de a fi acumulate. Reprezentanţii şcolii economice clasice nu au acordat suficientă atenţie serviciilor, considerându-le neproductive – respectiv incapabile de a genera valoare nouă – şi, mai ales, o frână în calea acumulării capitalului, a avuţiei.

Abordarea tradiţională - sau reziduală - a serviciilor se bazează pe diviziunea economiei naţionale în sectoarele primar (agricultura), secundar (industria extractivă) şi terţiar (industria prelucrătoare), încadrând serviciile în categoria activităţilor economice reziduale.

Abordarea reziduală a activităţilor de servicii bazată pe schema tradiţională trisectorială, a constituit de-a lungul timpului obiectul unor importante controverse în literatura economică de specialitate. Numeroase studii elaborate în perioada mai recentă, se fundamentează încă pe diviziunea economiei în trei sectoare şi pe definiţia reziduală a serviciilor, chiar dacă în paralel, se pot constata şi încercările unor teoreticieni de a aduce inovaţii conceptuale abordării tradiţionale – referitoare la extinderea sferei trisectoriale, cu un al patrulea sector, sectorul cuaternar – în scopul adaptării sale la realităţile economice contemporane [21].

De asemenea, este demn de menţionat faptul că definiţia reziduală a serviciilor este utilizată în prezent atât în sistemele statistice naţionale, cât şi în cele internaţionale:

- Banca Mondială utilizează această abordare, considerând drept servicii toate activităţile economice care nu sunt incluse în agricultură şi industrie;
- Organizaţia Naţiunilor Unite utilizează definiţia reziduală a serviciilor în scopul clasificării internaţionale standard a tuturor activităţilor economice [16].

Cu excepţia unor prejudecăţi, care califică serviciile drept activităţi cu caracter inconsistent, fiind subordonate altor sectoare şi dependente de acestea, majoritatea economiştilor au conştientizat,

în timp, rolul complex al activităţilor terţiare atât la nivel micro, cât şi la cel macro şi mondo-economic.

Abordarea modernă a serviciilor aparţine susţinătorilor teoriilor post-industriale privind evoluţia societăţii, şi partizanilor „societăţii neo-industriale”, care au considerat că societatea post-industrială este o societate de servicii, acestea constituind baza economiei şi modificând fundamental structura socială şi identificând trăsăturile esenţiale ale societăţii post-industriale, şi anume:

- marea majoritate a populaţiei este angajată în domeniul serviciilor;
- primatul ştiinţei şi a tehnologiilor bazate pe ştiinţă;
- societatea post-industrială este axată pe informaţie;
- proeminenţa clasei profesioniştilor şi tehnicienilor prin mutaţia care are loc în sistemul de valori şi în formele de gestiune a societăţii [22].

Şi în literatura românească de specialitate sunt moduri interesante de abordarea referitoare la definirea serviciilor, pornind de la trei accepţiuni: definirea din perspectiva resurselor, definirea din perspectiva proceselor, definirea din perspectiva rezultatelor[23].

Abordarea din perspectiva resurselor se bazează pe ideea conform căreia serviciile reprezintă potenţialul – generat de echipamente – , respectiv capacitatea ofertantului de a furniza anumite prestaţii consumatorului.

Abordarea din perspectiva proceselor aparţine ideii că serviciile sunt înţelese ca procese cu efect material sau nematerial în care se combină factori interni (de exemplu: personal, spaţii, echipamente, amenajări) şi externi (care nu se află în sfera de influenţă a organizaţiei), cu scopul de a satisface nevoile terţilor.

Abordarea din perspectiva rezultatului porneşte de la premisa că nu procesul în sine reprezintă conţinutul serviciului ci rezultatul acestui proces. Prin urmare, ofertantul de servicii realizează combinarea factorilor cu scopul obţinerii unor efecte utile, benefice asupra factorilor externi, oamenilor sau bunurilor aflate în posesia acestora (spre exemplu: frizura rezultată în urma tunsorii este esenţa serviciului şi nu operaţiunea în sine, cum şi inspecţia tehnică a autoturismului clientului reprezintă serviciul de bază).

În accepţiunea lui Ion Smedescu, serviciul reprezintă „rezultatul unei activităţi sociale utile, prestată de o persoană sau o întreprindere, menită să satisfacă anumite cerinţe ale populaţiei, organizaţiilor economice şi instituţiilor, fără a se materializa obligatoriu în produse sau obiecte cu existenţă de sine stătătoare”. [3]

Alţi autori[24] definesc serviciile printr-o parte a caracteristicilor lor, având în vedere totodată şi rezultatul sau finalitatea activităţilor prestatoare: în această optică „serviciile reprezintă ansamblul activităţilor ce pot fi oferite ca o marfă comercializabilă, pentru care producţia şi consumul au loc simultan şi la care clientul participă direct, intangibilă, ce nu poate fi analizată sau experimentată înainte de achiziţie, dar care permite satisfacerea unor dorinţe şi necesităţi ale clienţilor”.

Există încercări importante de definire a serviciilor prin desemnarea principalelor categorii care aparţin sectorului terţiar. În opinia specialiştilor de la Academia de Studii Economice Bucureşti „serviciile reprezintă activităţi umane cu un conţinut specializat, având ca rezultat efecte utile, imateriale şi intangibile destinate satisfacerii unor nevoi sociale. Totodată, serviciile sunt activităţi de sine stătătoare, autonomizate în procesul adâncirii diviziunii sociale a muncii şi sunt organizate distinct într-un sector denumit sectorul terţiar.” [25]

Având în vedere toate aceste considerente, putem concluziona că incertitudinea şi paradoxul care guvernează încă sfera serviciilor accentuează confuzia conceptuală din acest domeniu economic, conceptul de „serviciu” nu poate fi definit şi delimitat decât în termeni relativi, modificându-se continuu, în funcţie de perspectiva din care sunt abordate serviciile în cadrul fiecărei lucrări în parte si, în consecinţă, este normal ca definiţiile date serviciilor să rămână în practică ambigue şi arbitrare.

1.2.4. Tipologia serviciilor

Diversitatea activităţilor de servicii generează o multitudine de clasificări a acestora, bazate pe criterii diverse, astfel că, un anumit serviciu, în funcţie de criteriu, poate fi inclus în două sau mai multe categorii.

Principalele criterii de clasificare a serviciilor pot fi considerate a fi următoarele: natura beneficiarului, tipul prestatorului, natura nevoilor satisfăcute, necesitatea prezenţei beneficiarului, natura efectelor, forma de proprietate, funcţia economică îndeplinită, modalitatea de procurare, posibilităţile de comercializare, modalităţi de furnizare, raportul capital/muncă.

După natura beneficiarului, serviciile se clasifică în:

- servicii intermediare – care participă la producţia de bunuri sau la producţia altor servicii;
- servicii finale – destinate consumului final al populaţiei, atât la nivel individual (învăţământ, sănătate, cultură, transport, hoteluri şi restaurante, alimentaţie, închirieri de bunuri etc.), cât şi la nivel colectiv (protecţia mediului, apărare naţională, ordine publică).

După natura prestatorului serviciile se clasifica în:

- servicii furnizate de producători privaţi – cuprind servicii care se adresează în general indivizilor sau familiilor acestora. În ultimul deceniu al secolului XX au fost liberalizate serviciile de transport şi telecomunicaţii, ceea ce a avut efecte economice benefice.
- servicii furnizate de instituţii, organisme şi organizaţii publice – care se adresează comunităţilor şi sunt finanţate de la buget (administraţie, justiţie, învăţământ public).

După natura nevoilor satisfăcute:

- servicii private – destinate satisfacerii nevoilor particulare ale indivizilor;
- servicii publice – destinate satisfacerii nevoilor colectivităţilor umane, precum şi cele care, deşi satisfac nevoi individuale, sunt finanţate de la buget.

În funcţie de necesitatea prezenţei beneficiarului serviciului la locul de prestare:

- servicii în care prezenţa clientului este obligatorie (îngrijirea sănătăţii, transport de persoane, salon de coafură, salon de înfrumuseţare, restaurant);
- servicii în care prezenţa beneficiarului nu este obligatorie (reparaţii şi întreţinere de echipamente, transport de mărfuri, curăţătorii chimice).

După natura efectelor, serviciile se clasifică în:

- servicii materiale – sunt încorporate în bunuri, vizează direct producţia materială (exemple: transport, distribuţie, repararea şi întreţinerea echipamentelor industriale şi casnice, etc.)
- servicii nemateriale – nu se concretizează în bunuri materiale, nici în transformări de natură materială, ele contribuind de regulă, la satisfacerea unor nevoi spirituale ale indivizilor sau a unor nevoi sociale, colective.

În funcţie de efecte dar şi de natura beneficiarului direct al serviciilor:

- servicii care afectează persoanele, divizate în servicii care vizează condiţia fizică sau intelectuală a acestora (îngrijirea sănătăţi, fitness-aerobic, transport de persoane, învăţământ, comunicare);
- servicii care afectează bunurile (exemple: servicii de transport, curăţătorie, reparaţii, întreţinere de bunuri şi locuinţe);
- servicii care afectează atât bunurile, cât şi persoanele (exemplu: serviciile financiare, asigurări, juridice, servicii de protecţia mediului, de salubritate).

După forma de proprietate:

- servicii prestate de agenţi economici din sectorul public (exemple: tribunale, spitale, poştă, agenţii de forţă de muncă)

- servicii prestate de agenţi economici din sectorul privat (exemple: firme de asigurări, companii aeriene, organisme financiar-bancare, agenţii de turism).
- servicii prestate de agenţi economici din sectorul asociativ, constituit din organisme care asigură servicii de ajutor şi asistenţă (biserici, muzee).

După funcţia economică pe care o îndeplinesc – respectiv în circuitul producţiei sau în sferele reproducţiei sociale – se pot distinge:

- servicii de producţie (cercetare-dezvoltare, publicitate, contabilitate, asigurări).
- servicii de distribuţie (transport, comunicaţii, comerţ cu ridicate şi amănuntul)
- servicii sociale (poştă, educaţie, servicii publice non-profit)
- servicii personale (servicii turistice, hoteluri-restaurante, coafură-frizerie, reparaţii).

În funcţie de modalitatea de procurare:

- servicii marfă – care sunt procurate de pe piaţă la un nivel al tarifului stabilit la confluenţa cererii cu oferta. În această categorie sunt incluse: serviciile de piaţă prestate populaţiei, serviciile pentru întreprinderi, serviciile publice pentru care pieţele au fost liberalizate.
- servicii ne-marfă – includ serviciile publice colective, precum şi serviciile publice de care beneficiază direct indivizii (învăţământ de stat, ocrotirea sănătăţii, asistenţă socială), serviciile prestate de instituţii non-profit, servicii de caritate, servicii religioase.

Din punctul de vedere al posibilităţilor de comercializare a serviciilor – care sunt influenţate de caracteristicile acestora - acestea se divid în două categorii:

- servicii comercializabile (transferabile) – care pot fi schimbate la distanţă, fie prin încorporarea lor într-un bun material, fie prin intermediul unui suport electronic sau de altă natură. De fapt, capacitatea serviciului de a fi transferabil, este dată de existenţa unui suport material. Exemple: servicii editoriale (încorporate în cărţi, reviste, ziare etc.), servicii cinematografice (încorporate în filme) sau servicii de telecomunicaţii, informatice, transporturi (care pot fi transmise prin folosirea unor echipamente);
- servicii necomercializabile (netransferabile) – servicii care trebuie produse în contact cu consumatorul, care trebuie furnizate pe loc.

Din punctul de vedere al modalităţilor de furnizare a serviciilor, se disting:

- servicii care necesită deplasarea producătorului (persoană fizică sau juridică)
- servicii care presupun deplasarea consumatorului la locul ofertei (exemplu: studenţi, turişti etc.). Libertatea schimburilor internaţionale, în acest caz, implică dreptul consumatorilor de a se deplasa în afara graniţelor ţării lor de origine.

În funcţie de raportul capital/muncă care se formează în cadrul procesului de producţie a serviciilor, putem distinge două categorii:

- servicii bazate pe personal – cele în care rolul primordial revine forţei de muncă specializate sau mai puţin specializate.
- servicii bazate pe echipamente – rolul principal în cadrul procesului de prestare revine echipamentelor.

În afara clasificărilor menţionate, există numeroase alte posibilităţi de clasificare a acestora:

- după momentul apariţiei în cadrul vieţii economice şi dezvoltării maxime, există: servicii tradiţionale sau vechi (arhaice) şi servicii moderne sau noi, avansate;
- după gradul de diferenţiere: servicii standard şi servicii individualizate;
- după motivaţia de cumpărare: servicii care satisfac nevoi personale şi servicii profesionale.

Multitudinea clasificărilor existente cu privire la servicii demonstrează clar diversitatea lor tipologică şi, totodată, complexitatea mecanismelor şi legităţilor economice ce caracterizează funcţionarea sectorului terţiar.

De asemenea, sunt necesare eforturi susţinute în direcţia elaborării sistem de clasificare a serviciilor:

- suficient de detaliat – pentru a permite identificare unui număr cât mai divers de activităţi terţiare,
- flexibil – care să permită integrarea în perspectivă a serviciilor moderne, performante care îşi fac apariţia,
- operaţional – care să permită ”standardizarea” activităţilor şi să satisfacă nevoia de evidenţiere statistică a serviciilor, compatibil cu sistemele de clasificare internaţionale. [18]

1.2.5. Evoluţia conceptului de serviciu

Noul tip de economie, bazat pe preponderenţa activităţilor terţiare în crearea avuţiei naţiunilor, la care asistam in prezent, este dependent proporţional de dezvoltarea masivă a tehnologiilor informaţionale, a inovaţiilor, a sistemelor de comunicare, de modul în care fiecare executiv îşi gândeşte şi realizează dezvoltarea economică.

Necesitatea ajustării structurale a economiilor naţionale la mutaţiile survenite în cadrul relaţiilor economice internaţionale este evidentă, aceasta constituind de fapt condiţia indispensabilă a integrării în economia mondială contemporană.

Expresia cea mai elocventă a mutaţiilor corespunzătoare fenomenului serviciilor o reprezintă transformarea economiilor dezvoltate în economii de servicii. Infrastructura de servicii coordonează ansamblul activităţilor economice în sistemul economiei de piaţă, existenţa unei vaste reţele de servicii condiţionând însuşi procesul de organizare a pieţei şi de funcţionare eficientă a acesteia [18].

Serviciile au devenit indispensabile în procesul de realizare a produselor de bază.

Premisa creşterii susţinute a activităţilor de servicii, atât în interiorul sectorului tradiţional de servicii, cât şi în cadrul celorlalte sectoare economice, se regăseşte în însăşi evoluţia tehnologică, economică şi socială contemporană.

Războaiele informaţionale domină astăzi economia mondială. Ele demonstrează existenţa la toate nivelele (la nivelul standardelor globale pentru televiziune şi telecomunicaţii, la cel al casei de marcat a detailistului, la nivelul teller-ului automat şi al cartelei de credit, la cel al reţelelor electronice extra inteligente, la al informaţiei competitive şi al contrainformaţiei şi până la acest indispensabil şi căutat nivel al sănătăţii), a luptei pentru controlul celei mai cruciale resurse, informaţia.[26] Dat fiind faptul că trăim în era computerelor şi a telecomunicaţiilor, informaţia ca atare a devenit element de susţinere a numeroase activităţi de servicii [27]. În prezent, datorită schimbărilor economice dinamice, informaţia devine extrem de perisabilă ceea ce conduce la creşterea potenţialului creator de valoare al serviciilor moderne de informatică. Fluxul continuu de informaţii, generat de computere şi transmis prin reţelele de telecomunicaţii, furnizează o sursă de valoare continuă şi regenerabilă la nesfârşit, prin intermediul sistemelor avansate de informaţii, rolul serviciilor extinzându-se până la linia de producţie. Procesul de expansiune a activităţilor de servicii în economiile moderne este ireversibil şi se constituie într-o necesitate obiectivă, întrucât condiţionează atât eficienţa şi competitivitatea la nivel de firmă sau de ţară, cât şi crearea unei legături mai flexibile între necesităţile economice şi aspiraţiile sociale. Acest proces presupune o tranziţie de mare anvergură spre noi structuri şi forme de organizare tehnico-productive, noi structuri economice şi sociale, spre o nouă configuraţie a economiilor naţionale şi a legăturilor dintre ele.

Transformarea economiilor dezvoltate în economii de servicii – adică în economii în care predomină producţia şi consumul de servicii – modifică în mod fundamental „ceea ce se produce” şi „cum se produce” în aceste ţări. Prin urmare, tranziţia spre o economie în care prevalează activităţile de servicii vizează: pieţele, produsele, organizarea muncii, locurile de muncă şi pregătirea profesională, interfaţa dintre sectorul privat şi cel public, competiţia internaţională şi specializarea şi, de asemenea, modul de viaţă şi standardul de viaţă al oamenilor [28].

Această mutaţie economică este stimulată în mod considerabil de circulaţia intensă şi neîngrădită a serviciilor peste graniţele naţionale şi, implicit, de cunoştinţele, informaţiile şi ideile pe care le înglobează acestea. Urmare a interconexiunii electronice înlesnite de noile mijloace tehnologice, extinderea noilor reţele infrastructurale şi de servicii – şi, pe baza acestora, a noi tipuri de servicii – creşte productivitatea muncii şi ieftinirea continuă a produselor rezultate.

Sintetizând, putem aprecia că, procesul de terţiarizare a economiilor dezvoltate – care se fundamentează pe însăşi dezvoltarea tehnologică, economică şi socială contemporană – se referă la schimbări majore în configuraţia realităţilor contemporane, determinate de rolul vital al ponderii serviciilor.

1.3. Marketingul serviciilor

Nivelul cercetării ştiinţifice contemporane impune înţelegerea deplină a implicaţiilor serviciilor asupra creşterii şi dezvoltării economiilor contemporane si de aceea se află într-un proces de perfecţionare continuă. Analiza schimbărilor structurale din economiile dezvoltate arată că elementele determinante sunt: creşterea cererii pentru servicii a consumatorilor individuali, schimbarea tehnologică şi organizaţională, cererea crescută a serviciilor pentru întreprinderi şi externalizarea, modificări în modelele internaţionale ale avantajelor competitive.

Serviciile intensive în cercetare, cunoaştere, în inteligenţă influenţează decisiv creşterea economică, în prezent, nivelul cercetării ştiinţifice de care aminteam fiind hotărâtoare în acest sens. Serviciile bazate pe cunoaştere (industria de software) presupun, la rândul lor, existenţa unor servicii moderne şi competitive – bazate pe existenţa de specialişti cu înaltă calificare în domeniul IT (şi pe o industrie software în continuă creştere) şi sprijinit de un efort guvernamental constant. Condiţia esenţială în procesul de valorificare a acestui potenţial o constituie dezvoltarea continuă a infrastructurii informaţionale şi de comunicaţii, însoţită de creşterea nivelului de instruire a întregii populaţii în acest domeniu.

Industria de software şi serviciile informaţionale trebuie să beneficieze de resurse informaţionale de înaltă calificare – numărul de informaticieni fiind în continuă creştere – însă se constată un fenomen de emigrare masivă în rândul acestora, explicabil prin cererea de pe piaţa forţei de muncă IT în ţările dezvoltate şi prin salariile comparativ mici oferite în restul ţărilor. Numărul specialiştilor în domeniul TIC (Tehnologiei Informaţiei şi Comunicaţiilor) care lucrează în sectorul privat a crescut în ultimii doi ani cu 82%. De asemenea, 39,34% din totalul forţei de muncă este implicată în activităţi de TIC. Sectorul TIC este unul dintre cele mai dinamice cunoscând o rată de

creştere medie 8% pe plan mondial şi contribuind la creştere economică şi la crearea de locuri de muncă.

1.3.1. Elemente definitorii

Expansiunea activităţilor de servicii în ţările dezvoltate ale lumii, respectiv transformarea serviciilor într-o componentă majoră a economiilor performante reprezintă factorul esenţial al apariţiei marketingului serviciilor, dezvoltarea masivă a sectorului terţiar impunând particularizarea şi adaptarea serviciilor la domeniul marketingului.

Deşi marketingul – ca disciplină – a apărut şi a evoluat în strânsă legătură cu vânzarea bunurilor materiale, odată cu accelerarea ritmului de dezvoltare a serviciilor, acesta s-a reorientat, devenind obiect de studiu de sine stătător şi utilizând o serie de metode şi tehnici specifice. Intensificarea spectaculoasă a concurenţei atât între producătorii de bunuri şi prestatorii de servicii, cât şi între firmele ofertante servicii între ele, a condus la apariţia nevoii acute de diferenţiere a produselor şi serviciilor între ele şi la necesitatea de a apela la experţi în domeniul marketingului pentru identificarea criteriilor competitivităţii. În aceste condiţii, în care piaţa este controlată mai mult de cerere decât de ofertă, consumatorul are pretenţia de a fi tratat excelent, de a beneficia de atenţie totală din partea prestatorului, în caz contrar el renunţând la oferta întreprinderii, îndreptându-se spre concurenţă. În mod evident, concurenţa acerbă a reprezentat un factor important în dezvoltarea marketingului serviciilor, deoarece managerii întreprinderilor prestatoare de servicii au solicitat soluţii noi pentru satisfacerea mai bună a necesităţilor clienţilor, crearea unei imagini favorabile în rândul consumatorilor, formarea şi perfecţionarea personalului care intră în contact direct cu clientela, organizarea activităţilor în interiorul întreprinderii.[3]

Evolutiv, marketingului serviciilor, din punct de vedere conceptual, a cunoscut şapte etape de dezvoltare [29]:

- Etapa I (1930-1950): „orientare spre vânzare” – accentul se pune pe sporirea vânzărilor prin elaborarea de programe de vânzare, organizarea de cursuri de pregătire a vânzătorilor (se apreciază că sporirea vânzărilor atrage după sine sporirea profiturilor);
- Etapa a II-a (până în 1970): „accent pe publicitate şi comunicaţii” – în centrul atenţiei se află activitatea de publicitate, iar marile firme prestatoare de servicii apelează deja la serviciile agenţiilor de publicitate specializate;
- Etapa a III-a (până în 1980): „orientare spre dezvoltarea produsului” – se intensifică activitatea de inovare şi dezvoltare a produselor noi, se produce o diversificare extraordinară, se realizează segmentarea pieţei şi se elaborează variante de produse pentru segmente clar definite;

- Etapa a IV-a (începutul anilor 1980): „accent pe diferenţiere şi pe analiza concurenţei” – sunt realizate analize strategice, se trece la poziţionarea serviciilor, se diversifică strategiile, iar segmentarea pieţei devine din ce în ce mai profundă;
- Etapa a V-a (mijlocul anilor 1980): „focalizare pe servirea clienţilor” – în centrul atenţiei se află perfecţionarea procesului de servire a clienţilor, sunt acordate diverse facilităţi anumitor categorii de clienţi;
- Etapa a VI-a (începutul anilor 1990): „orientare spre calitatea servirii” – se intensifică studiile cu privire la calitatea serviciilor, se cercetează gradul de satisfacţie al consumatorilor, contribuţia consumatorilor la realizarea serviciilor de calitate;
- Etapa a VII-a (după 1990): „accent pe marketingul relaţional, pe crearea de relaţii preferenţiale cu clientela” – accentul se pune pe cultivarea relaţiilor pe termen lung, reciproc avantajoase cu clientela, care conferă avantaje substanţiale atât consumatorilor, dar şi prestatorilor.

În literatura autohtonă, se apreciază că procesul evolutiv al marketingului serviciilor se caracterizează prin dezvoltarea acestuia pe cale intensivă şi extensivă [30].

Dezvoltarea intensivă a marketingului serviciilor se referă la utilizarea consecventă în acest domeniu a unor metode şi tehnici de marketing ştiinţifice, fundamentarea unui cadru conceptual special, precum şi dezvoltarea unor elemente noi, specifice numai acestui domeniu. Astfel, se remarcă rolul deosebit al resurselor umane în ansamblul politicii de marketing, personalul devenind element distinct al mix-ului de marketing. De asemenea, s-au conturat cu claritate metode şi tehnici specifice marketingului serviciilor: marketingul intern, marketingul interactiv şi marketingul extern [31].

Dezvoltarea extensivă a marketingului serviciilor constă în adoptarea şi utilizarea consecventă a acestuia de către un număr din ce în ce mai mare de organizaţii, ramuri şi domenii ale serviciilor. În acest sens, prin specializare, se delimitează şi ia amploare marketingul turistic, marketingul financiar-bancar, al transporturilor si al telecomunicaţiilor. De asemenea, în prezent asistăm la o intensificare a preocupărilor de marketing în domeniul medical, cultural, educaţional.

Deşi în principiu, marketingul serviciilor operează cu aceleaşi instrumente şi tehnici, îndeplinind aceleaşi funcţii ca şi marketingul bunurilor materiale, totuşi acesta prezintă o serie de trăsături specifice, care pot fi sintetizate astfel:

- marketingul influenţează mai puţin decizia de cumpărare a serviciilor decât a bunurilor materiale. Dacă în cazul bunurilor, prin intermediul marketingului poate fi influenţată preferinţa consumatorului pentru o anumită marcă, utilizând instrumente ca ambalajul,

preţul, promovarea, distribuţia etc., în situaţia serviciilor acest obiectiv este mult mai dificil de realizat;

- serviciile sunt vândute, în majoritatea cazurilor înainte de a fi produse, comparativ cu bunurile materiale care sunt produse înaintea momentului vânzării. În plus, pentru multe categorii de servicii – cum ar fi spre exemplu, serviciile de transport aerian, medicale, culturale – consumatorul este co-producător al acestora, fiind parte componentă a procesului de producţie a serviciilor;
- perceperea riscului de către consumatorii de servicii este mult mai ridicată datorită caracterului intangibil al acestora, care face imposibilă analiza serviciilor înaintea achiziţiei. Astfel, testarea serviciilor poate fi realizată numai în timpul sau după finalizarea procesului de producţie şi consum.
- satisfacţia consumatorului de servicii depinde într-o foarte mare măsură de modul în care este tratat de către personalul de contact care îndeplineşte rolul de personal de vânzare. Atitudinea, comportamentul şi întreaga activitate a personalului „din prima linie" influenţează decizia consumatorului de a apela sau nu la serviciile companiei prestatoare de servicii;
- demersul de marketing în domeniul serviciilor urmăreşte vizualizarea intangibilului, respectiv tangibilizarea serviciilor, pe când în sectorul bunurilor materiale, accentul se pune pe redarea tangibilului în imagini abstracte;
- politica de promovare în domeniul serviciilor se focalizează pe marca întreprinderii, în timp ce în cazul bunurilor materiale, se subliniază marca produsului;
- vânzarea serviciilor se caracterizează printr-un grad înalt de personalizare, urmărindu-se particularizarea ofertei la nivelul clientului şi formarea şi consolidarea de relaţii preferenţiale pe termen lung.

Având în vedere aspectele menţionate anterior, este evident faptul că rezultatul prestaţiei şi satisfacţia consumatorului de servicii depind de o serie întreagă de elemente variabile deosebit de complexe. De aceea, în literatura de specialitate se apreciază că marketingul serviciilor are trei componente distincte: marketingul extern, marketingul intern şi marketingul interactiv [32].

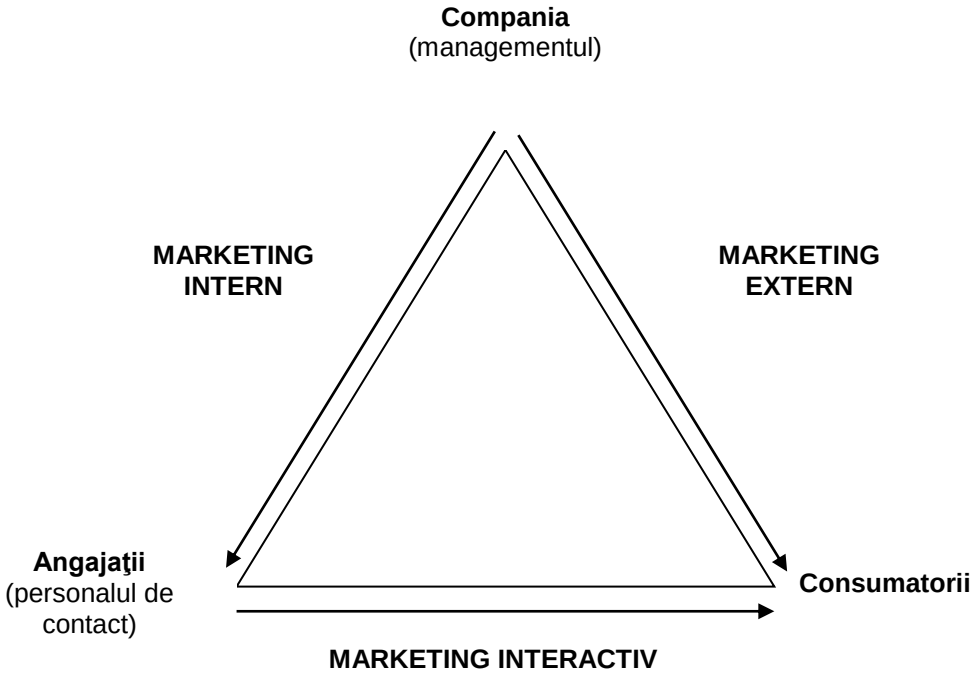
Marketingul extern are în vedere activităţile obişnuite pe care le realizează o companie prestatoare de servicii: de pregătire, stabilire a tarifului, distribuţie şi promovare a serviciului către consumatori.

Marketingul intern corespunde activităţilor de pregătire, instruire şi motivare a angajaţilor în scopul servirii corespunzătoare a clienţilor. În acest sens, se consideră că principala atribuţie a marketingului este de a-i determina pe toţi membrii organizaţiei să acţioneze în spiritul marketingului. Marketingul intern se fundamentează pe un sistem de comunicaţie internă eficientă între managementul companiei prestatoare şi personalul care participă la furnizarea serviciului

către consumator, în vederea realizării acestuia la nivelul promis şi acceptat. Totodată, este cunoscut faptul că relaţiile cu angajaţii au efecte covârşitoare asupra relaţiilor cu clienţii.

Marketingul interactiv se referă la activităţile care se desfăşoară în momentul contactului dintre prestator şi beneficiarul serviciului, reflectând capacitatea angajaţilor de a furniza servicii performante clienţilor. Ţinând cont de faptul că, evaluarea calităţii unui serviciu de către consumatori depinde de un complex de factori – cum ar fi: preţul, prestaţia personalului, calitatea echipamentelor, imaginea companiei etc. – prestatorul trebuie să fie preocupat pentru ca serviciul să devină cât mai palpabil şi mai performant, pentru a inspira încredere consumatorului.

Figura nr. IV.2. – Elementele componente ale marketingului serviciilor



1.3.2. Strategii de marketing în domeniul serviciilor

Strategia de marketing poate fi definită ca fiind ansamblul principiilor, politicilor şi procedurilor care orientează activitatea de marketing a întreprinderii pe piaţa sa ţintă.

O strategie coerentă trebuie să se bazeze pe elementele de sprijin*:* buget (corespunzător, în general, unui procent din cifra de afaceri şi dublului segmentului de piaţă sperat a se obţine), marketing-mix (care integrează ansamblul variabilelor de care dispune organizaţia pentru a influenţa piaţa ţintă, respectiv cei „4P" al lui McCarthy), procedura de repartiţie (maniera în care bugetul va afecta diferitele produse, segmente de clientelă şi teritorii de vânzare, în efortul de a maximiza rentabilitatea investiţiilor de marketing pe termen lung) şi să ia în calcul obiectivele

propuse: evaluarea nevoilor şi motivaţiilor consumatorului (care este versatil, cel mai inteligent lucru este să-l fidelizezi); înţelegerea nevoilor şi dorinţelor consumatorului (creativitatea şi perspicacitatea constituie elementele de bază care asigură succesul strategiei de marketing); dezvoltarea pieţei (se ţinteşte o nouă piaţă şi nu se abandonează până nu se cucereşte; se evaluează însă riscurile şi se evită erorile culturale); evaluarea cotei de piaţă şi reflectării într-o manieră strategică (se alege unitatea de valoare şi măsură cea mai adaptată produsului şi în funcţie de facilitatea deţinerii datelor; urmează apoi creşterea părţii de piaţă care să corespundă unui beneficiu asupra returului investiţiei); delimitarea categoriei căreia îi aparţine produsul (chestiunea strategică cea mai importantă care trebuie pusă; este determinată de maniera în care consumatorul percepe categoria căreia îi aparţine produsul) şi definirea pieţei globale (respectiv, toate categoriile de produse) [33].

Problema strategică esenţială constă în modalitatea de prezentare a avantajelor deosebite ale serviciilor propuse astfel încât acestea să fie percepute de consumatori ca răspunsuri la nevoile lor. Ceea ce înseamnă direcţionarea strategiei către problemele practice puse de un plan de acţiune clar şi precis, graţie cunoaşterii interlocutorilor de pe piaţa ţintă şi a motivaţiilor lor. Strategia are sens numai dacă este acceptată de consumatori.

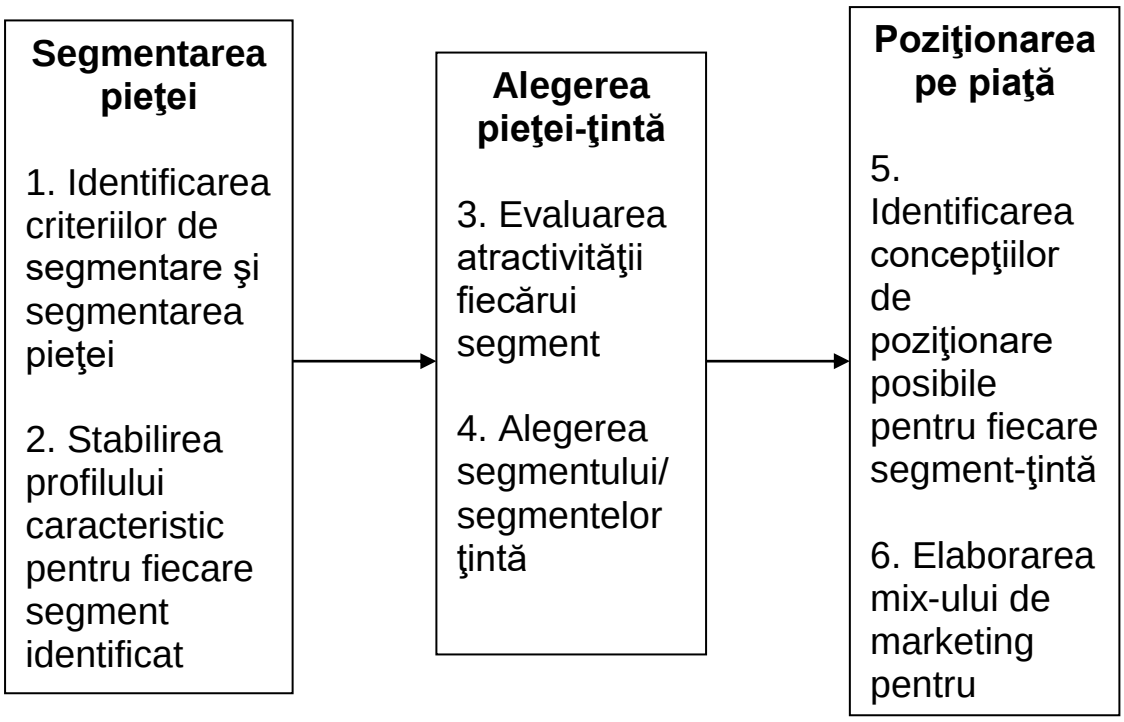
Nucleul strategiei de marketing este reprezentat de calitatea serviciilor, care rezultă la rândul său din: corectitudine în prestare, promptitudine, profesionalismul angajaţilor, amabilitate şi politeţe faţă de pacienţi. Fundamentarea şi implementarea unei strategii coerente, precum şi definirea sistemului de valori al organizaţiei sanitare constituie o necesitate de prim rang pentru organizaţiile care îşi propun realizarea unor servicii de sănătate excelente. Organizaţiile de succes din sectorul serviciilor de îngrijire a sănătăţii trebuie să aibă o strategie precisă, clară, competitivă, care să le impulsionează continuu şi care să definească în ultimă instanţă serviciul de sănătate prestat.

Pentru identificarea unei strategii competitive în domeniul serviciilor de sănătate este necesară parcurgerea unor etape importante:

- determinarea celor mai importante atribute ale serviciului pentru a satisface cât mai complet aşteptările pacienţilor;
- determinarea celor mai importante caracteristici, unde concurenţa este vulnerabilă;
- definirea capacităţilor prezente şi potenţiale ale organizaţiei sanitare, a competenţelor şi incompetenţelor, a punctelor tari şi a celor slabe, fundamentarea sistemului de valori al organizaţiei;
- elaborarea unei strategii a serviciului care se adresează necesităţilor şi exigenţelor pacienţilor, care speculează vulnerabilitatea concurenţei şi valorifică potenţialul organizaţiei sanitare.

Strategia de marketing în domeniul serviciilor de îngrijire a sănătăţii reprezintă de fapt atitudinea organizaţiei sanitare faţă de mediul de marketing şi, totodată, comportamentul său în raport cu componentele acestuia. Abordarea strategică a activităţii de marketing sanitar şi adaptarea organizaţiei la mediul presupune segmentarea pieţei, alegerea pieţei – ţintă, poziţionarea serviciilor pe piaţă şi elaborarea strategiei de marketing. Segmentarea pieţei constituie un efort de sporire a preciziei de orientare a organizaţiei în cadrul mediului de marketing, primul pas spre o mai bună adaptare la mediul economico-social, fiind încadrată într-un proces mai amplu, care include drept acţiuni ulterioare celei de segmentare, alegerea pieţelor-ţintă şi apoi poziţionarea pe piaţă (Figura nr. IV.3.) [3].

Figura nr. IV.3. – Etapele procesului de adaptare a organizaţiei la mediul de marketing



O organizaţie sanitară poate adopta mai multe alternative strategice, acestea diferenţiindu-se în funcţie de diverse criterii:

- raportul cerere-ofertă;
- conţinutul relaţiilor de mediu;
- poziţia firmei faţă de concurenţă;
- structura pieţei sau furnizării de forţă de muncă (Tabelul nr.IV.2.).

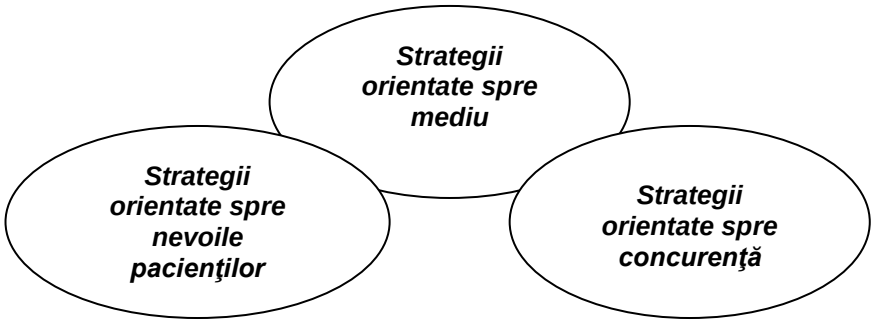
Tabelul nr.IV.2. – Tipologia strategiilor de marketing în domeniul serviciilor

STRATEGII GENERALE		**STRATEGII SPECIFICE**		
Raport cerere-ofertă	**Conţinutul relaţiilor de mediu**	**Poziţia companiei faţă de:**		
		Concurenţi	**Structura pieţei**	**Furnizorii de forţă de muncă**
1. diferenţiere temporală: -stimularea cererii -descurajarea cererii *2. nediferenţiată sau insuficient diferenţiată*	*1. relaţii de parteneriat* -preferenţiale -de toleranţă -de cooperare *2. relaţii concurenţiale*	*1.diferenţiere* *2.nediferenţiere*	*1.diferenţiată* *2.nediferenţiată* *3.concentrată*	*1. pregătire în sistem propriu* *2. pregătire în unităţi de învăţământ specializate*

Sursa: Olteanu, Valerică – Marketingul serviciilor – o abordare managerială Editura Ecomar, Bucureşti, 2003, p.173

Definind conceptual concurenţa din sistemul de sănătate – public şi, mai ales, privat – ca pe o luptă permanentă a organizaţiei sanitare (spitalului, clinicii, cabinetului) pentru a forma, menţine şi a amplifica avantajul competitiv faţă de orice altă componentă similară din sistemul de sănătate, a apărut o nouă optică de gestionare a activităţii sanitare, axată pe trei grupe de strategii secvenţiale care potenţează împreună strategia de marketing conturată pe ansamblul unităţii sanitare: strategii orientate spre nevoile pacienţilor, strategii orientate spre mediu, strategii legate de concurenţa din sistemul de sănătate [34].

Figura nr. IV. 4. – Strategii care potenţează strategia de marketing



Considerat „secol al serviciilor”, secolul XX, confruntat cu universalitatea marketingului**,** a impus identificarea diferenţierilor în abordarea de marketing a serviciilor (SUA - 1981, Franţa - 1989), ca domeniu specializat. Astfel, relevant pentru distincţia marketing al bunurilor de consum/marketing al serviciilor este extinderea elementului central al strategiei de marketing, respectiv mix-ul de marketing, de la cei „4P” la cei „7P” [35] (Tabelul nr.IV.3.). Acest mix lărgit s-a bucurat de o atenţie considerabilă, în cadrul marketingului serviciilor. El oferă un mecanism de organizare simplu, prin care se pot înţelege problemele rezultate din preocupările organizaţiilor prestatoare de servicii. Mix-ul lărgit s-a dezvoltat şi ca o soluţie parţială la unele dintre problemele deosebite cu care s-au confruntat managerii pe linia controlului de calitate si a relaţiei cu clientul în procesul de prestare a serviciului. Mix-ul lărgit recunoaşte în mod explicit rolul personalului şi al clienţilor în procesul furnizării serviciului, subliniind rolul de marketing jucat de ambele părţi. [3]

Tabelul nr. IV. 3. – Mix-ul de marketing în domeniul serviciilor

Cei „7P”	**Mix-ul de marketing al serviciilor**
1. **Produs** („Product”) 2. **Preţ** („Price”) 3. **Distribuţie** („Place”) 4. **Promovare** („Promotion”)	Mix tradiţional (McCarthy, 1960)
5. **Evidenţa fizică** („Physical evidence”)	Mediul în care ia naştere serviciul şi în care organizaţia intră în relaţie directă, precum şi orice bunuri materiale care facilitează crearea sau transmiterea serviciului.
Participanţi - personalul organizaţiei, alţi clienţi („Participants”)	Toate persoanele care joacă un rol în furnizarea serviciului şi influenţează, astfel, percepţiile cumpărătorului, mai concret, personalul firmei şi alţi clienţi din mediul serviciului respectiv.
6. **Proces** („Process”)	Toate procedurile, mecanismele şi fluxul de activităţi prin care se creează şi se prestează serviciul.

1.4. Marketingul sistemului de sănătate

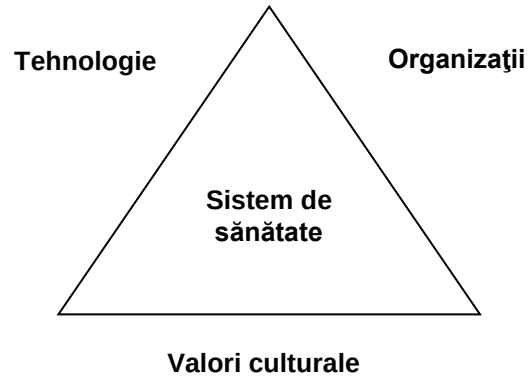
Marketingul în domeniul sănătăţii este, prin specificul său, un domeniu interdisciplinar, deoarece utilizează o serie de concepte, metode şi tehnici de marketing specifice atât marketingului serviciilor, cât şi marketingului social. Pe lângă aceasta, nevoia pe care o satisface serviciul de sănătate, plasează acest domeniu la limita dintre economic şi social, dintre orientarea spre profit şi cea non profit.

Sănătatea a adoptat marketingul după toate celelalte industrii, iar acceptarea marketingului de către specialiştii în domeniu a fost făcută după 1980. Aceasta nu înseamnă că anumite organizaţii de sănătate, mai ales cele din sectorul de distribuţie, nu au fost implicate în activităţi care pot fi considerate din sfera marketingului. Fiecare spital şi multe alte organizaţii furnizoare de servicii de sănătate aveau printre activităţile curente şi pe cea de relaţii publice, activitate ce presupunea difuzarea de informaţii referitoare la organizaţia sanitară şi anunţarea noilor evenimente (modificări ale personalului, cumpărarea de noi echipamente). De asemenea, multe organizaţii şi-au înfiinţat departamente de relaţii cu guvernul, departamente care erau responsabile cu urmărirea modificărilor legislative care le puteau afecta activitatea curentă. Activitatea de comunicare prezentă în majoritatea organizaţiilor de sănătate demonstrează existenţa unor precursori ai marketingului. Pe lângă toate aceste tehnici, multe organizaţii se implicau în activităţi informale de marketing prin sponsorizarea de seminarii educaţionale sau participarea la diverse evenimente ale comunităţii. [14]

1.4.1. Conceptul de sistem de sănătate

Sistemul de sănătate este compus din ansamblul componentelor care participă la realizarea şi asigurarea stării de sănătate socială şi familială. Sistemul de sănătate de asemenea poate fi definit ca ansamblul resurselor ce oferă îngrijiri medicale şi promovează un stil de viaţă sănătos, incluzând şi relaţiile dintre ele. Dezvoltarea unui sistem medical este direct influenţată de politicile de îngrijiri adoptate, dependente la rândul lor de finanţare, structura populaţiei şi dezvoltarea socio-economică a regiunii geografice respective, de relaţiile cost-rezultate şi totodată de atitudinea şi aşteptările pacienţilor.

Figura nr. IV. 5. – Sistemul de sănătate ca produs al interacţiunii dintre valorile culturale naţionale, tehnologie şi organizaţii



Sursa: Mincă D.G., Marcu M. G. – Sănătate Publică şi Management sanitar – Ed.Universitară „Carol Davila", Bucureşti, 2004

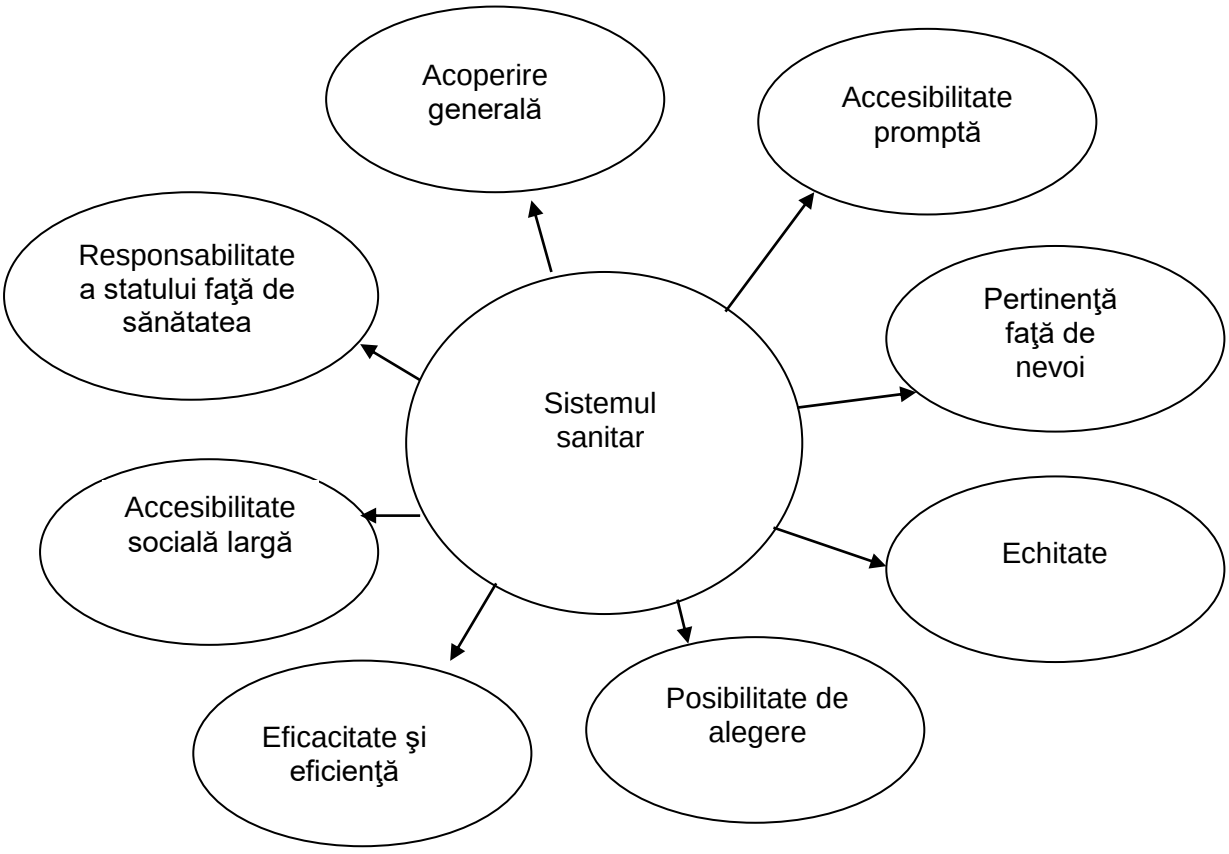
Un sistem de sănătate are ca principale obiective: îmbunătăţirea stării de sănătate a populaţiei precum şi ţinerea sub control a epidemiilor; oferirea de servicii de sănătate la standarde înalte si asigurarea accesului echitabil la serviciile medicale de către toată populaţia.

Sistemul de sănătate reprezintă ansamblul organizaţiilor de sănătate care îl compun şi care sunt diferite din punctul de vedere al structurii organizatorice, al logisticii, al scopului propus, al culturii organizaţionale, dar au un numitor comun: pacientul.

Elementele particulare ale unui sistem medical se referă la: serviciile direcţionate către pacient, ca scop principal al sistemului; creşterea calităţii serviciilor de sănătate oferite; responsabilitatea conducerii în domeniul resurselor umane şi materiale; implicarea grupurilor de interes interne (medici, salariaţi) şi externe (Ministerul Sănătăţii, pacienţi), în realizarea obiectivelor propuse de unitatea medicală respectivă.

Principalele condiţii pe care trebuie să le îndeplinească un sistem performant se referă la: acoperirea generală; accesibilitate promptă; pertinenţa faţă de nevoi; echitatea; posibilitatea de alegere; eficacitatea; eficienţa înaltă; accesibilitatea socială largă; responsabilitatea statului faţă de sănătatea publică. Un sistem sanitar performant trebuie să aibă caracteristicile din Figura nr.IV.6.

Figura nr. IV.6. – Caracteristicile unui sistem sanitar performant



1.4.2. Schimbările din sistemul de sănătate

În prezent, putem vorbi de o revoluţie în ceea ce priveşte aşezarea valorilor în sistemul de sănătate pe baza exploziei informaţionale existente, din care nu poate fi exclusă importanţa mutaţiei fundamentale apărută încă de la sfârşitul secolului trecut, respectiv a captării, selectării şi interpretării judicioase a informaţiilor din domeniu. Acest fenomen necesită o modificare a mentalităţilor de gestionare a acestora şi implicit a consumatorilor de servicii şi medicamente.

Fenomenul semnalat are semnificaţii largi şi complexe, însemnând schimbări în stilul de viaţă sau obiceiuri de consum şi de medicaţie ale pacienţilor. Atragerea pacienţilor în actul medical are implicaţii uluitoare. Pe măsura evoluţiei acestui proces, schimbarea se repercutează asupra scopului fundamental al existenţei noaste: viaţa. Aceasta va purta indubitabil amprenta modului în care se va armoniza relaţia: oferta de sănătate – nevoia de sănătate.

Accelerarea schimbărilor conjuncturale impune sistemelor de sănătate să se orienteze accelerat către viitor, fără a ignora necesităţile actuale. Iar strategia de viitor nu poate fi gândită şi realizată fără capacităţi de management şi marketing cu adaptabilitate rapidă la schimbări şi decizii prompte, eficient orientate spre satisfacerea cât mai completă a nevoilor pacienţilor.

Schimbările din sistemul serviciilor de sănătate reprezintă un fenomen global care vizează în final reducerea, respectiv eliminarea în totalitate a decalajelor existente între nevoia de sănătate a populaţiei şi răspunsul sistemului la aceasta.

Reforma sistemului de sănătate cuprinde o multitudine de direcţii care fac obiectul programelor de dezvoltare stabilite şi implementate sau în curs de implementare, dar, cu titlu de generalizare, se poate afirma că are două componente majore, şi anume:

- cadrul instituţional;
- serviciile medicale.

Principiul care stă la baza reformei din sistemul nostru medical este: *serviciile de sănătate trebuie să fie un bun comun, accesibil tuturor cetăţenilor României, indiferent de posibilităţile materiale şi având la bază accesul liber la serviciile sanitare.*

Principalul obiectiv al reformei este să îmbunătăţească starea de sănătate a populaţiei prin reducerea numărului de boli posibil de prevenit, a frecvenţei şi gravităţii cazurilor, asigurând:

- accesul egal la serviciile de sănătate;
- contribuţii generale la finanţarea sistemului sanitar;

- posibilitatea alegerii libere a medicilor de către pacienţi;
- servicii sanitare eficiente;
- corelarea finanţării sectorului cu nivelul de dezvoltare economică;
- îmbunătăţirea capacităţii Ministerului Sănătăţii de dezvoltare a politicii de sănătate prin reducerea intervenţiei sale în administrarea directă a unor activităţi şi instituţii.

Implementarea în sistemul medical a acestui amplu proces de reformă, presupune ameliorarea operaţionalizării sistemului de asigurări de sănătate, descentralizarea serviciilor (creşterea importanţei serviciilor de sănătate de la nivel local), redefinirea cadrului legal de furnizare a serviciilor sanitare, elaborarea şi implementarea normelor specifice de asigurare a calităţii în sectorul sanitar, etc.

1.4.3. Necesitatea marketingului sistemului de sănătate

Argumentul principal al adoptării opticii de marketing în cadrul sistemelor de sănătate se regăseşte în obiectivele reformelor în sistemul serviciilor de sănătate [3]. Astfel, printre obiectivele reformelor în sistemul serviciilor de sănătate se înscriu:

- echilibrarea alocării resurselor financiare – teritorial şi pe categorii de servicii – şi controlul costurilor;
- îmbunătăţirea gradului de satisfacţie a furnizorilor şi beneficiarilor de îngrijiri medicale;
- reducerea discrepanţelor în ofertă şi accesul la servicii;
- reducerea aplicării inadecvate a tehnologiilor moderne;
- corectarea stimulării corespunzătoare a consumului de servicii medicale;
- separarea furnizorilor de servicii (medici, spitale) de cumpărătorii de servicii (beneficiarii serviciilor medicale);
- introducerea competiţiei controlate (între furnizorii publici şi privaţi şi companiile de asigurări);
- recompensarea medicilor şi a instituţiilor pe baza criteriilor de performanţă;
- introducerea metodelor manageriale moderne în conducerea serviciilor de sănătate;
- descentralizarea sistemului îngrijirilor de sănătate prin deconcentrarea şi delegarea autorităţii.

Restructurarea sectorului sanitar presupune nu numai măsuri de ordin organizatoric, dar şi pregătirea personalului pentru a asigura gestiunea resurselor existente în concordanţă cu cerinţele eficienţei economice şi cele impuse de specificul sectorului sanitar.

Rolul managerului în sistemele de sănătate este de a asigura o relaţie pacient-medic-organizaţie medicală optimă, dar cea mai importantă responsabilitate a sa rămâne asigurarea condiţiilor

necesare pentru o calitate înaltă a actului medical. Atât organizaţia medicală, cât şi medicul, au, în cadrul acestei relaţii, o serie de resposabilităţi şi trebuie să se ghideze după anumite principii.

Principalele responsabilităţi ale organizaţiilor medicale se referă la: asigurarea dezvoltării unei relaţii optime medic-pacient astfel încât acesta din urmă să beneficieze de servicii medicale optime; sprijinirea medicului pentru ca el să aplice cele mai adecvate cunoştinţe şi cea mai performantă tehnică în vederea asigurării unei îngrijiri de calitate a pacientului; stabilirea structurilor manageriale care să asigure atât pacientul, cât şi medicul, că tratamentul este cel mai eficient, adecvat.

Principiile după care trebuie să se orienteze organizaţiile medicale prin managerii acestora, constau în: medicul are responsabilitatea legală pentru diagnosticarea şi tratamentul pacienţilor; managerul trebuie să asigure structura organizatorică şi dotarea tehnică necesare îngrijirii optime a pacientului; scopul muncii în echipă este atingerea obiectivelor organizaţiei sanitare; managerul trebuie să întreţină o atmosferă în care medicul să se simtă implicat, respectat, să fie stimulat să colaboreze, să-şi dezvolte abilitatea de a implementa o schimbare benefică în organizaţia sanitară respectivă [36].

Marketingul serviciilor de sănătate poate fi definit ca acea funcţie a unităţii sanitare însărcinată cu definirea categoriilor de public vizate şi a celor mai bune modalităţi de a le satisface nevoia de sănătate la un nivel competitiv şi profitabil. El vizează atât persoana sănătoasă cât şi bolnavul, ceea ce presupune folosirea, utilizarea unor strategii diferenţiate şi chiar apariţia unor strategii anti-marketing, ca de exemplu: producătorii de alcool şi ţigări fac reclame pentru consumarea acestor produse, iar societatea încearcă combaterea consumului acestor produse. Specific marketingului serviciilor de sănătate este faptul că există produse, pieţe, dar nu există echivalent bănesc. Eficienţa strategiilor de marketing din sistemul de sănătate se regăseşte în imaginea unei populaţii sănătoase, în determinarea unor categorii de bolnavi cronici de a adera la măsurile de profilaxie secundară prin parcurgerea întregului proces recuperator, în readaptarea, reîncadrarea profesională, reintegrarea socială a bolnavilor. Aplicarea marketingului şi în domeniul sanitar a fost impusă de problemele apărute în sănătatea societăţii umane.

Potrivit conceptului de marketing al sistemului de sănătate, pacientul este considerat principala sursă de venit a organizaţiei sanitare, profiturile fiind direct influenţate de gradul de satisfacere a nevoilor şi exigenţelor pacienţilor.

Un demers de marketing performant presupune investigarea în profunzime a nevoilor pacienţilor, identificarea unor nevoi latente şi oferirea unor servicii sanitare noi, pe care pacienţii nu le-au solicitat în mod explicit.

1.4.4. Particularităţile marketingului sistemului de sănătate

Aplicarea marketingului în sistemul de sănătate se diferenţiază de alte domenii datorită particularităţilor acestuia, particularităţi determinate de caracteristicile pieţei, produselor, organizaţiilor, personalului şi consumatorilor. [3]

*Piaţa***:** existenţa unei pieţe reale, în sens economic, în domeniul sănătăţii este discutabilă deoarece o creştere a ofertei de servicii de sănătate nu înseamnă, în majoritatea cazurilor, o scădere a preţului, şi nici o creştere a cererii nu determină o creştere a preţului. Deci, modificarea cererii şi a ofertei în domeniul sănătăţii, în majoritatea cazurilor nu determină modificarea preţului. Oferta depinde de politica guvernului şi de alte restricţii,iar cererea este determinată de nivelul asigurărilor, disponibilitatea resurselor şi activitatea medicilor de familie, şi mai puţin de nivelul îmbolnăvirilor în rândul populaţiei. Furnizorii de servicii de sănătate intră în relaţii de concurenţă, iar această concurenţă determină preţul bunurilor şi serviciilor oferite populaţiei, situaţie care nu e specifică serviciilor sanitare.

Organizaţiile: în timp ce majoritatea sectoarelor de activitate îşi stabilesc obiective în termeni de profit, multe organizaţii sanitare sunt forţate să accepte clienţi care nu sunt capabili să plătească. Chiar dacă anumiţi prestatori îşi rezervă dreptul de a nu primi pacienţi ale căror probleme de sănătate nu sunt aşa de grave, sunt unităţi sanitare – precum spitalele de urgenţă – care nu pot să nu primească pacienţi cu probleme grave de sănătate. Cele mai multe dintre organizaţiile din sănătate au o dublă ierarhizare a puterii [37], pe de o parte specialiştii din medicină (medici, dentişti, chirurgi), iar pe de altă parte administratorii (conducerea), fiecare dintre aceştia urmărind obiective diferite. Un rol important în domeniul sănătăţii au jucat întotdeauna organizaţiile non-profit care creează un mediu diferit faţă de alte domenii de activitate. Un alt aspect care diferenţiază organizaţiile sanitare de organizaţiile din acte domenii de activitate este faptul că de cele mai multe ori, decizia de a apela la o organizaţie sau alta aparţine consumatorului final, dar poate fi influenţată de furnizor (recomandarea medicală).

Produsul: în sănătate, există o gamă largă de servicii, oferite de cele mai multe ori grupat şi pentru care nu există produse substituibile ca în cazul altor tipuri de servicii.

Personalul: organizaţiile sanitare sunt dominate de personal medical şi mai puţin de manageri, cu viziuni diferite. Pe de altă parte formarea personalului sanitar are reglementări specifice, este de lungă durată, costisitoare pentru societate, presupune criterii de performanţă direct legate de suportul tehnologic pe care echipa managerială trebuie să-l ofere pentru desfăşurarea activităţii. Medicii iau de obicei deciziile în interesul pacienţilor, în timp ce managerii sunt tentaţi să ia deciziile

în interesul organizaţiei pe care o conduc, în termeni de profit. Se creează astfel un conflict între obiectivele medicilor şi ale managerilor, situaţie rar întâlnită în celelalte domenii de activitate.

Consumatorii: diferă de cei ai altor bunuri şi servicii, chiar dacă uneori pot fi aceeaşi, dar cu moduri de interacţionare, de solicitare şi de receptare a serviciului cu totul surprinzătoare, ei fiind concomitent şi beneficiari.

2. ORGANIZAREA MANAGEMENTULUI DIN SISTEMUL DE SĂNĂTATE

2.1. Strategii de marketing în sistemul de sănătate

Cererea crescândă de servicii de sănătate a populaţiei, precum şi intensificarea competiţiei în domeniul serviciilor medicale din România stau la baza premiselor pentru introducerea unei noi orientări în unităţile de profil medical, urmărindu-se atât satisfacerea cererii manifestate, cât şi inducerea cererii pentru alte servicii de îngrijire a sănătăţii.

Din această perspectivă putem constata un comportament semnificativ diferit la nivelul instituţiilor private, faţă de cele de stat. Primele sunt mult mai receptive în acceptarea eforturilor de marketing pentru buna desfăşurare a activităţii lor, în timp ce instituţiile de stat, obişnuite încă să acţioneze sub protecţia ideii de monopol, deplasarea spre acceptarea marketingului se realizează mai lent.

Managementul marketingului reprezintă activitatea de analiză, planificare, implementare şi control a programelor care vizează crearea, promovarea şi menţinerea avantajelor rezultate în urma schimburilor menite să satisfacă obiectivele organizaţiei.

Managementul marketingului vizează atingerea obiectivelor de marketing, având în vedere resursele organizaţiei şi situaţia pieţei, precum şi planificarea şi execuţia activităţilor necesare pentru atingerea obiectivelor. Dacă acestea sunt îndeplinite corespunzător, nevoile consumatorilor sunt satisfăcute în condiţii superioare, având loc totodată şi eficientizarea activităţii organizaţiei.[14]

Pe lângă cele două funcţii de bază ale managementului, organizarea şi execuţia, managementul marketingului are două funcţii distincte: vânzarea produselor şi dezvoltarea şi implementarea noilor produse. Ambele sunt importante, dar pentru ca organizaţia să desfăşoare o activitate profitabilă, cele două funcţii trebuie să se dezvolte simultan, pe fondul scanării mediului concurenţial pentru identificarea potenţialelor noi intrări de produse sau servicii similare.

Managementul marketingului în noul context mai presupune identificarea factorilor cheie de succes pe piaţa relevantă (inovativitate, putere financiară, asistenţă tehnică pentru clienţi, calitate a produsului, calificare a forţei de muncă, acces la canale de distribuţie), o monitorizare continuă a strategiilor de poziţionare a concurenţilor, cunoaşterea istoriei, tradiţiilor şi personalităţilor manageriale ale concurenţilor, identificarea gradului variabil al vizibilităţii acţiunilor de marketing ale concurenţei , conştientizarea posibilităţii existenţei capriciilor manageriale, etc.

În lucrarea „Managementul marketingului – analiză, planificare şi control", Kotler identifică cinci etape distincte ale implementării strategiilor de marketing:

- Marketingul este reclamă, promoţii şi publicitate.
- Marketingul este când zâmbeşti şi ai o atmosferă prietenoasă în jur.
- Marketingul este inovaţie.
- Marketingul este poziţionare pe piaţă.
- Marketingul este analiză, planificare şi control.

În acest sens, Kotler postulează: „chiar şi după ce este implementat într-o organizaţie un proiect puternic de marketing ce se dezvoltă şi se maturizează, managerul de marketing nu trebuie să uite niciodată principiile de bază" [38].

Philip Kotler apreciază că managementul marketingului este arta şi ştiinţa alegerii pieţelor ţintă şi câştigării, menţinerii şi sporirii clienţilor prin crearea, livrarea şi comunicarea unei valori superioare către client, care are însă în multe cazuri preferinţe nedefinite, ambigue sau chiar conflictuale.

Managementul marketingului sanitar – ca răspuns la o dorinţă de schimbare motivată de piaţă – presupune patru etape asemănătoare cu cele menţionate de Kotler, şi anume:

- Marketingul orientat intern;
- Marketingul prin promovare de imagine;
- Marketingul tactic integrat;
- Marketingul orientat extern.

În primele două etape necesităţile organizaţiei sanitare motivează aproape în totalitate deciziile şi acţiunile de marketing, în timp ce în celelalte două nevoile pacienţilor sunt puse pe primul loc. Acest proces de evoluţie de la o motivare internă la una externă constituie metoda operaţională pe care managerii din sănătate o urmează în implementarea managementului marketingului.

Un aspect al implementării conceptului de marketing îl constituie luarea deciziei referitoare la mix-ul de marketing. Este imperios necesar ca managementul marketingului să „simtă" corelaţia dintre mix şi criteriile de alegere cu care operează clienţii. Alegerea clienţilor va depinde de

crearea unei valori ceva mai mare comparativ cu concurenţa, „extra valoarea” respectivă fiind adăugată prin stabilirea unui avantaj concurenţial, urmărirea echilibrului între orientarea spre client şi cea spre concurenţă fiind esenţială. [3]

Pentru implementarea strategiei de marketing este nevoie deci de analiza concurenţilor – identificarea punctelor tari şi slabe, obiective, strategii, moduri de reacţie – evitând de la bun început „miopia concurenţială” (ignorarea celor care achiziţionează produse sau servicii substituibile care îndeplinesc o funcţie similară).

Adoptarea conceptului de marketing modern trebuie să îmbunătăţească performanţa afacerii. Proba va consta în efectul obţinut în materie de profitabilitate şi cotă de piaţă.

Succesul unei organizaţii depinde în mare parte de avantajele sale concurenţiale în raport cu concurenţii săi. Nevoia de a evalua poziţia concurenţială a întreprinderii de o manieră permanentă este esenţială din două motive. În primul rând, pentru a evalua propria sa capacitate de a satisface criteriile de succes necesare pentru a se stabili şi a se menţine pe piaţă. În al doilea rând, pentru a se situa într-o poziţie favorabilă faţă de concurenţii săi.

Peter Drucker a indicat opt zone de performanţă care sunt determinante pentru succesul pe termen lung al unei organizaţii: poziţia pe piaţă; inovaţia; productivitatea; resursele fizice şi financiare; rentabilitatea; performanţa şi dezvoltarea managerilor; performanţa şi atitudinile salariaţilor şi responsabilitatea publică. Aceste opt zone pot să formeze baza unui audit al poziţiei concurenţiale a organizaţiei.

Conceptul criteriilor de succes este o recunoaştere pozitivă a capacităţii firmei de a-şi menţine şi a ameliora poziţia concurenţială. Necesitatea de a identifica criteriile de succes este o opţiune determinantă în managementul strategic, care asigură cea mai bună calitate a deciziilor la toate nivelurile manageriale. Definirea criteriilor de succes implică examinarea aspectelor următoare:

- avantajele concurenţiale ale organizaţiei;
- analiza resurselor;
- caracteristicile pieţei

Dacă acceptăm să definim conceptual concurenţa şi în sistemul de sănătate ca pe o luptă permanentă a organizaţiilor din sănătate pentru a-şi forma, a-şi menţine sau a-şi spori avantajul faţă de celelalte organizaţii, trebuie să acceptăm existenţa celor trei grupe de strategii secvenţiale: strategii legate de mediul general, strategii legate de nevoile clientelei, strategii legate de reacţiile concurenţilor. Orice manager trebuie să-şi pună întrebări asupra avantajelor care i-au permis

succesul în trecut, asupra celor care îi susţin afacerea în prezent,pentru ca astfel să poată judeca avantajele care îi vor asigura succesul în viitor.

2.2. Demersul strategic al orientării spre client

Clientul modern are o educaţie superioară şi aşteptările sale sunt din ce în ce mai mari, iar ceea ce astăzi este considerat a fi un produs sau un serviciu de calitate acceptabilă, s-ar putea ca mâine să nu mai fie considerat aşa. Ţinând cont de faptul că în prezent cerinţele consumatorilor sunt din ce în ce mai rafinate şi exigenţele lor din ce în ce mai ridicate, se impune ca organizaţiile inclusiv cele din sănătate, să aibă capacitatea, bazându-se pe un minimum de efort din partea consumatorilor, de a satisface aceste nevoi. In aceste condiţii ele au nevoie de un nou mod de gândire: succesul final va aparţine celor care vor pune în centrul activităţii clientul, oferindu-i o valoare superioară. Aceste firme se vor specializa pe crearea clientelei – nu numai pe crearea produselor şi serviciilor – şi îşi vor dovedi capacitatea de creatori de cerere nu doar creatori de produse şi servicii [39].

Concentrarea pe client se realizează utilizând instrumente şi tehnici relevante, recunoscând relaţia strategică pe care o doreşte acesta. Concentrarea adecvată a eforturilor este posibilă doar graţie unui set distinct de capabilităţi care permit cunoaşterea şi decodificarea comportamentelor clienţilor**.** Aceasta în contextul în care resursele umane implicate în realizarea bunurilor sau serviciilor sunt responsabile pentru promisiunea făcută în numele brandului organizaţiei. Este bine ştiut că experienţa clientului are de suferit in lipsa conexiunilor între cei care fac promisiunea şi cei care trebuie să şi-o păstreze.

Marketingul poate fi eficient doar în condiţiile în care diferitele compartimente şi angajaţii acestora alcătuiesc o echipă unită, al cărei obiectiv constă în elaborarea şi implementarea unui sistem competitiv de satisfacere a consumatorului prin valoarea creată. Devine evident faptul că, „apropierea de clienţi" reprezintă o necesitate pentru companiile care urmăresc succesul, dar şi pentru cele care nu vor să fie eliminate de pe piaţă. Clienţii vor alege din multitudinea de oferte existente pe piaţă, pe aceea care le maximizează valoarea în raport cu costurile implicate de căutarea unui produs şi cu mobilitatea, cunoştinţele şi veniturile limitate de care dispun. Prin urmare, clienţii vor aprecia dacă oferta atinge nivelul valorii aşteptate, ceea ce le va influenţa satisfacţia şi probabilitatea de a cumpăra şi în viitor.

Pentru companiile orientate către clienţi, satisfacţia acestora reprezintă un obiectiv şi un instrument de marketing în acelaşi timp . Prin urmare, se recomandă ca firma să se orienteze spre oferirea

unui nivel înalt de satisfacţie consumatorilor, cu condiţia să asigure un nivel acceptabil de satisfacţie celorlalte persoane implicate în activitatea acesteia. [40]

În centrul tuturor operaţiunilor de comercializare specifice trebuie să se afle clientul. Mesajul brandului trebuie să reliefeze centralitatea clientului. Calitatea produselor şi/sau serviciilor trebuie să fie situată în inima strategiei de comercializare a organizaţiilor. Produsele sau serviciile oferite trebuie să reprezinte exact soluţiile aşteptate de clienţi. Punctele de contact cu clienţii trebuie stăpânite foarte bine pentru a-i convinge pe aceştia să accepte soluţiile propuse. Firmele trebuie să fie capabile să privească dincolo de comportamentul consumatorului sau de achiziţionarea unui produs sau serviciu.

Mecanismelor procesului de anticipare a acţiunilor viitoare ale organizaţiei sanitare (previziune şi reactivitate) li se poate asigura un cadru de evoluţie şi puncte precise de aplicare printr-un „demers proactiv”, complementar, determinant. Element central al unui sistem global de dezvoltare a organizaţiei sanitare, strategia poate – în opinia unor specialişti – să devină o variabilă – funcţie transversală a organizaţiei, în interacţiune cu toate celelalte funcţii şi totodată pilot al dinamicii sale**.**

Pornind de la intuiţia managerilor săi, viziunea sistematică a organizaţiei (ca instrument privilegiat) aduce o soluţie de analiză care permite elaborarea unui demers strategic, funcţional, „proactiv”: intuiţie – miză - simulare – planificare – reacţie.

Strategia antrenează un mixaj de resurse – care determină el însuşi o funcţie a organizaţiei – şi se prelungeşte în mod logic cu tactica (strategia şi tactica se pot derula aproape în acelaşi timp). Ansamblul de mecanisme strâns legate între ele condiţionează capacităţile organizaţiei de satisfacere a nevoilor interne şi externe printr-o bună optimizare a resurselor (în capital, în echipamente, umane, naturale, informaţionale) alocate într-un perimetru de activitate fixat şi în condiţiile unei politici manageriale date constituie sistemul strategic al organizaţiei.

Trebuie reţinut că „fără zăcământul extern” (nevoia de sănătate, piaţa, pacienţii – resurse naturale ale organizaţiei) nu ar fi nimic posibil din punct de vedere strategic, studiul acestuia, în măsura în care se dovedeşte a fi pozitiv, permiţând crearea unui „produs – serviciu de sănătate”, iar ansamblul „produs – serviciu”, respectiv „producţie – productivitate”, reprezentând mijloace de marketing, tehnice şi organizaţionale obţinute din resursele în echipamente, cele umane şi informaţionale ale organizaţiei sanitare [41].

În condiţiile definite prin strategie, filiera tehnologică, sistemul de furnizare şi logistică globală sunt sisteme determinante pentru ca organizaţia sanitară să ajungă la pacienţi. Preţul, condiţiile de

furnizare a serviciilor şi rentabilitatea sunt determinate cu prioritate de resursele financiare ale organizaţiei.

În condiţiile trecerii de la „complicat” (care permitea revenirea la starea iniţială), la „complex” (care nu permite acest lucru din cauza unui joc de interacţiuni), dinamica organizaţiei face obiectul unei analize aprofundate, interactive.

Organizaţia sanitară trebuie să-şi delimiteze „câmpul de luptă concurenţial”, identificând şi studiind segmentele sale strategice. În acest sens este preferabil noul demers proactiv, potrivit căruia mijlocul de satisfacere a unei nevoi de sănătate este conceput prin iterare chiar de către pacienţi, mijlocul căutat oprind procesul „imagine – reacţie – modificare”. Organizaţia poate deschide astfel, prin inovaţie provocată, propria sa piaţă şi perturbă în avantajul său jocul concurenţial cu o nouă forţă de substituţie. Transpunerea în practică a demersului competitivităţii organizaţiei sanitare presupune respectarea unor consideraţii operaţionale.

Cel mai sigur drum către competitivitate este acela care asociază în mod armonios productivitatea (capacitatea de a produce mai mult cu mai puţine mijloace) şi eficacitatea (capacitatea de a răspunde mai bine la aşteptările mediului, în special ale clienţilor). [42]

Îmbunătăţirile necesare în procesele şi sistemele pentru managementul şi optimizarea acestor reţele vor constitui o provocare chiar şi pentru liderii acestei pieţe în următorii ani.

2.3. Politicile de marketing din sistemul de sănătate

Opţiunile de acţiune a unei organizaţii la factorii de mediu sunt reprezentate de strategiile de marketing. Practic, strategiile de marketing sunt o cale de urmat, fiind rezultatele analizelor factorilor de mediu cum ar fi micromediul, macromediul, mediul său intern. Succesul asigurat în marketingul sistemului de sănătate este reprezentat de o strategie de bază concentrată pe resursele umane şi materiale ale sistemului şi pe productivitatea lor.

Nucleul strategiilor sistemului de sănătate este reprezentat de calitatea serviciilor de îngrijire de sănătate din sistem.

Elementul cel mai important al strategiei de marketing este reprezentat de mixul de marketing prin care sistemul de sănătate asigură satisfacerea nevoilor şi dorinţelor pacienţilor şi o mai bună comunicare cu aceştia.

Mixul de marketing este compus din: politici de produs; politici de preţ; politici de distribuţie; politici de promovare şi politici de personal.

2.3.1. Politica de produs

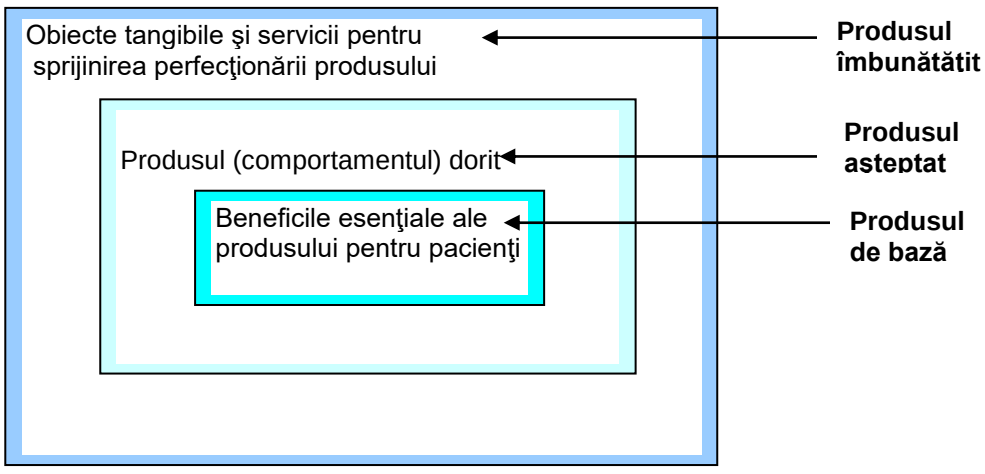
Politica de produs în domeniul îngrijirilor de sănătate – componenta cea mai importantă a mix-ului de marketing – reprezintă conduita pe care o adoptă organizaţia sanitară referitor la dimensiunile, structura şi evoluţia gamei de servicii ce fac obiectul propriei activităţi, ţinând cont de cerinţele mediului de piaţă şi de tendinţele manifestate de ceilalţi concurenţi.

Oferta de servicii în cadrul sistemului de sănătate cuprinde următoarele categorii: servicii de diagnostic şi tratament, consultaţii medicale, servicii de recuperare medicală, servicii de prevenire, educaţie pentru sănătate, servicii de promovare şi instruire, servicii de reglementare, servicii de cercetare medicală, şi un număr mare de servicii sociale asociate. Pe lângă acestea, există şi produse tangibile de sănătate, în furnizarea serviciilor de sănătate asocierea produselor tangibile cu marketingul produselor comerciale reprezentând o practică comună pentru persoanele implicate în sistem. Totodată, în domeniul serviciilor de îngrijire a sănătăţii, marketingul produselor tangibile nu diferă foarte mult de marketingul produselor comerciale tradiţionale.

În marketingul sanitar, produsul constă în ceea ce se vinde (se oferă) consumatorilor de îngrijiri de sănătate (pacienţilor), comportamentul scontat al furnizorilor din sănătate şi beneficiile asociate acestui comportament.

În sectorul serviciilor de îngrijire a sănătăţii, produsul apare ca un produs global alcătuit din o serie de elemente unitare – care pot fi grupate în: elemente de bază, aşteptate sau dorite şi îmbunătăţite – fiecare dintre aceste componente conferind produsului global caracteristici specifice [43](Figura nr.IV.7.).

Figura nr. IV.7. – Cele trei niveluri ale produsului global în marketingul serviciilor de îngrijire a sănătăţii



Pentru stabilirea strategiilor de produs, este utilă identificarea celor trei niveluri ale produsului global de îngrijiri de sănătate. Produsul global de îngrijire a sănătăţii este conceput şi realizat în raport de necesităţile şi exigenţele unui anumit grup de pacienţi, vizează un anumit segment bine definit şi stabilit de audienţă.

Consumatorii de servicii de îngrijire a sănătăţii tind să considere serviciul global ca reprezentând un pachet de avantaje care le va satisface cerinţele, nu doar un ansamblu de atribute.

În prezent, concurenţa se manifestă în general la nivelul produsului îmbunătăţit, organizaţiile de succes reuşind să ofere avantaje care nu numai că satisfac, ci şi încântă audienţa. Întrucât avantajele specifice ultimului nivel de structurare a produsului tind să devină avantaje aşteptate de către pacienţi, organizaţiile sanitare competitive trebuie să identifice noi caracteristici şi avantaje care să le distingă oferta. [3]

Principalele obiective pe care organizaţiile sanitare le urmăresc în cadrul politicii de produs se referă la: consolidarea poziţiei în cadrul actualelor segmente de consumatori; diferenţierea faţă de oferta altor concurenţi; poziţionarea mai bună în cadrul mediului concurenţial; atragerea de noi consumatori de servicii de sănătate; echilibrarea acţiunilor orientate către consumatori cu cele orientate către piaţă.

Opţiunile strategice privind politica de produs au la bază trei criterii: calitatea, gradul de diversitate şi productivitatea. Natura şi caracteristicile serviciilor de sănătate îşi pun amprenta asupra celor trei opţiuni prin aceea că strategiile calităţii deţin o poziţie dominantă în raport cu celelalte. Această poziţie se datorează în special faptului că, în domeniul marketingului serviciilor calitatea prestaţiilor este considerată a fi elementul cheie.

Îmbunătăţirea calităţii serviciilor de sănătate reprezintă un obiectiv dificil de realizat, care presupune câştigarea şi menţinerea încrederii atât a pacienţilor, cât şi a angajaţilor care contribuie la furnizarea serviciilor de îngrijire a sănătăţii. Aceasta implică îndeplinirea promisiunilor şi prestarea la un nivel înalt a serviciului de bază. Este esenţial ca serviciul de sănătate să se ridice la înălţimea aşteptărilor şi exigenţelor clientelei, dacă nu chiar să le depăşească. În plus, aspectele referitoare la etica profesională – corectitudinea, cinstea, încrederea inspirată de organizaţia sanitară (spital, clinică, cabinet medical) etc. – precum şi gradul de implicare al personalului de contact sunt elemente inseparabile de calitatea unui serviciu de sănătate, în viziunea pacienţilor.

Diversificarea reprezintă un mijloc de poziţionarea a produsului de sănătate global pe piaţă şi se poate aplica de către organizaţiile sanitare fie prin adăugarea unor caracteristici originale ofertei

actuale, fie prin angajarea unui personal mai performant şi mai capabil decât cel al concurenţei, fie prin diferenţierea imaginii.

Productivitatea este necesară pentru a se menţine competitivitatea în cadrul mediului concurenţial, şi de aceea organizaţiile medicale trebuie să urmărească păstrarea costurilor la un nivel cât mai scăzut. Acest obiectiv poate fi realizat prin adoptarea uneia din următoarele strategii: perfecţionarea pregătirii angajaţilor implicaţi în furnizarea serviciilor de sănătate, standardizarea serviciilor prin utilizarea echipamentelor performante şi implementarea de tehnologii moderne, creşterea volumului de îngrijiri de sănătate furnizate ş.a. Indiferent de strategia adoptată sau de combinaţiile de strategii pentru care optează un prestator de servicii, acesta trebuie să fie conştient de faptul că serviciul global reprezintă axul central al întregii politici de marketing.

Strategiile de produs, pentru a fi eficiente trebuie orientate spre piaţă, spre consumator în ideea formării unei imagini favorabile, sporirii încrederii consumatorilor, siguranţa în prestarea serviciului.

2.3.2. Politica de preţ

Preţul produselor din domeniul sănătăţii este reprezentat de suma (costul) pe care piaţa ţintă îl asociază cu produsul oferit de organizaţia sanitară. Preţul constituie unul dintre elementele principale ale mix-ului de marketing, având implicaţii directe asupra tuturor activităţilor şi acţiunilor de marketing ale organizaţiei sanitare. El reprezintă valoarea de schimb a serviciului de îngrijire a sănătăţii, respectiv suma de bani necesară – pentru obţinerea acelui serviciu – pe care pacientul o oferă în schimbul beneficiilor oferite de utilizarea acestuia.[3]

Costurile pot fi monetare sau nemonetare. Costurile monetare sunt frecvent asociate cu obiectele intangibile şi serviciile ataşate produsului îmbunătăţit. Costurile nemonetare sunt intangibile, dar reale pentru audienţa ţintă – respectiv, pacienţi; acestea sunt reprezentate de: timpul, efortul şi energia consumate pentru a beneficia de un anumit serviciu de sănătate, riscuri psihologice care pot fi percepute sau experimentate sau orice disconfort de natură fizică resimţit (suportat) de pacient.

Importanţa preţului în cadrul mix-ului de marketing decurge din influenţa pe care o are asupra modului în care consumatorul percepe serviciul şi care se materializează în cifra de afaceri şi în profit. Pe lângă acest rol, preţul susţine, de asemenea, toate celelalte componente ale mix-ului de marketing. Întrucât preţul unui serviciu sanitar reprezintă valoarea tuturor variabilelor tangibile şi intangibile aferente acestuia, planificarea preţului este implicit legată de planificarea produsului, distribuţiei şi promovării. Prin urmare, preţul poate spori eficienţa componentelor mix-ului de marketing în realizarea obiectivelor de marketing.

Modul în care pacienţii percep valoarea serviciului de sănătate şi alte elemente pe care aceştia le urmăresc şi care contribuie la luarea deciziei de cumpărare constituie factori importanţi de care organizaţiile sanitare trebuie să ţină seama în vederea stabilirii unui nivel corect al preţului. Valoarea unui serviciu este definită de consumatori în diverse moduri: *„valoarea reprezintă un preţ scăzut"; „valoarea reprezintă ceea ce plătesc pentru preţul pe care îl plătesc"; „valoarea reprezintă ceea ce doresc de la un serviciu"*. Dacă preţul plătit pentru un serviciu de sănătate este mai mare decât beneficiul obţinut, pacientul va percepe negativ valoarea serviciului respectiv şi nu va mai apela la acel furnizor de îngrijiri de sănătate. Determinarea valorii serviciului de sănătate de către un pacient se referă de fapt la evaluarea utilităţii nete a serviciului, reprezentată de diferenţa dintre suma avantajelor primite şi suma costurilor. Un nivel eronat al preţurilor poate fi cauzat de neînţelegerea modului în care pacienţii definesc valoarea sau de sugerarea unei calităţi necorespunzătoare a serviciilor prin preţuri neadecvate.

Obiectivul de preţ în marketingul serviciilor de sănătate este asemănător teoriei schimbului, respectiv ceea ce este oferit pieţei ţintă – adică beneficiile – trebuie să fie egal sau mai mare decât ceea ce ea trebuie să plătească.

În elaborarea strategiei de preţ, organizaţiile sanitare trebuie să ia în considerare următoarele elemente: costurile ce trebuie acoperite, utilitatea serviciului de sănătate oferit care se bazează pe un minim de cerinţe ce trebuie îndeplinite şi preţurile practicate de concurenţă[44]. Prin optimizarea acestor coordonate va rezulta strategia de preţ corectă şi eficientă. Strategiile de preţ trebuie la rândul lor formulate pe baza următoarelor elemente: strategii în funcţie de cererea de pe piaţă şi ciclul de viaţă al serviciului, strategii în funcţie de concurenţă, strategii în funcţie de costuri, strategii în funcţie de timp.

2.3.3. Politica de distribuţie

Distribuţia serviciilor din sistemul de sănătate reprezintă un proces complex care presupune decizii privind locul, timpul şi modalitatea de furnizare a acestora. Ea cuprinde ansamblul activităţilor prin care se asigură accesul pacienţilor la serviciile de îngrijire a sănătăţii din sistem împreună cu complexul de relaţii care se stabilesc între furnizori, pacienţi şi alţi intermediari. Distribuţia cuprinde în domeniul îngrijirilor de sănătate, totalitatea activităţilor care au loc în spaţiul şi timpul ce separă furnizorul de servicii de îngrijiri de sănătate de pacient [45].

Reprezentând un element important al mix-ului de marketing distribuţia serviciilor de sănătate contribuie în mod decisiv la finalizarea efectivă a activităţii organizaţiilor de sănătate şi, totodată, la realizarea scopului marketingului sistemului de sănătate – de satisfacere a nevoilor de sănătate

ale pacienţilor. Distribuţia serviciilor de sănătate se realizează fie prin deplasarea pacientului la organizaţia de sănătate (spital, clinică, cabinet medical) – în cazul serviciilor de sănătate în sistem ambulatoriu, fie prin deplasarea furnizorului de servicii medicale la pacient – în cazul pacienţilor nedeplasabili care solicită îngrijiri la domiciliu. Totodată, un element important care trebuie menţionat se referă la faptul că între serviciile de sănătate şi sistemul de distribuţie a acestora există o legătură puternică datorită impactului pe care livrarea o are asupra pacientului.

Reţeaua de distribuţie a serviciilor de sănătate este constituită din totalitatea locurilor în care sunt dispuse unităţile sanitare – spitale, clinici, centre de diagnosticare şi tratament, dispensare etc. – prin care se realizează furnizarea serviciilor către pacienţi. În sectorul serviciilor de sănătate reţelele de prestaţie (respectiv totalitatea locurilor în care sunt amplasate unităţile sanitare şi echipamentele în care se desfăşoară crearea şi furnizarea serviciilor de sănătate) şi de vânzare (destinate comercializării ofertelor potenţiale) nu sunt separate, fiind dispuse în acelaşi loc. [3]

Trebuie menţionat că, pentru organizaţiile de sănătate, a căror activitate presupune relaţii directe cu pacienţii, personalul din prima linie şi mediul ambiant au o importanţă decisivă în cadrul sistemului de distribuţie a serviciilor, determinând imaginea organizaţiei sanitare în rândul clientelei ţintă. Având în vedere faptul că distribuţia vizează alegerea unor variante care să faciliteze contactul cu pacientul, atât amplasarea unităţilor sanitare în teritoriu, cât şi numărul personalului din domeniu şi pregătirea acestuia reprezintă elemente decisive pentru buna derulare a procesului de distribuţie.

Obiectivul fundamental al strategiei de distribuţie este ca serviciul de sănătate oferit să fie cât mai plăcut şi convenabil pentru publicul ţintă. Strategiile disponibile sunt asemănătoare cu cele utilizate în marketingul bunurilor, incluzând amplasamente ale unităţilor sanitare, ore, unităţi sanitare mobile, ambianţă, timp de aşteptare, facilităţi de parcare. Definirea obiectivelor strategiei de distribuţie presupune luarea în considerare a informaţiilor rezultate din cercetările de marketing referitoare la exigenţele pacienţilor privind serviciile oferite şi, de asemenea, a obiectivelor de marketing ale organizaţiei sanitare.

Analiza nevoilor şi a comportamentului pieţei ţintă constituie punctul de plecare în proiectarea unui sistem de distribuţie. Identificarea aşteptărilor pacienţilor în ceea ce priveşte nivelul serviciilor contribuie la alegerea celor mai eficiente modalităţi de distribuţie.

Mijloacele de eficientizare a costurilor trebuie explorate pentru a face locaţiile cât mai plăcute, pentru extinderea orarelor de funcţionare şi pentru a face obţinerea serviciului de sănătate aşteptat mai convenabilă decât ceea ce oferă concurenţa din domeniu.

Strategia de distribuţie vizează în egală măsură selectarea intermediarilor şi a partenerilor, corelate cu strategia globală a organizaţiei sanitare şi cu celelalte componente ale mix-ului de marketing. Opţiunea pentru o anumită variantă strategică trebuie să fie rezultatul unei abordări sistematice ce are ca scop îmbinarea armonioasă a tuturor activităţilor solicitate de desfăşurarea în condiţii optime a procesului de distribuţie a serviciilor de îngrijire a sănătăţii. În acest sens, procesul de formulare a strategiei de distribuţie, presupune parcurgerea următoarelor etape: analiza cerinţelor pacienţilor care constituie piaţa ţintă, privind nivelul serviciilor de distribuţie; definirea obiectivelor strategiei de distribuţie; elaborarea variantelor strategice de distribuţie; stabilirea criteriilor de selecţie (criterii economice, de control, de adaptabilitate) şi evaluarea variantelor strategice; selectarea celei mai adecvate variante strategice de distribuţie.

Întrucât distribuţia reprezintă o componentă dinamică a mix-ului de marketing, strategia de distribuţie trebuie reformulată[46] şi ajustată periodic – în funcţie de modificarea obiectivelor organizaţiei sanitare, faza pe care o parcurge organizaţie în procesul ei de evoluţie, schimbările care au loc la nivelul pieţei ţintă şi apariţia unor forme de distribuţie mai performante. Prin ajustarea politicii sale de distribuţie organizaţia sanitară trebuie să vizeze valorificarea întregului potenţial al distribuţiei ca variabilă a mix-ului de marketing, în corelaţie cu celelalte elemente componente.

2.3.4. Politica de promovare

Politica de promovare sau de comunicare are rolul de a informa, convinge, influenţa şi de a reaminti. Comunicarea este importantă pentru o organizaţie, deoarece menţine legătura cu mediul său. De exemplu, un pacient nu poate apela la serviciile unui spital de care nu a auzit şi nici nu poate cumpăra acel serviciu.

Consumatorii trebuie convinşi prin argumente solide de avantajele ce le vor avea în urma încercării serviciului.

Atunci când o organizaţie vrea să comunice ceva clienţilor o poate face în două moduri:

- în exterior prin publicitate, promovarea vânzărilor, relaţii publice şi marketing direct;
- în interior prin intermediul angajaţilor, în timpul prestării serviciilor.

Metodele utilizate sunt forţele de vânzare şi informare şi prin marketing online.

Una din formele comunicării este promovarea. Diferenţa dintre cele două se face la nivelul mesajului transmis. Astfel pentru ca promovarea să aibă impactul dorit, mesajele nu trebuie să fie ireale, consumatorului nu trebuie să i se promită ceva ce organizaţia niciodată nu va putea oferi.

Principalele obiective ale strategiilor de comunicare si promovare sunt: creşterea notorietăţii; creşterea credibilităţii organizaţiei; formarea unei imagini favorabile; îndemnul şi încurajarea consumatorilor de a achiziţiona serviciile oferite.

În funcţie de forma utilizată de transmitere a informaţiilor, se vor aplica şi strategii caracteristice acestora.

Promovarea se poate face prin: publicitate, prin forţe de vânzare, prin promovare de vânzări, prin vânzări personale, relaţii publice, internet, târguri şi expoziţii de profil şi marketing direct sau alte forme de promovare.

2.3.4. Politica de personal

În spatele acestei probleme este un adevărat management al resurselor umane. Multe organizaţii din sistemul de sănătate caută să angajeze oameni cât mai performanţi astfel încât productivitatea lor să fie la cote maxime. Pentru a atrage o resursă umană solidă, organizaţia trebuie să îşi creeze în primul rând o cultură organizaţională prin care să îşi exprime valorile, misiunea şi să îşi structureze activitatea pe înţelesul tuturor. Apoi trebuie să găsească modalităţile potrivite prin care să îşi motiveze personalul.

Strategiile de management se aplică pe tot parcursul angajării în funcţie de ce se doreşte. Astfel etapele unui proces de angajare al unei persoane constă în:

a. etapa de recrutare - recrutarea fiind acea activitate de căutare şi atragere în organizaţie a persoanelor capabile şi interesate de locurile vacante puse la dispoziţia acestora. Recrutarea asigură persoanele din rândul cărora se vor selecta candidaţii corespunzători descrierilor posturilor. Printre formele anunţurilor de recrutare se numără şi publicitatea şi reţeaua de cunoştinţe.
b. etapa de selectare – selecţia candidaţilor presupunând alegerea acelor candidaţi care corespund cerinţelor postului vacant.
c. etapa de angajare;
d. etapa de integrare profesională – etapa în care angajaţii sunt îndrumaţi şi monitorizaţi pentru a se familiariza cu noile condiţii de muncă, stabilirea unui mod de comunicare, crearea unei atmosfere de siguranţă, prezentarea celorlalţi angajaţi, etc.
e. etapa de formare şi evaluare profesională – este etapa care permite angajatorilor să determine gradul în care angajaţii îndeplinesc eficient sarcinile şi se achită corect şi complet de responsabilităţile ce le-au fost date. Procesul implică atât evaluarea intelectuală

cât şi cea fizică. Evaluarea se poate face de către manageri, şefi, colegi sau angajaţi ai firmelor de resurse umane.

f. etapa de motivare – motivarea reprezintă suma energiilor interne şi externe care iniţiază şi dirijează comportamentul uman spre un scop anume, care este determinat de satisfacerea unei nevoi. Nevoile sunt definite ca lipsurile pe care un individ le resimte la un moment dat. Un manager trebuie să găsească metodele potrivite de motivare a angajaţilor săi astfel încât aceştia să simtă că sunt răsplătiţi pentru ceea ce fac. Căile de motivare ale angajaţilor sunt numeroase însă cea mai întâlnită metodă este remunerarea corespunzătoare. Alte metode ar fi prin oferirea de beneficii: maşină de serviciu, telefon de serviciu, birou propriu; oferirea de formare profesională, oferirea unui mediu de a se dezvolta, recunoaşterea performanţelor, etc.

3. ETAPELE MANAGEMENTULUI MARKETINGULUI MEDICAL

Kotler afirma că marketingul de participare ar fi un concept mai potrivit – comparativ cu marketingul de permisiune (care presupune într-o oarecare măsură că se ştie ce se doreşte) – ţinând cont de eventuala nevoie de asistenţă a clienţilor în formarea şi exprimarea preferinţelor lor (oamenii de marketing şi clienţii având nevoie să lucreze împreună pentru a descoperi cum poate firma să-i satisfacă într-o manieră cât mai completă pe clienţi).

În urma cu un an, Philip Kotler, aflat la Bucureşti, atrăgea atenţia asupra imperativului „dezvoltării unor mai bune abilităţi în inovaţie, diferenţiere, branding şi service, evidenţiind, printre altele, necesitatea recurgerii la un marketing lateral, concepând noi idei de produs şi serviciu”. [47]

Conceptul de marketing modern poate să fie exprimat ca realizare a scopurilor organizaţiei prin întâlnirea şi depăşirea nevoilor clienţilor mai bine decât concurenţa.

În acest sens profesorul britanic David Jobber („Principles and Practice of Marketing”, McGraw-Hill Book Company Europe, England, 1995) evidenţia necesitatea îndeplinirii a trei condiţii: orientarea către client, efortul integrat si realizarea scopului.

Dacă o organizaţie eficientă produce bunuri în mod economic, o organizaţie eficace trebuie să atragă şi să menţină clienţii. Realitatea vieţii comerciale arată că este mult mai costisitor să atragi noi clienţi decât să-i păstrezi pe cei existenţi.

Pentru implementarea strategiei de marketing este nevoie deci de analiza concurenţilor – identificare, puncte tari şi slabe, obiective, strategii, moduri de reacţie – evitând de la bun început „miopia concurenţială” (ignorarea celor care achiziţionează produse sau servicii substituibile care îndeplinesc o funcţie similară).

Adoptarea conceptului de marketing modern trebuie să îmbunătăţească performanţa afacerii. Proba va consta în efectul obţinut în materie de profitabilitate şi cotă de piaţă.
Aşa cum se precizează cu rigurozitate în literatura de specialitate, traseul parcurs de la conceptul de marketing clasic până la apariţia şi dezvoltarea conceptului de managementul marketingului comportă următoarele etape:

a - prima etapă este corespunzătoare “vechiului concept de marketing” şi corespunde primei jumătăţi a sec. XX. Ea includea procese şi relaţii referitoare la activităţile încorporate în cadrul funcţiunii comerciale a firmei, fiind denumit conducerea (managementul) activităţii comerciale.

b - a doua etapă corespunde revizuirii conceptului de marketing, în cea de-a doua jumătate a secolului XX şi a reflectat mutaţiile care avuseseră loc în practică, concretizate în delimitarea unor activităţi specifice prin care se modificau raporturile firmei cu mediul.

c - a treia etapă corespunde apariţiei unui nou concept „management-marketing”, care a mai primit şi alte semnificaţii: conducere în marketing, conducere a activităţii de marketing, managementul marketingului. Odată cu apariţia noului concept se modifică sistemele tradiţionale ale managementului, astfel:

    * sistemul metodologic asimilează instrumentarul ştiinţific al marketingului, cel specific cercetărilor de marketing, marketingul strategic, mix-ul, planul de marketing.
    * sistemul organizatoric – structura clasică se completează cu compartimentul de marketing, căruia i se conferă rolul de “stat major” al firme
    * sistemul informaţional – se completează cu un nou flux primar, cel al cercetărilor de marketing, care constituie un subsistem specific, sistemul informaţional de marketing
    * sistemul decizional – pune în centrul mecanismului său piaţa şi clientul, ca elemente de raportare a întregii activităţi desfăşurate de către firmă.

d - a patra etapă corespunde conceptul de marketing integrat, cel mai avansat stadiu al evoluţiei marketingului regăsit în rolul integrator conferit funcţiei de marketing. A modificat conţinutul managementului marketingului, generând două categorii de procese şi relaţii: procese şi relaţii derulate la nivelul întregii firme, generate prin încorporarea marketingului în toate activităţile firmei şi, a doua categorie, procese şi relaţii derulate la nivelul funcţiunii de marketing.

3.1. Marketingul orientat intern

Dacă iniţial marketingul era orientat exclusiv către exterior: cum să segmentezi piaţa, cum să promovezi ofertele, cum să îţi atragi clienţii, astăzi, marketingul înseamnă cunoaşterea şi mobilizarea tuturor forţelor pozitive ale organizaţiei şi deci şi multă orientare către interiorul organizaţiei.

Marketingul orientat intern reprezintă prima etapă a managementului marketingului sanitar şi constă în planificarea şi implementarea unei serii de activităţi focalizate pe identificarea necesităţilor interne ale organizaţiei sanitare – spitalului, clinicii, cabinetului medical etc.

Această abordare este cea mai accesibilă şi de aceea este frecvent aleasă de managerii fără experienţă, din sănătate, în implementarea unor proiecte de marketing sanitar: „ceea ce este bun pentru organizaţia sanitară, este bun şi pentru pacienţi, iar managerul este cel mai în măsură să decidă ce este potrivit pentru organizaţia sanitară".

Această abordare este considerată justificată numai în situaţia în care managerul de marketing deţine un grad înalt de expertiză profesională în experienţa lui, iar pregătirea academică îi validează deciziile luate în numele pacienţilor şi pentru îngrijirea acestora [26].

Această etapă de implementare a managementului marketingului sanitar, poate fi sintetizată prin următoarele caracteristici distincte:

- cercetarea de marketing – în mod curent, pentru această etapă nu sunt conduse activităţi de cercetare pentru orientarea strategiilor de marketing, deoarece toate deciziile sunt motivate de necesităţi personale sau instituţionale;
- informaţiile despre factorii externi care ar putea influenţa organizaţia sanitară nu sunt necesare şi, de obicei, nu sunt nici dorite de către managerii de marketing;
- decidenţii strategiilor de marketing sunt reprezentaţi cel mai adesea de directorul executiv (CEO) şi, eventual, de directorul financiar (CFO). Fiind întrebaţi ce strategii de marketing aplică, aceştia răspund, cel mai adesea, că organizaţia sanitară nu adoptă „strategii speciale de marketing". Aceste afirmaţii demonstrează slaba înţelegere a nevoii de management de marketing în instituţia pe care o conduc, nevoie fundamentală în contextul actual al managementului marketingului serviciilor sanitare.

3.2. Marketingul prin promovare de imagine

Această etapă este similară cu implementarea activităţilor de PR – public relations – sau de promovare de imagine. Aceste activităţi se bazează pe înţelegerea conceptului de informare a pacienţilor asupra deciziilor care le afectează îngrijirile de sănătate. [3]

Totuşi, activităţile de PR sunt conduse cu scopul de a comunica pacienţilor deciziile managerilor, decizii care sunt în continuare bazate în mare parte pe considerente personale sau instituţionale. Aceasta este o abordare simplistă.

Promovarea imaginii organizaţiei reprezintă domeniul în care se interferează reclama, publicitatea, utilizarea liderilor de opinie şi tehnicile de creare a evenimentelor. Spaţiul de convergenţă şi interferenţă a acestora este posibil datorită semnificaţiei mesajelor transmise, care urmăresc promovarea unei imagini multidimensionale, dar unitare, pe următoarele coordonate:

- evidenţierea rolului organizaţiei (locul şi rolul organizaţiei în ierarhia organizaţiilor de acelaşi tip; locul şi rolul atribuit de mediul-sarcină şi de comunitatea locala sau globală; trăsăturile definitorii ale organizaţiei; interacţiunile cu alte organizaţii, pe verticală şi pe orizontală; tradiţiile şi realizările organizaţiei; avantajele şi protecţia consumatorilor, clienţilor şi partenerilor; perspectivele apropiate şi îndepărtate ale organizaţiei);
- evidenţierea activităţilor organizaţiei (activităţile specifice organizaţiei, scopul şi importanţa lor; activităţi în folosul propriilor membri: educaţionale, recreative; activităţi în folosul comunităţii: umanitare, culturale, de creştere a calităţii vieţii etc.);
- evidenţierea rolului membrilor organizaţiei (rolul membrilor marcanţi ai organizaţiei; drepturile şi obligaţiile membrilor; profesionalismul, competenţa şi onestitatea personalului; contribuţia membrilor la realizarea scopului organizaţiei; participarea membrilor organizaţiei la acţiuni naţionale şi internaţionale de prestigiu etc.);
- evidenţierea evenimentelor importante ce au loc în interiorul organizaţiei, cu semnificaţie şi de interes pe plan local, regional, global (intern şi internaţional). [14]

Obiectivul principal al cercetărilor de marketing realizate este evaluarea eficienţei serviciilor sanitare. Acest tip de cercetare ce reflectă dorinţa managerului de a furniza cele mai bune servicii medicale posibile în cadrul organizaţiei sanitare, ce aduce cele mai mari beneficii, include:

- studierea caracteristicilor demografice ale pacienţilor din unitatea sanitară;
- administrarea de chestionare de evaluare a satisfacţiei pacienţilor.

Printre decidenţii strategiilor de maketing pentru această etapă, se înscriu: directorul de PR – acesta fiind singurul responsabil pentru luarea deciziilor privind activităţile de promovare a imaginii organizaţiei sanitare; directorul executiv şi directorul financiar – care sunt responsabili cu alte decizii de management al marketingului în organizaţia sanitară.

3.3. Marketingul tactic integrat

Marketingul tactic integrat constă într-o serie de activităţi complexe care sunt motivate de nevoia de a satisface nevoile pacienţilor [47]. Marketingul în această etapă se bazează pe două premise:

- pacienţii au nevoi care pot fi identificate şi măsurate;
- activităţile de marketing trebuie să fie cât mai variate, astfel încât să îndeplinească nevoile anterior identificate, prin intermediul unui program coordonat tactic.

Această etapă este optimă, iar modelul tradiţional de planificare a serviciilor sanitare este înlocuit cu modelul modern al managementului de marketing al serviciilor de sănătate. Etapa reflectă opinia corectă că: „scopul principal al activităţii unei organizaţii sanitare este satisfacţia pacienţilor şi nu nevoile instituţionale”.

Totuşi, schimbările, oricât de benefice ar fi, sunt implementate cu dificultate în orice organizaţie, mai alea în instituţii atât de complexe cum sunt cele din domeniul sănătăţii.

Deşi managerii de marketing au în această etapă o mare libertate de decizie în gândirea metodelor de satisfacere a pacienţilor, această libertate este limitată la nivelul tactic şi nu atinge nivelul strategic al procesului decizional. Deşi managerul poate decide în privinţa promovării de imagine, locaţiile alese, pachetul de servicii pentru pacienţi şi uneori chiar şi în privinţa preţurilor practicate, toate activităţile trebuie să respecte strategiile pe termen lung ale organizaţiei sanitare.

Managerii realizează importanţa marketingului ca instrument pentru atingerea rezultatului dorit în confruntarea cu piaţa relevantă, dar nu pot folosi întreaga lui valoare [48].

Cercetările de marketing realizate în această etapă, evidenţiază în mod pregnant orientarea organizaţiei sanitare către exterior, către piaţa relevantă.

O nevoie tot mai crescută de informaţii relevante pentru luarea deciziilor, conduce adesea la înfiinţarea în cadrul unităţii sanitare a unui sistem de informaţii pentru marketing. În forma cea mai uzuală, sistemul informaţional pentru managementul marketingului (SIMM) este format dintr-un set

de proceduri, resurse de personal şi bugetare, orientat către colectarea, analizarea şi raportarea informaţiei relevante către factorii de decizie din organizaţia sanitară respectivă.

SIMM este frecvent ajutat de chestionare administrate medicilor, potenţialilor beneficiari, pacienţilor, furnizorilor de materiale şi medicamente sau chiar publicului general. Scopul acestor activităţi de cercetare prin SIMM este identificarea nevoilor pacienţilor şi satisfacerea acestora respectând strategiile pe termen lung ale instituţiei sanitare.

O caracteristică inedită a acestei etape de management al marketingului sanitar este apariţia managerului de marketing de nivel superior (Chief Marketing Officer – CMO). Acesta poate fi chiar unul dintre vicepreşedinţi, în organizaţiile ce consideră marketingul ca o parte importantă a activităţii lor [47].

Responsabilităţile CMO includ toate ariile tradiţionale tactice de marketing:

- preţul;
- promovarea de imagine;
- poziţionarea pe piaţă;
- pachetele de servicii furnizate.

Cu toate acestea, poziţia managerului de marketing de nivel superior este doar participativă în ceea ce priveşte procesele de decizie strategică, atât de importante în cadrul organizaţiilor sanitare.

3.4. Marketingul orientat extern

Marketingul orientat extern reprezintă o formă superioară de management al marketingului şi constă într-o serie de decizii şi activităţi tactice, dar mai ales strategice, care au ca scop identificarea şi satisfacerea nevoilor pacienţilor/beneficiarilor de servicii medicale. Aceasta este etapa finală a implementării managementului marketingului sanitar.

Conceptul care motivează această etapă este cu adevărat inovator: *„ceea ce este bun pentru pacienţi este bun şi pentru instituţia sanitară, iar pacienţii (împreună cu medicii curanţi) sunt cei mai în măsură să decidă ceea ce este bine pentru ei.”* Operaţionalizarea strategiei este componenta principală a managementului marketingului prin planificarea strategică pe termen lung.[3] Departamanetul de marketing, prin studiile şi cercetarea întreprinse, va decide pentru medici şi managerii medicali, dar şi pentru personalul însărcinat cu asigurarea satisfacţiei

pacientului, ce se doreşte de la un anumit serviciu medical, cât este dispus să plătească pentru el şi când şi unde şi cum va fi livrat acesta.

Managerul de marketing are drept de decizie în planificarea operaţională, planificarea serviciilor şi în privinţa achiziţiilor de materiale şi servicii.

Organizaţiile sanitare cu o abordare managerială a marketingului orientat extern sunt continuu influenţate pe piaţa relevantă şi sunt într-o permanentă adaptare. Un SIMM bine dezvoltat caracterizează această etapă, dar acesta este susţinut de studii de segmentare de piaţă şi de studii referitoare la potenţialii cumpărători de servicii de sănătate.

Principalul avantaj al abordării orientate extern este că, CMO aduce în procesul decizional strategic perspectiva externă a organizaţiei sanitare. Orientarea organizaţiei sanitare este astfel spre piaţa relevantă şi nevoile acesteia ţinând seama constant de capacităţile organizaţiei sanitare şi poziţia competitivă pe piaţă a cesteia.

Această abordare a managementului marketingului sanitar implică o planificare strategică organizaţională care este susţinută de acordarea unei importanţe crescute opiniei şi dorinţelor beneficiarilor de servicii medicale.

În această etapă managerul de marketing (CMO):

- are atât responsabilităţile tactice cât şi strategice de marketing;
- coordonează cercetarea de marketing atât la nivel strategic cât şi operaţional;
- defineşte targetul cu privire la piaţa relevantă;
- are responsabilităţi de decizie la nivel înalt.

O analiză a tipurilor de marketing întâlnite în organizaţiile sanitare, prezentată de Montague Brown în lucrarea *Healthcare Marketing Management* relevă că doar 3,75% dintre acestea folosesc managementul orientat intern (stadiul I), majoritatea acestora practicând managementul marketingului de tip II (adică 71%). În stadiile orientate spre piaţă se află 17,5% dintre organizaţiile sanitare (faza a III-a) şi 7,5% în cea superioară.

Caracterul dinamic al sistemului sanitar a fost evidenţiat de Brown prin organizarea de interviuri cu CMO din organizaţiile sanitare. Acestea au arătat că eforturile de segmentare a pieţei prin analiza acesteia sunt importante în organizaţiile sanitare pe care le conduc. Acest concept de împărţire a pieţei prin dirijarea eforturilor spre segmente bine definite pentru a maximiza beneficiile oferite de cheltuielile de marketing denotă o profundă înţelegere a necesităţii aplicării marketingului în cadrul organizaţiilor sanitare. În mod aşteptat, managerii care folosesc acest procedeu fac parte din

personalul organizaţiilor sanitare cu stilul de management de tip IV. Tot aceştia, beneficiază şi de puternice studii şi cercetări de marketing [49].

Modificările strategiilor de marketing în organizaţiile sanitare conduc la multiplicarea responsabilităţilor managerilor de nivel de superior (CMO) în luarea deciziilor tactice cu privire la includerea de noi servicii sau la programe de îmbunătăţire a serviciilor anexe, non-medicale.

Cele două arii în care CMO încă nu reprezintă un factor important de decizie sunt: stabilirea preţului serviciilor oferite; renunţarea la serviciile neperformante.

4. MANAGEMENTUL PROIECTELOR DE MARKETING DIN SISTEMUL DE SĂNĂTATE

Succesul unei organizaţii depinde în mare parte de avantajele sale concurenţiale în raport cu concurenţii săi. Nevoia de a evalua poziţia concurenţială a întreprinderii de o manieră permanentă este esenţială din două motive. În primul rând, pentru a evalua propria sa capacitate de a satisface criteriile de succes necesare pentru a se stabili şi a se menţine pe piaţă. În al doilea rând, pentru a se situa într-o poziţie favorabilă faţă de concurenţii săi. Peter Drucker a indicat opt zone de performanţă care sunt determinante pentru succesul pe termen lung al unei organizaţii: poziţia pe piaţă; inovaţia; productivitatea; resursele fizice şi financiare; rentabilitatea; performanţa şi dezvoltarea managerilor; performanţa şi atitudinile salariaţilor si responsabilitatea publică.

În prezent sunt introduse noi instrumente pentru a ajuta organizaţiile de marketing să-şi conducă proiectele, programele, resursele şi abilitatea de livrare. Aceasta deoarece în ultimii ani, conform aprecierilor Asociaţiei Americane de Marketing, a crescut în mod dramatic numărul proiectelor pe care echipa tipică de marketing trebuie să le conducă.

Un recent studiu Maritz Incentives («The Pitch: Reward your B Players» Rodger Stotz, Vice President & Consultant Maritz Inc., St. Louis, USA, firma furnizoare de programe de recompensare şi recunoaştere) indică faptul că a motiva doar performerii de top nu ridică şi linia de jos a organizaţiei. Performerii de nivel mediu prosperă atunci când ştiu că au ceva de lucrat în această direcţie şi trebuie să li se dea aşa ceva. Un procent de 52% dintre respondenţii care se califică pentru stimulente la companiile lor (care recompensează în mod tipic 10% din angajaţi) simt că au doar puţine şanse sau deloc să câştige o răsplată, ceea ce este departe de a fi motivant.

Managerii trebuie să recunoască şi să răsplătească pe aceia care nu performează la nivel de vârf, dar performează în mod consistent. Pentru a nu-i afecta pe aceştia din urmă se recomandă:

- claritatea obiectivelor (stimulent pentru „cel mai îmbunătăţit”),
- promovarea planului (toţi participanţii trebuie să ştie că sunt în program),
- implicarea (în orice program de stimulare rolul managerului de vânzări este critic; chiar dacă sunt independenţi, oamenilor de vânzări le este indicată direcţia de către manager),
- stabilirea scopurilor (trebuie lucrat cu cei care performează în mod consistent, stabilindu-se scopuri individuale pentru realizare si recunoaştere),
- crearea unui program „Mentor” (de consiliere, de împărtăşire a ponturilor pentru succes).

Creşterea prosperităţii entităţilor integrate constituie cel mai important obiectiv al integrării economice, al cărei principiu de bază este libera circulaţie a bunurilor şi a serviciilor. Considerat un moment crucial în istoria integrării europene, „Actul Unic European” (adoptat în iunie 1985 şi ratificat de „cei 12” în intervalul 1986-1987 a intrat în vigoare la 1 iulie 1987, fiind primul document juridic care modifică şi completează Tratatul de la Roma intrat în vigoare în 1958; este cel care a pus la punct conceptul de „piaţă unică internă”) a introdus „piaţa unică” cu care operam astăzi şi care presupune, în primul rând (unul din zece) libera circulaţie a capitalului, a persoanelor/forţei de muncă, a serviciilor şi a bunurilor. [50]

Pentru a interveni în procesele economice se pot utiliza instrumente alternative (politici de ajustare structurală, proceduri administrative etc.), acestea reprezentând raţiuni politice pentru debutul unor procese de integrare cu piaţa bunurilor, de exemplu. [51]

Esenţa integrării economice (integrarea pieţei şi a politicii economice) este dată de integrarea pieţei, politicile economice referindu-se în general direct la comportamentul pieţei sau la rezultatele structurale, de performanţă sau distributive ale pieţelor. Creşterea concurenţei este ceea ce conferă integrării economice importanţa fundamentală, bunăstarea fiind cel mai bine servită de combinaţia optimă între unitate şi diversitate. [52]

Dacă esenţa economiei de piaţă este însuşi schimbul (F. A. Hayek), schimbul este conceptul cheie de marketing (P. Kotler „părintele marketingului”), oamenii de marketing analizând ceea ce aşteaptă fiecare parte din tranzacţie în scopul realizării unor schimburi de succes, succes dependent de relaţia existentă pe termen lung. Mentorul lui Kotler, Peter Drucker („părintele managementului”) a explicat că “noua economie” se poate sau nu materializa, nu există însă nicio îndoială că „societatea următoare”, o societate bazată pe cunoaştere, va fi cu noi în curând [53]. Un demersul managerial performant al unui proiect de marketing trebuie să se înscrie cu responsabilitate pe acest drum spre „societatea următoare” (drum presărat cu foarte multe indicatoare/sintagme: „noua societate”, „noua realitate”, „noua economie”, „noua organizaţie”).

În actualul context socio-economic, organizaţiile au nevoie de viziuni adecvate implicând mai mult decât furnizarea unui training adecvat, implementarea metodologiei potrivite necesitând ca toţi cei implicaţi să-şi schimbe modul în care îşi fac treaba. Specialiştii trebuie mai întâi să înţeleagă semnificaţia unei analize SWOT, şi apoi să se aclimatizeze în această zonă provocatoare a accesului la fonduri.

Instrument important al managementului modern, managementul proiectului, dacă este realizat în mod eficace, poate aduce beneficii imense, cum sunt cele evidenţiate în celebrele serii „Harvard Business Essentials" [54]: a face lucrurile la timp şi încadrându-te în bugetul alocat (conferind astfel predictibilitate demersului); micşorarea timpului de dezvoltare (reducând riscurile prin identificarea căilor de a livra în raport cu obiectivele în cadrul orizonturilor de planificare rezonabile); utilizarea eficace a resurselor (un management sănătos al proiectului nu iroseşte banii sau timpul lucrătorilor valoroşi).

5. PERFORMANŢA ŞI EFICIENŢA ÎN MARKETINGUL DIN SISTEMUL DE SĂNĂTATE

Conceptul criteriilor de succes este o recunoaştere pozitivă a capacităţii firmei de a-şi menţine şi a ameliora poziţia concurenţială. Necesitatea de a identifica criteriile de succes este o opţiune determinantă în managementul strategic, care asigură cea mai bună calitate a deciziilor la toate nivelurile manageriale. Iar dacă acceptăm să definim conceptual concurenţa ca o luptă permanentă a organizaţiei pentru a forma, a menţine sau a spori avantajul ei diferenţial faţă de celelalte organizaţii, trebuie să acceptăm optica de a gestiona o afacere axată pe cele trei grupe de strategii secvenţiale care, împreună, potenţează strategia de marketing conturată pe ansamblul organizaţiei: strategii legate de mediul general, strategii legate de nevoile clientelei şi strategiile legate de reacţiile concurenţilor.

Avantajele concurenţiale se pot măsura prin:

- avantajele de costuri, care permit organizaţiilor să obţină marje mai ridicate decât concurenţii lor, chiar dacă ele îşi fixează preţurile în jurul sau sub nivelul preţurilor pieţei;
- diferenţiere, care are ca scop asigurarea perceperii de către cumpărători a produsului sau serviciului oferit de întreprindere ca fiind unic pe piaţă;
- focalizare de piaţă, respectiv capacitatea de a acoperi o piaţă întinsă sau o nişă bine individualizată.

Pentru fiecare din aceste trei alternative, care dau conţinut avantajului concurenţial, întreprinderea poate opta pentru tot atâtea strategii generice (universale), cunoscute în literatura de specialitate ca fiind cele „trei strategii generice” ale lui Porter.

Orice manager trebuie să-şi pună întrebări asupra avantajelor care i-au permis succesul în trecut, asupra celor care îi susţin afacerea în prezent, pentru ca astfel să poată judeca avantajele care îi vor asigura succesul în viitor şi mai ales să anticipeze direcţiile de evoluţie în confruntarea cu impactul globalizării asupra identităţii locale, cu saturarea pieţelor economiilor ţărilor dezvoltate, cu rolul întreprinderilor mici şi mijlocii pe pieţele dominate de producători şi distribuitori de talie mondială, cu reducerea distanţei dintre furnizori şi clienţi în societatea electronică, cu existenţa oligopolurilor publicităţii, şi mai ales cu necesitatea înţelegerii superioare a pieţei ca mediu de către managerii de marketing, care trebuie să demonstreze că pot şi vor să contribuie la lupta de menţinere şi promovare a societăţii, a firmei, cu mediul în schimbare ş.a. [3]

În mod evident, istoria nu aleargă pe calea ferată spre un viitor prestabilit, afirma Alvin Toffler în prima parte a ultimului deceniu al secolului XX. Războaiele informaţionale domină economia mondială. Pe măsură ce cunoaşterea ocupă un loc tot mai central în crearea avuţiei, întreprinderea este considerată un amplificator al cunoaşterii. Războaiele totale ale informaţiilor nu se rezumă însă la colecţionarea de date pasive, înteţindu-se angajările în acţiuni comerciale acoperite, fapt reflectat în bătăliile-balansoar, între ofensivă şi defensivă, care demonstrează existenţa la toate nivelele afacerilor (la nivelul standardelor globale pentru televiziune şi telecomunicaţii, la cel al casei de marcat a detailistului, la nivelul tellerului automat si al cartelei de credit, la cel al reţelelor electronice extra-inteligente, la al informaţiei competitive şi al contrainformaţiei etc.) a luptei pentru controlul celei mai cruciale resurse – informaţia. [26]

5.1. Sănătatea, dar şi satisfacţia pacientului

După cum remarca Peter Drucker cu mult timp în urmă, primul obiectiv al unei companii este „să îşi creeze propriul client”. Clienţii vor alege, din multitudinea de oferte prezente pe piaţă, pe cea care face ca valoarea să fie mai mare în raport cu costurile necesare procesului de căutare a produselor, pe cea cu mobilitate limitată, corespunzătoare atât cunoştinţelor cât şi salariilor pe care le au. Prin urmare, clienţii vor aprecia dacă oferta va atinge nivelul de valoare aşteptat, lucru ce va influenţa satisfacţia şi va mări probabilitatea de a mai cumpăra anumite produse în viitor.

Extrapolând, pentru organizaţiile din sistemul de sănătate clientul trebuie să se afle în centrul tuturor operaţiilor specifice de marketing. Mesajul brandului ar trebui să reflecte interesul pentru client. Calitatea produselor şi a serviciilor ar trebui să fie prioritatea principală în strategia

comercială a organizaţiei. Gama de produse şi servicii medicale oferite trebuie să reprezinte exact soluţiile pe care le aşteaptă clienţii. Punctele de contact ale clienţilor (stakeholderilor) trebuie cunoscute foarte bine pentru a-i putea convinge să accepte soluţiile propuse. Furnizorii serviciilor de îngrijire medicală trebuie să fie capabili să privească dincolo de comportamentul consumatorului său de serviciul de îngrijire medicală specific achiziţiei produsului.

Profitul şi creşterea notorietăţii organizaţiei sanitare apar numai după ce au fost înţelese doleanţele pacienţilor, după ce le-au fost identificate nevoile şi după ce le-a fost oferit ceea ce au dorit. Acest lucru poate fi pierdut cu uşurinţă sau chiar poate fi imposibil de redobândit, dacă aceasta este singura metodă folosită de către echipa de marketing. Este o mare responsabilitate pentru oamenii din toate domeniile de marketing să împărtăşească această dorinţă de a asculta, de a dezvolta şi de a furniza informaţii, prezente la fiecare nivel al unei organizaţii. [55]

Experienţa clienţilor se concentrează pe elemente reale, constatate direct: atitudinea şi comportamentul personalului medical, existenţa unor medicamente indispensabile, calitatea şi modernitatea echipamentelor şi aparaturilor medicale, aşternuturi curate şi alte lenjerii, precum şi camere potrivite pentru fiecare pacient.

Este bine cunoscut faptul că strategiile construite pe baza feedback-ului consumatorilor au mai multe şanse de succes decât cele bazate pe intuiţia managerială. Este o adevărată provocare pentru orice marketer să afle cauza pentru care un client a ales un serviciu sau altul. Acest lucru se întâmplă datorită faptului că există întotdeauna o anumită dinamică a selecţiei, care depinde de analiza structurală a pieţei, de poziţia companiei pe piaţă (imagine, comunicare de marketing), de produs şi de dezvoltarea serviciilor. În ciuda faptului că marketingul modern se concentrează pe strategii (mixuri de marketing) care dau un impuls vânzărilor şi atragerii de noi clienţi, cea mai eficientă armă de apărare a unei companii este menţinerea clientelei. Cea mai eficientă metodă de a atinge acest obiectiv este să îi asiguri clientului o satisfacţie majoră, iar acest lucru va duce la un proces îmbunătăţit de fidelizare a clienţilor. În acest context, trebuie menţionate părerile a doi autori prestigioşi care consideră că managementul relaţiei cu clienţii reprezintă cea mai importantă etapă din strategia companiei. În acest sens, ei au analizat cele patru procese esenţiale în procesul de management al clienţilor: selectarea clienţilor, achiziţia, reţinerea şi creşterea/ dezvoltarea. Acest lucru se datorează faptului că relaţia presupune menţinerea unui contact pe termen lung cu clienţii, mulţumită unei abordări proactive care integrează în mod strategic cele patru procese – tratând fiecare proces individual – şi astfel, mărind valoarea clientului şi valoarea creaţiei în general. [56]

Dacă pacientul este mulţumit de serviciul primit, care se află în concordanţă cu aşteptările sale, va rămâne loial furnizorului de servicii de asistenţă medicală, care a aplicat, în acest caz, strategii de

marketing adecvate (a îmbunătăţit calitatea serviciilor; a îmbunătăţit sistemul de diferenţiere a serviciilor în comparaţie cu cele ale competiţiei, a îmbunătăţit distribuţia şi diferenţa de imagine, a crescut productivitatea serviciului şi a motivat personalul pentru a veni în ajutorul clienţilor). Este mult mai probabil ca pacienţii satisfăcuţi în totalitate să devină pacienţi loiali, chiar avocaţi sau PR pentru furnizorii serviciilor de îngrijiri de sănătate. În ciuda faptului că organizaţiile din sistemul de sănătate investesc sume enorme de bani şi efort în programele de fidelizare, în cele mai multe cazuri nu reuşesc să construiască strategii credibile de fidelizare a pacienţilor. Principalele metode prin care ele pot verifica satisfacţia pacienţilor şi loialitatea acestora fac referire la: înţelegerea factorilor care pot conduce firma la eşec, concentrarea pe problemele controlabile, gestionarea aşteptărilor pacienţilor, oferirea unor garanţii de satisfacţie, implementarea unui program simplu de depunere a plângerilor, crearea unor programe de relaţie, transformând programul de măsurare a satisfacţiei pacienţilor într-o prioritate în curs de desfăşurare.

Măsurarea loialităţii pacienţilor şi dezvoltarea unei strategii de fidelizare a acestora sunt două elemente cheie care garantează succesul organizaţiei. Organizaţia care înţelege şi gestionează loialitatea pacienţilor va fi cu un pas înainte în faţa competiţiei. Este foarte important să se găsească cele mai bune strategii pentru dezvoltarea loialităţii acestora. [55]

Experienţa pozitivă a pacienţilor vine de la companiile care arată că le pasă de clienţi.

Considerăm că două din cele mai importante lucruri pentru asigurarea unei experienţe memorabile, care să se întipărească în mintea pacienţilor, sunt: un produs sau serviciu foarte bun, care se conectează cu ei din punct de vedere emoţional şi satisface o nevoie stringentă sau o dorinţă şi înţelegerea profundă a pacienţilor, un proces ce îi permite companiei de asistenţă medicală să anticipeze nevoile corecte ale pacienţilor şi să le satisfacă în cel mai scurt timp posibil.

Pentru a îmbunătăţi experienţa pacienţilor, companiile care activează în domeniul serviciilor de asistentă medicală sunt sfătuite să urmeze câteva iniţiative-cheie (reguli) [57]

- reacţionarea la feedback;
- proiectarea proceselor din exterior în interior;
- acţionează ca şi cum ai fi singura organizaţie care asigură consistenţa serviciilor;
- fiţi deschişi;
- personalizaţi serviciile şi experienţele serviciilor de asistentă medicală;
- efectuarea unor schimbări în atitudinea şi comportamentul companie;
- implementarea unei experienţe complete a clientului.

Devine din ce în ce mai evident faptul că acele companii care doresc să aibă succes, dar chiar şi cele care doresc să supravieţuiască, au nevoie de un nou mod de a gândi: succesul final aparţine

celor care vor aşeza pacienţii în centrul activităţii şi astfel îi vor oferi o valoare superioară. Aceste companii se vor concentra să creeze proprii lor pacienţi, nu doar produse şi servicii de asistenţă medicală.

5.2. Managementul experienţei pacientului

Se depun eforturi din ce în ce mai mari pentru creşterea profiturilor pe căile sigure ale îmbunătăţirii procesului de orientare către pacienţi, printr-o mai bună înţelegere a interacţiunilor cu ei sau a touchpoint-ului. Numit „Managementul Touchpoint-ului Clientului" (MTC), scopul principal al acestei noi mişcări este să îmbunătăţească experienţele clientului, şi, prin urmare, să îmbunătăţească relaţiile cu acesta. Prin procesul de îmbunătăţire a relaţiilor cu clientul organizaţiile de asistenţă medicală cresc cota pe piaţă, vânzările şi loialitatea şi susţinerea atât a clientului cât şi a angajatului. [55]

Un touchpoint înglobează tot procesul de comunicare, interacţiunile umane şi fizice pe care clienţii le experimentează în timpul ciclului relaţional cu o organizaţie de servicii de asistenţă medicală. Touchpoint-urile sunt importante, deoarece clienţii îşi formează părerile despre organizaţia de asistenţă medicală şi despre brand, bazându-se pe cumulul lor de experienţe în domeniu. Organizaţiile orientate către MTC ştiu că pot întări relaţiile cu clienţii serviciilor de asistenţă medicală prin îmbunătăţirea touchpoint-urilor în întreg sistemul organizaţional.

Cheia succesului în oferirea unor experienţe remarcabile clienţilor este îmbunătăţirea calităţii şi a consistenţei touchpoint-urilor: calitate în ceea ce priveşte întrunirea nevoilor şi consistenţă în satisfacerea şi interpretarea lor. Iar cheia pentru îmbunătăţirea calităţii şi consistenţei touchpoint-urilor este stabilirea unor standarde specifice acestora şi punerea lor în aplicare, îmbunătăţirea calităţii şi a consistenţei touchpoint-urilor, sporirea experienţei clientului serviciilor de asistentă medicală.

Aceste standarde formează procesul de management al experienţei clientului (pacientului) din sectorul serviciilor de asistenţă medicală.

Stabilirea unor standarde duce la performanţa aşteptărilor. Angajaţii trebuie să înţeleagă care sunt standardele pentru a-şi îndeplini sarcinile consistent. În lipsa standardelor calitatea touchpoint-urilor este lăsată la latitudinea unui singur angajat. Cu alte cuvinte, fără standarde prestabilite, calitatea experienţei clientului poate ajunge pe mâna celui mai slab pregătit angajat al firmei.

Ţinând cont de aceste lucruri, putem defini Managementul Experienţei Clientului drept un efort susţinut pentru a îndeplini anumite scopuri prin îmbunătăţirea calităţii şi consistenţei interacţiunilor cu clienţii, sau a touchpoint-urilor. Utilizând această strategie, o companie de servicii de asistenţă medicală poate avea avantaje importante precum: experienţe pozitive constante din partea clienţilor, dobândirea diferenţierii faţă de alte companii, fidelizarea clienţilor şi referinţe din partea acestora.

5.3. Valoarea pentru pacient

Un specialist în psihologie, Martin H. Fischer, spunea că: „pacientul nu este interesat de cunoştinţele ştiinţifice ale medicului, ceea ce vrea el să ştie este dacă medicul îl poate vindeca". În livrarea de îngrijire a sănătăţii, valoarea pentru pacient poate fi înţeleasă doar la nivelul condiţiilor medicale, aceasta:

- depinzând preponderent de maniera de livrare a serviciului în condiţiile date;
- rezultând din setul complet de activităţi şi specializări implicate (nu contează rolurile individuale, abilităţile sau funcţiile, ci rezultatul general);
- fiind determinată pentru fiecare aspect al îngrijirii de armonizarea abilităţilor şi funcţiilor necesare. [3]

În chirurgie, de exemplu, valoarea depinde nu numai de chirurg, ci şi de anestezist, asistente medicale, radiolog, tehnicieni abilităţi etc. toţi performând corespunzător; contează cât de abilitată este echipa chirurgicală, dar este crucial ciclul general de îngrijire; rezultatele pacientului vor avea de suferit dacă: nu este diagnosticată cu acurateţe problema acestuia; acesta nu este pregătit în mod adecvat; refacerea şi reabilitarea pacientului nu sunt conduse corespunzător. Impactul ciclului de îngrijire poate fi mai mare, fără intervenţie chirurgicală şi tratând cazul într-un mod diferit sau chiar şi mai mare, dacă sunt furnizate îngrijire preventivă şi monitorizare în timp aşa încât să nu mai fie necesar un tratament chirurgical.

Prin urmare, afacerea relevantă în livrarea de îngrijire a sănătăţii este condiţia medicală văzută peste ciclul complet de îngrijire. S-a preferat termenul de "condiţii medicale" (acestea reprezintă unitatea analitică de bază pentru gândirea despre valoare în îngrijirea sănătăţii şi sunt centrate pe pacient şi nu pe furnizor), mai degrabă decât boli, îmbolnăviri sau alte circumstanţe ale pacientului, pentru că s-a considerat că termenul este mai general. Definirea setului potrivit de condiţii medicale în jurul cărora să organizezi îngrijirea sănătăţii, apreciază Porter, implică uneori judecăţi cum ar fi unde sa începi şi sa sfârşeşti ciclul de îngrijire. [1]

Nu trebuie uitat niciodată că ultimul arbitru în definirea adecvată a condiţiei medicale este valoarea pentru pacient (fiecare furnizor trebuie să definească apoi clar şi explicit setul de condiţii medicale în care participă, fiecare dintre aceste condiţii fiind localizate în ciclul de îngrijire; apoi urmează conceperea unei strategii, organizarea livrării îngrijirii şi evaluarea rezultatelor).

Pe de altă parte însă, cercetarea rezultatului clinic necesită o dezvoltare şi o mai bună integrare cu îngrijirea pacientului. După cum definirea afacerii implică întotdeauna o componentă geografică, un furnizor trebuind să înţeleagă piaţa geografică sau aria de serviciu pe care trebuie să concureze (chiar dacă unele servicii trebuie să fie furnizate local, piaţa relevantă pentru majoritatea condiţiilor medicale trebuie să fie regională sau chiar naţională). Vulnerabilitatea în faţa concurenţei creşte dacă nu se au în vedere aceste aspecte, cu atât mai mult cu cât se ratează oportunităţile de creştere şi de formare de parteneriate de-a lungul pieţei geografice.

Porter considera că:

- stabilirea serviciilor care vor fi livrate constituie probabil strategia fundamentală pentru fiecare furnizor (acesta trebuind: să aleagă setul de condiţii medicale în care poate realiza adevărata excelenţă în termeni de valoare pentru pacienţi, ţinând cont de mixul lui particular de pacient, abilităţi şi alte circumstanţe; să decidă ce rol va juca în ciclul de îngrijire a sănătăţii şi ce servicii să ofere pentru a asigura rezultatele generale ale pacientului);
- parte a alegerii strategice a liniilor de servicii constă în potrivirea complexităţii şi acuităţii condiţiilor diagnosticate şi tratarea acestora cu abilitate (dacă nu poţi să oferi servicii de rutină sau simple la un cost competitiv, atunci nu le oferi; dacă nu ai experienţa şi capabilităţile să oferi rezultate excelente, nu oferi servicii complexe şi neuzuale).

Problema esenţială în afaceri constă în concentrarea pe produse şi servicii care creează valoare unică, ceea ce presupune în cazul spitalelor şi altor furnizori de îngrijire a sănătăţii o schimbare semnificativă în materie de gândire a tratării pacientului care-ţi trece pragul. Martin H. Fischer spunea, de altfel, că: *„unicul element care lipseşte într-un spital modern este reprezentat de cineva care să te întâmpine la intrare cu o strângere de mână!”.* Iar a decide ce să nu faci constituie o idee chiar mai radicală.

În îngrijirea sănătăţii, argumentează Porter, nevoia pentru alegere strategică a serviciilor a fost evitată din cauza lipsei de informaţie şi a lipsei de contabilitate a rezultatelor. Concentrarea strategică nu înseamnă însă o specializare îngustă, ci urmărirea excelenţei şi penetrarea profundă a domeniilor alese. De altfel, semnificative dezbateri [58] privind dezvoltările în materie de marketing au conturat şi formularea ca “viitorul real al marketingului este în contabilitate” (Alexander Black, de la Chicago Business Consulting Group Inc., cu ocazia Conferinţei “Marketing

in 2010: Growth Strategies for the Future", în prezentarea sa: "Accountability in 2010: Taking Marketing ROI to the Next Level"), scopul nefiind maximizarea ROI (măsurarea acestuia în termeni de marketing trebuind să fie scalabilă, reziduală şi interdependentă), ci maximizarea profiturilor prin creşterea valorii clientului pe termen lung.

5.4. Competiţia la nivelul condiţiei medicale

Competiţia în materie de valoare pentru consumatorul de sănătate presupune ca furnizorii de sănătate să îmbrăţişeze o serie de imperative strategice şi organizaţionale (redefinirea afacerii in jurul condiţiilor medicale; alegerea gamei şi tipurilor de servicii furnizate; organizarea unităţilor de practică medicală integrată; crearea unei strategii distincte în fiecare unitate de practică; măsurarea rezultatelor, a experienţei, a metodelor şi a atributelor pacienţilor pe unitate de practică; trecerea la facturi unice şi noi abordări de stabilire a preţurilor; prestarea de servicii de piaţă bazate pe excelenţă, unicitate şi rezultate; creşterea locală şi geografică în zone de puncte tari). S-a constatat că un număr în creştere de furnizori au început să se adreseze mai multor imperative, sunt însă foarte puţini cei care se adresează tuturor, chiar dacă trecerea la modelul bazat pe valoare este autoîntăritoare. [1]

Furnizorii de sănătate se află practic într-o afacere de furnizare de servicii pentru pacienţi (Profesorul Porter recomanda celor care simt disconfort la utilizarea noţiunii de afacere să recurgă la înlocuitorul "linii de serviciu" – facilităţi între sistemul de distribuţie şi punctul de livrare către client). Este foarte important să se înţeleagă acest lucru, care orientează gândirea organizaţională despre: cine este clientul, ce nevoi se încearcă să se întâlnească, cum este creată valoarea pentru client (alinierea viziunii organizaţiei despre valoare cu valoarea actuală este o precondiţie pentru performanţa excelentă), cum ar trebui să organizeze.

O definiţie mai largă a afacerii de „îngrijire a sănătăţii" agreată de experţii în politica de sănătate i-a condus la favorizarea sistemelor de sănătate mari, exprimându-şi convingerea că sănătatea este cel mai bine organizată combinând livrarea de asigurare şi îngrijire de sănătate într-un sistem de linie completă integrat vertical. Există şi furnizori (incluzând majoritatea practicilor medicale) care definesc afacerea lor în raport cu funcţii specifice sau specializări (anestezie, nefrologie, medicină internă, radiologie, urologie, chirurgie etc.).

Michael Porter consideră că ambele definiţii, prevalente în materie de îngrijire a sănătăţii, reprezintă obstacole pentru crearea valorii, fiind centrate pe medic, procedură sau instituţie şi nu pe pacient, nealiniate cu modul în care este creată acum valoarea.

Dacă este corect plasată în îngrijirea sănătăţii, concurenţa poate reduce costurile, îmbunătăţi performanţa medicului şi crea mai bune rezultate pentru pacient [59]. În momentul de faţă, în ţările dezvoltate, în confruntarea cu realitatea că sistemul de îngrijire a sănătăţii nu este aliniat să conducă valoarea pentru pacient, s-a dat startul competiţiei în a deveni mai eficient, în a obţine o mai mare satisfacţie a pacientului, în a te simţi mai mândru, ca practician al îngrijirii sănătăţii, de ceea ce faci. Se consideră că guvernele pot face mai mult prin modificarea şi dezvoltarea politicilor cheie şi în mod particular în domeniul informaţiei de rezultate şi al îndepărtării impedimentelor restrictive şi nenecesare pentru concurenţă.

Dezbateri de specialitate, care au avut loc în toamna anului 2006, la nivelul OECD, [60] au permis desprinderea unor aspecte semnificative, cum sunt:

- rolul concurenţei în oferta serviciilor spitaliceşti: mecanismele de piaţă pot ajuta la reducerea costurilor ofertei de servicii spitaliceşti (fondurile limitate alocate îngrijirilor de sănătate pot avea un mai mare impact), introducerea acestor mecanisme fiind pe deplin compatibilă cu un acces larg şi echitabil la îngrijirile de sănătate;
- condiţiile prealabile necesare aranjării mecanismelor de piaţă: sprijinul financiar de care beneficiază un spital trebuie să fie legat de numărul de pacienţi trataţi şi de tratamentele propuse (spitalele să fie incitate să trateze mai mult pacienţii); contractul selectiv trebuie să fie autorizat (cumpărătorii de servicii spitaliceşti să nu fie obligaţi să cumpere servicii la toate spitalele; spitalele oferind servicii de nivel mai înalt pentru un nivel de finanţare dat să poată să primească mai mulţi pacienţi); alţi furnizori posibili trebuie să fie prezenţi şi trebuie să aibă capacitatea de a absorbi volumele crescânde de pacienţi (eliminându-se puterea de monopol); trebuie să fie adunate informaţii suficiente pentru a judeca cu precizie serviciile furnizate de spitale (incluzând indicatorii calităţii îngrijirilor);
- eterogenitatea serviciilor spitaliceşti: anumite servicii spitaliceşti beneficiază de mai multă concurenţă decât altele şi aceasta nu vine în mod necesar din partea spitalelor. Serviciile de sănătate, incluzând serviciile spitaliceşti, combină caracteristici neobişnuite care pot antrena cheltuieli excesive dacă s-ar adopta o abordare de piaţă totalmente liberă;
- efect diferit al concurenţei pentru spitalele din zonele rurale şi pentru serviciile extrem de complexe: spitalele nu sunt toate susceptibile de a beneficia în mod egal de forţele pieţei;
- restricţiile anticoncurenţiale în utilizarea mâinii de lucru: o mai mare flexibilitate pentru anumite sarcini poate îmbunătăţi mult productivitatea personalului;
- mobilitatea şi alegerea consumatorilor: atunci când listele de aşteptare sunt lungi este recomandabilă adoptarea principiului „banii urmează pacientul” (contribuie la reducerea listelor de aşteptare şi la creşterea producţiei);
- politica de concurenţă aplicată spitalelor: introducerea mecanismelor de piaţă necesită ca puterile publice să acorde atenţie structurii de piaţă (prin controlul fuziunilor) şi coordonării între furnizori (prin măsuri de luptă contra înţelegerilor anticoncurenţiale).

Se impune astfel conceperea unor planuri adecvate (şi nu doar de a pune mai mulţi bani în sistem) şi de îngrijire de înaltă calitate a sănătăţii (evitând: diagnosticarea incorectă; erori de prescriere a medicamentelor; complicaţii nenecesare; eşecuri de tratamente etc.), pentru că îngrijirea sănătăţii este, punctează Porter, ceva special, foarte diferit mai ales astăzi când tratăm deja în mod virtual fiecare condiţie medicală într-un anumit fel.

În majoritatea timpului, cea mai bună îngrijire de calitate a sănătăţii a însemnat şi îngrijirea cu costul cel mai scăzut, raţiunea fiind că atunci când pacientul rămâne sănătos sau se face sănătos mai repede rezultă costurile cele mai scăzute (dacă este pus un diagnostic corect eviţi tratamentul nenecesar/irosit şi costurile merg în jos; la fel în cazul evitării greşelilor sau al chirurgiei excelente care permite pacientului să meargă acasă mai curând ş.a.m.d.). Ceea ce este important, prin urmare, este ca modul în care conduci costurile în jos în materie de îngrijire a sănătăţii să permită conducerea în sus a calităţii serviciului. Porter argumentează că singura cale care funcţionează în această privinţă este măsurarea rezultatelor [3] (dincolo de concentrarea pe metode sau procese de îngrijire a sănătăţii), ceea ce implică:

- crearea competiţiei în materie de rezultate la nivelul condiţiei medicale;
- depăşirea stării de teamă că informaţia poate fi utilizată în procesul de mal practică (depăşirea fazei de a presupune că un rezultat rău înseamnă că practicianul nu şi-a făcut bine datoria);
- înţelegerea faptului că este posibil să faci ajustări sofisticate pentru a reduce riscul pacientului;
- îmbunătăţirea procesului de măsurare a rezultatelor este benefică pacienţilor.

Raţionamentele expuse vin, de altfel, pe fondul creşterii preocupării de căutare a unor noi metode şi noi modele pentru reducerea risipei şi îmbunătăţirea eficienţei (“Accountable Marketing is the new rulebook for that new world” [61]).

Mişcarea de calitate în îngrijirea sănătăţii este considerată astăzi un pas binevenit în direcţia corectă, dacă se concentrează pe rezultate. Deplasarea pacienţilor către furnizorii de excelenţă în adresarea către condiţia medicală reprezintă un stimulent puternic, care alimentează ciclul virtuos de îmbunătăţire a valorii din volum şi experienţă.

Sunt imperios necesare planuri de sănătate care să integreze toate nevoile de sănătate individuale, în condiţiile existenţei concurenţei atât la nivelul furnizorilor, cât şi al condiţiei medicale. Un sistem bazat pe valoare pentru pacient, evidenţiază Porter, ţine planul de sănătate separat de furnizor (separă planul de sănătate de furnizor), iar furnizorii concurează la nivelul condiţiei medicale. Planurilor de sănătate le revine un rol important în încurajarea înregistrărilor medicale,

deoarece vor ajuta la conducerea unei mai mari valori în sistem; ele pot crea stimulente şi standarde pentru diseminarea rapidă a înregistrărilor medicale electronice pentru toţi actorii din sistem (există o nevoie critică pentru standardizarea datelor, astfel încât să poată fi agregate înregistrările). IT-ul reprezintă însă doar un mijlocitor, nu o soluţie pentru problema livrării de îngrijire a sănătăţii (automatizarea proceselor de livrare a îngrijirii curente va avea beneficii limitate; în acelaşi timp trebuie ţinut cont că mai sunt multe de făcut pentru a îmbunătăţi în mod radical valoarea fără înregistrări electronice complete).

O altă problemă deosebită în materie de îngrijire a sănătăţii este cea a asigurării medicale pentru cei neasiguraţi, asigurarea universală fiind considerată singura cale pentru a realiza cu adevărat un sistem de înaltă valoare. Logica asigurării constă în aceea că fiecare trebuie să plătească în fiecare an, astfel încât să contribuie suficient pentru a-şi plăti costurile dacă se îmbolnăvesc. Asigurarea obligatorie şi cea universală trebuie să meargă împreună, cu subsidii pentru cei care au nevoie. Asigurarea universală este însă şi ea doar un mijlocitor pentru soluţie, nu soluţia. Singura soluţie la problemele de îngrijire a sănătăţii, apreciază Porter, este îmbunătăţirea dramatică a valorii obţinute pentru banii pe care-i cheltuim.

Îngrijirea sănătăţii, concluzionează Michael Porter, reprezintă o coproducţie a medicului şi pacientului. Neparticiparea pacientului înseamnă limitarea a ceea ce medicul poate să îndeplinească, ca atare pacientul sau se angajează sau suportă consecinţele. Chiar şi angajatorii, din ce în ce mai mulţi, încep să conştientizeze aceasta situaţie şi solicită angajaţilor participarea la evaluarea riscurilor de sănătate şi la managementul îmbolnăvirilor.

Pentru o întâlnire în mod eficace cu nevoile clienţilor serviciilor de îngrijire a sănătăţii, este necesară dobândirea abilităţilor de marketing şi înţelegerea pacienţilor, identificându-le dorinţele şi nevoile şi construind încrederea, care va determina acceptarea soluţiilor propuse într-o optică europeană (vizând îmbunătăţirea securităţii sănătăţii cetăţenilor, generarea şi diseminarea cunoştinţelor în materie de sănătate, promovarea sănătăţii pentru a îmbunătăţi prosperitatea şi solidaritatea), în strădania (efortul) de a oferi: un răspuns eficient la ameninţările la adresa sănătăţii, un ajutor pentru prevenirea bolilor, o creştere a cooperării între sistemele de sănătate pentru adaptarea la aspectele cheie din sănătate, ca şi la cele care pot apărea în mod neaşteptat şi care necesită atenţie urgentă.

Schimbarea din lumea medicală necesită într-adevăr menţinerea unui sens al direcţiei, acţionând la momentul potrivit, iar acum – în contextul în care înalta calitate a serviciilor de îngrijire a sănătăţii, răspunzând aşteptărilor clienţilor sistemelor de sănătate, constituie o prioritate recunoscută pentru cetăţenii Europei – a sosit momentul recurgerii la marketing ca noua metodă pentru identificarea oportunităţilor de inovare în prestarea serviciilor de îngrijire a sănătăţii. În fond,

suntem în plin proces de aplicare a noii Strategii Europene privind Sănătatea, care vizează servicii de sănătate sigure, de înaltă calitate şi eficiente.

BIBLIOGRAFIE:

1. Popa F., Purcarea Th., Ratiu MP, Purcarea VL. - **Current Challenges for Healthcare Services and the Oportunuties Created by Marketing Abilities -** Journal of Medicine and Life, vol1, No1, January-March 2008, ”Carol Davila”University Press

2. Smedescu I. – **Marketing -** Editura Universitară, Bucureşti, 2005

3. Popa F., Purcarea Th., Ratiu MP, Purcarea VL - **Marketingul serviciilor de îngrijire a sănătăţii -** Editura Universitară ”Carol Davila”, Bucureşti.

4. Purcarea AA - **Marketing, definitii, clasificari,scheme -** Editura IVEX, 2002

5. Bnell V., citat în Florescu C. (coordonator) – **Marketing -** Editura Marketer, Bucureşti, 1992

6. Bennet, PD. (editor) **Dictionary of Marketing Terms**, A.M.A., Chicago, 1988

7. Kotler P., Amstrong G., Saunders J., Wong,V. **Principiile marketingului** Editura Teora, Bucureşti, 1999

8. Florescu C. (coordonator), Balaure V., Boboc Ş., Cătoiu I., Olteanu V., Pop, N.A. **Marketing -** Editura Marketer, Bucureşti, 1992

9. Stanton W. J. **Fundamentals of Marketing** Sixth Edition, McGraw-Hill Book Co, New York, 1981

10. McCarthy EJ., Perreault Jr WD **Basic Marketing** Irwin Hmewood, III, Ninth Edition, 1987

11. Baker M. (editor) **The Marketing Book** Third Edition, Butter Worth – Heinemann, Oxford, 1994

12. Denner A. **Principes et practique du marketing** Editions J Delmas, Paris, 1971

13. Ries Al., Trout, J. **Marketingul ca război** Editura Antet, Bucureşti, 1997

14. Purcarea V.L., Gheorghe C., Gheorghe R., Radu A. **Marketing-note de curs**- Ed.Universitară ”Carol Davila”, Bucureşti, 2010

15. McKitterick John B. – **What is the Marketing Management Concept** American Marketing Association, Chicago, 1957, citat în Raţiu MP

16. Ghibuţiu Agnes – **Serviciile şi dezvoltarea. De la prejudecăţi la noi orizonturi**, Editura Expert, Bucureşti, 2000

17. Akehurst G. and Gadrey J. – **The Economics of Services,** Frank Cass & Co. Ltd., London, 1987, p.82, citat de Dupont, Frédéric, în lucrarea: **Management des services**, Editions ESKA, Paris, 2000

18. Ratiu M.P. **Economia serviciilor- Provocari, oportunitati, solutii -** Ed. Universitară ”Carol Davila”, Bucuresti, 2007

19. Raţiu Monica Paula – **Marketingul serviciilor. Abordare teoretică şi instrumentală** Editura ProUniversitaria, Bucureşti, 2006

20. Cristureanu Cristiana – **Economia imaterialului: tranzacţiile internaţionale cu servicii** Editura All Beck, Bucureşti, 1999

21. Riddle DI – **The Role of the Service Sector în Economic Development: Similarities and Differences by Development Category** Praeger Publishers, New York, 1995

22. Bell Daniel – **The Coming of Post-Industrial Society – A Venture in Social Forecasting**, Basic Books Inc. Publishers, New York, 1973 citat de Ioncică Maria

23. Bruhn Manfred – **Orientarea spre clienţi – temelia afacerii de succes** Editura Economică, Bucureşti, 2001

24. Zaiţ Adriana – **Marketingul serviciilor** Editura Sedcom Libris, Iaşi, 2002

25. Ioncică Maria, Minciu Rodica, Stănciulescu Gabriela – **Economia serviciilor** Editura Uranus, Bucureşti, 1997

26. Purcarea V.L. - **Managementul sistemului informational spitalicesc** Editura Universitară ”Carol Davila, Bucureşti, 2007

27. Drucker Peter F. – **Realităţile lumii de mâine** Editura Teora, Bucureşti, 1999

28. Wackerman Gabriel - **La civilisation des services** Ellipses/Édition marketing, Paris, 1997

29. Payne Adrian – **The Essence of Services Marketing** Prentice Hall International, 1993

30. Olteanu Valerică - **Marketingul serviciilor** Editura Uranus, Bucureşti, 2004

31. Kotler Ph. – **Managementul marketingului** Editura Teora, Bucureşti, 2005

32. Grônroos Christian – **A Service Quality Model and Its Marketing Implications** European Journal of Marketing**,** 18, nr. 4, 1984

33. Purcărea Th., Purcărea Anca **- Marketing strategic** Ed.Milenium, Bucureşti, 2000

34. Duro R., Sandstrom B. – **Strategies guerrieres en marketing** Les Editions d'organisation, 1988, Paris

35. Purcărea A., Purcărea, Th. - **Cercetări de marketing: Rolul celor „7P” în determinarea satisfacţiei oferite de calitatea serviciului prestat** (I) în: „Monitorul Comerţului Românesc”, nr. 9-10/1994

36. Mincă DG, Marcu MG. - **Sănătate Publică şi Management sanitar** - Ed.Universitară „Carol Davila”, Bucuresti, 2004

37. Rădulescu V - **Marketingul serviciilor de sănătate** - Editura Uranus, Bucureşti, 2008

38. Purcărea Th., Marinescu R. – **Marketing. Pregătirea drumului către competitivitate** Editura Expert, Bucureşti, 2001

39. Kotler Ph. **– Principiile marketingului** Editura Teora, Bucureşti, 2005

40. Purcarea Th, Ratiu M,P.- C**omportamentul consumatorului - o abordare de marketing** Ed.Universitară „Carol Davila”, Bucureşti, 2007.

42. Niculescu, M., Lavalette, G. - **Strategii de creştere -** Editura Economică, Bucureşti, 1999

43. Kotler Ph., Clarke R.N. **- Marketing for Health care Organizations** Prentice Hall, New Jersey,1987.

44. Cetină Iuliana (coord.) – **Marketingul serviciilor. Abordare teoretică şi studii de caz** Editura Uranus, Bucuresti, 2004.

45. Olteanu Valerică – **Marketingul serviciilor. Teorie şi practică** Editura Uranus, Bucureşti, 2002

46. Balaure V. (coord.) – **Marketing** Editura Uranus, Bucureşti, 2004

47. Purcarea Th.– **Marketing. Inovaţie şi alternativă** Editura UTM, Chişinau, 2006

48. Kotler Ph. – **People's solution conference** Bucharest, 2005, citat de Purcărea VL.

49. Brown M. – **Healthcare Marketing Management** citat de Purcarea VL - **Managementul sistemului informational spitalicesc** EdituraUniversitară "Carol Davila", Bucureşti, 2007

50. Purcarea VL (coordinator) - **Managementul proiectului de accesare a fondurilor restructurale ale uniunii europene -** Ed.Universitară "Carol Davila" Bucureşti, 2007

51. Miron Dumitru, Folcuţ Ovidiu – **Economia integrării europene** Ed. Universitară, 2008

52. Pelkmans Jacques – **Integrare europeană. Metode şi analiză economică** Ediţia a doua, Pearson Education Limited, 1997, 2001, Institutul European din Romania, 2003

53. Purcărea Th - **Economistul la ora dezbaterii reale** în Convorbiri Economice, Clubul Economiştilor Braşoveni, 2007

54. Managing Projects Large and Small, Harvard Business Essentials, (Robert D. Austin, Subject Advisor; Richard Luecke, Writer) Harvard Business School Press, Boston Massachusetts, 2004

55. Purcarea VL, Ratiu MP, Purcarea Th. – „**Offering memorable patient experience through creative, dynamic marketing strategy" -** Journal of Medicine and Life, Vol.1, nr.2, 2008

56. Kaplan RS, Norton DP. - **Keeping Your Balance With Coustomers,** HBS Working Knowledge, July 14, 2003.

57. Ferrel OC, Hartline DM. - **Marketing strategy** 4th Edition, Thomson South-Western Publishing House, 2008

58. Dilworth D. - **It's still ROI for marketing accountability**: Conference Board speaker, dmnews.com, November 3rd, 2006

59. Thompson R. - **Competition the Cure for Healthcare**, Q&A with: Michael. E. Porter, HBS Working Knowledge, July 12, 2006

60. **Competition in the provision of hospital services** Organisation for Economic Co-operation and Development, DAF/COMP(2006)20, 27-Oct-2006, Directorate for Financial and Enterprise Affairs, Competition Committee

61. Rosenwald, PJ - **Accountable Marketing: The Economics of Data-Driven Marketing** - Thomson Texere and American Marketing Association, 2004

Director: Conf. Univ. Dr. Ing. V.L. Purcărea

Secretar Științific: Conf. Dr. Bogdan Voiculescu

Tehnoredactare: Dr. Radu Costea

Copertă: Petruț Radu

Format: A4

Bun de tipar: martie 2010

Apărută : martie 2010

ISBN : 978-973-708-446-0