

**Florentina Ligia
FURTUNESCU**

**Dana Galieta
MINCĂ**

**MANAGEMENTUL
SERVICIILOR DE SĂNĂTATE –
ABORDARE PRIN PROIECTE**

Ediția a II-a revizuită și completată

**EDITURA UNIVERSITARĂ „CAROL DAVILA”
BUCUREȘTI, 2010**

ISBN: 978-973-708-446-0

MANAGEMENTUL SERVICIILOR DE SĂNĂTATE – ABORDARE PRIN PROIECTE

Ediția a II-a revizuită și 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 ȚEREANU

**EDITURA UNIVERSITARĂ „CAROL DAVILA”
BUCUREȘTI, 2010**

U P R I N S

<u>SECȚIUNEA I.</u>	<u>MANAGEMENT FINANCIAR ÎN SĂNĂTATE</u>	1
1. PREZENTAREA CONȚINUTULUI SECȚIUNII		3
1.1. Definirea conceptului de management financiar		3
1.2. Funcțiile managementului financiar		4
2. CARACTERISTICILE PRINCIPALELOR TIPURI DE FINANȚARE A SISTEMELOR DE SĂNĂTATE		6
2.1. Principii generale de organizare și administrare		6
2.2. Asigurări de sănătate		10
2.3. Comparație între statele europene și SUA		14
3. CARACTERISTICILE SISTEMULUI DE SĂNĂTATE DIN ROMÂNIA		18
3.1. Istoric		18
3.2. Situația actuală		20
3.3. Oportunitati, tendințe		27
3.4. Principalele modalități de finanțare a serviciilor de sănătate		29
4. NOȚIUNI DE BAZĂ ÎN ADMINISTRAREA RESURSELOR FINANCIARE		31
4.1. Elemente de contabilitate		31
4.2. Bilanțul contabil		32
4.3. Bugetul		33
4.4. Managementul costurilor		33
<i>Studii de caz</i>		38
4.5. Managementul informației		44
5. GUVERNAREA CORPORATISTĂ		47
5.1. Principii, concepte		47
5.2. Importanța administrării riscului		51
6. CONCLUZIILE SECȚIUNII		52
BIBLIOGRAFIE		55
<u>SECȚIUNEA II.</u>	<u>GESTIUNEA PROIECTELOR DE SĂNĂTATE</u>	57
1 . PREZENTAREA CONȚINUTULUI SECȚIUNII		59
1.1. Noțiuni generale despre proiecte		59
1.2. Definirea principalilor termeni utilizați		60
1.3. Clasificarea proiectelor în sănătate		61
1.4. Diferența program/proiect		62
1.5. Managementul proiectelor – abordări conceptuale, funcții și caracteristici ale acestora		63

2. CICLUL DE VIAȚĂ 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. Considerații generale	71
3.2. Metode de identificare a problemelor de sănătate	76
3.3. Determinarea priorităților	85
<i>Studiu de caz</i>	88
4. SCOPUL ȘI OBIECTIVELE PROIECTULUI	90
4.1. Arborele de probleme	90
4.2. Formularea scopului și a obiectivelor.	91
<i>Studiu de caz</i>	95
5. PLANIFICAREA OPERAȚIONALĂ A PROIECTULUI	99
5.1. Subdiviziunea structurală a muncii	99
5.2. Tabelul proiectului	100
5.3. Identificarea corespondenței între activități	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 ȘI EVALUAREA PROIECTULUI	107
6.1. Definiții	107
6.2. Principii	107
6.3. Instrumente	108
7. CONCLUZIILE SECȚIUNII	113
BIBLIOGRAFIE	115

<u>SECȚIUNEA III.</u>	<u>METODE DE EVALUARE CALITATIVĂ</u>	
	<u>ȘI CANTITATIVĂ A ÎNGRIJIRILOR</u>	117
1. PREZENTAREA CONȚINUTULUI SECȚIUNII		119
1.1. Definirea principalelor componente ale domeniului		119
1.2. Concepte, abordări posibile		120
1.3. Măsurarea calității		122
1.4. Modele pentru asigurarea și evaluarea calității		123
1.5. Evaluarea îngrijirilor acordate de personalul sanitar mediu		123
1.6. Concluzii		124

2. PRINCIPALELE ASPECTE ALE	
 MANAGEMENTULUI CALITĂȚII ÎN SĂNĂTATE	124
2.1. De la calitate la performanță	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 siguranței în organizațiile de sănătate	138
<i>Studiu de caz</i>	141
2.7. Evaluarea îngrijirilor acordate de personalul sanitar mediu	149
2.8. Concluzii	149
<i>Studiu de caz</i>	150
3. INSTRUMENTE PENTRU MĂSURAREA CALITĂȚII	155
3.1. Construirea indicatorilor	155
3.2. Metode de consens utilizate pentru evaluarea calității	156
3.3. Metode bazate pe informații cantitative	158
3.4. Diagrame operaționale	159
3.5. Compararea indicatorilor	161
3.6. Concluzii	164
<i>Studiu de caz</i>	165
4. MODELE DE EVALUARE ȘI ASIGURARE A CALITĂȚII	173
4.1. Evaluarea satisfacției pacienților	173
4.2. Analiza plângerilor și reclamațiilor	174
4.3. Cartea serviciilor	175
4.4. Certificarea conform normelor ISO 9001: 2000	176
4.5. Acreditarea internațională 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 și analiza a riscului clinic	181
4.9. Concluzii	183
5. INSTRUMENTE UTILIZATE PENTRU EVALUAREA ÎNGRIJIRILOR	
 ACORDATE DE PERSONALUL SANITAR MEDIU	184
5.1. Introducere	184
5.2. Evaluarea cantitativă: metoda SIIPS	186
5.3. Evaluarea calitativă și cantitativă: metoda PRN	191
5.4. Evaluarea calității organizării îngrijirilor acordate de personalul sanitar mediu	192

5.5. Concluzii	194
<i>Studiu de caz</i>	194
6. CONCLUZII	201
BIBLIOGRAFIE	205

<u>SECȚIUNEA IV.</u>	<u>MANAGEMENTUL MARKETINGULUI</u>	
	<u>DIN SISTEMUL DE SĂNĂTATE</u>	211
1. PREZENTAREA CONȚINUTULUI SECȚIUNII		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. PERFORMANȚA ȘI EFICIENȚA ÎN MARKETINGUL		
DIN SISTEMUL DE SĂNĂTATE		267
5.1. Sănătatea, dar și satisfacția pacientului		268
5.2. Managementul experienței pacientului		271
5.3. Valoarea pentru pacient		272
5.4. Competiția la nivelul condiției medicale		274
BIBLIOGRAFIE		278

SECȚIUNEA I.

MANAGEMENTUL FINANCIAR ÎN SĂNĂTATE

AUTORI:

Dr. Irina ECLEMEA (Coordonator)

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

Dr. Florentina FURTUNESCU

- Medic primar sănătate publică și management
- Doctor în științe medicale
- Master în Managementul Sănătății Publice și al Serviciilor de Sănătate
- Șef de lucrări UMF „Carol Davila”
- Disciplina Sănătate Publică și Management

Dr. Dana Galieta MINCĂ

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

Dr. Eugenia BRATU

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

1. PREZENTAREA CONȚINUTULUI SECȚIUNII

1.1. Definirea conceptului de management financiar

Managementul financiar este ansamblul principiilor, metodelor, instrumentelor care au ca scop constituirea și utilizarea resurselor economico-financiare. Este un domeniu construit, în special, pe baza noțiunilor de contabilitate financiară, dar conține concepte aparținând și altor domenii cum ar fi: economie, finanțe, științe comportamentale, etc.

Sănătatea este un domeniu mare consumator de resurse și 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 și nu poate fi considerat un model. În ultimele decenii sistemele de sănătate au fost, în general, marcate de creșterea accentuată a costurilor, care nu s-a însoțit în aceeași măsură de îmbunătățirea 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 și consumatori, o a treia entitate – plătitorul („terț-plătitor”) care este, de multe ori, un fond de asigurare. Având în vedere că fondul de asigurare este și cel care plătește cele mai multe dintre serviciile oferite de către organizațiile specializate din domeniul medical, este îndreptățit să ceară informații financiare suplimentare. Principala preocupare a furnizorilor de servicii de sănătate constă în îndeplinirea cerințelor de raportări financiare, în limite prestabilite de către stat.

Între problemele fundamentale ale sectorului de sănătate din România se numără finanțarea și performanța.

Problema resurselor insuficiente și înțelegerea faptului că sănătatea reprezintă, de fapt, o investiție, în sensul că o stare de sănătate mai bună a populației determină o productivitate mai bună și cheltuieli de susținere socială mai mici din partea statului, au adus sănătatea pe un loc central în sfera politicului.

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

- competiția tot mai dură între organizații;
- schimbările tehnologice rapide;
- nesiguranța economiei mondiale;

Obiectivul global al managementului financiar este acela de a asigura:

- eficiența utilizării resurselor;

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

Exigențele managementului financiar se referă la:

- căutarea eficacității;
- recunoașterea responsabilităților individuale în exercitarea sarcinilor;
- descentralizarea responsabilităților;
- introducerea și dezvoltarea managementului strategic;
- contractarea unor servicii către sectorul privat;
- introducerea tehnicilor moderne de management.

1.2. Funcțiile managementului financiar

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

- de a asigura resursele, la momentul și în structura necesară;
- de a evalua efortul, în plan financiar, pentru toate acțiunile ce urmează a fi întreprinse într-o perioadă de gestiune dată;
- de a urmări modul de utilizare a resurselor și de a influența factorii de decizie, în direcția asigurării unei utilizări eficiente a tuturor fondurilor atrase;
- de a asigura și menține echilibrul financiar pe termen scurt și lung în concordanță cu nevoile sistemului/organizației;
- de a urmări obținerea rezultatului financiar scontat și de a-l repartiza pe destinații.

Funcțiile managementului financiar sunt:

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

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

- stabilirea obiectivelor strategice ale organizației și poziționarea în timp a acestora;
- valorificarea în activitatea de previziune generală a rezultatelor analizei activității economico – financiare a organizației;
- cuantificarea factorilor perturbatori anticipați și a ponderii acestora, în ansamblul factorilor care vor influența evoluția situației financiare a organizației;
- elaborarea, în funcție de aceste date, a strategiei de dezvoltare a organizației;

- elaborarea scenariilor pentru stabilirea tacticii organizației pentru atingerea obiectivelor strategice;
- stabilirea priorităților și termenelor.

Previziunea financiară se concretizează în programele, planurile și prognozele organizației.

b) Organizarea financiară - prin care sunt definite competențele, autoritatea și responsabilitatea în cadrul organizației.

În cadrul acestei funcții sunt incluse activitățile necesare pentru:

- îndeplinirea obiectivelor financiare ale organizației;
- repartizarea lor ca sarcini pe salariați și structuri organizatorice;
- poziționarea lor într-un cadru bine conturat de adoptare și urmărire a deciziilor.

c) Coordonarea financiară - include toate activitățile prin care se corelează deciziile și acțiunile personalului organizației și ale subsistemelor sale în cadrul strategiilor, procedurilor tactice și al sistemului organizatoric adoptate.

d) Funcția 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 și evaluarea financiară - închid ciclul procesului managerial financiar, cuantifică finalitatea modului de realizare a celorlalte funcții ale managementului financiar, determină abaterile și cauzele care le-au generat, punctele forte și punctele slabe ale instituției și măsurile care se impun pentru corectarea și evitarea apariției în viitor a unor abateri.

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

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

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

2. CARACTERISTICILE PRINCIPALELOR TIPURI DE FINANȚARE A SISTEMELOR DE SĂNĂTATE

2.1. Principii generale de organizare și administrare

Modelele de organizare și finanțare a sistemului de sănătate variază de la un stat la altul, fiind puternic influențate de diverși factori economici, sociali, politici, de mediu și culturali.

Nu există o rețeta universală pentru un sistem perfect de organizare și finanțare a sănătății, lucrurile trebuie privite și analizate în context, evaluând punctele tari și punctele slabe în relație directă cu măsura în care sistemul satisface nevoile populației pe care o deservește.

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

Cunoscuți teoreticieni ai finanțării sistemelor de sănătate au dezvoltat un model care surprinde gradul de centralizare la nivelul statului a finanțării și planificării în sănătate.

Extremele sunt reprezentate de sistemele din SUA – privatizare completă, funcționare după reguli de piață; și Marea Britanie – control al statului asupra factorilor de producție în sistemul de sănătate.

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

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

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

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

Modelul antreprenorial: este caracterizat prin achiziția individuală, a persoanelor fizice, sau de către angajator, în beneficiul angajaților, a asigurării private de sănătate, și prin deținerea privată a factorilor de producție (spitale, cabinete medicale). Este un model care a contribuit decisiv la dezvoltarea tehnologică și a cercetării în domeniul medical, a responsabilizat populația în ceea ce privește consumul de servicii de sănătate, a determinat apariția sistemelor de eficientizare a costurilor și creștere a calității (Managed Care). Cel mai important punct slab al acestui model este

însă distribuția 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 finanțare atât din partea angajatorului cât și angajatului, care au obligația plății unei contribuții la fondul destinat sănătății, de obicei administrat de societăți non-profit sau deținute de stat. Factorii de producție sunt deținuți atât de sistemul privat cât și de cel de stat. Avantajul modelului este reprezentat de distribuția riscului într-un grup populațional 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 și control al costurilor.

Modelul sistemului național de sănătate: este caracterizat prin acoperire universală, finanțată pe bază de impozitare generală și control total al statului asupra factorilor de producție.

Modul de finanțare 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. Donațiile
5. Plăți directe („din buzunar”) efectuate de populație

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

Acest mod de finanțare este eficace din punctul de vedere al colectării banilor și al controlului asupra cheltuielilor realizate. Mecanismul este însă puternic influențat de decizia politică a momentului, care poate considera ca prioritară alocarea de fonduri în altă direcție decât sănătatea. De asemenea, gradul de responsabilizare a populației în ceea ce privește consumul de servicii este foarte mic, majoritatea populației percepend asistența medicală ca fiind gratuită.

Un sistem nefuncțional bazat pe finanțare prin taxare generală (fonduri insuficiente) va conduce la plăți directe mari din partea populației, pentru a compensa deficitul de resurse.

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

Obligația de plată este deseori împărțită între angajat și angajator, într-un procent care variază de la sistem la sistem.

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

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

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 parțială și implementarea de co-plăți (sume plătite de beneficiarul de servicii din buzunar și care pot fi exprimate fie ca sumă fixă fie ca procent din tariful standard).

Asigurările voluntare de sănătate apar ca și consecință naturală a asigurărilor sociale, venind să compenseze „lipsurile” sau ineficiențele 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 îmbunătățirea accesului și calității serviciilor, eliminarea listelor de așteptare, servicii medicale în regim privat, etc.) și *substitutive* (care înlocuiesc complet asigurările sociale, clienții putând opta să oprească contribuția în sistemul social).

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

Donățiile reprezintă un sistem de finanțare larg răspândit și folosit în toate statele, în unele jucând doar un rol marginal, iar în altele reprezentând principala sursă de finanțare. Donățiile sunt realizate de către state, organizații internaționale, ONG-uri sau persoane private.

Plățile directe sunt reprezentate de sume de bani pe care populația unei țări le plătește direct, din „buzunar”, pentru diverse servicii medicale în regim public sau privat.

Gradul de finanțare prin plăți directe într-un stat ne poate oferi o imagine asupra gradului de penetrare a asigurărilor voluntare de sănătate și a calității și comprehensiunii ofertei asigurărilor sociale.

„Mix”-ul instrumentelor de finanțare este extrem de variabil și este puternic influențat de sistemul economic și politic.

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

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

Este aceasta o observație relevantă? Cu siguranță da, având în vedere că una din problemele cele mai spinoase și care dă multe bătăi de cap oricărui administrator de sistem sanitar este planificarea, multe ineficiențe ale sistemelor avându-și cauza la acest nivel. În cazul unei bune cunoașteri a felului în care interacționează cererea și oferta serviciilor de sănătate față de evoluția economiei, putem realiza o mai bună planificare a resurselor îmbunătățind astfel performanța sistemului.

Gradul de implicare a statului în administrarea resurselor sistemului sanitar depinde direct de procentul de finanțare din surse publice. Astfel, în statele în care sistemul este finanțat majoritar sau chiar total din surse publice (NHS din Marea Britanie), guvernul deține majoritatea factorilor de producție din sistem (angajează profesioniștii - medici, nurse-, deține și administrează unitățile sanitare).

În modelele antreprenoriale în schimb, în care finanțarea sistemului se face în principal din surse private, factorii de producție sunt deținuți, la rândul lor, de entități private care interacționează după reguli de piață. Exemple de mix-uri de finanțare sunt redată în tabelul nr. 1.2.

Tabelul nr. 1.2 – Exemple de mix-uri de finanțare și organizare

Țări bogate	Țări în tranziție	Țări sărace
Finanțare din surse publice: Marea Britanie – 97% Danemarca – 85% Japonia – 80% Germania – 78% Italia – 60% SUA – 40% Mecanismele cele mai des întâlnite sunt impozitarea generală și sistemele de asigurări sociale. Procentul din PIB alocat sănătății este mare, variind între 5% și 8%.	Finanțare din surse publice: Cuba – 88% Rusia – 78% Brazilia – 60% Mexic – 50% China – 25% Comparativ cu țările bogate, țările în tranziție alocă un procent mai mic din PIB pentru sănătate, media fiind între 2% și 3%.	Finanțarea din surse publice este foarte restrânsă în cazul țărilor sărace, în puține cazuri aceasta depășind 30% (Sri Lanka, Bangladesh) Mai mult de jumătate din cheltuieli sunt realizate direct (din buzunar) de către populație, și în unele cazuri organizațiile religioase și non-guvernamentale joacă un rol important în finanțare prin intermediul donațiilor și 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 naționale (NHS) sau organizațiilor de tip Managed Care (Kaiser Permanente), care în cele mai multe cazuri dețin spitalele și plătesc direct medicii
2. Modelul contractelor pe termen lung între guvern și practicieni

3. Modelul interacțiunilor de piață între furnizori și populație, model în care finanțarea sistemului se realizează majoritar prin plăți directe.

În realitate regăsim modele amestecate de finanțare și organizare, în care atât furnizorii publici cât și cei privați au acces la finanțare, atât publică cât și privată.

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

2.2. Asigurări de sănătate

Asigurările sunt metode de protecție împotriva riscului, caracterizate de asociația:

- 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 apariție, ce se poate cunoaște 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 terț, numit asigurator, iar în momentul în care indivizii consumă îngrijiri de sănătate, plata furnizorilor se face de către asigurator.

Asigurările de sănătate sunt:

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

Caracteristicile sistemului privat de asigurări

Asigurarea voluntară de sănătate este operațiunea prin care un asigurator:

- constituie, pe principiul mutualității, un fond de asigurare, prin contribuția unui număr de asigurați expuși 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 și din celelalte venituri rezultate ca urmare a activității desfășurate de asigurator.

Suma despăgubită este legată de tipul serviciilor acoperite prin asigurare și de probabilitatea lor de apariție și 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 funcție de probabilitate apariției bolii - “riscul” de boală.

Factorii implicați în stabilirea primelor de asigurare:

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

Consecințele schemei de asigurare de sănătate asupra celor trei “actori” implicați :

- a. selecția “riscurilor bune” (cream-skimming);
- b. inflația serviciilor;
- c. selecția adversă / antiselecția.

a. Selecția “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 puțin decât plătesc);
- tendința asigurătorului de a nu-i asigura pe cei despre care se știe că au riscuri mari de boală (inclusiv pe cei care sunt deja bolnavi – ex. cronicii).

b. Inflația de servicii reprezintă supraconsumul de servicii de sănătate datorită lipsei plății directe în momentul consumului de servicii. Există două tipuri de inflație de servicii:

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

c. Selecția adversă este fenomenul atragerii către schema de asigurări voluntare a celor cu riscuri mai mici de boală. Cauza apariției selecției adverse este crearea unor mecanisme preferențiale de asigurare pentru anumite categorii socio-profesionale (ex. În România, până în anul 2002, Casa de asigurări de sănătate a transporturilor primea asigurați din domeniul transporturilor, care erau mai tineri, mai sănătoși decât populația generală și aveau venituri mai mari).

Consecințele asigurărilor voluntare (private):

- a. nu pot reprezenta, la modul singular, o soluție de finanțare 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 și sănătoși plătesc puțin, cei vârstnici și bolnavi plătesc mult).
- b. sunt utile ca soluție complementară/suplimentară de finanțare, voluntară (opțională), a unui sistem de sănătate bazat pe o asigurare obligatorie de sănătate

Soluția pentru deficiențele asigurărilor voluntare o reprezintă asigurarea obligatorie de sănătate deoarece:

- elimină selecția adversă (atributul asiguraților) și selecția riscurilor (atributul asigurătorului) prin obligativitatea asigurării;
- elimină primele de asigurare stabilite în funcție de risc și le stabilește în funcție de capacitatea de plată a indivizilor (veniturile lor).

Asigurările obligatorii de sănătate pot fi:

- asigurarea publică (sau finanțarea 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 funcționare concomitentă a lor) și mixări între asigurările obligatorii de sănătate și cele voluntare.

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

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

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

Avantajele asigurării publice sunt:

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

- control ușor asupra cheltuielilor totale.

Dezavantajele asigurării publice sunt:

- competiția politică între domeniile finanțate de stat (sănătate, apărare, interne, învățământ, etc.);
- indivizii percep furnizarea îngrijirilor de sănătate ca un proces gratuit;
- uneori conduce la plăți directe mari.

Asigurarea publică prin impozitare specifică are următoarele caracteristici:

- caz particular al asigurărilor publice în care există taxe colectate de stat cu dedicația specială pentru sănătate (“earmarked taxation”);
- contribuțiile de asigurare sunt dedicate special acoperirii îngrijirilor de sănătate și sunt evidențiate pentru indivizii plătitori;
- acest impozit pentru sănătate se percepe celor care lucrează sau angajatorilor;
- dreptul la acoperirea îngrijirilor de sănătate este al tuturor cetățenilor, 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 funcție de nivelul îngrijirilor de sănătate ce se doresc a fi acoperite;
- excluderea finanțării îngrijirilor de sănătate din arena politică;
- conștientizarea indivizilor că plătesc sume dedicate acoperirii îngrijirilor de sănătate.

Dezavantajele asigurării publice prin impozitare specifică sunt:

- se bazează pe o singură sursă de finanțare;
- 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 obligați să plătească prime către asigurător, prime care nu sunt legate de riscul de boală, ci de venitul fiecăruia;
- primele (contribuțiile) sunt dedicate finanțării sistemului de îngrijiri de sănătate;
- terțul plătitor este reprezentat de una sau mai multe companii de asigurări;
- pacienții 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:

- cunoașterea exactă a fondurilor;
- conștientizarea populației 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 finanțare;
- capacitatea de colectare a fondurilor;
- sistem cu un asigurător unic sau competiție între asigurători ?

Interacțiunea public/privat

Deși sistemele și organizațiile private au tendința de a funcționa mai eficient și eficace în raport cu scopurile definite (datorită relației cu piața și a presiunii concurenței), mitul totalei superiorități a organizației private față de cea publică nu se susține întotdeauna. Granița dintre sectorul public și cel privat nu prezintă continuitate și stabilitate în timp și spațiu.

O analiză a sectoarelor public și privat din punct de vedere al performanței, capacității de adaptare la schimbare și a nivelului de satisfacere a nevoilor a evidențiat faptul că sectorul public este generatorul unei slabe performanțe, iar serviciile publice:

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

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

Intervenția statului este limitată de libera inițiativă a furnizorilor privați de servicii de sănătate, care este o trăsătură generală într-o economie de piață și este aplicabilă tuturor în mod egal.

Sectorul public **coexistă** cu sectorul privat și se constată manifestarea unor **relații de complementaritate** și/sau **concurență** între sectorul public și cel privat.

2.3. Comparație între statele europene și SUA

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

Deși scopul principal al unui sistem de sănătate este de a îmbunătăți starea de sănătate a populației, sistemul de sănătate are și alte obiective intrinseci: să răspundă la solicitările populației

pe care o deservește, în funcție de modul și de condițiile în care persoanele beneficiază de tratament, și 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 investigație și tratament), ci și ca noi moduri de organizare a îngrijirilor, cum sunt unitățile de îngrijire multidisciplinare sau programele integrate de screening. Totodată s-a dezvoltat conceptul de medicină bazată pe dovezi, care a făcut ca tratamente tradiționale să fie înlocuite cu unele inovative și eficiente. De aceea, dacă îngrijirea de sănătate este posibil să fi avut o contribuție minimă la starea de sănătate a populației în trecut, acum contribuția acesteia este mai importantă. Mai multe abordări au fost dezvoltate în încercarea de a cuantifica această contribuție. Multe dintre ele se bazează pe utilizarea datelor de mortalitate la nivel populațional și sunt bazate pe conceptul că decesele de anumite cauze nu ar fi trebuit să apară în condițiile unei îngrijiri de sănătate eficiente și prompte, așa-numitele decese evitabile¹. Acestea se produc datorită diagnosticării inadecvate, tratamentului inadecvat, întârzierii în stabilirea diagnosticului sau în instituirea tratamentului, eșecului în prevenirea, recunoașterea sau tratarea complicațiilor, deficiențelor 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.

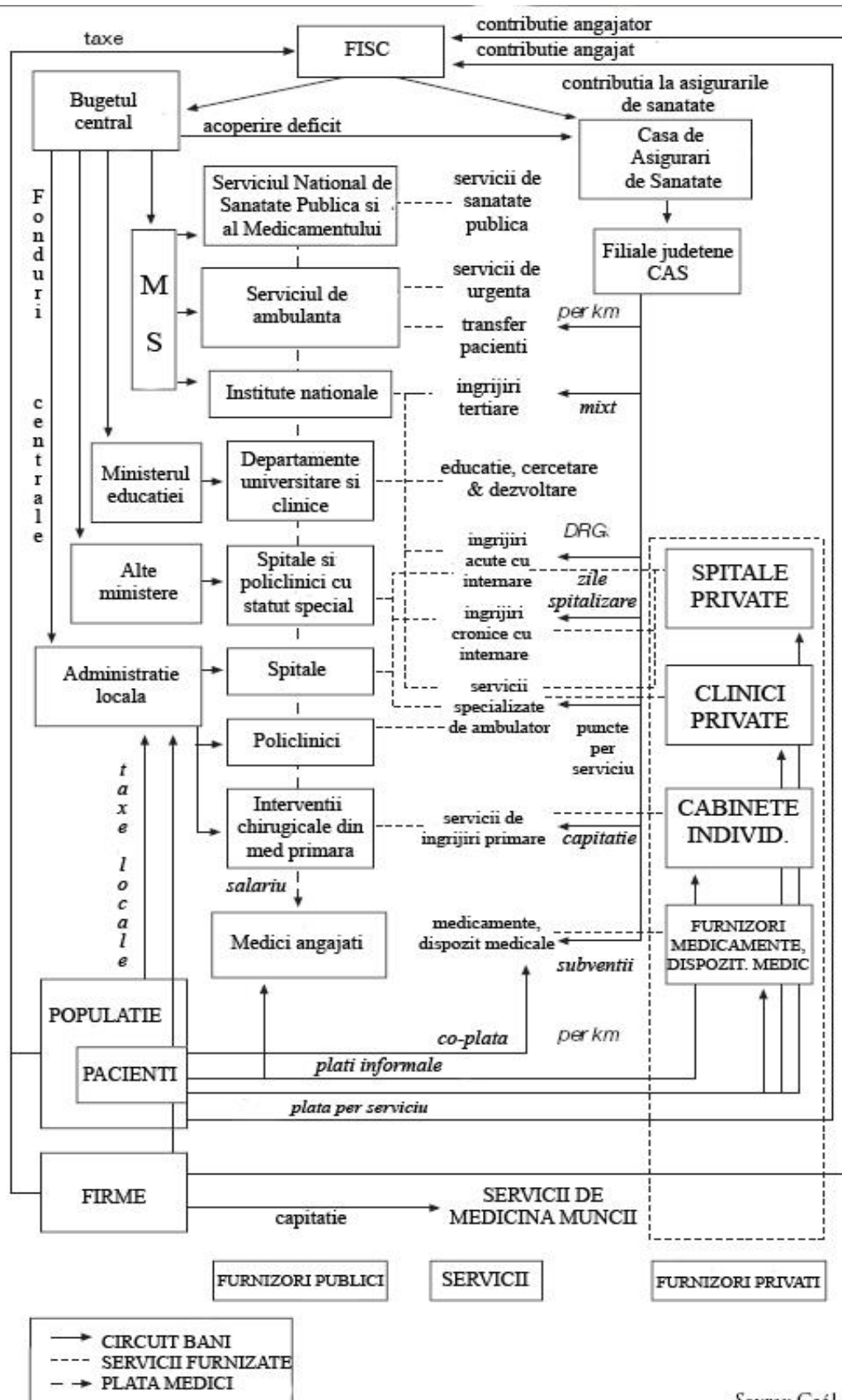
Sistemele de sănătate bazate pe asigurări sociale de sănătate în Europa variază mult ca și caracteristici, reflectând atât evoluții istorice diferite, cât și norme și valori naționale care stau la baza organizării, finanțării și furnizării de servicii. Totuși, un model general de colectare a fondurilor și de plată a furnizorilor poate fi cel prezentat în figura nr.1.1.

Numărul fondurilor, mărimea și structura lor variază foarte mult.

Austria, Franța și Luxemburg au un număr stabil de fonduri definite în funcție de statusul ocupațional. În cazul Austriei sunt definite în funcție de statusul ocupațional și/sau regiunea de rezidență, neexistând posibilitatea ca asiguratul să aleagă între ele. Alte țări au fonduri competitive (Olanda, Germania).

În Belgia, există aproximativ 100 de fonduri organizate în funcție de afilierea religioasă și/sau politică. În Germania (ca și în Austria, Belgia, Franța și Luxemburg) fondurile sunt entități publice nonprofit, având o structură de management care include reprezentanți ai angajatorilor și ai angajaților [3]. În Olanda, unele fonduri de asigurări au fuzionat cu asiguratorii privați formând companii care au atât componenta obligatorie, cât și una privată. În toate țările, numărul fondurilor de asigurări a scăzut între 1990-2002, scăderea variind între 5,6% și 57,7% (Busse R., 2004).

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



Source: Gaál 2004

Fig.I.1. – Circuitul banilor în sănătate

În România există un fond unic al asigurărilor sociale de sănătate, gestionat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate având în structura de conducere, de asemenea, reprezentanți ai angajatorilor și ai angajaților.

Definirea grupurilor de persoane asigurate este diferită, de exemplu: Franța, Olanda, Elveția 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 și cel pentru liber-profesioniști care asigură un pachet de servicii pentru riscuri "majore". În Germania, o mare parte a populației are asigurare obligatorie, o parte sunt excluși prin lege și există un al treilea grup care poate alege între asigurarea obligatorie și cea voluntară (cei care au un venit peste un anumit prag). În Olanda există o separare strictă între fondul asigurărilor obligatorii și al celor private, bazată pe nivelul venitului.

Relația între persoana asigurată și fondul de asigurare poate fi una obligatorie sau poate exista posibilitatea de alegere, dar prezența mai multor fonduri nu înseamnă neapărat că există posibilitatea de alegere. Posibilitatea de alegere (și deci competiția între fonduri) nu există în Austria, Franța și Luxemburg. În cazul în care asigurații se pot muta de la un fond la altul, diferă intervalul de timp la care pot face acest lucru.

Colectarea contribuțiilor și a altor venituri se realizează de către plătitor doar în Austria, Germania și Elveția; în alte țări colectarea se face de către o asociație a fondurilor (Luxemburg), de agenții speciale sub controlul guvernului (Belgia), sau direct de către autoritățile care colectează taxele (Olanda).

Cea mai mare parte a veniturilor din sănătate provine din contribuții legate de venit, care sunt împărțite între angajatori și angajați. Există diferențe importante legate de uniformitatea ratei, ponderea contribuției angajatorului față de angajat, existența unui plafon, existența unor venituri adiționale nelegate de venit, calcularea contribuțiilor față de persoanele neangajate, rolul taxelor în finanțare.

Particularități 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 cetățeni 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, angajații de regulă nu au libertate de opțiune;
- 80% dintre asigurați sunt incluși 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 și-a pus amprenta asupra stării de sănătate a populației. În general, starea de boală poate determina sărăcie și invers. Alterarea stării de sănătate compromise venitul familiei, reducând capacitatea de muncă și productivitatea, afectează calitatea vieții, determinând sau perpetuând în cele din urmă sărăcia. În același timp, persoanele sărace sunt mai expuse factorilor de risc individuali și de mediu, sunt mai puțin bine nutriți, mai puțin informați și au acces limitat la serviciile de sănătate, fiind astfel mai expuși riscului de boală și de incapacitate. Așadar, o stare de sănătate precară este atât cauză cât și consecință a sărăciei.

Situația de „tranziție” socio-economică înregistrată în România după 1989 a afectat în sens negativ sănătatea și bunăstarea populației țării, aflată și anterior acestor evenimente printre cele mai sărace din Europa. Decidenții au căutat să intervină în rezolvarea acestei probleme, încercând să stabilească modul în care promovarea unei sănătăți mai bune poate ajuta dezvoltarea economică și 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 legislației au fost, de asemenea, multiple și importante. Ca în toate țările ex-comuniste din Estul Europei, tranziția economică și socială a determinat în România numeroase schimbări la nivelul populației.

În perioada 1948 – 1990 viața politică, economică și socială din România a cunoscut transformări radicale, care s-au repercutat și în cadrul economiei sanitare.

Înainte de schimbările petrecute în anii '90, România avea un sistem de sănătate centralizat de stat, de tip Semașko, caracteristic tuturor țărilor din Europa de Est. Sistemul era finanțat de la bugetul de stat și controlat de stat, prin sistemul de planificare centralizată. Statul deținea monopolul serviciilor de sănătate, care erau proprietatea sa, iar personalul medical era în întregime salariat. Accesul la serviciile medicale era considerat general și nu exista sistem privat. Printre părțile bune ale sistemului, care mai păstrează din caracteristici și după anii '90, s-ar

număra: gratuitatea, accesibilitatea largă la asistența medicală, relativa respectare a principiului echității privind asistența medicală. Cu toate acestea, începând cu anii '60, dar mai ales după anii '80, s-a adâncit diferența dintre starea de sănătate a populației din fostul lagăr comunist și cea din țările dezvoltate din vestul Europei. Din sistem au lipsit managerii cu pregătire de specialitate și a avut loc o medicalizare excesivă. De asemenea, sistemul a avut un caracter paternalist, individul și colectivitatea nefiind responsabilizați, nici măcar conștientizați asupra importanței păstrării propriei sănătăți și a menținerii unui stil de viață sănătos. Prin subfinanțare, sistemul a fost lipsit de introducerea tehnologiilor noi necesare diagnosticului și tratamentului, iar sfârșitul anilor '80 a fost caracterizat de carențe grave în aprovizionarea cu medicamente și materiale sanitare de uz curent. Deși nu a existat libera alegere a medicului și pacienții erau arondați la dispensare în funcție de locul de muncă sau de domiciliu, sistemul a fost permisiv din punctul de vedere al circulației pacienților, astfel încât aceștia au putut ocoli dispensarele de medicina generală, slab dotate, căutând asistența medicală în unitățile cu paturi și în ambulator. Astfel s-a ajuns la o medie a consultațiilor în ambulator în România (incluzând atât dispensarele, cât și specialiștii) peste media europeană. Caracteristica aceluiași sistem a fost o supradimensionare a unităților cu paturi, situație care s-a perpetuat până în prezent.

Principalele probleme generate de acest sistem au fost: alocarea unei proporții relativ scăzute din PIB, repartiția inechitabilă a resurselor, calitatea scăzută a serviciilor de sănătate, absența concurenței și inițiativei individuale, exces de unități spitalicești, acces insuficient la medicamente moderne, creșterea inechității în furnizarea asistenței medicale între regiuni și între diferite grupuri populaționale.

Acest model de organizare a asistenței medicale a fost avantajos pentru anii de după război, când centralizarea resurselor bănești și organizarea serviciilor medicale au condus la ameliorări ale stării de sănătate în țara noastră. Mai târziu, după anii '70, dezavantajele sistemului devin evidente și încep să frâneze evoluția pozitivă a indicatorilor stării de sănătate ai populației.

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

Începutul reformei sanitare a presupus reorganizarea serviciilor de sănătate și a sistemului de finanțare 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 solidarității și funcționând în cadrul unui sistem descentralizat. Această lege a intrat în vigoare 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 Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 150/2002 privind organizarea și funcționarea sistemului asigurărilor sociale de sănătate. Această ordonanță de urgență nu aducea schimbări majore în organizarea și funcționarea 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. Ordonanța de urgență nr. 150/2002 a fost abrogată în anul 2006 prin titlul VIII al Legii nr. 95 privind reforma în domeniul sănătății, lege care reglementează organizarea și funcționarea sistemului sanitar.

3.2. Situația actuală

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

- **declin economic** care și-a pus amprenta asupra stării de sănătate a populației;
- **stare de sănătate precară** care este atât cauză cât și consecință a sărăciei;
- **creșterea inegalităților sociale** determinate de libertatea comerțului și a investițiilor care se însoțesc de **creșterea inegalităților în sănătate**;
- **disparități în starea de sănătate**, în funcție de mediul de rezidență.

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

- reglementarea – conține mecanismele prin care statul exercită constrângeri asupra comportamentului organizațiilor din sistemul de sănătate. Ea poate influența: intrările, prețul, calitatea și relația vânzător – cumpărător;
- finanțarea – mecanismul de generare a fondurilor;
- plata – modalitatea în care fondurile colectate prin finanțare sunt transferate furnizorilor;
- Organizarea – macro și microstructura.

O acțiune importantă a reprezentat-o adoptarea **Legii nr. 95/2006**² privind reforma în domeniul sănătății, care are rolul de a reglementa acest domeniu, pe bază unor principii menite să asigure în timp o asistență medicală de calitate cetățenilor, să îmbunătățească eficiența de utilizare a fondurilor în spitale, să amelioreze calitatea actului medical și nivelul de satisfacție a pacienților, în paralel cu reorientarea serviciilor medicale către ambulatoriu, prin încurajarea dezvoltării asistenței de sănătate primare (medicina de familie și îngrijiri la domiciliu). Legea este structurată în 17 titluri, titlul VIII fiind cel dedicat asigurărilor sociale de sănătate. După adoptare, legea a suferit multiple modificări, în funcție de disfuncționalitățile sesizate. Potrivit acesteia, asigurările sociale de sănătate reprezintă principalul sistem de finanțare a ocrotirii sănătății populației, care asigură

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

accesul la un pachet de servicii de bază pentru asigurați, obiectivele acestui sistem fiind protejarea asiguraților față de costurile serviciilor medicale în caz de boală sau accident și asigurarea protecției asiguraților în mod universal, echitabil și nediscriminatoriu în condițiile utilizării eficiente a Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

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

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

Asigurații sunt toți cetățenii români cu domiciliul în țară, precum și cetățenii străini și apatrizii care au solicitat și obținut prelungirea dreptului de ședere temporară sau au domiciliul în România și fac dovada plății contribuției la fond. Asigurarea socială de sănătate poate fi și facultativă (opțională) pentru unele categorii de persoane.

Asigurații 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 și până la vindecare, în condițiile stabilite prin Contractul – cadru. Ei își pot alege furnizorul de servicii medicale și casa de asigurări de sănătate la care se asigură, beneficiind de servicii de asistență medicală preventivă și de promovare a sănătății, de servicii medicale în ambulatoriile și în spitalele aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate incluzând servicii medicale de urgență, de tratament fizioterapeutic și de recuperare, de unele servicii de asistență stomatologică, precum și de medicamente, materiale sanitare și dispozitive medicale, în mod nediscriminatoriu. De asemenea, asigurații au dreptul la informație în cazul tratamentelor medicale, având garantate confidențialitatea datelor medicale, în special în ceea ce privește diagnosticul și tratamentul. Ei beneficiază de concedii și indemnizații de asigurări sociale de sănătate și îngrijiri la domiciliu.

Pentru a putea beneficia de drepturile ce decurg din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, asigurații trebuie să fie înscrși pe lista unui medic de familie din localitatea de domiciliu sau din oricare localitate din țară (suportând cheltuielile de transport dacă opțiunea este pentru un medic din altă localitate), având posibilitatea să-și schimbe medicul de familie ales numai după expirarea a cel puțin 6 luni de la data înscrierii pe listele acestuia. Asigurații sunt obligați să se prezinte la controalele profilactice și periodice, să respecte cu strictețe tratamentul și indicațiile medicului, să achite contribuția datorată fondului și suma reprezentând coplata, să prezinte furnizorilor de servicii medicale documentele justificative care atestă calitatea de asigurat.

Persoanele care nu fac dovada calității de asigurat beneficiază de servicii medicale numai în cazul urgențelor medico-chirurgicale, al bolilor cu potențial endemo-epidemic și cele prevăzute în programul național de imunizări, de monitorizare a evoluției sarcinii și lăuzei, de servicii de planificare, în cadrul unui pachet minimal de servicii medicale, stabilit prin Contractul-cadru.

Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate (FNUASS) este un fond special constituit din contribuțiile persoanelor fizice și juridice care angajează personal salariat, din subvenții de la bugetul de stat, precum și din donații, sponsorizări, dobânzi, venituri obținute din exploatarea patrimoniului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și a caselor de asigurări, alte venituri. Gestionarea FNUASS face prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS) și prin casele de asigurări sociale de sănătate județene și a Municipiului București (case de asigurări). De asemenea, gestionarea fondului se realizează și prin Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești (OPSNAJ) și Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor până la reorganizarea acestora. Contribuția lunară a persoanei asigurate se stabilește sub forma unui procent de 6,5% aplicat asupra veniturilor obținute din salarii, veniturilor impozabile din activități independente, veniturilor din agricultură și silvicultură, indemnizațiilor de șomaj, veniturilor din cedarea folosinței bunurilor, din dividende și dobânzi, din drepturi de proprietate intelectuală, veniturilor realizate din pensii. Persoanele juridice sau fizice la care își desfășoară activitatea asigurații au obligația să vireze la fond o contribuție de 7% asupra fondului de salarii, datorată pentru asigurarea sănătății personalului din unitatea respectivă.

Colectarea contribuțiilor persoanelor fizice și juridice care au calitatea de angajator se face de către Ministerul Economiei și Finanțelor prin Agenția Națională de Administrare Fiscală (ANAF), iar colectarea contribuțiilor 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 și dispozitivelor medicale acordate în condițiile contractului-cadru, pentru cheltuieli de

administrare, funcționare și 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 și plata indemnizațiilor de asigurări sociale de sănătate.

Inițial, indemnizațiile menționate anterior erau suportate din fondul de pensii, fiind reglementate prin Lgea nr.19/2000 privind sistemul public de pensii și alte drepturi de asigurări sociale³.

Avându-se în vedere necesitatea îmbunătățirii standardului de viață al persoanelor vârstnice, care presupune o consolidare a fondului public de pensii, s-a găsit soluția externalizării din bugetul asigurărilor sociale de stat a prestațiilor care nu au legătură directă cu asigurarea socială care privește pensile. Drept urmare, a fost adoptată Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate⁴. Potrivit acestui act normativ, toate indemnizațiile ce fac obiectul legii sunt acoperite integral din bugetul FNUASS, excepție făcând indemnizația pentru incapacitate temporară de muncă, care se suporta și de către angajator.

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

Serviciile profilactice sunt reprezentate, în esență de:

- depistarea bolilor care pot avea consecințe majore asupra sănătății;
- servicii medicale din cadrul Programului național de imunizări;
- servicii de planificare familială;
- monitorizarea atentă a evoluției sarcinii și a lăuzei, indiferent de statutul de asigurat al femeii
- urmărirea dezvoltării fizice și psihomotorii a sugarului și a copilului.

Serviciile curative ale căror costuri sunt suportate din fond sunt:

- servicii medicale acordate persoanei bolnave până la diagnosticarea afecțiunii (anamneză, examen clinic, examene de investigații paraclinice);
- servicii medicale de urgență;
- tratamentul medical, chirurgical și unele proceduri de recuperare;
- prescrierea tratamentului necesar vindecării, inclusiv indicațiile privind regimul de viață și muncă, precum și cel igienico-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 și 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 și sportive, asistență medicală la locul de muncă, asistență medicală a sportivilor;
- unele servicii medicale de înaltă performanță;
- unele servicii de asistență stomatologică, serviciile hoteliere cu grad înalt de confort;
- corecțiile estetice efectuate persoanelor cu vârsta de peste 18 ani;
- unele medicamente, materiale sanitare și tipuri de transport;
- eliberarea actelor medicale solicitate de autoritățile care prin activitatea lor au dreptul să cunoască starea de sănătate a asiguraților;
- fertilizarea in vitro;
- transplantul de organe și țesuturi, cu excepția cazurilor prevăzute în Contractul-cadru;
- asistența medicală la cerere;
- contravaloarea unor materiale necesare corectării văzului și auzului: baterii pentru aparatele auditive, ochelari de vedere, contribuția personală din prețul medicamentelor, a unor servicii medicale și a dispozitivelor medicale serviciile medicale solicitate de asigurat;
- unele proceduri de recuperare și de fizioterapie;
- cheltuielile de personal aferente medicilor și asistenților medicali, precum și cheltuielile cu medicamente și materiale sanitare din unități medico-sociale;
- serviciile acordate în cadrul secțiilor/clinicilor de boli profesionale și al cabinetelor de medicină a muncii;
- serviciile hoteliere solicitate de pacienții ale căror afecțiuni se tratează în spitalizare de zi;
- cheltuielile de personal pentru medici, farmaciști și medici dentiști pe perioada rezidențiatului;
- serviciile de planificare familială acordate de medicul de familie în cabinetele de planning din structura spitalului;
- cheltuielile de personal pentru medicii și personalul sanitar din unitățile sau secțiile de spital cu profil de recuperare distrofici, recuperare și reabilitare neuropsihomotorie sau pentru copii bolnavi HIV/SIDA, reorganizate potrivit legii;
- activități de interes deosebit în realizarea obiectivelor strategiei de sănătate publică, definite prin Contractul-cadru.

Tipuri ale asistenței medicale:

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

- Asistența medicală ambulatorie de specialitate – se asigură de medici de specialitate, medici dentiști și dentiști, împreună cu personal mediu sanitar și alte categorii de personal și cu personalul sanitar din serviciile conexe actului medical și se acordă prin: cabinete medicale, unități sanitare ambulatorii de specialitate, ambulatorii de specialitate și ambulatorii integrate din structura spitalelor, societăți de turism balnear și de recuperare, laboratoare medicale de radiologie și imagistică medicală, de analize medicale, explorări funcționale, autorizate și evaluate potrivit dispozițiilor legale în vigoare, centre de diagnostic și tratament și centre medicale - unități medicale cu personalitate juridică.
- Asistența medicală spitalicească – se acordă în unități sanitare cu paturi, autorizate și evaluate conform legii, în regim de spitalizare continuă sau spitalizare de zi. Serviciile medicale spitalicești sunt preventive, curative, de recuperare și paliative și cuprind: consultații, investigații, stabilirea diagnosticului, tratamente medicale și chirurgicale, îngrijire, recuperare, medicamente, materiale sănătate, dispozitive medicale, cazare și masă.
- Asistența medicală de urgență și de transport sanitar – se acordă și se efectuează de către unități medicale specializate care acordă îngrijiri medicale de urgență, în caz de boală sau accident, din momentul solicitării sau de la locul accidentului și până la rezolvarea stării de urgență.
- Asistența medicală de recuperare/reabilitare a sănătății – se asigură în unități medicale de specialitate autorizate și evaluate, respectiv în spitale de recuperare, secții/compartimente din spitale, sanatorii pentru adulți și copii.
- Îngrijiri la domiciliu – se acordă de către furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu, persoane fizice sau juridice, autorizate și evaluate în condițiile legii, alții decât medicii de familie și spitalele.
- Asistența cu medicamente compensate și gratuite în ambulatoriu.
- Dispozitive medicale destinate corectării și recuperării deficiențelor organice sau funcționale ori corectării unor deficiențe fizice.

Instituții care coordonează funcționarea sistemului de asigurări sociale de sănătate

Actorii politicilor de sănătate indiferent de țară, pot fi clasificați în următoarele grupe:

- organizații internaționale și interguvernamentale (Banca Mondială, OMS, UNICEF, etc);
- guvernul și agențiile naționale (Ministerul Sănătății, Casa Națională de Asigurări de Sănătate);
- partidele politice și organizațiile non-guvernamentale;
- asociațiile profesionale ale furnizorilor de servicii medicale;
- producătorii și distribuitorii de medicamente;
- asociațiile profesionale (CMR, CMDR, CFR, OAMMR, etc);

- organizațiile din domeniul sănătății și oamenii de știință individuali;
- cetățenii (indivizi organizați în grupuri sau asociații).

Însă, principalii actori din domeniul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu rol în dezvoltarea politicii de sănătate sunt: Casa Națională de Asigurări Sociale de Sănătate și casele județene de asigurări sociale de sănătate, Ministerul Sănătății și direcțiile de sănătate publică județene, asociațiile profesionale.

Casa Națională de Asigurări Sociale de Sănătate este o instituție publică autonomă care administrează și gestionează fondul național unic de asigurări sociale de sănătate [15].

Principalele atribuții ale acesteia sunt:

- elaborarea proiectului Contractului – cadru și a normelor de aplicare a acestuia;
- organizarea sistemului informatic și informațional unic integrat;
- îndrumarea metodologica și controlul modului de aplicare a dispozițiilor legale de către casele de asigurări județene;
- acordarea de informații, consultanță și asistență în domeniul asigurărilor sociale de sănătate;
- comunicarea cu organisme similare din statele membre ale Uniunii Europene.

În subordinea CNAS, la nivelul fiecărui județ și în Municipiul București funcționează câte o *casă de asigurări de sănătate*, care colectează contribuții de la persoanele fizice și gestionează bugetul fondului aprobat la nivel de județ, contractează și decontează serviciile medicale contractate cu furnizorii de servicii medicale, înregistrează și actualizează datele referitoare la asigurați, negociază și monitorizează numărul serviciilor medicale furnizate. Tot din categoria caselor de asigurări județene fac parte și *Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești* și *Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor*, case de asigurări subordonate de asemenea CNAS și care au aceleași atribuții ca și casele județene de sănătate.

Ministerul Sănătății este organul de specialitate al administrației publice centrale, cu rol preponderent în planificarea și coordonarea politicilor în domeniul sănătății publice, având următoarele atribuții principale [15]:

- stabilirea priorităților naționale de sănătate publică și elaborarea de programe naționale de sănătate publică;
- administrarea bugetului de stat pentru sănătate;
- reglementarea sectorului de sănătate privind organizarea și funcționarea serviciilor de asistență medicală publice și private, a serviciilor de sănătate publică, a distribuției de medicamente

- organizarea și coordonarea sistemului național de supraveghere și control al bolilor, rețelei naționale de promovare a sănătății, inspecției sanitare de stat, sistemului național informațional
- evaluarea periodică a stării de sănătate a populației.

La nivel local, Ministerul Sănătății Publice este reprezentat de *autoritățile de sănătate publică județene și a municipiului București*, care aplică politica ministerului în teritoriu. Astfel, acestea implementează programele naționale de sănătate publică și iau parte la acțiunile locale de sănătate publică, controlează și evaluează modul de asigurare a asistenței medicale profilactice și curative, colectează și înregistrează datele privind sănătatea populației, identifică problemele de sănătate publică.

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

- Colegiul Medicilor din România;
- Colegiul Medicilor Dentiști din România;
- Colegiul Farmaciștilor din România;
- Ordinul Biochimiștilor, Biologilor și Chimiciștilor în Sistemul sanitar din România;
- Colegiul Psihologilor din România;
- Ordinul Asistenților Medicali și al Moașelor din România;
- Ordinul Tehnicienilor Dentari din România.

Principalele atribuții ale acestor organisme profesionale sunt:

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

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

3.3. Oportunități, tendințe

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

ambulator are capacitatea de a oferi cel mai mare câștig imediat la nivelul stării de sănătate a populației, în special în rândul persoanelor cu venituri mici. În acest moment, aceste servicii de sănătate determină majoritatea cheltuielilor în majoritatea țărilor sărace [7]. Organizarea serviciilor din ambulator au o importanță foarte mare asupra performanței sistemului care, în prezent, este puțin înțeleasă și insuficient luată în calcul în cadrul politicilor și 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 achiziții și de distribuție a produselor medicale și farmaceutice și de metode de creștere a capitalului pentru investiții în facilități. În plus, sistemul mai are nevoie de un mediu legal, financiar și legislativ funcțional. Este important ca stimulentele financiare să fie în concordanță cu obiectivele sistemului. Cea mai importantă și mai scumpă resursă a unui spital este personalul medical. Încă această resursă este slab pregătită și administrată.

În multe țări atribuțiile personalului medical s-au schimbat foarte puțin în ciuda schimbărilor majore din sistemul medical. Responsabilitățile sunt clar demarcate. Totuși, în multe țări din Europa de Vest au apărut schimbări majore: una dintre ele este substituția (asistentele medicale preiau multe dintre atribuțiile care anterior erau ale medicului). Aceste noi atribuții pot fi: efectuarea de endoscopii, tratamentul în unitățile ATI, îngrijirea unor boli cronice ca astmul și HTA, chiar prescrierea de medicamente, în limita ghidurilor medicale. Creșterea sectorului privat a determinat probleme serioase în menținerea personalului în sectorul medical public. Una dintre probleme o reprezintă nivelul de salarizare. Dacă salariile nu sunt competitive, angajarea și păstrarea personalului medical poate fi foarte dificilă. Oamenii au însă și alte așteptări: furnizarea unui sistem de dezvoltare profesională, recunoașterea importanței faptului că învățământul pentru personalul medical durează toată viața, cooptarea personalului la luarea deciziilor.

Pe piață există foarte multă aparatură medicală fie prea scumpă, fie nenecesară. Ca răspuns la aceasta situație 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 și de sănătate, deși acest model nu este cel mai cost-eficient. În țările din Europa de Vest, majoritatea serviciilor sociale sunt acordate prin servicii comunitare sau prin sprijinirea financiară a celor aflați în dificultate. Reducerea numărului de paturi sau închiderea unor spitale sunt esențiale la un anumit moment, dar acest lucru trebuie făcut împreună cu reconfigurarea și dezvoltarea de pachete de îngrijiri potrivite.

Provocarea este de a dezvolta o rețea de facilități care furnizează servicii în locațiile potrivite. Aceasta poate însemna regândirea radicală a naturii spitalului și restructurarea serviciilor existente. Pe măsură ce spitalele primesc mai puțini pacienți, dar mult mai grav bolnavi, sarcinile departamentelor medicale și chirurgicale se modifică. Pentru anumite specialități, de exemplu gastroenterologia, schimbarea tehnologiei a impus ca tot mai mulți pacienți să aibă nevoie de serviciile combinate ale chirurgului și internistului. Acest fenomen a determinat ca unele spitale în Europa să-și reconfigureze serviciile după severitatea afecțiunilor și mai puțin după specialitate. Acest fapt sugerează ca spitalele să capete o flexibilitate crescută în organizarea serviciilor.

3.4. Principalele modalități de finanțare a serviciilor de sănătate

Există toate cele trei tipuri de asigurări obligatorii:

- prin impozitare generală - fondurile gestionate de MS pentru programele de sănătate, administrația sanitară și investiții
- prin impozitare cu taxe speciale - pe tutun, alcool, etc. (din 1 ianuarie 2007 sunt colectate de MS pentru investiții în infrastructura sistemului sanitar public, finanțarea programelor naționale de sănătate și pentru rezerva MS pentru situații speciale)
- prin asigurări sociale de sănătate

Finanțarea se mai poate face prin asigurări voluntare de sănătate sau plăți directe:

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

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

Tabelul nr. I.3. – Evoluția 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 ressources du système d'assurance maladie en Roumanie – le patient le vrai bénéficiaire", *Prezentare la al XVI Congres al ALASS, Montreal, Canada, octombrie, 2005*

Tabelul nr. I.4. – Evoluția 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%
Inflația	45,7%	34,5%	22,5%	15,3%	11,9%	9%	7%

Sursa: Radu Paul, Haraga Simona – "L'allocation de ressources du système d'assurance maladie en Roumanie – le patient le vrai bénéficiaire", *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 și suplimentar.

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

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

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

- pachet de servicii medicale de bază – serviciile și produsele destinate prevenirii, diagnosticării, tratamentului, corectării și recuperării diferitelor afecțiuni, la care asigurații⁵ au acces în totalitate, parțial 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 abonaților și 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 – diferența între tariful decontat de casa de asigurări de sănătate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate și tariful maximal stabilit de Ministerul Sănătății, ca autoritate națională în politica de prețuri a serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale.

⁵ asigurați în sistemul asigurărilor sociale de sănătate

4. NOȚIUNI DE BAZĂ ÎN ADMINISTRAREA RESURSELOR FINANCIARE

4.1. Elemente de contabilitate

Printr-un sistem de concepte și proceduri, contabilitatea furnizează informații financiare despre o organizație, informații pe baza cărora, organizația poate fi evaluată din interior sau din exterior.

Informația contabilă se poate clasifica în două mari categorii: informație contabilă financiară și informație contabilă de gestiune.

Informația contabilă financiară se regăsește în situații financiare destinate utilizatorilor externi: bilanț, cont de profit și pierdere, situația fluxurilor de trezorerie și note explicative la acestea.

Informația contabilă de gestiune este nestandardizată, destinată utilizatorilor interni (conducerii organizației) cuprinde informații privind costul unitar al serviciilor/produselor în funcție de organizație, modificările costurilor în funcție de volumul activității. Analizele contabilității de gestiune se fac la intervale de timp scurte – lunar, săptămânal sau zilnic – și se circumscriu unor subdiviziuni ale organizației, numite centre de responsabilitate sau de cost.

Principii contabile [6]:

- entitatea – în majoritatea cazurilor, situațiile financiare se întocmesc pentru entități juridice, dar există situații în care acestea se întocmesc pentru entități fără personalitate juridică sau la un nivel superior față de entitățile juridice;
- cuantificarea monetară – informațiile financiare sunt informații exprimate valoric astfel încât situațiile financiare generalizează și sintetizează datele neomogene privind activele, datoriile și rezultatele organizațiilor, dar nu pot include o serie de alte informații, inclusiv fluctuația puterii de cumpărare a etalonului monetar;
- continuitatea activității – în contabilitate, se pleacă de la prezumția că entitatea are o viață infinită și că baza de evaluare nu este valoarea de piață (de vânzare), deoarece nu există intenția vânzării resurselor;
- costul istoric – într-o organizație, resursele rezultate din cumpărări sunt evidențiate la costul de achiziție, dacă au fost produse în cadrul acelei organizații, sunt evidențiate la costul de producție, aceste costuri servind la evaluarea resurselor și după data achiziției sau producției, nemaleflectând în timp prețul de piață;
- dubla reprezentare – are la bază conceptul de patrimoniu care are un activ în care se regăsesc bunurile, ca obiecte ale drepturilor și obligațiilor și un pasiv care regroupează drepturile și obligațiile titularului de patrimoniu, fiecare bun din activ fiind obiectul unui drept sau al unei obligații din pasiv;

- realizarea – recunoașterea și înregistrarea veniturilor se realizează numai atunci când la baza lor se află o tranzacție;
- contabilitatea de angajamente – se aplică în recunoașterea veniturilor și cheltuielilor, aceste fiind înregistrate când există dreptul de a primi numerar, respectiv obligația de a plăti și nu când ele sunt încasate respectiv plătite;
- conectarea cheltuielilor la venituri – are ca scop determinarea profitului care rezultă dintr-o tranzacție;
- periodizarea – activitatea unei organizații este împărțită în perioade numite *exerciții contabile* la sfârșitul cărora se întocmesc rapoarte asupra modului în care au fost gestionate resursele și care au fost rezultatele gestiunii – la sfârșitul unui exercițiu contabil, organizația are echipamente aflate în diferite stadii ale vieții lor utile, fracțiunea utilizată în cursul exercițiului încheiat reprezintă o cheltuială, restul reportându-se în exercițiile următoare;
- consecvența (principiul permanenței metodelor) – are ca scop să permită comparabilitatea informațiilor contabile în timp; de aceea, în rapoartele de audit se menționează dacă a fost respectat principiul consecvenței sau nu;
- prudența – impune a se ține seama de toate pierderile probabile și să se considere doar veniturile certe;
- alte principii contabile – principiul intangibilității bilanțului de deschidere, principiul non-compensării, principiul prevalenței economicului asupra juridicului, principiul pragului de semnificație.

4.2. Bilanțul contabil

La sfârșitul exercițiului financiar (derulat că perioadă între datele de 1 ianuarie și 31 decembrie ale unui an, cu excepția primului an de activitate), poziția financiară a organizației este reflectată de bilanțul contabil.

Bilanțul contabil este documentul contabil de sinteză prin care se prezintă elementele de activ și pasiv la încheierea exercițiului, precum și celelalte situații prevăzute de cadrul legislativ [6]. Elementele bilanțului sunt activul, datoriile și capitalul propriu.

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

Datoriile reprezintă o obligație actuală a unei organizații, ce decurge din evenimente trecute a cărei decontare va duce la o ieșire de resurse. Ele sunt clasificate în datorii curente și datorii pe termen lung. Datoriile curente sunt datoriile care se așteaptă să fie plătite în cursul normal al ciclului de

exploatare sau sunt exigibile în termen de 12 luni de la data bilanțului. Toate celelalte datorii intră în categoria datoriilor pe termen lung.

Capitalul propriu, diferența între activ și pasiv, reprezintă sursele de finanțare stabile de care dispune o organizație.

Orice tranzacție dă naștere la modificări în volumul și structura elementelor de activ, capital propriu și datorii, manifestate sub forma de creșteri sau micșorări, dar fără a modifica ecuația:

$$\text{Activ} = \text{Capital propriu} + \text{Datorii}$$

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 organizației pentru perioada pentru care se realizează bugetul [6]. Pentru instituții publice, bugetul se alcătuiește pentru un an, corespunzător unui exercițiu financiar, dar organizațiile private își pot alcătui, în cadrul planificării operaționale, un buget care poate cuprinde mai mulți ani, din care primul an va fi descris în detaliu, pentru următorii doi ani vor fi reținute aspectele importante din cadrul bugetului, iar pentru anii următori, doar obiectivele financiare.

Bugetul combină toate activitățile individuale ale unei organizații exprimate ca venituri și cheltuieli putând fi utilizat și 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 și umane într-o organizație.

Costul poate fi definit astfel:

- ansamblul de cheltuieli încorporabile care corespund fie unui calcul privind o funcție sau o parte a organizației, 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 și rentabilitate, caracterizează calitatea, eficiența activității, modul în care sunt gestionate fondurile.

Dacă întocmirea bilanțului este una dintre atribuțiile managementului organizației doar la sfârșitul unui exercițiu financiar, costul activității acesteia constituie, cel mai adesea, subiectul preocupărilor sale permanente, de-a lungul întregului exercițiu financiar. Nu trebuie confundate noțiunile de cost și cheltuială. O cheltuială reprezintă un cost în momentul în care ceea ce s-a achiziționat este consumat.

4.4.1. Tipuri de costuri

Procesele identificării, clasificării și analizei costurilor sunt vitale pentru orice organizație.

Costul oportunității 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.

Și pentru serviciile de sănătate, costul unui serviciu de sănătate este dat și de efectul asupra celorlalte servicii de sănătate (care nu se pot furniza) și asupra societății.

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

În funcție de modul de componență a costului total, se clasifică în:

- Costurile fixe
- Costurile variabile
- Costurile semi-variabile

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

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

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

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

- *Costurile directe* = consumul efectiv de resurse necesare desfășurării activității; pot corespunde unui pacient, serviciu sau specialitate
- *Costurile indirecte* = nu pot fi identificate cu consumul unui anumit produs sau serviciu (cauza poate fi chiar inexistența 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/și indirecte:

- *Costul unitar (C_u)* = costul mediu al unei unități de produs
- *Costul marginal (C_m)* = costul creșterii producției cu o unitate
- *Costul incremental (C_i)* = se referă la consumurile adiționale folosite pentru creșterea producției cu mai mult de o unitate; de obicei reflectă costul schimbării unei metode de producție sau al introducerii unui nou serviciu

4.4.2. Centre și obiecte de cost

Centrele de cost sunt subunități ale unei organizații la nivelul căreia se pot calcula costurile [4].

Standardele de Contabilitate a Costurilor definesc obiectul de cost astfel: operațiune, subdiviziune organizațională, contract sau alt tip de unitate a procesului de activitate, pentru care sunt cuantificate datele referitoare la costuri și se stabilește o metodă de determinare a costului pe procese, produse, comenzi etc.

Tipuri de centre de cost:

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

Obiectul de cost este definit ca orice activitate a cărei calculație 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
- Pacienți
- Servicii
- Proceduri
- Diagnostice,
- Investigații, explorări etc.

Orice metodologie de calcul trebuie să țină cont de posibilitățile practice, actuale, de identificare a cheltuielilor spitalicești, și poate fi îmbunătățită odată cu perfecționarea metodelor de evidență a cheltuielilor analitice la nivel de secție.

Cu cât o organizație este capabilă să își determine mai în detaliu costurile pe unitate de produs (de ex. pe pacient, pe procedură), cu atât va fi mai în măsură să își gestioneze mai bine resursele de care dispune pentru producția acestuia.

Realitatea arată că este dificilă trasarea tuturor costurilor implicate de un anumit serviciu, și 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 informații complete asupra costurilor ca bază pentru calcularea unor indicatori de eficiență;
- furnizarea informațiilor referitoare la costuri ca bază pentru rambursarea de către terți plători;
- furnizarea informațiilor referitoare la costuri pentru negocierea rambursării de către diverși contractori;
- furnizarea de informații către manageri în vederea luării unor decizii, luând în calcul limitele cunoscute ale diverselor tehnici de alocare.

Acuratețea alocării costurilor indirecte depinde atât de metoda de alocare, cât și de cheia de alocare.

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

- definirea în cadrul organizației a centrelor de venituri și a centrelor suport (Tabel nr.1.5.)
- înregistrarea cheltuielilor pe categorii și pe centre;
- sistem informațional capabil să furnizeze date de cost pentru fiecare centru de venituri și centru de suport;
- tehnică de alocare a costurilor potrivită în mod practic pentru furnizorul de servicii medicale.

Tabelul nr.1.5. – Exemple de centre de venituri si centre suport

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

Structura organizațională este un element cheie în alocarea costurilor, deoarece o repartizare clară a autorității va duce la o definire clară a centrelor de responsabilitate și asocierea acestora cu costurile. O a doua condiție esențială este ca sistemul contabil să poată colecta costurile pe centre de responsabilitate. A treia condiție se referă la sistemul informațional care trebuie să minimizeze erorile în înregistrarea și clasificarea datelor. Un aspect important al sistemului informațional 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 îmbunătățirea alocării costurilor să nu fie depășit 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 puțin corectă către cea mai exactă, sunt:

- metoda directă
- metoda alocării în trepte
- metoda dublei distribuții
- 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:

- suprafață
- nr. angajați
- zile spitalizare
- nr. bolnavi, etc.

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

Alocarea directă: presupune alocarea cheltuielilor unei secții, de ex., în mod egal pe numărul de zile de spitalizare sau pacienți; este simplă, dar nu ține cont de interacțiunea între centrele de cost și alocarea cheltuielilor între diferite servicii care se susțin reciproc. Costurile centrelor de suport sunt alocate direct centrelor de venituri, fără a ține 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 mulți pași, mai întâi către toate centrele de cost intermediare (ex. secții adm.) și apoi realocare de la nivelul acestora către centrele de cost finale (ex. secții clinice); este mai dificilă deoarece presupune ierarhizarea unităților funcționale, după importanța acestora.

Exemple privind alocarea cheltuielilor indirecte:

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

Această metodă înlătură unul din punctele slabe ale metodei de alocare directă prin faptul că ține 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 recunoaște toate relațiile 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:

- secțiile cu paturi prin spitalizări ale pacienților
- secția de radiologie prin efectuarea de radiografii unor pacienți trimiși din alte centre pentru investigații radiologice

Sectoare	Costuri directe (U.M.)	Suprafața (m2)	Mese servite (nr.)	Număr de angajați	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						
Secții 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 suprafeței, costurile cantinei se alocă pe baza numărului de mese servite, costurile serviciului administrativ se alocă în funcție de numărul de angajați.

În acest exemplu, costurile directe ale cantinei au fost repartizate secțiilor cu paturi pentru că doar acolo se servesc mese, costurile administrației și ale serviciului tehnic au fost repartizate după cheile menționate.

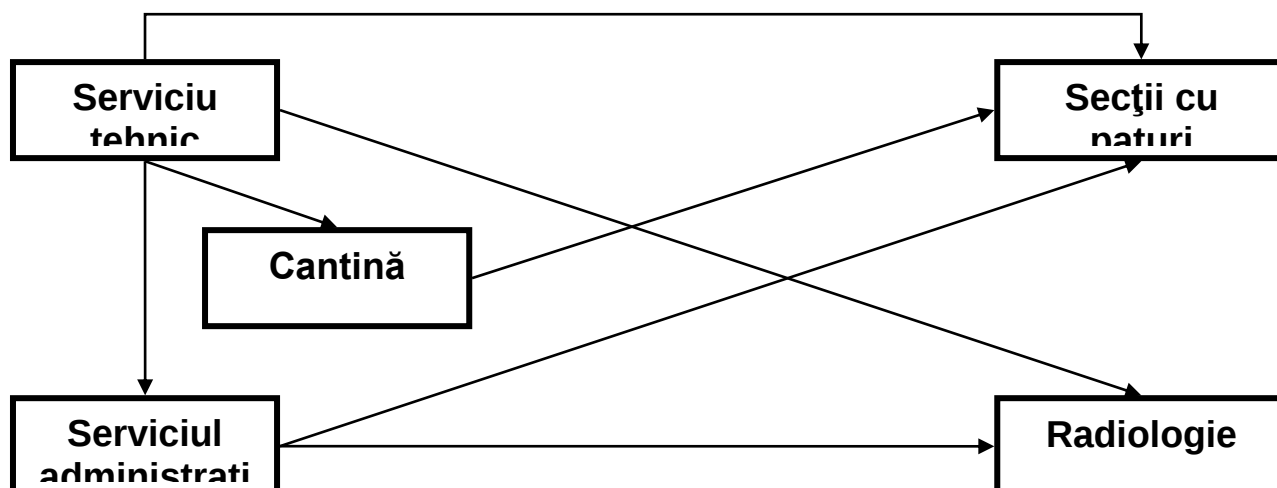
Sectoare	Costuri directe (U.M.)	Suprafața (m2)	Mese servite (nr.)	Număr de angajați	Repartizare către secții cu paturi	Repartizare către radiologie
Sectoare de suport						
Serviciul tehnic	200.000				160.000	40.000
Cantină	400.000				400.000	
Serviciul administrativ	300.000				227.273	72.727
Centre de venituri						
Secții 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. și costul pe radiografie 459 U.M.

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

Considerăm aceeași situație ca în studiul de caz nr.1 cu excepția faptului că luăm în considerare faptul că parte din munca efectuată de serviciul tehnic este pentru cantină și parte pentru serviciul administrativ.

Schema alocării descrise este prezentată mai jos:



	Costuri directe (U.M.)	Repartizare catre cantină	Repartizare către serviciul administrativ	Repartizare către secții 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 suprafeței către cantină, serviciul administrativ, secțiile cu paturi și radiologie. Astfel, costul cantinei rezultat din costul direct și alocarea de la serviciul tehnic a fost alocat secțiilor cu paturi. Costul serviciului administrativ, rezultat din costul direct și alocarea de la serviciul tehnic, a fost repartizat, pe baza numărului de angajați, către

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

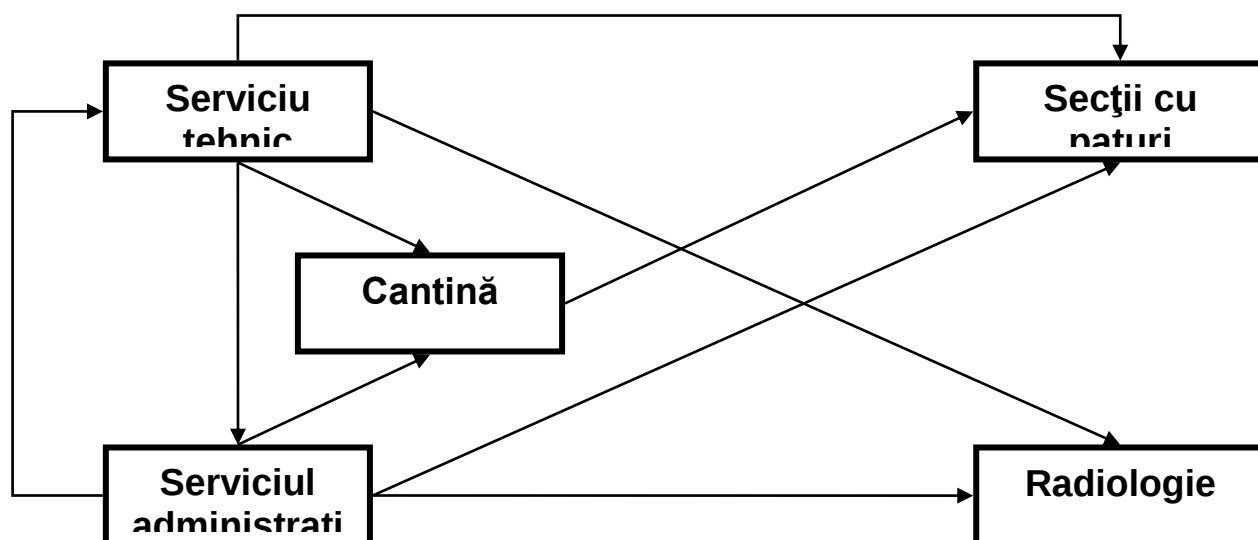
Metoda dublei distribuții a fost construită pentru a corecta unul din punctele slabe majore ale metodei alocării în trepte și anume repațiția serviciilor interdepartamentale. În metoda precedentă, după alocarea costurilor unui centru de suport nu se mai revine cu o realocare către acesta, deși în practica reală, schimburile de servicii între departamente pot fi bidirecționale și nu exclusiv unidirecționale (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 privește ordinea în care se face realocarea costurilor centrelor de suport și 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 DISTRIBUȚII [12]

Considerăm aceeași situație ca în studiile de caz nr.1 și 2 cu excepția faptului că luăm în considerare faptul că parte din munca efectuată de serviciul tehnic este pentru cantină și parte pentru serviciul administrativ și 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 secțiile cu paturi și către radiologie, dar se realocă și către

serviciul tehnic și către cantină). Acestea sunt exemplificate în tabelul următor ca “primul pas de alocare”.

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

În mod similar se poate realiza o triplă distribuție care să cuprindă doi “pași de alocare” care se desfășoară identic cu “primul pas de alocare” din exemplul de mai jos, urmați de o repartizare în trepte .

	Costuri directe (U.M.)	Repartizare către serviciul tehnic	Repartizare către cantină	Repartizare către serviciul administrativ	Repartizare către secții 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						
Secții 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: folosește metode matematice de alocare a cheltuielilor indirecte între centrele de cost, modelând costurile alocate astfel încât să țină cont de interacțiunea între centrele de cost la producerea serviciilor. Este cea mai complexă și 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 operațiuni, procese, departamente și al altor unități de calcul, cu analiza variației costurilor și a utilizării fondurilor. Metodele managementului costurilor pot fi utilizate de manageri în luarea deciziilor legate de diminuarea costurilor și creșterea profitabilității.

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 își are originea în perioada revoluției industriale, când complexitatea activităților și organizațiilor a dus la dezvoltarea unui sistem de înregistrare și urmărire a informațiilor legate de costuri, care să-i ajute pe proprietari și manageri în luarea deciziilor. În acea perioadă au fost diferențiate noțiunile de *cost fix* și *cost variabil* și a devenit evidentă importanța alocării costurilor în stabilirea prețurilor, mai ales în situațiile 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 și calculul costului total prin adăugarea costului variabil. O parte importantă a acestei metode este cea de analiză a variației între ceea ce a fost planificat și bugetat și 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 și-a pierdut din importanță pe măsură ce ponderea costurilor variabile din costul total a scăzut, produsele și/sau serviciile aceleiași organizații s-au diversificat, echipamentele au devenit mai complexe, astfel încât alocarea costurilor fixe prin această metodă poate duce la distorsiuni majore ale prețului unei unități de produs sau serviciu. Pentru aceste motive, noțiunile de *cost fix* și *cost variabil* au fost înlocuite treptat cu noțiunile de *cost direct* și *cost indirect*.

Metoda ABC se referă la alocarea costurilor unor produse sau servicii în funcție de activitățile necesare realizării lor. *Activity Based Costing* este o abordare în calculul a cât costă un pacient (produs⁶) sau un grup de pacienți (linie de produse) care îmbunătățește calculul costurilor printr-o mai bună precizie a alocării costurilor indirecte pe principiul cauză-efect. Elaborarea acestei metode a fost necesară datorită creșterii ponderii costurilor indirecte din costul total, deoarece

⁶ metoda a fost dezvoltată și rapid acceptată în industrie

inițial, când costurile provenite din administrație erau minore, distorsiunile legate de alocarea lor nu reprezentau o problemă. Metoda constă în identificarea activităților și alocarea costurilor fiecărei activități către fiecare produs sau serviciu al organizației în funcție de consumul real al acestora. În acest fel, pot fi stabilite consumurile reale, eliminate produsele și/sau serviciile neprofitabile și scăzute prețurile celor puțin consumatoare de resurse. În organizațiile pentru profit, metoda este folosită pentru stabilirea prețurilor, identificarea și măsurarea rezultatelor inițiativelor de îmbunătățire a proceselor. Munca directă și consumurile materiale sunt ușor 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 și în metoda ABC, unele costuri indirecte sunt greu de alocat, de exemplu costurile conducerii organizației. Implementarea acestei metode de calcul a costurilor într-o organizație este costisitoare, necesită personal destinat și pregătit și un timp de lucru considerabil.

Metoda TA este o abordare dinamică, integrată și comprehensivă care furnizează managerilor informații în susținerea deciziilor lor pentru optimizarea organizațiilor pe care le conduc. Este o metodă relativ nouă, bazată pe identificarea factorilor care ar limita organizația în a-și atinge scopul⁷. Prin această metodă nu se încearcă reducerea costurilor pentru maximizarea profitului, ci creșterea „vitezei” cu care rezultatele sunt generate de către produse sau servicii. Metoda utilizează 3 noțiuni pentru evaluarea veniturilor și cheltuielilor:

- rezultatele (în termeni monetari) reprezintă diferența între vânzările nete și costurile variabile totale (de obicei costurile materiilor prime). De observat că există rezultate doar când există vânzarea produselor sau serviciilor.
- investiții reprezentând banii existenți asociați echipamentelor, clădiri și altele
- cheltuieli operaționale care reprezintă banii cheltuiți în obținerea produselor sau serviciilor (pentru produse reprezintă cheltuiala din care s-a scos costul materiilor prime)

Organizațiile care doresc să-și atingă scopul propus vor cere managerilor lor să răspundă la întrebările:

- Se pot îmbunătăți rezultatele? Cum?
- Se pot reduce investițiile? Cum?
- Se pot reduce cheltuielile operaționale? Cum?

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

$$\text{Profit net} = \text{rezultate} - \text{cheltuieli operaționale}$$

$$\text{Recuperarea investiției} = \text{profit net} / \text{investiții}$$

⁷ Eliyahu M. Goldratt

$$\text{Productivitate} = \text{rezultate} / \text{cheltuieli operaționale}$$

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

$$\text{Costuri totale} = \text{costuri fixe} + \text{cost variabil pe unitate} \times \text{număr de unități}$$

$$\text{Venituri totale} = \text{preț de vânzare} \times \text{număr de unități}$$

4.5. Managementul informației

Sistemele informaționale pentru management au apărut la începutul anilor '80 în companiile americane, iar în ultimii ani, impactul noilor tehnologii informaționale și curentul descentralizării și reorganizării au determinat creșterea cererii de informații furnizate de acestea.

Sistemul informațional al unei organizații este o combinație de resurse umane și informatice care urmăresc colectarea, stocarea, organizarea, apelarea, comunicarea, distribuirea și utilizarea datelor și informațiilor pe care le folosesc managerii în exercitarea funcțiilor de conducere, în scopul realizării unui management eficient [1].

Componentele sistemului informațional sunt:

- Date și informații
- Circuite și fluxuri informaționale
- Proceduri informaționale
- Mijloace de utilizare a informațiilor

Scopul și rolul unui sistem informațional este de a oferi conducerii organizației, în funcție de nivelul ierarhic, acces facil și rapid la informațiile despre factorii cheie, decisivi în atingerea obiectivelor generale ale acesteia, în exercitarea controlului managerial eficient și eficace.

Obiectivele sistemului informațional pot fi sistematizate după cum urmează:

- informarea managerilor cu privire la activitățile și procesele economice din întreprindere, precum și la interacțiunea acesteia cu mediul extern;

- accesul oportun la informații – multe din informațiile furnizate pot fi obținute și prin metode tradiționale (prelucrarea manuală sau semimanuală) care necesită eforturi mari de resurse și timp pentru a corespunde cerințelor utilizatorilor, iar uneori sunt furnizate cu întârziere, dar aceste limite sunt înlăturate de un sistem informațional;
- urmărirea performanțelor organizației și evidențierea aspectelor care ascund eventualele probleme sau situații de criză.

Condițiile pe care sistemul trebuie să le îndeplinească sunt:

- să fie cât mai ușor de utilizat, iar timpul de răspuns să fie imediat;
- să folosească intensiv afișarea în mod grafic;
- să asigure accesul în timp real la bazele de date interne și externe;
- să ofere informații despre starea curentă de fapte și tendințele estimate pentru factorii cheie.

Funcțiile sistemului informațional în organizațiile din sănătate sunt:

- *funcția de prevedere* – prin deducerea informațiilor necesare într-o situație dată, presupunând elaborarea de previziuni funcționale (bilanț previzional, buget de venituri și cheltuieli) și dinamice pe bază analizei istoricului organizației;
- *funcția de interpretare* – a unor informații primite din mediul real prin care se stabilește starea sistemului, realizată prin analize economico-financiare;
- *funcția de prelucrare* – a informațiilor prin aplicația și/sau procedurile privind: controlul datelor, algoritmizarea metodologiilor de lucru, generarea procedurilor inductive și deductive de selecție a unor alternative decizionale, realizarea interfețelor dintre proceduri și aplicații;
- *funcția de diagnoză* – prin surprinderea situațiilor de funcționare defectuoasă a unor componente ale sistemelor;
- *funcția de instruire* – prin familiarizarea unui cerc larg de nespecialiști prin dialoguri sub formă de meniuri ierarhizate;
- *funcția de control* – prin subsistem propriu și monitorizare a interfețelor.

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

- datele trebuie colectate din procesele curente ale organizației ce pot fi preluate eventual din bazele de date dezvoltate de celelalte tipuri de sisteme informaționale;
- subordonarea datelor la obiectivele generale ale organizației;
- furnizarea de informații tuturor potențialilor utilizatori și simularea acestora simultan cu modificarea cerințelor informaționale.

Aplicații informatice de calculare a costurilor:

- sunt instrumente care pot ajuta în procesul calculării costurilor;

- necesită o definiție prealabilă a scopurilor pentru care se dorește calcularea costurilor (management, stabilirea de tarife etc.);
- au la bază informațiile privind cheltuielile spitalicești;
- pentru a funcționa, trebuie introduse datele privind costurile primare.

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

4.5.1. Sisteme informaționale integrate – scop și funcții

Sistemul informatic integrat este un sistem care îndeplinește următoarele condiții:

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

Sistemele informatice integrate desemnează sisteme complete, care cuprind procese, practici organizaționale, interacțiuni, transformări interne sau aparute în relații cu clienții, furnizorii, partenerii.

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

Se poate afirma că:

- nu există o rețetă universală, ci sunt diferite metode care folosesc aceleași 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 dorește o acuratețe mai mare, cu atât costurile asociate acestui proces sunt mai mari.

5. GUVERNAREA CORPORATISTĂ

5.1. Principii, concepte

O definiție simplă a sistemului de conducere corporativ ar fi totalitatea sistemelor și proceselor implementate pentru a conduce și a controla o companie cu scopul de a-i crește performanța și valoarea.

Practic, se referă la:

- eficiența sistemelor de management, insistând pe rolul structurii de conducere a organizației, pe responsabilitatea și remunerarea membrilor, credibilitatea situațiilor financiare și pe eficiența sistemelor de management al riscului;
- suportul de decizie și de control dintr-o companie, obținut prin reguli și proceduri formale și informale, interne sau impuse extern de către organismele competente, implementate atât la nivel strategic cât și operațional.

Potrivit definiției date de OECD: „guvernanța corporativă precizează distribuția drepturilor și responsabilităților diferitelor categorii de persoane implicate în companie: consiliul de administrație, directorii, acționarii și alte categorii și stabilește regulile și procedeele de luare a deciziilor privind activitatea unei companii”.

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

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

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

Se face legătura între performanța companiilor și eficiența modelului de guvernare corporatistă. Investitorii acordă o mare importanță sistemelor de guvernare corporatistă implementate într-o companie și sunt dispuși să plătească în plus pentru rezultate bune în acest domeniu. Companiile sunt perfect conștiente de această realitate și îi acordă considerabil mai multă importanță față de anii trecuți. Exemplele bune și rele de pe piața internațională vorbesc de la sine. Astfel, pe de o parte, sunt companii care au depus mult efort și timp pentru a atinge standarde înalte de

guvernare corporatistă și de Corporate Social Responsibilities (CSR). Drept urmare, sunt percepute ca și exponenți ai guvernării bazate pe valoare adăugată, fiind capabile să maximizeze valoarea companiei prin sisteme și procese care permit managerilor, indiferent de nivelul ierarhic, să evalueze și să monitorizeze performanța acesteia.

De cealaltă parte a baricadei sunt companiile care nu au reușit să construiască sistemul guvernării corporative și să aibă o abordare transparentă față de diferitele părți interesate (*stakeholders*). Prin urmare, carențele sistemelor organizațiilor în cauză ies la suprafață și se dovedesc a fi mai mult decât nepotrivite, uneori cu rezultate dezastruoase.

În final, testul eficienței modelului de guvernare al unei companii este măsura în care reușește să-și atingă obiectivul principal, și anume, acela de a maximiza valoarea companiei din perspectiva acționarilor. Totul ține de modalitatea în care reușește să organizeze un sistem ideal închis: satisfacerea cerințelor clienților, angajaților, furnizorilor, distribuitorilor, etc., răsplata fiind, în cazul unor rezultate bune, valoare sporită și durabilă.

Având în vedere tendința de pe piața internațională, 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 și un model eficient de guvernare corporatistă vor avea o performanță mult mai bună și cele care vor refuza să accepte această realitate și, mai nou, necesitate, vor înregistra rezultate mai slabe.

Un document important în acest domeniu este Raportul Cadbury⁸ [2] elaborat de un comitet prezidat de Sir Adrian Cadbury, care cuprinde recomandări pentru organizarea conducerii și a sistemelor financiare ale unei organizații pentru a reduce riscurile și a evita căderea organizației. Unele din recomandările raportului au fost adoptate în variate documente ale Uniunii Europene, Bancii Mondiale și altele.

Este de la sine înțeles faptul că mobilitatea pieței, combinată cu presiunea din partea acționarilor și nesiguranța economică, vor crea premisele riscului ca structura de conducere să acționeze incorect. Ca atare este importantă existența unui model eficient de guvernare corporatistă care controlează și evaluează performanța companiei, satisfacând în același timp nevoile tuturor părților interesate și implicit creând valoare adăugată, fara să fie încă un strat birocratic.

Guvernanța reprezintă sistemul prin care companiile sunt conduse și controlate. O guvernanță eficientă asigură deopotrivă stabilirea obiectivelor și planurilor strategice pe termen lung, existența conducerii și a structurilor de conducere adecvate atingerii acestor obiective, dar și asigurarea

⁸ intitulat "Aspecte financiare ale guvernării corporatiste", publicat în 1992

funcționalității structurii în scopul menținerii integrității, reputației și răspunderii organizației în fața opiniei publice; guvernanta este o combinație de procese și structuri implementate de consiliul de administrație pentru a informa, conduce, direcționa și monitoriza activitățile organizației, în scopul atingerii obiectivelor prestabilite.

Rezultă că guvernanta este o încercare de a-i determina pe managerii de vârf să se achite de propriile obligații într-o manieră cât mai corectă și calificată, astfel încât să protejeze interesele factorilor implicați din cadrul organizației. Factorii implicați pot fi interni sau externi și vor avea cu siguranță cerințe și așteptări diferite, uneori chiar conflictuale față de organizație. În același timp, diferiții factori implicați pot pune o anumită presiune pe organizație în scopul de a-și satisface propriile nevoi și deziderate.

Conceptul guvernantei conține, pe lângă modul cum o organizație este condusă și controlată în vederea atingerii ȋntelor prestabilite, și sistemul prin care aceasta interacționează cu factorii implicați și cum le protejează acestora interesele [16].

Guvernanta corporatistă funcționează pe bază unor principii, considerate în cadrul Raportului Cadbury, ca „stâlpi” ai bunei guvernări și anume: 1) integritate; 2) transparență; 3) răspundere; 4) competență.

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

Transparența este necesară, deoarece neregulile și/sau performanțele slabe se întâmplă de cele mai multe ori „în spatele ușilor închise”. Când faptele sunt deschise opiniei altora, supuse constatărilor justificate ale specialiștilor, există șanse mai mari să se amelioreze. Expunerea publică la examinări a propriilor acțiuni și decizii contribuie la îmbunătățirea comportamentelor și a performanței.

Răspunderea este cel mai important principiu al guvernantei, dar în același timp, este cel mai puțin înțeles și mai rar respectat în cadrul organizațiilor. În cele mai multe organizații răspunderea nu este suficient definită și nici nu este clar stabilită atât pentru personalul organizației, cât și pentru conducerea acesteia. În cadrul organizațiilor, rolul auditului intern, în ceea ce privește răspunderea la toate nivelele organizației, este asigurat și se urmărește prin sistemul procedurilor scrise și formalizate.

Competența este acel element care asigura realizarea atribuțiilor în mod profesional. Competența se referă la abilitați tehnice și comportamente necesare pentru îndeplinirea sarcinilor. Nivelul de competență trebuie stabilit clar înainte de ocuparea funcției și 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 guvernantei corporatiste:

1. controlul factorilor interesați asupra organizației;
2. completitudinea și fiabilitatea rapoartelor prezentate publicului;
3. evitarea concentrării excesive a puterii la vârful organizației;
4. componența echilibrată a structurii de conducere;
5. structura de conducere implicată;
6. independența puternică la nivelul structurii de conducere;
7. monitorizarea cu eficacitate a activităților de către structura de conducere;
8. evaluarea permanentă a competenței și angajamentului salariaților;
9. evaluarea riscurilor și instrumentelor de control intern utilizate;
10. prezența puternică a auditului intern în organizație.

De asemenea, Organizația Europeană de Cooperare și Dezvoltare (OECD) promovează un set de 5 principii care asigură funcționarea guvernării corporatiste:

1. drepturile factorilor interesați;
2. tratamentul imparțial al factorilor interesați;
3. rolul factorilor interesați în conducere;
4. comunicările publice și transparența;
5. responsabilitățile consiliului de administrație.

În practică, managementul unei organizații nu revine unei singure persoane, ci unei structuri de conducere, de exemplu unui consiliu de administrație, membrii acestuia putând fi de diverse categorii, ei pot fi angajați ai organizației sau nu și, uneori, pot să dețină funcții în alte firme sau instituții, funcții 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 administrație) sau situații în care consiliul de administrație este dublat de un comitet director.

În SUA, se pune accentul pe independența consiliului de administrație în ideea că ar permite luarea deciziilor manageriale și evaluarea performanțelor organizației dintr-un punct de vedere liber și obiectiv. În cele mai multe țări europene [17], consiliul de administrație este o structură de nivel strategic, ale cărei alegeri afectează viitorul organizației și implică responsabilitatea membrilor săi, spre deosebire de Australia unde, pe lângă responsabilitatea elaborării strategiei organizației, consiliul de administrație are atribuții în planificare, menținerea relației cu investitorii, menținerea integrității controlului intern și sistemului informațional, elaborarea sistemului de stimulente financiare în relație cu performanța. Criteriile privind admiterea ca membru al unui

consiliu de administrație sunt mai mult sau mai puțin explicite în codurile de guvernanță corporatistă din diverse țări, majoritatea admitând că este necesară combinația între experiență, abilități, caracteristici diferite, fiecare membru aducând un punct de vedere unic și valoros pentru consiliul de administrație ca întreg.

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

5.2. Importanța administrării riscului

Riscul reprezintă posibilitatea apariției unui eveniment care va avea un impact asupra atingerii obiectivelor organizației. Esența riscului constă în incertitudinea rezultatului, fie pozitiv sau negativ, datorită unei schimbări neașteptate a mediului de control.

Riscul se poate manifesta în două moduri: a) prin amenințări directe, datorită unor evenimente cu efect negativ, care pot conduce la eșecul organizației în atingerea obiectivelor stabilite; b) prin oportunități, datorită unor evenimente cu efect constructiv, care pot fi exploatate cu scopul de a îmbunătăți metodele de atingere a obiectivelor organizației.

Cele mai frecvente riscuri care pot afecta organizația sunt următoarele:

- a. *riscuri externe* (economice, de piață, legislative, politice, de mediu, neprevăzute);
- b. *riscuri financiare* (de preț, de lichiditate, de disponibilitate și alocare a resurselor, de investiții neoportune, de întârzieri de plată, de plăți automate nesecurizate, de contracte de împrumut cu o rată a dobânzii variabilă, de investiții în produse neprofitabile, de operațiuni financiare cu risc ridicat);
- c. *riscuri operaționale* (neînregistrarea în contabilitate a unor operațiuni, arhivarea necorespunzătoare a documentelor justificative, lipsa unui control asupra operațiilor cu risc ridicat, lipsa funcției de supervizare, proasta administrare și întreținere a echipamentelor);
- d. *riscuri generate de resurse umane* (lipsa unui plan de recrutare, probleme de recrutare, supraîncărcarea cu sarcini a personalului datorită insuficienței lui, fluctuație ridicată de personal, politică de personal necorelată cu necesitățile în ceea ce privește perfecționarea pregătirii, politică de promovare și motivare neadecvată);
- e. *riscuri intangibile* (legate de brand, imaginea sau reputația organizației);

- f. *riscuri tehnologice și de procesare a informațiilor* (legate de implementarea și folosirea programelor, de managementul informației, de securitatea datelor, de securitatea fizică a echipamentelor, de neasigurarea pregătirii de specialitate a personalului, de folosire neadecvată a politicii de back-up, de protecție necorespunzătoare împotriva virusurilor și atacurilor din exterior);
- g. *riscuri de eficiență* (dezvoltarea neadecvată a funcției de audit, folosirea neadecvată a politicilor și procedurilor organizaționale, informațiile externe nu sunt disponibile la timp și în formatul adecvat, aplicarea neadecvată a legilor, regulamentelor și procedurilor existente, calitatea scăzută a raportărilor financiare sau de altă natură efectuate către alte părți interesate, relații defectuase cu partenerii cheie, procesul de coordonare și comunicare slab dezvoltat);
- h. *riscuri de autoritate* (lipsa unor linii de autoritate clar definite prin structura organizațională adecvată, fișele posturilor, stabilirea sarcinilor și atribuțiilor la nivel de persoane, delimitarea competențelor, definitivarea relațiilor de raportare internă și externă, existența regulilor de substituire/back-up);
- i. *riscuri de fraudă* (segregarea neadecvată a sarcinilor și atribuțiilor, conflicte de interese, folosirea neautorizată a resurselor, escaladarea controalelor implementate, menținerea necorespunzătoare a informațiilor și documentelor confidențiale, folosirea poziției de conducere în scopul fraudării).

6. CONCLUZIILE SECȚIUNII

În Europa, decidenții diferitelor țări sunt de acord că obiectivele majore ale sistemelor de sănătate sunt reprezentate de asigurarea unui acces universal pentru toți cetățenii, asigurarea unor îngrijiri de sănătate de calitate care să îmbunătățească starea de sănătate a populației, utilizare eficientă a resurselor, dezvoltarea capacității de răspuns la problemele cetățenilor.

Aceste deziderate se regăsesc de-a lungul întregului spectru politic în toate țările, dar rămân la un nivel abstract al politicii de sănătate. În momentul translatării obiectivelor menționate în acțiuni specifice, apar opinii divergente, ocazional contradictorii, ceea ce nu este un fenomen nou pentru sectorul de sănătate. Diferitele țări, având evoluții istorice, culturi și experiențe politice diferite ajung să aibă diferite modalități de organizare a finanțării și a furnizării de servicii.

De asemenea, există diferențe mari în nivelul resurselor alocate în acest domeniu și în starea de sănătate. Caracteristica esențială comună tuturor sistemelor de sănătate o reprezintă îngrijorarea factorilor politici în legătură cu creșterea accelerată a costurilor și preocupările susținute pentru

controlul acestora, prin eficientizarea proceselor și îmbunătățirea rezultatelor, incluzând aici și creșterea satisfacției pacienților și a personalului medical.

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

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

Ce ar trebui clarificat pentru a avea un sistem funcțional?

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

Analiza indicatorilor de morbiditate și mortalitate în România arată că starea de sănătate este precară, că există disparități majore între mediul urban și cel rural și între regiuni. Speranța de viață la naștere în România este mai mică decât cea din Uniunea Europeană, ratele de mortalitate generală și ratele de mortalitate infantilă sunt mai mari.

În aceste condiții, sumele alocate plății serviciilor de sănătate sunt mult mai mici decât media europeană. Un studiu asupra mortalității evitabile în Europa, pentru perioada 1990-2000, comparativ pentru bărbați și femei, în 20 de țări europene (Newey et.al, 2003⁹), a arătat că România a avut cel mai mare nivel al mortalității evitabile, urmată de Bulgaria, fiind singura țară în care nu s-au observat îmbunătățiri într-o perioadă de 10 ani în ceea ce privește mortalitatea evitabilă la bărbați, mortalitatea evitabilă la femei înregistrând unele îmbunătățiri.

Comparativ cu alte țări, 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 înțelegerea măsurilor, pentru adaptarea lor la condițiile fiecărei comunități;
- viziunea politică a fost diferită de-a lungul timpului;

⁹ citat în [14]

- comunicarea și coordonarea între instituții nu au fost foarte bune.

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

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

De aceea, modificările anunțate, care se referă cu precădere la descentralizare, prevăd transferul de competențe, atribuții și responsabilități la unitățile județene, care:

- să asigure administrarea publică locală în sănătate;
- să creeze structuri județene cu competență în administrarea și finanțarea activităților transferate;
- să asigure transferul activităților de promovare a sănătății;
- să asigure transferul activității mediatorilor sanitari români;
- transferul competențelor legate de asistența medicală școlară și de medicină dentară acordată în unitățile de învățământ, inclusiv finanțarea acestora;
- transferul fondurilor alocate pentru unitățile medico-sociale;
- transferul unităților spitalicești în administrarea comunităților locale.

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

Important este la acest moment să existe o preocupare susținută pentru monitorizarea costurilor, pentru dezvoltarea componentei de analiză statistică și financiară la nivelul furnizorilor de servicii medicale, în condițiile în care există tot mai multe dovezi privind nu numai starea de sănătate precară a populației, dar și insatisfacția populației privind disponibilitatea serviciilor de sănătate, prestația personalului medical, condițiile 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 Fundației 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 ressources du système d`assurance maladie en Roumanie – le patient le vrai bénéficiar*”. 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 hospitals*”. Chicago, 1968
15. *** Lege nr. 95 din 14/04/2006 privind reforma în domeniul sănătății, Monitorul Oficial, Partea I nr. 372 din 28/04/2006 cu modificările și completările ulterioare
16. www.ensight.ro/newsletter/no20/articol5.htm
17. http://www.ecqi.org/codes/all_codes.php

SECȚIUNEA II.

GESTIUNEA

PROIECTELOR DE SĂNĂTATE

AUTORI:

Dr. Florentina FURTUNESCU (Coordonator)

- Medic primar sănătate publică și management
- Doctor în științe medicale
- Master în Managementul Sănătății Publice și al Serviciilor de Sănătate
- Șef de lucrări UMF „Carol Davila”

- Disciplina Sănătate Publică și Management

Dr. Pierre FOURNIER

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

Dr. Antoaneta DRĂGOESCU

- Medic primar sănătate publică și management
- Doctorand în științe medicale
- Master în Managementul serviciilor medico-sociale
- Ministerul Sănătății

Ec. Marie – Louise STOICESCU

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

1 . PREZENTAREA CONȚINUTULUI SECȚIUNII

1.1. Noțiuni generale despre proiecte

Sistemul de sănătate românesc a suferit transformări majore în ultimele decenii, trecînd de la forma centralizată paternalistă (Semașko) la organizarea pe principiul asigurărilor sociale de sănătate. Anterior momentului '90, sistemul de sănătate avea o planificare centralizată, fondurile necesare desfășurării tuturor activităților din domeniul sănătății erau asigurate în totalitate de stat, care furniza serviciile de sănătate “gratuit” pentru întreaga populație. În acest model de organizare, proiectele nu își găseau locul, sistemul funcționînd în general pe bază de normative emise de administrația centrală.

Imediat după căderea comunismului, în România au demarat numeroase inițiative de tip proiect sau program, în general cu expertiză tehnică și resurse financiare internaționale. Așadar, proiectele în domeniul sănătății au o tradiție relativ scurtă, iar oportunitățile de a acumula cunoștințele necesare pentru elaborarea sau implementarea unui proiect sunt conjuncturale, sistemul general de formare în medicină neavînd astfel de obiective. Ca urmare, profesioniștii 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 informații, la publicații internaționale, cu contacte externe și 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, impunînd selecția managerilor de spital pe baza unui proiect de management apreciat ca oportun, proiect care este urmează să fie evaluat anual în ceea ce privește stadiul de implementare, furnizînd astfel o bază de evaluare a performanțelor manageriale.

Prezenta secțiune se adresează profesioniștilor din sistemul de sănătate care nu au o formare specifică în domeniul proiectelor, în intenția de a clarifica anumite noțiuni și tehnici generale privind managementul de proiect și implicit de a încuraja inițiativa locală în atragerea și implementarea proiectelor, pe fondul general al aderării României la Uniunea Europeană, context în care atragerea finanțărilor externe se va realiza majoritar pe principiul competiției.

Primul capitol trece în revistă noțiunile de proiect și program de sănătate, diferențele dintre acestea, și face o descriere a ciclului funcțiilor manageriale în proiecte.

Capitolul al doilea descrie principalele etape din viața unui proiect, cu caracteristicile specifice.

Capitolul al treilea se dorește un ghid pentru redactarea unei propuneri de proiect care să răspundă nevoilor specifice de sănătate de la nivel local, prin descrierea de tehnici cantitative și calitative utile pentru identificarea și de prioritizarea problemelor de sănătate.

Capitolul al patrulea definește scopul și obiectivele proiectului și explică pe larg conceptele de „arbore de probleme”, „arbore de obiective” și analiză de fezabilitate”.

Capitolul al cincilea prezintă etapele care trebuie parcurse în planificarea operațională a unui proiect, descriind instrumente specifice ca: matricea de responsabilități, graficul Gantt și drumul critic. Totodată sunt furnizate noțiuni generale privind echipa, precum și principiile generale pentru întocmirea unui buget de proiect.

Capitolul al șaselea furnizează cadrul general pentru monitorizarea și evaluarea proiectelor în domeniul sănătății, descriind: principiile evaluării, indicatori posibili și modul de construire a acestora.

1.2. Definirea principalilor termeni utilizați

Din punct de vedere teoretic, un proiect se poate defini ca succesiunea de activități menite să îndeplinească obiective definite, într-o perioadă limitată de timp și cu un buget anumit [1]. Practic el constituie o combinație de resurse umane, materiale și financiare, adunate într-o organizație temporară, pentru a atinge un anumit scop.

Proiectul are, așadar, următoarele caracteristici specifice:

- este o intervenție limitată, cu un **scop** clar definit și încadrat în timp;
- are resurse (materiale, financiare, umane și de timp) definite pentru toată durata sa de viață;
- se compune dintr-o succesiune de activități care sunt planificate, coordonate și interdependente;
- este influențat și influențează mediul în care se desfășoară, de aceea este un sistem deschis;
- implică actori și organizații, mobilizați în jurul acelorași scopuri, obiective, rezultate, medii și condiții critice – este un sistem social.

Principalele elemente care definesc un proiect sunt reprezentate de:

a. părțile implicate, respectiv:

- finanțatorul;
- implementatorul;
- beneficiarii;
- alte entități care pot influența proiectul (ex.: grupuri care sunt interesate să îl promoveze sau să îl susțină, sau grupuri care sunt interesate să îl împiedice).

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

1.3. Clasificarea proiectelor în sănătate

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

A. În funcție de domeniul de aplicabilitate:

- inginerie;
- construcții;
- cercetare – dezvoltare;
- intervenție comunitară;
- realizarea unui eveniment;
- dezvoltare internațională.

B. În funcție de mărimea proiectului (evaluată după durata și bugetul proiectului):

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

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

C. În funcție de complexitate, proiectele pot fi simple (în general proiectele scurte) sau complexe (durată mare, buget consistent, reunesce intervenienți multipli).

D. În funcție de scopul vizat proiectele pot fi:

- strategice;
- de creare de capacități;
- de schimbare de comportamente;
- de îmbunătățire a calității vieții unor persoane etc.

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

Un program se caracterizează prin:

- a. problema sau problemele și clientela la care se adresează;

- b. obiective stabilite în scopul de a diminua intensitatea sau frecvența problemei / problemelor;
- c. proiectele, intervențiile sau serviciile cerute sau realizate;
- d. resursele umane, materiale și financiare puse la contribuție;
- e. legăturile care se stabilesc cu alte programe;
- f. indicatorii de performanță planificați.

Definiția programului aduce în atenția cititorului și problema de sănătate. În limbaj laic, problema reprezintă o situație neplăcută, inconfortabilă sau neavantajoasă, pe care dorim să o rezolvăm. 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 diferența între starea de sănătate actuală și 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 funcție de perspective în [3]:

- a. **nevoi normative** – nevoi definite de experți în raport cu anumite valori dorite sau considerate optime (ex. aportul zilnic de glucide);
- b. **nevoi resimțite** – percepții ale indivizilor asupra propriei sănătăți sau ceea ce își 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 să le aibă, deoarece prezintă aceleași caracteristici ca și un alt individ / grup pentru care s-a identificat o nevoie (ex: afecțiuni ale mamei previzionează afecțiuni ale fătului).

1.4. Diferența program / proiect

Termenii de program și proiect sunt frecvent folosiți la întâmplare, fără a se face vreo distincție legată de înțelesul lor. Câteva diferențe între cei doi termeni sunt prezentate în tabelul nr. II.1.

Tabelul nr. II.1 – Diferențe între proiecte și 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 dispăre sau se minimizează, ocupând un loc tot mai jos în ierarhia problemelor de sănătate ale

integrate în ansamblul formal de activități permanente desfășurate în comunitatea în care a fost implementat proiectul.	populației țintă
Are un buget limitat, cunoscut de la începutul proiectului.	Este finanțat sistematic, până dispare problema de sănătate.
Implementat de o organizație temporară, caracterizată prin dinamism și flexibilitate.	Este implementat de o organizație permanentă, cu reguli bine definite; trebuie luată în calcul birocrăția.
Proiectul reunește indivizi cu pregătire diferită, cu cultură diferită, animați de propriile lor scopuri și aparținând unor organizații diferite	Deoarece organizația 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, funcții și caracteristici ale acestora

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

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

PLANIFICAREA cuprinde selectarea misiunilor și a obiectivelor, precum și stabilirea acțiunilor necesare pentru îndeplinirea acestora, înainte de a acționa. Ea este deci o gândire anticipativă și presupune alegerea unei soluții dintre mai multe alternative. Principalele argumente în favoarea planificării constau în: direcționarea și coordonarea eforturilor, reducerea șocului schimbării, minimizarea riscurilor și 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 organizației (planificare strategică, pe termen lung), în timp ce la nivele manageriale mai joase, planificarea presupune identificarea activităților necesare și se face pe termen mai scurt (planificare operațională). De exemplu, pentru sistemul de sănătate, o planificare strategică poate să vizeze eliminarea disparităților în acoperirea cu servicii medicale sau farmaceutice pe medii de rezidență (ceea ce implică un program de acțiune pe termen de 5 – 10 ani), iar planificarea

operațională stabilește modul în care se vor desfășura acțiunile prevăzute la nivelul unui județ, sau al unui furnizor de servicii medicale.

Într-un proiect, planificarea presupune:

- a. dezvoltarea scopului, obiectivelor, a strategiilor de intervenție;
- b. stabilirea activităților și resurselor;
- c. dezvoltarea unei scheme de lucru pentru a stabili relațiile logice dintre activități și 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 esențiale. Ea cuprinde stabilirea structurii intenționale a organizației și definirea rolurilor formale ale persoanelor în cadrul diferitelor compartimente și a relațiilor dintre compartimente și dintre oameni (relațiile de autoritate și de responsabilitate). Reprezentarea grafică a structurii organizației poartă numele de organigramă.

În proiect, organizarea cuprinde:

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

FUNCȚIA DE PERSONAL (COORDONAREA) include activități de management al resurselor umane și are ca scop principal desemnarea persoanelor celor mai potrivite în funcție de specificul posturilor și motivarea acestora, astfel încât să contribuie cât mai mult la îndeplinirea obiectivelor organizației. Angajații nu trebuie să fie nici sub, nici supracalificați, ambele situații fiind considerate la fel de riscante și cu influență negativă asupra performanțelor organizației. Această funcție include recrutarea și selecția angajaților, alocarea personalului în posturile existente, determinarea modului de remunerare, precum și acțiunile desfășurate în vederea întreruperii activității angajaților datorită unor situații speciale (pensionare, transfer, concediere).

În proiect coordonarea cuprinde:

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

- d. îndeplinirea formalităților de încetare a activității la terminarea proiectului.

CONDUCEREA (COMANDA) presupune orientarea membrilor organizației spre ceea ce trebuie să realizeze. Adeseori implică crearea unui mediu de comunicare și motivare, astfel încât membrii organizației (spital, secție, centru medical, chiar cabinet medical individual) să înțeleagă exact ce se așteaptă de la ei pentru îndeplinirea scopului organizației. Un manager poate alege diverse stiluri de conducere, în funcție de preferințele sau filozofia personală, de tipul de personalitate, de nivelul profesional și de caracteristicile echipei cu care lucrează. În general, managerii trebuie să fie flexibili și să își adapteze stilul de conducere la situațiile cu care se confruntă și la nevoile și așteptările angajaților.

La baza funcției de conducere stă motivarea, care reprezintă „corelarea satisfacerii nevoilor și intereselor angajaților cu gradul de participare la îndeplinirea obiectivelor organizației” [5].

În proiect conducerea include:

- a. stabilirea modului de analiză a opțiunilor, luare a deciziilor și 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 și evaluarea performanțelor obținute, în încercarea de îmbunătățire continuă a calității. Etapele procesului de control au fost descrise prima dată de F. W. Taylor (fondatorul managementului organizațional) și constau în esență 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 diferența dintre rezultatele obținute și standardele stabilite.

Pentru a fi eficient, controlul trebuie să inducă măsuri constructive de rezolvare a cauzelor ce generează devierea în sens negativ față de standarde și respectiv măsuri de fructificare a experiențelor pozitive. El implică adesea un mecanism de feed-back sistematic, în care intrările sunt comparate cu ieșirile. Se impune sublinierea caracterului corectiv și nu coercitiv al controlului, în sensul de a genera măsuri de îmbunătățire continuă a calității și nu în sens de pedepsire a “vinovaților”.

În proiecte, controlul se referă la:

- a. stabilirea a ce se monitorizează;
- b. stabilirea criteriilor și indicatorilor de performanță;
- c. stabilirea standardelor de performanță;

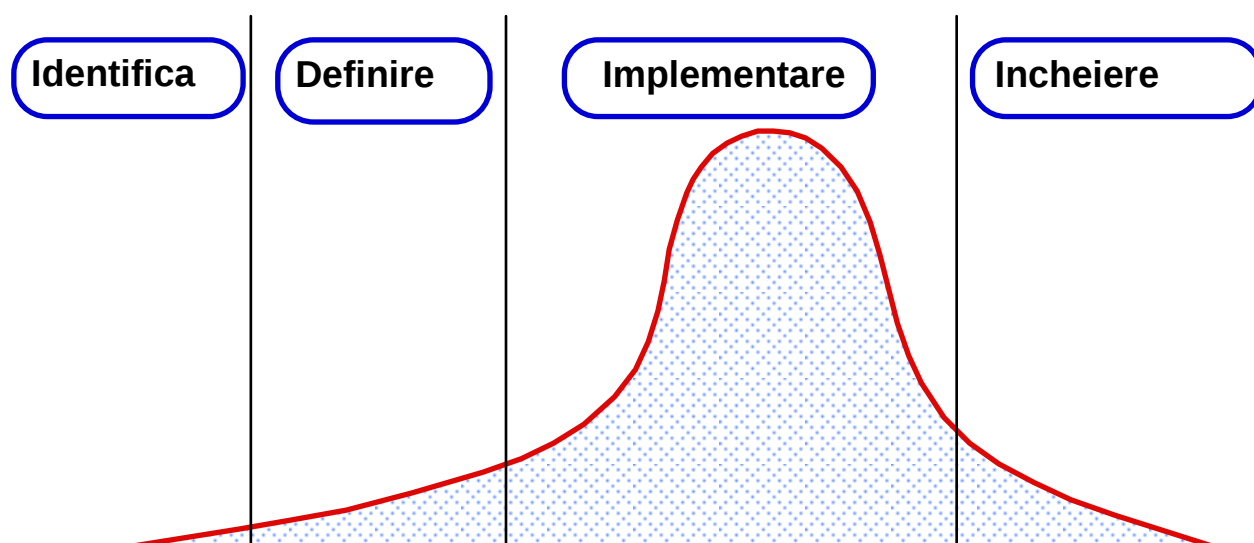
- d. stabilirea și implementarea unui mecanism de monitorizare și evaluare integrat în planificarea proiectului;
- e. stabilirea unui sistem informațional;
- f. planificarea revizuirii regulate a strategiei de implementare, în funcție de rezultatele evaluărilor.

2. CICLUL DE VIAȚĂ AL UNUI PROIECT

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

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

Figura nr.II.1 – Etapele de viață 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 reprezintă începutul proiectului. Ea constă în [7]:

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

publică, care pot fi: administrația publică locală, autoritatea de sănătate publică, organizații ale societății civile, conducerea unei școli, reprezentanți ai unei comunități religioase etc.

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

- i. care este problema de sănătate?
- ii. care este situația dorită/recomandată/optimă?
- iii. care este nevoia de sănătate (diferența între existent și optim)?

Exemplu:

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

Situația recomandată: *Mortalitatea standardizată 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 mortalității 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 cunoaștere și a experienței existente, a modelelor de bună practică publicate în literatură etc. Apoi, aceste alternative sunt analizate din punct de vedere al aplicabilității lor la situația locală, pe baza unor criterii stabilite de experți și, în funcție de opiniile experților, sunt ierarhizate de la alternativa cea mai recomandată la cea mai puțin recomandată. Prioritizarea folosește tehnici specifice, care vor fi dezvoltate în capitolul următor. Etapa de analiză a strategiilor răspunde la două întrebări:

- i. care sunt posibilitățile de intervenție asupra problemei?
- ii. care este cea mai recomandată intervenție 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 și includerea persoanelor la risc în programe personalizate de prevenție;*
- b. evaluarea prevalenței factorilor de risc majori în producerea accidentului vascular cerebral și dezvoltarea de strategii de prevenție primară pentru primii trei ca frecvență dintre ei.*
- c. dezvoltarea sistemului de asistență medicală de urgență pentru a scădea timpul de transport la spital.*

ii. Care este cea mai recomandată intervenție?

La această întrebare este dificil de răspuns. De regulă deciziile sunt politice, dar sunt adesea controversate, dacă nu există evidențe 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 schițe de proiect pe baza intervenției selectate, formularea preliminară a scopului și a obiectivelor proiectului, descrierea factorilor care favorizează intervenția și a celor care o împiedică și identificarea posibilelor parteneriate pentru realizarea proiectului. Această fază răspunde la următoarele întrebări:

- i. care este scopul intervenției selectate?
- ii. care sunt obiectivele (etapele intermediare) în îndeplinirea scopului?
- iii. care sunt condițiile care favorizează intervenția?
- iv. care sunt riscurile în implementarea intervenției?
- v. cine sunt principalii actori / parteneri care trebuie cooptați pentru realizarea proiectului?

Etapă de identificare se concretizează printr-un document de tip scrisoare de intenție sau schiță de proiect, care este transmis organizației care a lansat cererea de proiecte.

2.2. Definirea

Definirea este faza ulterioară identificării proiectului, care presupune dezvoltarea aplicației de proiect, după ce există un acord de principiu asupra oportunității proiectului și a posibilităților de finanțare. Această fază pornește de la schița de proiect și constă în:

a. realizarea analizei de fezabilitate – verificarea capacității proiectului de a produce rezultatele dorite, în limitele de timp și de buget existente, la parametrii de calitate prevăzuți și ținând cont de condițiile specifice de mediu [6]. Se analizează fezabilitatea proiectului din punct de vedere legislativ, politic, economic, organizațional, 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 influențat?
- 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 și a obiectivelor, precum și realizarea arborelui de obiective. Tot în această etapă sunt descrise activitățile proiectului cu

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

- i. care este scopul proiectului?
- ii. care sunt obiectivele proiectului?
- iii. care sunt activitățile proiectului?
- iv. cum sunt condiționate activitățile între ele (ex.: ce activități trebuie realizate înaintea altora, ce activități nu pot începe decât după ce se încheie alte activități, etc.)
- v. care este durata fiecărei activități și data probabilă a începerii?
- vi. care sunt resursele financiare necesare pentru fiecare activitate și 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 responsabilitățile și relațiile 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 și control – descrie sistemul de monitorizare și evaluare, instrumentele și indicatorii utilizați, procedurile care se aplică în proiect, periodicitatea raportărilor etc. Ea răspunde la următoarele întrebări:

- i. care este sistemul informațional în proiect?
- ii. care sunt procedurile aplicabile?
- iii. cum este monitorizat proiectul?
- iv. cum este evaluat proiectul?

Capitolul al șaselea prezintă detaliat aceste noțiuni.

Rezultatul etapei este reprezentat de formularul de proiect definitiv. Acest formular este negociat între finanțator și implementator (uneori sunt implicate mai multe părți) și este, de regulă, anexă la un contract de finanțare care se încheie între aceștia. Odată semnat contractul și formularul de proiect, acesta poate fi modificat numai prin acordul ambelor părți și numai printr-un act adițional la contractul inițial. Managerul proiectului este responsabil de orice modificare, abatere sau neîndeplinire a prevederilor contractului, respectiv formularului de proiect.

2.3. Implementarea

Faza de implementare constă în îndeplinirea activităților din proiect. Ea presupune mobilizarea resurselor materiale, financiare și umane, precum și activarea sistemului de monitorizare și 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 și financiare și rapoarte de evaluare, elaborate cu periodicitatea stabilită în formularul de proiect. Implementarea este faza în care se obțin rezultatele proiectului. Deși se caracterizează printr-o concentrare maximă de resurse, în această fază se iau mai ales decizii de nivel operațional, 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/activități la parametrii prevăzuți în documentul de proiect. Aceste evenimente sau constrângeri trebuie aduse la cunoștința finanțatorului și, în baza lor, trebuie renegociate rezultatele așteptate din proiect.

2.4. Încheierea

Această fază cuprinde toate formalitățile necesare pentru închiderea proiectului, respectiv elaborarea raportului final, participarea la evaluarea proiectului, încheierea cărților 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 atenție redusă atât din partea implementatorilor, cât și, foarte important, din partea beneficiarilor unui proiect. Totuși neglijarea aspectelor formale caracteristice fazei de încheiere poate avea efecte foarte grave.

Exemple:

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

2. Proiectul X s-a finalizat, s-au lichidat conturile bancare, responsabilul cu resursele umane și-a încheiat activitatea în proiect și relațiile contractuale cu persoana juridică girantă a implementării, dar membrii echipei de proiect nu au cărțile de muncă încheiate. Această situație atrage după sine litigii de muncă, deoarece persoanele respective nu pot încheia relații contractuale cu alți angajatori.

3. În același proiect s-au îndeplinit toate activitățile din planul de implementare, s-au lichidat conturile bancare, membrii echipei și-au încetat raporturile de muncă (și au cărțile 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 cerință obligatorie a finanțatorului, raportul final reprezintă un document foarte important pentru sustenabilitatea proiectului și pentru utilizarea rezultatelor din proiect în intervenții viitoare din domeniul respectiv. În cazul în care raportul final nu este elaborat și diseminat, experiența dobândită prin proiect rămâne incomplet valorificată.

În concluzie, orice proiect are un ciclu de viață limitat, constituit din patru faze: identificare, definire, implementare și încheiere. Faza de identificare se finalizează cu o scrisoare de intenție sau o schiță de proiect. În cazul în care proiectul prezintă interes pentru finanțatori, beneficiari, autorități, societatea civilă etc. și există un acord de principiu privind acceptarea și finanțarea lui, proiectul trece în faza de definire, care se finalizează cu documentul de proiect, de regulă însoțit de părțile implicate printr-un contract. Odată semnat contractul, începe transformarea planului în acțiune, respectiv implementarea proiectului. Documentele caracteristice acestei faze sunt planul de implementare, rapoartele de monitorizare narative și financiare și rapoartele de evaluare. După îndeplinirea tuturor activităților, de trece la faza de încheiere, care presupune lichidarea angajamentelor inițiate în scopul implementării proiectului și transferul rezultatelor către organizațiile 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 menționat faptul că ciclul de viață al proiectului servește înțelegerii cititorului și nu se regăsește descris la atare în formularele de proiect, care variază în funcție de finanțator.

3. CONCEPEREA UNEI PROPUNERI DE PROIECT

3.1. Considerații generale

Așa cum remarcam în primul capitol al acestei secțiuni, proiectele reprezintă o oportunitate actuală care trebuie luată în calcul, în special în contextul aderării României la Uniunea Europeană și 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 sănătății, 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 finanțează proiecte?”

„există o rețetă de succes pentru proiecte?”.

Vom încerca să răspundem pe rând acestor întrebări.

Cum ajungem să scriem o propunere de proiect?

Finanțatorii 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 competiție mai mare și implicit proiecte mai valoroase.

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

- domeniul/domeniile eligibile pentru finanțare (acestea sunt, de regulă, domenii incluse în misiunea organizației finanțatoare);
- profilul organizațiilor care pot să solicite finanțarea (deci să implementeze proiectul) și 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 finanțării);
- locul unde pot fi depuse propunerile de proiecte (adresa, persoane de contact, etc.). Uneori există și o persoană de contact/adresă de e-mail pentru a transmite întrebări legate de apelul respectiv.
- un set standard de documente, care trebuie să însoțească propunerea de proiect, pentru a certifica situația juridică, financiară, tehnică, etc a solicitantului;
- bugetul maxim al proiectului (de cele mai multe ori și bugetul total al liniei de finanțare);
- criteriile utilizate pentru evaluarea propunerilor de proiecte;
- data la care se comunică rezultatele evaluării și modul de comunicare (în scris, fiecărui solicitant, pe pagina web a finanțatorului, etc.);
- de regulă, există un formular de solicitare standard, pentru facilitarea evaluării propunerilor de proiecte;
- principalele rigori/proceduri care trebuie respectate, uneori și legislația aplicabilă proiectelor.

Ce se întâmplă după ce am depus formularul de solicitare?

Odată depus în forma cerută de finanțator (on-line, prin poștă, la sediul instituției, etc.) împreună cu setul de documente standard, demersul de solicitare se consideră încheiat și se așteaptă rezultatul evaluării. În funcție de finanțator, demersul inițial de solicitare poate să conțină doar o schiță 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 și se comunică direct acceptarea sau neacceptarea proiectului la finanțare, 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 concordanță cu exigențele finanțatorului. Sunt selectate pentru finanțare proiectele din fruntea listei, până la epuizarea bugetului liniei de finanțare. Uneori, proiectele aflate imediat după proiectele selectate pentru finanțare sunt puse pe o listă de așteptare și pot fi finanțate, dacă apar economii sau suplimentări ale liniei de finanțare.

Dacă rezultatul evaluării este pozitiv și proiectul a fost acceptat pentru finanțare, urmează etapa de contractare – finanțatorul sau reprezentantul lui încheie un contract cu implementatorul – în care sunt stabilite regulile aplicabile între părți privind implementarea proiectului, modul de soluționare a eventualelor litigii și sancțiunile care intervin în cazul nerespectării contractului. Formularul de proiect este anexă la contract. Uneori faza de contractare este precedată de o fază de negociere, în care finanțatorul și 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 organizație care se încadrează în categoria solicitanților eligibili poate completa un formular de solicitare. Practic orice entitate cu sau fără personalitate juridică, publică sau privată, for profit sau nonprofit poate iniția sau implementa proiecte într-o comunitate. Prezintă în tabelul nr. II.2 o listă de potențiali solicitanți de proiecte în domeniul sănătății publice, precum și argumentele pentru care entitatea respectivă este îndreptățită să solicite/implementeze proiecte.

Tabelul nr. II.2. – Solicitanți de proiecte în domeniul sănătății publice

Nr. crt.	Solicitant	Argumente
1.	Ministerul Sănătății Publice	• reprezintă autoritatea centrală de sănătate publică [8]
2.	Autoritățile de sănătate publică județene sau a municipiului București	• sunt servicii deconcentrate ale MSP și au responsabilitatea sănătății publice la nivel local [8]
3.	Organele administrației publice județene sau locale	• sunt responsabile de sănătatea comunității 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 asistență medicală	• sunt responsabili de furnizarea de servicii medicale preventive, curative și de recuperare
6.	Structuri cu capacitate	• sunt structuri publice care concentrează expertiză

	de cercetare în domeniul sănătății publice – universități, institute sau centre de sănătate publică	tehnică de nivel ridicat; valorificarea acestora trebuie încurajată.
7.	Organizații nonguvernamentale, reprezentanți ai societății civile	societatea civilă trebuie să joace un rol important în reforma din sistemul de sănătate, fiind practic principalul beneficiar, deoarece reformele vizează, de obicei, îmbunătățirea stării de sănătate a populației; societatea civilă trebuie, oricum, consultată, chiar dacă nu este un partener formal în proiect.
8.	Organizațiile profesionale, sindicale și patronale ale profesioniștilor din sănătate	sunt apolitice, fără scop patrimonial și au ca misiune protejarea profesiilor medicale, respectarea deontologiei profesionale, protejarea echilibrului economic și social al profesioniștilor din sănătate, care sunt un beneficiari direcți ai îmbunătățirii condițiilor de furnizare a serviciilor medicale preventive, curative și recuperatorii.
9.	Structurile asociative	sunt reprezentate de asociații și organizații nonguvernamentale de la nivelul județelor, orașelor și comunelor și trebuie să aibă un rol major în formularea și implementarea politicilor publice la nivel local
10.	Mediul de afaceri	sănătatea este un bun public, iar asocierea dintre sănătate și productivitate este dovedită; mediul de afaceri trebuie să conștientizeze și să susțină intervențiile în domeniul sănătății publice; tendințele din mediul de afaceri trebuie să fie în linie cu tendințele generale de politică de sănătate (ex.: restricții de publicitate pentru produse dăunătoare sănătății).
11.	Alte elite din comunitate: școala, biserica, etc.	- sănătatea reprezintă o valoare socială; - intervențiile 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 finanțează proiecte?

Proiectele pot fi finanțate de entități publice sau private, naționale sau internaționale. Enumerăm câteva exemple de entități finanțatoare pentru România și de condiții de finanțare:

I. organizații internaționale

- a. **Banca Mondială** – furnizează credite pentru implementarea de programe de țară, aprobate cu statul beneficiar printr-un acord, ratificat prin lege. Creditele sunt garantate de către stat și rambursate de Ministerul Finanțelor Publice, care aprobă programul din punct de vedere financiar. Implementatori sunt instituții de linie ale administrației publice centrale (Ministerul Sănătății Publice, Ministerul Transporturilor, Ministerul Educației etc), care gestionează sectorul vizat de program.

Exemplu: în prezent Ministerul Sănătății Publice implementează Programul de reformă a sistemului sanitar faza a doua (APL II), cu patru componente: îmbunătățirea asistenței materno-infantile, a asistenței de urgență, dezvoltarea asistenței medicale primare și proiectarea unui sistem de conturi naționale în sănătate. Proiectul este implementat de o Unitate de management de proiect înființată pe lângă minister. Pentru fiecare componentă se licitează intervențiile prevăzute în documentele de proiect. Licitațiile se publică pe pagina web a ministerului, în Monitorul Oficial al României și chiar în Jurnalul Oficial al Uniunii Europene, în funcție de pragul (valoarea monetară) a acestora și pe baza ofertelor/primite sunt selectați furnizorii de bunuri, servicii sau asistență tehnică. Legislația aplicabilă este reprezentată de procedurile Băncii Mondiale, care prevalează, precum și de legislația românească. [9].

- b. Fondul Global de luptă împotriva tuberculozei, HIV/SIDA și malariei** – a acordat României în anul 2003 o finanțare nerambursabilă pentru intervenții în domeniul HIV/SIDA și tuberculozei.
- c. UNICEF** – finanțează în România intervenții în domeniile: protecția copilului, sănătate, educație. Intervențiile sunt implementate de echipa UNIFEC România în parteneriat cu Guvernul [10].

II. Comisia Europeană, prin următoarele programe:

- a. Programul Facilitatea de Tranziție** – CE sprijină România și Bulgaria în procesul de consolidare a capacității administrative, prin acordarea de asistență financiară nerambursabilă în primul an de la aderare, în domenii identificate ca fiind prioritare și prin instrumente financiare care și-au demonstrat utilitatea în perioada de pre-aderare (Twinningul, Twinning-ul light, asistența tehnică primită prin contractele de servicii sau mobilizarea unor experți 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 instituțiile administrației publice centrale sau ONG-urile, în măsura în care acestea îndeplinesc un rol în procesul de implementare a acquis-ului. Nu sunt eligibile activități care se vor finanța prin fondurile structurale [11].
- b. Programul comunitar de acțiune în domeniul sănătății 2003 – 2008** – prima abordare integrată a Comisiei Europene pentru protecția sănătății publice. Programul are trei obiective generale (informarea în sănătate, răspunsul rapid la amenințările privind sănătatea, promovarea sănătății prin determinanții ei) și acordă finanțări pe baza competiției de proiecte [12].

De cele mai multe ori finanțatorii încurajează parteneriatele, deoarece cresc atât forța de implementare, cât și sustenabilitatea proiectelor (capacitatea de transfer al rezultatelor proiectului în activitățile de rutină ale domeniului).

Există o rețetă de succes pentru proiecte?

Desigur, nu. Așa cum a rezultat din capitolele anterioare, fiecare finanțator are exigențele proprii, și fiecare proiect este un sistem deschis, care poate fi influențat de intervenienți diverși și multipli. Există totuși câteva criterii universale valabile în funcție 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 condițiilor de calitate asumate prin proiect
4.	Încadrarea în intervalul de timp planificat
5.	Satisfacția beneficiarilor, a promotorilor și a partenerilor colaboratori.

3.2 Metode de identificare a problemelor de sănătate

Există trei categorii esențiale 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

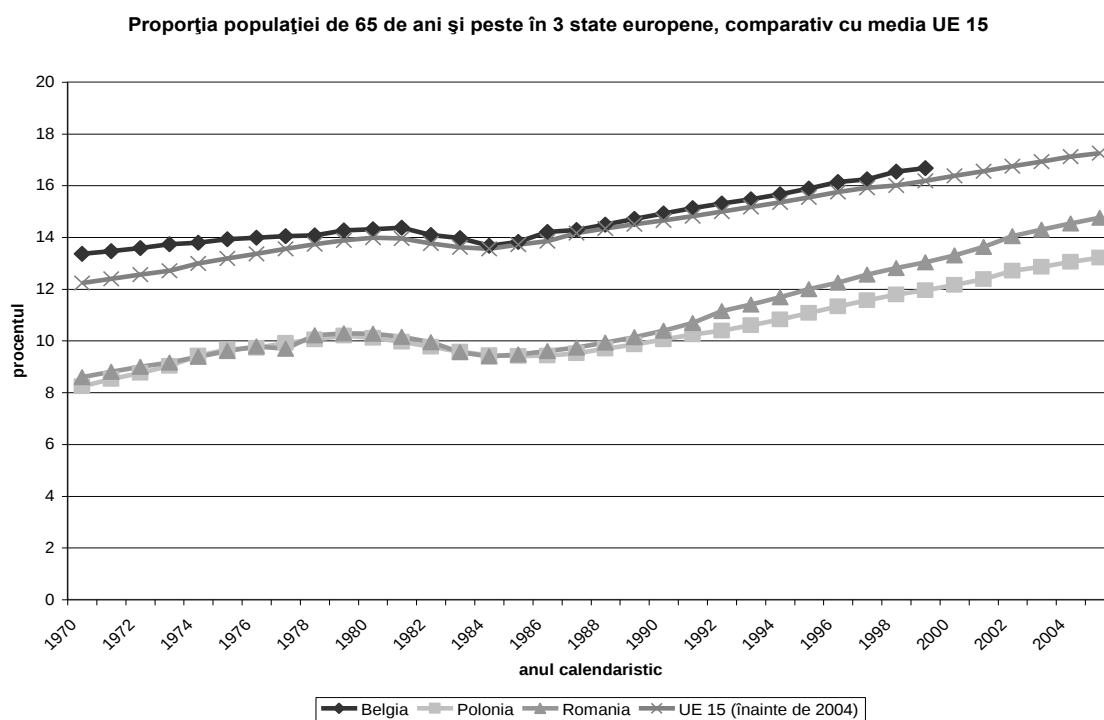
I. Metode cantitative bazate pe indicatori de raportări curente	II. Metode care utilizează anchete ale stării de sănătate	III. Metode bazate pe tehnici de consens
1. Indicatori socio-demografici 2. Indicatori de morbiditate 3. Indicatori de utilizare a serviciilor 4. Indicatori de resurse Surse de date: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

Exemple:

I. Indicatori ai stării de sănătate

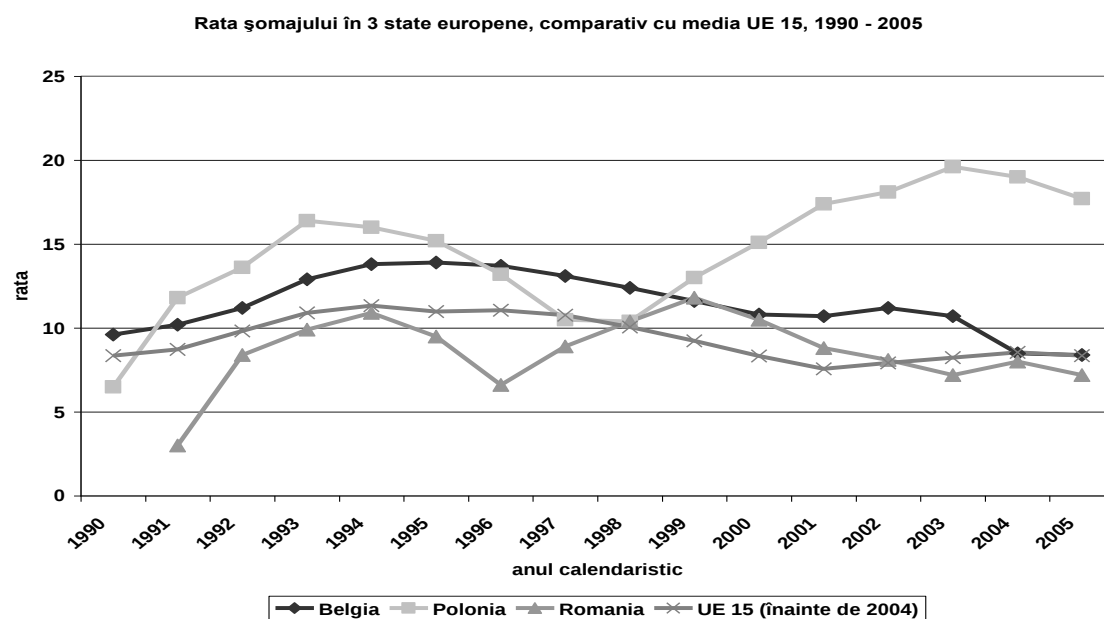
1. Indicatori socio-demografici

Figura nr .II.2.



Sursa datelor: www.hfa.dk

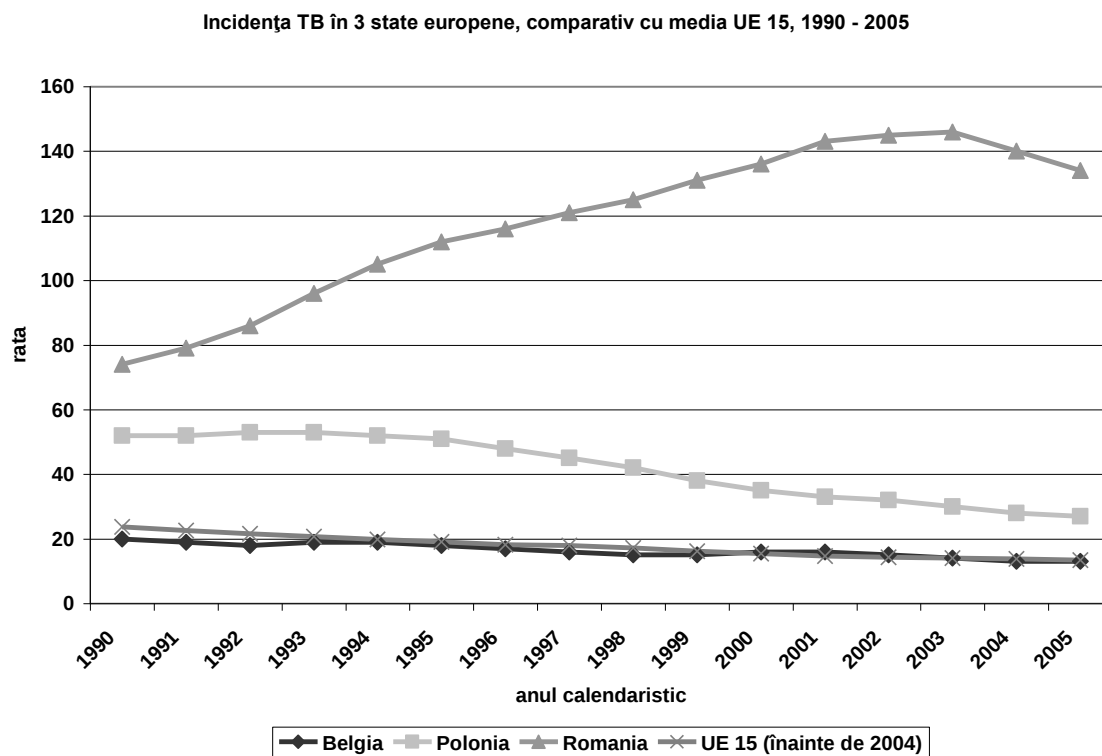
Figura nr. II.3.



Sursa datelor: www.hfa.dk

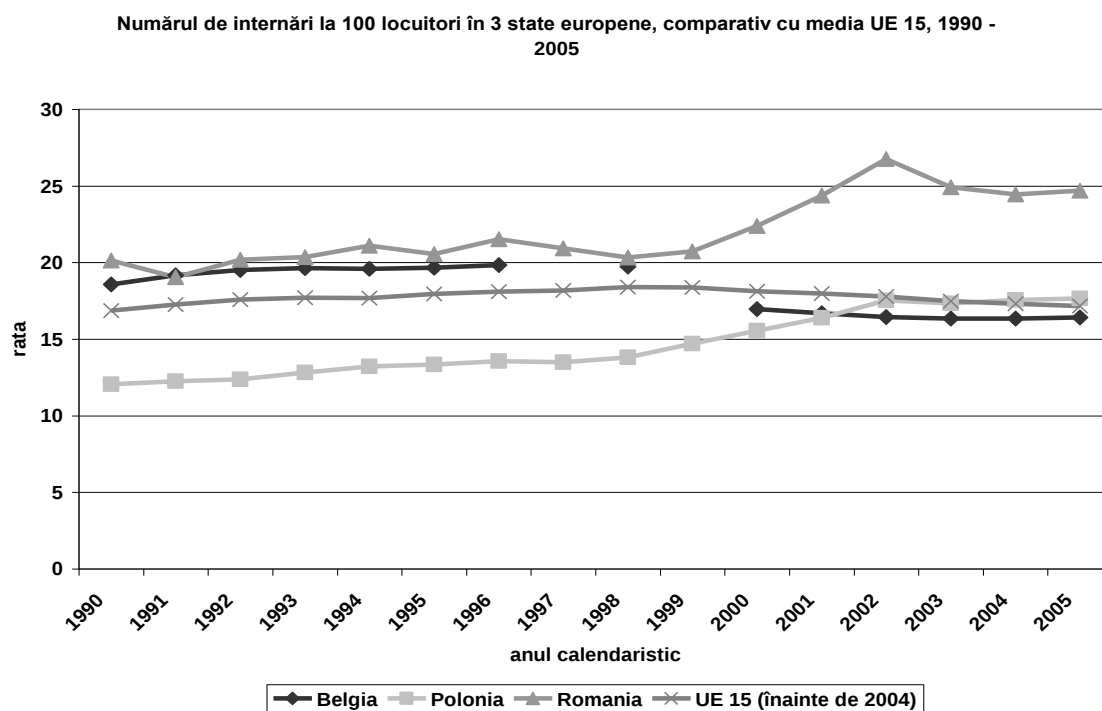
2. Indicatori de morbiditate

Figura nr. II.4.



3. Indicatori de utilizare a serviciilor

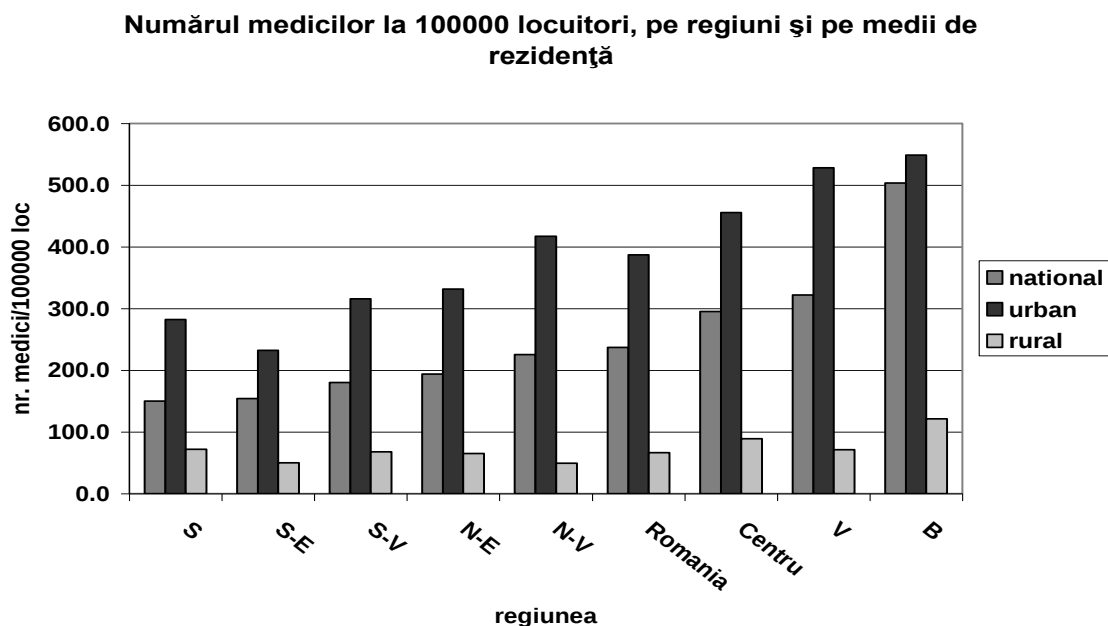
Figura nr. II.5.



Sursa datelor: www.hfa.dk

4. Indicatori de resurse

Figura nr. II. 6



Sursa: Registrul național al medicilor, 2002

Comentariu Figura nr. II.2.:

În România proporția populației de 65 de ani și peste este superioară celei din Polonia, dar inferioară mediei statelor vechi membre ale UE. Totuși, analizând tendința indicatorului, constatăm că în România proporția acestei populații crește în aceeași măsură comparativ cu UE15.

Comentariu Figura nr. II.3.:

Rata șomajului este cea mai ridicată în Polonia. În Belgia rata șomajului prezintă o tendință constantă de scădere în ultimii 20 de ani. În anul 2005 România avea o rată a șomajului ușor inferioară UE 15 și în scădere.

Comentariu Figura nr. II.4.:

Incidența tuberculozei la 100000 locuitori în România a avut o tendință constantă de creștere până 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 tendință constantă de creștere până în anul 2002. În anul 2005, valoarea indicatorului era superioară UE15 cu 33%. Belgia și Polonia aveau o proporție similară cu UE15.

Comentariu Fig. nr. II.6.:

Există inegalități în profil teritorial între cele 8 regiuni de dezvoltare, în ceea ce privește acoperirea cu medici, regiunile Centru, Vest și București fiind cele mai bine acoperite. Diferențe marcante se constată pe medii de rezidență (urban / rural), în toate regiunile de dezvoltare, în condițiile în care aproape jumătate din populația României locuiește încă la sate.

II. Anchete privind starea de sănătate

Se pot utiliza atât la nivel național, cât și, de exemplu, la nivelul unui județ sau al unui grup populațional vulnerabil. Anchetele pot avea ca scop evaluarea prezenței / absenței 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 esență discutăm despre **anchete epidemiologice descriptive**, care descriu populația țintă (indivizi, grupuri de indivizi sau subpopulații) în funcție de caracteristici personale, temporale și spațiale și despre **anchete epidemiologice analitice observaționale**, care măsoară asociația dintre expunere și rezultat, fie pornind de la expunere, fie pornind de la rezultat. Ele au ca principiu existența unui grup de comparație.

Uneori sunt utilizate **anchete sociologice** pentru analiza percepției pacienților asupra propriei stări de sănătate sau pentru analiza nivelului de satisfacție al pacienților / membrilor unei comunități în legătură cu un anumit produs sau serviciu.

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

Tip de anchete	Subtip	Categorii	Scurtă definiție
Descriptive = descriu o populație după caracteristici personale, temporale și spațiale	Populaționale	Ancheta de prevalență	Analizează în mod activ și simultan prezența de boli și de factori de risc într-o populație selectată, fără să facă referire la trecut, sau la viitor.
		Studii ecologice	Compară frecvența bolii/expunerii între grupuri populaționale în același interval de timp, sau compară aceeași populație la momente diferite de timp, utilizând înregistrări globale pentru populație.
	Individuale	Raportul de caz	Descrierea detaliată a profilului pentru unul până la 5 pacienți, realizată de unul sau mai mulți clinicieni.
		Seria de cazuri	Etapa următoare raportului de caz, grupând 5 până la 15 cazuri.

Analitice observaționale = analizează comparativ frecvența expunerii și frecvența bolii în subgrupuri.	Prospective / de cohortă	Pornesc de la un eșantion din populația țintă, care se autodivide în expuși și non-expuși. Ambele subgrupuri sunt urmărite în timp până apare boala. Se așteaptă ca frecvența bolii să fie mai mare în rândul expușilor comparativ cu non-expușii.
	Retrospective / caz-control	Pornesc de la cazuri și martori care sunt urmăriți retrospectiv pentru prezența expunerii.

Exemplu: În cabinetul unui medic de familie, pacienții erau rugați la sfârșitul consultației să completeze chestionarul de mai jos:

CHESTIONAR

Stimate pacient, pentru a putea realiza îmbunătățirea serviciilor pe care vi le oferim, suntem foarte interesați de opinia dumneavoastră asupra activității cabinetului nostru. De aceea, vă rugăm să aveți amabilitatea să răspundeți la următoarele întrebări, încercuind varianta care vi se potrivește:

1. Genul : a.masculin b.feminin
2. Vârsta :
3. Sunteți : a.pensionar b.salariat
4. Locuiți la: a.bloc b.casă la curte
5. Ultima școală pe care ați terminat-o a fost:

a.școala primară b.școala generală c.liceul d.facultatea
6. Sunteți: a.celibatar b.căsătorit / cu partener c.văduv d.divorțat
7. Credeți că sunteți bolnav :

a. foarte grav
 b. grav
 c. moderat
 d. deloc.
8. Veniți 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 puțin 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 rețetei 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. Preferați să veniți la medicul de familie: a.cu programare b.fără programare

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

- a. sub 15 minute
- b. între 15 și 30 de minute
- c. între 30 și 60 de minute
- d. peste 60 de minute

13. Vă rugăm să dați o notă de la 1 la 10 fiecăreia din următoarele activități din cabinetul nostru:

(10 – sunt foarte mulțumit; 1- nu sunt mulțumit deloc)

	Medic	Asistent	Medic rezident
Informații oferite			
Ascultarea problemelor dvs.			
Comportament			
Limbaj			
Punctualitate			

14. Ce vă nemulțumește cel mai mult la cabinetul nostru?

.....

15. Ce credeți că ar trebui să oferim în plus?

.....

Pe baza acestui instrument simplu și rapid, medicul coordonator al cabinetului a constatat că pacienții sunt în principal nemulțumiți de timpul de așteptare (chiar și cei care veneau cu programare așteptau peste 30 de minute) și 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 și limite

Metoda	Descriere	Avantaje	Limite
Ancheta Delphi	Se bazează pe o listă de experți 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 cunoștința respondenților (ex. la o adresă de internet) și se pregătește un al doilea instrument, mai specific (participanții sunt rugați să noteze în ordinea importanței aspectele identificate în runda 1). În runda 3 se informează asupra rezultatelor obținute în runda 2 și se solicită motivarea opiniei la cei cu opinii discordante, utilizând, de asemenea, metode cantitative. Se urmărește obținerea consensului. <i>Ex: În perioada august - noiembrie 2006, OMS a realizat o anchetă Delphi pentru a realiza o clasificare internațională a siguranței pacientului [17].</i>	• lasă timp pentru reflexie; • anonimatul evită influențarea membrilor de către personalitățile din grup; • scade tendința de conformare la grup; • se cunoaște ansamblul opiniilor de către toți participanții; • persoanele răspund când au disponibilitate și nu trebuie să se deplaseze.	• durată mare a studiului – fiecare rundă necesită cel puțin o lună; • - rată mică de răspuns.
Informatorii cheie	Sunt persoane care locuiesc sau muncesc într-un anumit teritoriu sau într-un anumit sistem și 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 comunității.	• e influențată de disponibilitatea persoanelor alese (de timp, de participare la studiu, etc.); • se bazează pe percepții.

Brain-storming	Se aleg 10 – 12 experți, cu care se organizează o întâlnire de maxim 60 de min, în care se anunță subiectul și 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 desfășurare.	• modul interactiv sugerează uneori dezorganizare.
Forumul comunitar	Este o întâlnire deschisă tuturor membrilor unei comunități, pentru a identifica problemele percepute de ei. Aceștia sunt încurajați să își expună public opinia. Se recomandă, ca animator, un membru respectat sau marcant din comunitate.	• permite fiecărui individ să își exprime opinia	• nu este fezabilă în comunități mari
Grupul nominal	Pornește de la premiza că în generarea de idei pot fi folosite grupuri de specialiști care nu comunică între ele; datele obținute 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 și discutate pe rând toate ideile (30 – 60 minute) și se aleg 5 – 9 idei, prin vot, urmărindu-se realizarea consensului.	• utilă în situații complexe; • simplu de organizat; • utilizează experiența persoanelor specializate în domenii diferite; • se poate aduna un număr mare de idei; • se pot exprima fără îngrădiri toți participanții.	• subiectivism; • lipsă de precizie; • necesită deplasarea participanților; • e mai formală – participanții se pot simți manipulați, ceea ce poate genera conflicte; de aceea se recomandă animator extern.
Brainwriting	Se aleg 6 – 8 experți în domeniu, se anunță obiectivul, iar animatorul propune unele soluții. Participanții adaugă în scris alte soluții și transmit foile de la unul la altul. La sfârșit se discută ideile și se aleg, prin consens, 5 – 6 idei.	• permite exprimarea și stimulează reflexia individuală; • oferă timp pentru reflexie.	• pornește de la opinii personale.

3.3. Determinarea priorităților

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

Amploarea problemei (măsurată prin număr de indivizi afectați sau prin gravitatea efectelor la nivel individual), evoluția ei (în timp, în spațiu), sau poziția relativă în comparație cu alte probleme (ex. problema este importantă, dar nu atât de importantă comparativ cu alte probleme) pot constitui criterii pentru ierarhizarea problemelor. Pentru ierarhizarea intervențiilor putem folosi drept criterii echitatea, fezabilitatea, costurile sau beneficiile.

Pentru a decide asupra unei intervenții se analizează atât problema, cât și strategiile de intervenție și se ia decizia ținând seama atât de prioritățile de intervenție, cât și de capacitatea reală de a interveni (fig. nr. II.7.) [7].

Pentru demersul de prioritizare se pot folosi și unele tehnici descrise în secțiunea anterioară pentru identificarea problemelor (ex. tehnica grupului nominal), dar și metode specifice (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 soluțiilor și fezabilitatea intervenției. 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 soluțiilor: scor de la 0,5 la 1,5
- D. Fezabilitatea intervenției: se apreciază prin coeficientul PEARL, unde:
 - P = relevanța
 - E = fezabilitatea din punct de vedere economic

A = acceptabilitatea

R = resursele disponibile

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: $D = P \times E \times A \times R \times L$.

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: $S = (A+B) \times C \times D$, unde:

S = scorul total

A = scorul pentru amploare

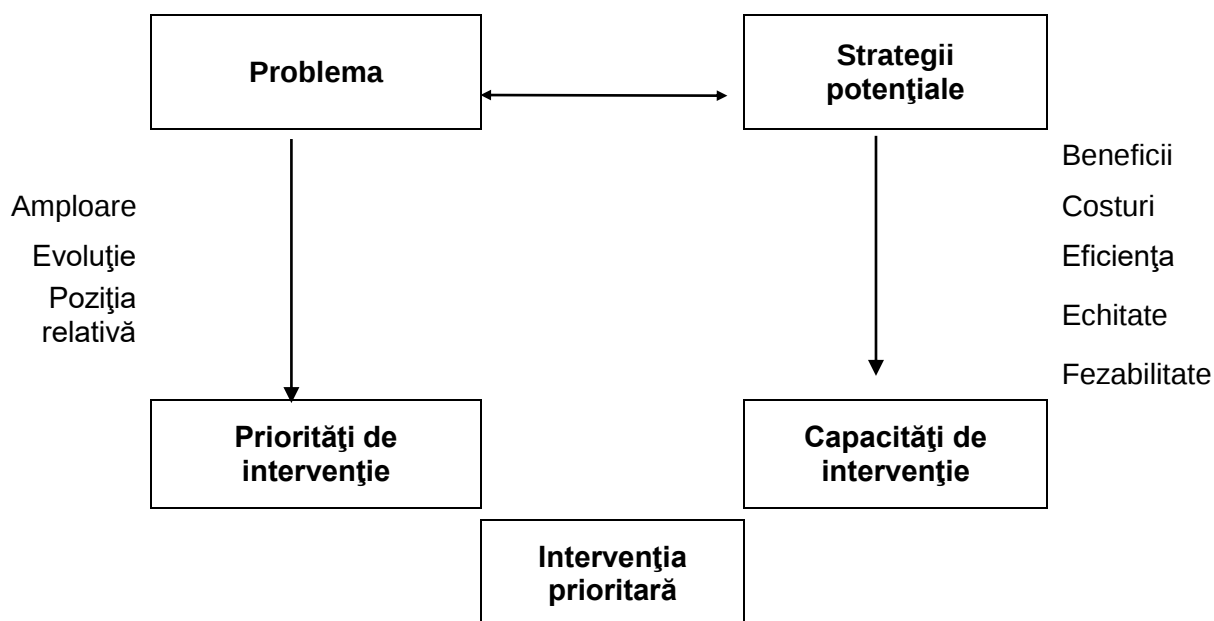
B = scorul pentru severitate

C = scorul pentru eficacitatea soluțiilor ;

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 și se alege problema cu scorul cel mai mare.

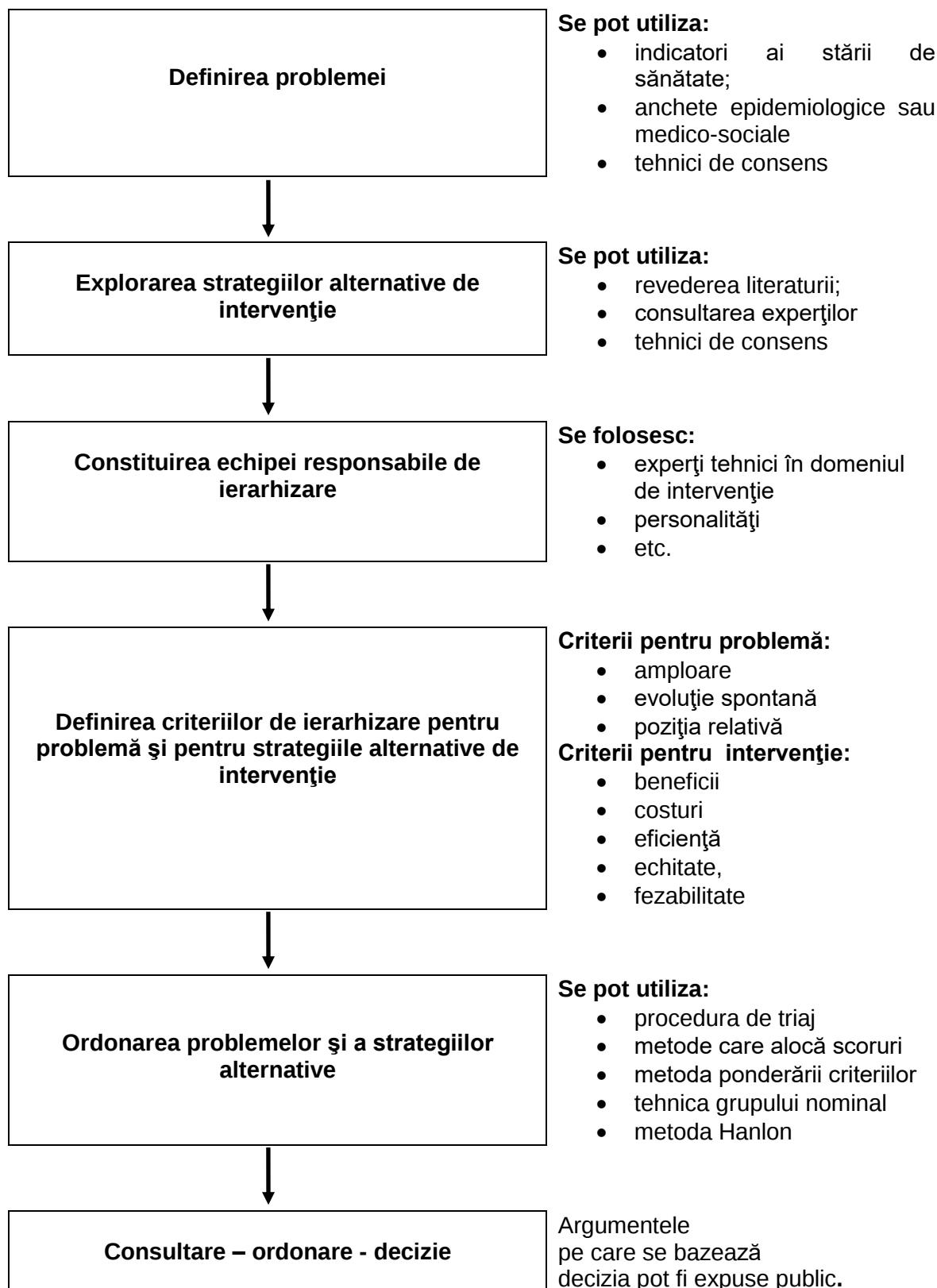
Fig. II.7. Schema unui demers de ierarhizare



Sursa: Fournier, P. Material de curs

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

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



STUDIU DE CAZ: IDENTIFICAREA ȘI IERARHIZAREA PROBLEMELOR DE SĂNĂTATE DIN JUDEȚUL X

Județul X dorește o strategie de dezvoltare pe perioada 2007 – 2013, în care să fie cuprinsă și sănătate. În acest scop este necesară identificarea și ierarhizarea problemelor de sănătate ale județului.

Etapă I. Identificarea problemelor de sănătate din județ

Metoda: Brainstorming structurat

Desfășurare: au fost identificați 10 experți de la Autoritatea județeană de sănătate publică, de la casa județeană de asigurări de sănătate, de la institutul de sănătate publică regional și de la Consiliul Județean. Aceștia au fost invitați în data de la sediul Spitalului județean. Li s-a prezentat pe scurt scopul întâlnirii și maniera de lucru. Fiecare participant va trebui să enunțe, pe rând, o problemă de sănătate publică din județ. Nimeni nu va fi întrerupt sau corectat. Se vor nota toate ideile, chiar dacă unele dintre ele se repetă parțial. Se vor face mai multe tururi de masă, până se epuizează toate ideile. La sfârșit se vor relua ideile notate și se vor alege prin consens 5 – 6 idei considerate ca fiind cele mai importante de către toți membrii grupului.

Rezultat:

A. Lista lungă a problemelor identificate:

- Slaba dezvoltare a serviciilor de urgență din județ, pe fondul creșterii accidentelor de circulație, județul fiind străbătut de un drum European care ajunge la frontiera cu Ungaria
- Subfinantarea spitalelor județean și orașenesc
- Lipsa serviciilor de transport sanitar
- Deficit mare de personal sanitar superior și mediu
- Slaba informare a asiguraților cu privire la drepturile și obligațiile pe care le au
- Aparenta scădere a nivelului de satisfacție a pacienților, evidențiată de apariții frecvente în mass-media a unor reclamații împotriva personalului medical
- Scăderea satisfacției personalului medical ca urmare a recentelor modificări legislative majore din sistemul de sănătate introduse prin Legea nr. 95/2006
- Echipament medical uzat fizic și moral în secțiile de cardiologie și în unitățile de primiri urgențe
- Prevalența crescută a TBC (20% peste media națională)
- Slaba dezvoltare a serviciilor de cardiologie de urgență
- Spitalele județean și municipal nu au condiții de acreditare
- Exodul celor mai calificați specialiști din domeniul medical către state din Europa de Vest

- Concurența pe care o reprezintă serviciile medicale din Ungaria
- Inechitate în accesul la serviciile medicale în județ
- Slaba reprezentare a serviciilor preventive
- Scăderea calității actului medical
- Existența unui spital de obstetrică – ginecologie care cumulează arierate prin scăderea numărului de nașteri din județ
- Salariile mici ale personalului medical mediu, comparative cu veniturile rezultate din alte ocupații
- Inexistența unui mecanism formal de urmărire a infecțiilor nosocomiale în spitalul județean

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

- Slaba dezvoltare a serviciilor de urgență din județ, pe fondul creșterii accidentelor de circulație, județul fiind străbătut de un drum European care ajunge la frontiera cu Ungaria
- Prevalența crescută a TBC (20% peste media națională)
- Existența unui spital de obsterică – ginecologie care cumulează arierate prin scăderea numărului de nașteri din județ
- Scăderea calității actului medical și scăderea satisfacției pacienților, pe fondul unor semnale mediatice tot mai frecvente de erori medicale sau de nerespectare a drepturilor pacienților
- Salariile mici ale personalului medical mediu, comparative cu veniturile rezultate din alte ocupații
- Exodul celor mai calificați specialiști din domeniul medical către state din Europa de Vest

Etapa II. Ierarhizarea problemelor identificate utilizând metoda HANLON

Se întocmește 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 soluțiilor: scor de la 0,5 la 1,5

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

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

$$S = (A+B) \times C \times D, \text{ unde: } D = P \times E \times A \times R \times L$$

Pe baza scorurilor acordate de experți s-au obținut următoarele rezultate (vezi tabel)

Concluzii: se observă că anumite probleme care au avut scoruri mari la amploare (exodul specialiștilor) sau la severitate (existența 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. finanțări adiționale pentru plata salariilor) sau nu existau reglementări legislative care să permită soluționarea problemelor (exodul medicilor).

Tabel – Scorurile rezultate ca urmare a aplicării metodei Hanlon

Problema	A	B	C	P	E	A	R	L	D	S
<i>Slaba dezvoltare a serviciilor de urgență din județ, pe fondul creșterii accidentelor de circulație, județul fiind străbătut de un drum European care ajunge la frontiera cu Ungaria</i>	8	10	1.5	1	1	1	1	1	1	27
<i>Incidența TBC cu 20% peste media națională)</i>	10	10	1	1	1	1	1	1	1	20
<i>Existența unui spital de obsterică – ginecologie care cumulează arierate prin scăderea numărului de nașteri din județ</i>	8	10	1.5	0	1	1	1	1	0	0
<i>Scăderea calității actului medical și scăderea satisfacției pacienților, pe fondul unor semnale mediatice tot mai frecvente de erori medicale sau de nerespectare a drepturilor pacienților</i>	7	8	0.8	1	1	1	1	1	1	12
<i>Salariile mici ale personalului medical mediu, comparative cu veniturile rezultate din alte ocupații</i>	9	7	1.5	1	0	1	0	0	0	0
<i>Exodul celor mai calificați specialiști din domeniul medical către state din Europa de Vest</i>	10	8	0.5	1	1	1	1	0	0	0

4. SCOPUL ȘI OBIECTIVELE PROIECTULUI

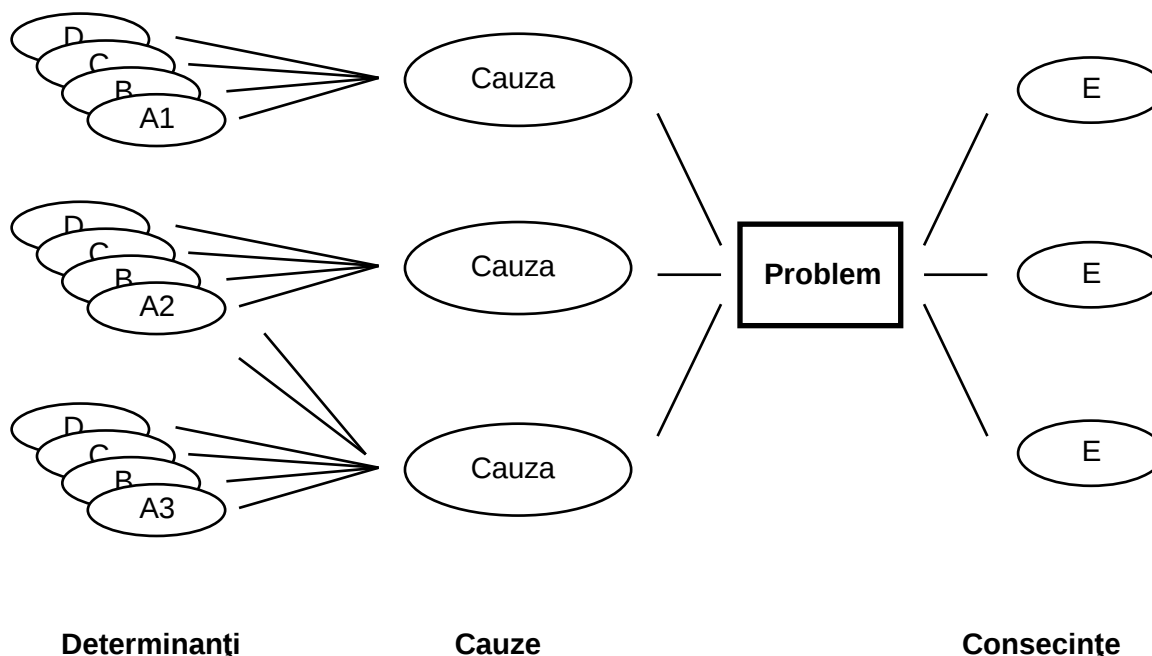
4.1. Arborele de probleme

Deși pare simplă, nu întotdeauna alegerea problemelor se dovedește un proces facil. De cele mai multe ori, nu ne deranjează problema, ci consecințele ei și este necesară o analiză aprofundată pentru a distinge problemele de consecințele lor și pentru a identifica legăturile logice dintre probleme și determinanții acestor probleme. 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 construcție 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 și determinanții acestor cauze, proiectul pe care îl vom concepe nu va putea rezolva toate consecințele problemei căreia i se adresează. Ca urmare, obiectivele sale vor fi îndeplinite parțial.

Fig. nr II.9. – Arborele de probleme



4.2. Formularea scopului și a obiectivelor.

4.2.1. Noțiuni generale

Pentru înțelegerea modului de elaborare a proiectului, este necesară definirea următoarelor noțiuni de bază:

a. **Scopul:** este rezultatul așteptat al proiectului. Ideal se exprimă în termeni de stare de sănătate și este reprezentat de o propoziție cu caracter general.

Exemplu: Îmbunătățirea stării de sănătate a populației din județul X, prin creșterea accesului la servicii medicale de urgență.

b. **Obiectivele generale:** reprezintă legătura între problemă și soluție, sau traduc scopul în termeni operaționali. Ele sunt măsurabile. În general se recomandă 2 - 3 obiective generale.

Exemplu:

- i. reducerea cu 15% a timpului de transport pentru urgențe în doi ani;
- ii. creșterea cu 30% a capacității de preluare a cazurilor în spitale.

c. **Obiectivele intermediare** (nu sunt întotdeauna necesare): reprezintă nivel inferior obiectivului general din care derivă) și 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 și reprezintă un ansamblu particular de măsuri necesare a fi îndeplinite pentru atingerea obiectivului general

Exemplu:

i. achiziția a 30 de ambulanțe în doi ani

ii. construcția unei căi de acces în serviciul de urgență al spitalului județean într-un an

iii. angajarea a 3 asistenți medicali și doi medici specialiști într-un an

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

Exemplu:

i. elaborarea de specificații tehnice pentru ambulanțele care trebuie achiziționate

ii. publicarea anunțului de participare pentru licitația de ambulanțe

iii. constituirea comisiei de evaluare pentru ofertele depuse.

4.2.2. Arborele de obiective

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

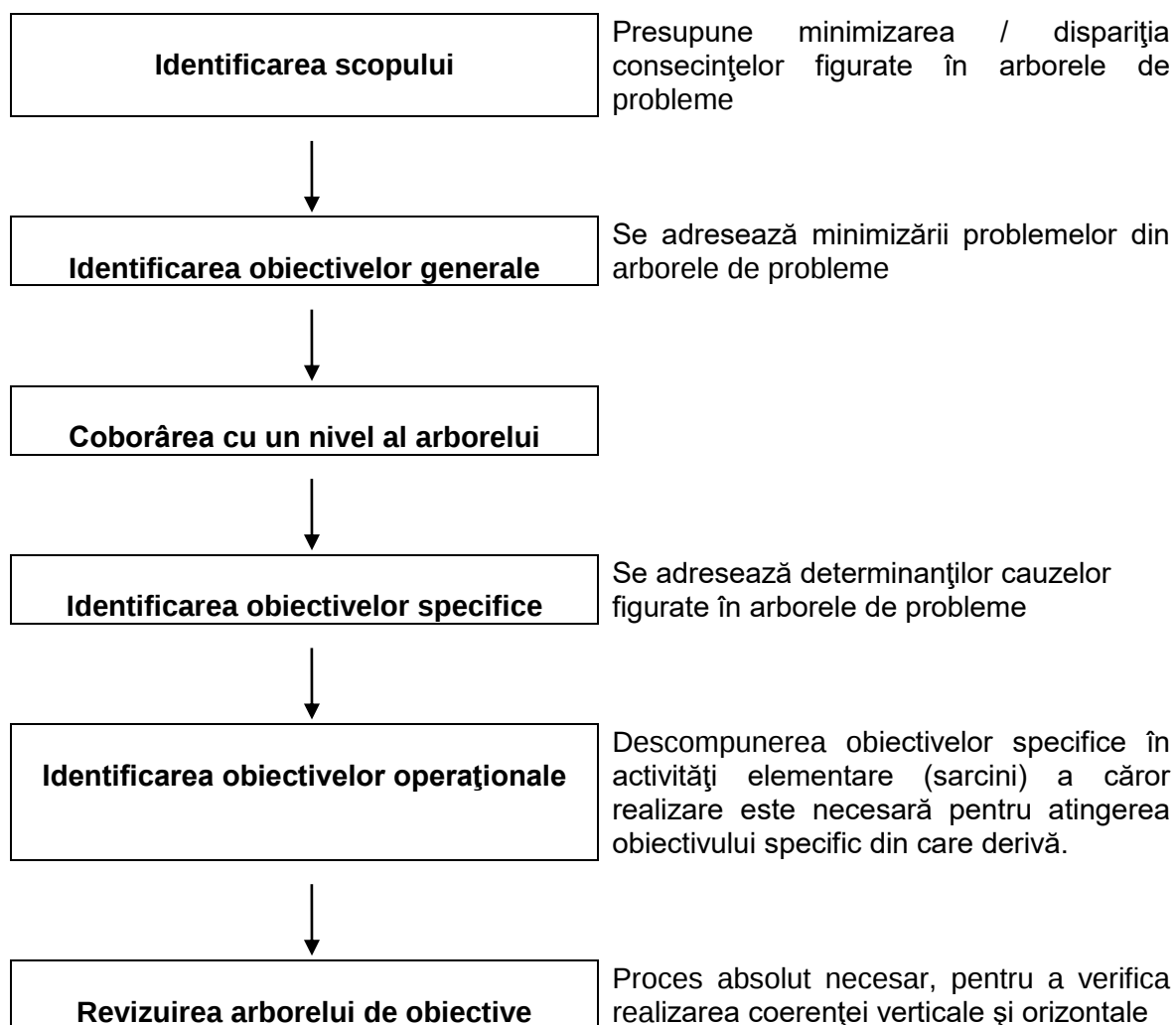
Ierarhia: practic arborele de obiective pornește de la scop (nivelul de vârf) și coboară cu obiective generale, specifice și operaționale.

Coerența: obiectivele de ordin superior condiționează obiectivele de ordin inferior (coerență verticală) și realizarea tuturor obiectivelor de același nivel le condiționează îndeplinirea obiectivului de nivel superior (coerență orizontală)

Etapele generale în realizarea unui arbore de obiective sunt redată 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 în faza de definire a proiectului (pentru a evalua coerența și suficiența obiectivelor), cât și în faza implementare (pentru că oferă o viziune globală asupra proiectului și permite înțelegerea 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 schițat proiectul, trebuie să luăm în calcul caracteristicile mediului în care ne propunem să îl implementăm.

În esență 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 influențează implementarea proiectului, dar asupra cărora proiectul nu intervine.

Exemplu: cadrul legal general privind recuperarea timpului lucrat peste program

b. **mediul care trebuie influențat** – elemente din mediu asupra cărora implementatorul proiectului poate interveni prin negociere, pentru a le influența 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 secția 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 și care sunt acțiunile care pot fi îndeplinite de către aceștia.

Exemple:

- *Ministerul Sănătății avizează orice campanie de promovarea sănătății*
- *Anumite organizații ale producătorilor pot finanța campaniile de promovare a alimentației sănătoase în rândul adolescenților*
- *Anumite organizații nonguvernamentale pot influența acceptabilitatea socială a intervenției la nivelul populației țintă.*

B. Cine controlează nevoile cheie ale proiectului? Pentru a răspunde la această întrebare, trebuie să realizăm un inventar al actorilor, al resurselor și al interesului acestora și să îi repartizăm după importanță.

Exemplu: fără avizul Ministerului Sănătății campania nu se poate desfășura!

C. Cum poate obține proiectul ceea ce necesită? Formularea unei strategii de acțiune și alegerea celor mai adecvate tactici ne asigură răspunsul la această întrebare.

Exemplu: O întâlnire cu expertul Ministerului Sănătății în promovarea sănătății și o prezentare argumentată a campaniei ne asigură obținerea răspunsului pozitiv.

STUDIU DE CAZ: CONCEPEREA UNUI PROIECT

Adaptat după: "Exercițiul Reducerea timpului de așteptare" Pierre Fournier și Slim Hadaad, Universitatea din Montreal

Orasul X, cu 400.000 de locuitori, dispune de o rețea de unități sanitare (spitale, policlinici, centre de sănătate). Spitalul Județean este o unitate de acută, cu profil general, care joacă un rol major în primirea pacienților trimiși din ambulator. Ambulatorul acestui spital este depășit. Asociațiile de pacienți și mass-media fac frecvent referiri la această problemă, iar reprezentanții politici fac presiuni asupra Direcției spitalului și asupra Autorității de sănătate publică pentru a se rezolva problema.

1. Analiza opțiunilor și prioritizare

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

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

2. Înțelegerea cauzelor și a consecințelor

Un consultant a făcut o analiză de situație în ambulator, pentru a înțelege de ce anume era cauzat timpul de așteptare excesiv. El a relevat o serie de **cauze** și de **consecințe** și a pregătit un grafic pentru a le asocia. Din păcate, a pierdut graficul, pe care trebuia să-l prezinte Consiliului de administrație al spitalului. Tocmai a găsit lista cauzelor și a consecințelor. Puteți să-l ajutați să reconstituie graficul ?

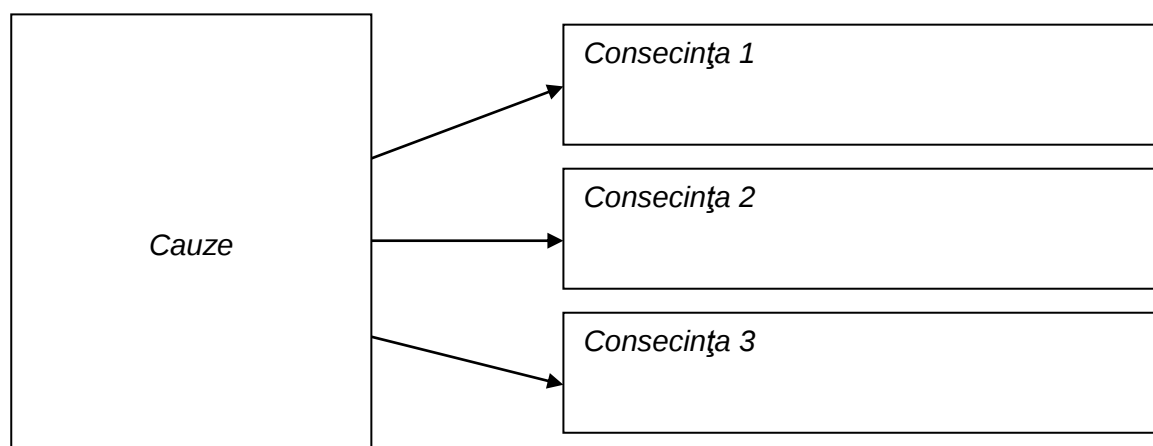
Lista este următoarea:

- A. Absenteism ridicat
- B. Aflux imprevizibil de pacienți trimiși (fără programare)
- C. Pacienți nesatisfăcuți
- D. Pacienți care întârzie la consultație
- E. Control insuficient al personalului de primire
- F. Depășirea capacității de primire
- G. Scăderea complianței medii la tratament
- H. Închiderea neprevăzută a sălilor de consultații
- I. Orare de deschidere neadaptate

- J. Orare de vizită nerespectate
- K. Formalități de înscriere la primire lungi și plictisitoare
- L. Cazuri complicate, trimise de medici care nu trimit de obicei în acest ambulator
- M. Număr insuficient de săli de consultație
- N. Favoruri acordate anumitor pacienți (trecere peste rând)
- O. Personal nemotivat, adesea în întârziere
- P. Personal mutat și neînlocuit
- Q. Presiuni externe (direcția și medicii)
- R. Reducerea duratei medii de întrevedere medic - pacient
- S. Întârzieri la deschidere (începerea consultațiilor)
- T. Disfuncționalități la stocurile de consumabile

Pasul 1. Identificați consecințele

Lista de la pagina anterioară conține 20 de elemente, dintre care unele sunt **cauze** ale problemei pe care încercați să o rezolvați, iar altele sunt **consecințe**. În primul timp, identificați **consecințele** (sunt în număr de 3)



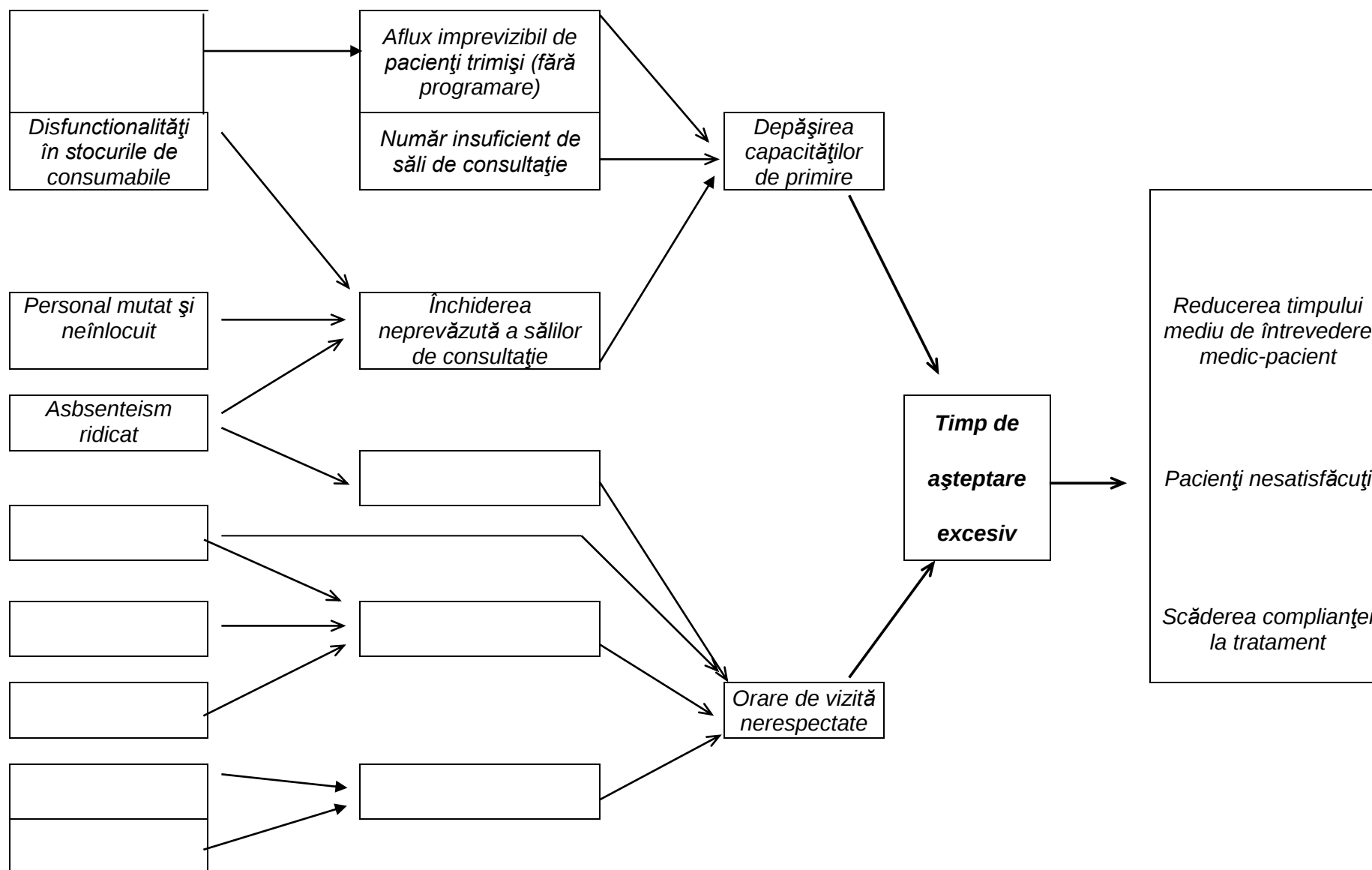
Pasul. 2 Identificați cauzele

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

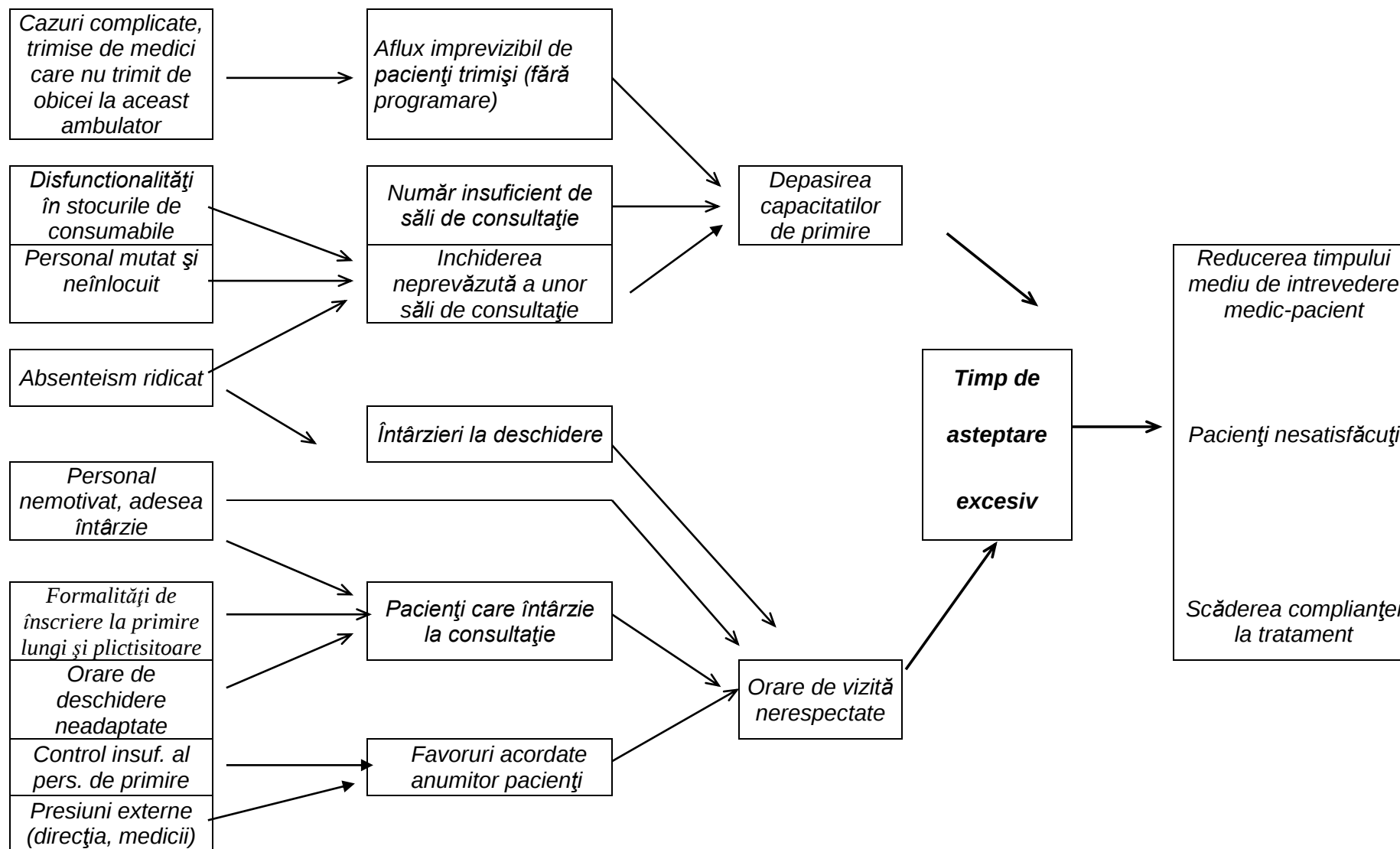
1. cele care țin de depășirea capacităților de primire și
2. cele care țin de nerespectarea orarelor.

Pasul 3 Identificați determinanții cauzelor

Pasul 4. Ați reușit deja să identificați mai multe elemente ale rețelei cauze – consecințe ? Completați această rețea.



Pasul 5. CORECTARE



5. PLANIFICAREA OPERAȚIONALĂ A PROIECTULUI

Se referă la stabilirea detaliată a activităților proiectului. Planificarea operațională este cuprinsă într-un instrument de lucru, care se numește **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 revizuieste la începutul proiectului. Planul de implementare are un rol foarte important pentru echipa proiectului, fiind instrumentul care asigură viziunea comună asupra proiectului și permite monitorizarea activităților.

5.1. Subdiviziunea structurală a muncii

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

SSM se referă la descompunere progresivă și ierarhică a conținutului 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 funcționa, în termeni operaționali strategia aleasă ?
- Ce trebuie făcut? (etape, grupuri de activități, activități) ?
- Care ar trebui să fie legăturile între activități ?
- De ce ar fi nevoie în termeni de resurse umane (calificare și număr), resurse materiale (bunuri)?
- Cine și ce ar face ?
- Cât timp ar dura fiecare activitate ?
- Care ar fi costul fiecărei activități ?

Principii pentru dezvoltarea SSM [7]:

- Arborescența începe de la nivelul global până la nivel elementar.
- SSM trebuie să fie completă: Orice activitate și 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 operaționale, este preferabil să se constituie un obiectiv distinct.

- Este recomandabil ca activitățile 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	Activități predecesoare	Resurse	Observații
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Așa cum se poate observa, tabelul proiectului conține informații privind:

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

5.3. Identificarea corespondenței între activități

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

Exemple:

1. *Într-un proiect sunt prevăzute pentru un trimestru următoarele activități: organizarea unei licitații pentru echipamente medicale și angajarea unor experți evaluatori care să adjudece cea mai favorabilă ofertă.*

Comentariu: *Organizarea licitației (elaborarea termenilor de referință și publicitate) durează cel puțin 3 luni, conform legislației în vigoare. Angajarea experților evaluatori pentru același trimestru face imposibilă îndeplinirea misiunii acestora, deoarece ofertele care trebuie evaluate vor fi disponibile abia la sfârșitul trimestrului. A doua activitate ar trebui planificată în trimestrul următor.*

2. *Într-o intervenție de profilaxie primară a infecțiilor cu transmitere sexuală la elevii de clasa a VIII-a sunt prevăzute: o evaluare inițială a cunoștințelor privind BTS în lunile septembrie – decembrie ale anului 2006, o campanie de informare – educare – comunicare în lunile ianuarie – iunie 2007 și o evaluare la sfârșitul campaniei (lunile iulie – septembrie 2007), prin chestionar, pentru a evidenția îmbunătățirea cunoștințelor privind BTS în populația elevilor.*

Comentariu: *Deși activitățile sunt coerent planificate în timp, nu s-a ținut seama de faptul că în marea majoritate a perioadei planificate pentru evaluarea finală este vacanța școlară. Ca urmare, evaluarea finală va trebui deplasată în perioada octombrie – decembrie.*

A fost menționat anterior că un principiu de bază în SSM este acela că activitățile 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 activitățile ce urmează a fi îndeplinite **nu sunt condiționate** de sfârșitul activității care a întârziat. În cazul în care activitățile ce urmează a fi îndeplinite **sunt condiționate** de încheierea activității care a întârziat, atunci toate acestea trebuie amânate și practic data de finalizare a proiectului se amână și ea.

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

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

- d. activități indiferente, care nu sunt condiționate de începutul sau sfârșitul altor activități.

În baza principiului enunțat anterior se stabilește condiționalitatea pentru toate activitățile din proiect. Astfel, la tabelul proiectului se mai adaugă două coloane, respectiv ESD și tipul de condiționalitate (tabelul nr. II.8).

Tabelul nr. II.8 – Tabelul proiectului, completat

Activitate	Durata	Data cea mai apropiată de începere (ESD)	Activități predecesoare	Tip condiționalitate
1				
2				

Odată completat tabelul, acesta se revede și se încearcă eliminarea, pe cât posibil, a dependențelor dintre activități. Totodată, se stabilesc activitățile cu dată fixă de începere sau de finalizare, precum și activitățile ale căror date de începere 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 și gestiunea producției industriale. El ilustrează grafic calendarul activităților proiectului, indicând începutul, durata și sfârșitul prevăzute pentru fiecare element al SSM. Practic, ne imaginăm un sistem ortogonal de axe, în care pe abscisă este reprezentat timpul și pe ordonată activitățile. Fiecare activitate este reprezentată printr-o bară/linie orizontală, care se întinde pe un interval de timp și a cărei lungime este proporțională cu durata activității (tabelul nr. II. 9).

Tabelul nr. II.9 Exemplu de grafic Gantt

Activități	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 activităților se ține seama de durata activităților și de condiționalitățile dintre ele. Graficul Gantt se poate realiza și pe computer, utilizând diferite soft-uri, dintre care cel mai răspândit este Microsoft Project.

Avantajele graficului Gantt [19]:

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

Limitele graficului Gantt:

- activitățile precedente trebuie stabilite de planificatorii proiectului; dacă acestea nu sunt stabilite corect, graficul Gantt are utilitate îndoielnică;
- dacă proiectul are activități numeroase, graficul devine greu de întocmit și de înțeles.

Utilizarea graficului Gantt:

- este util în toate fazele din ciclul de viață al proiectului pentru comunicarea informațiilor referitoare la programarea activităților;
- în faza de definire permite estimarea duratei totale a proiectului, clarifică legăturile între activități și ajută la alocarea resurselor;
- în faza de implementare a proiectului ajută la monitorizarea și replanificarea activităților
- 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 activitățile cu durată fixă, ținând seama de condiționalitățile dintre ele. El stabilește 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 activitățile situate pe drumul critic atrage după sine amânarea finalizării proiectului. În situația în care durata drumului critic este mai mare decât durata estimată pentru finalizarea proiectului, înseamnă că estimarea nu este fezabilă și trebuie revizuită.

Avantaje:

- permite identificarea activităților 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 activități;

- permite replanificarea activităților fără condiționalități, în funcție de disponibilitățile de resurse

Limite:

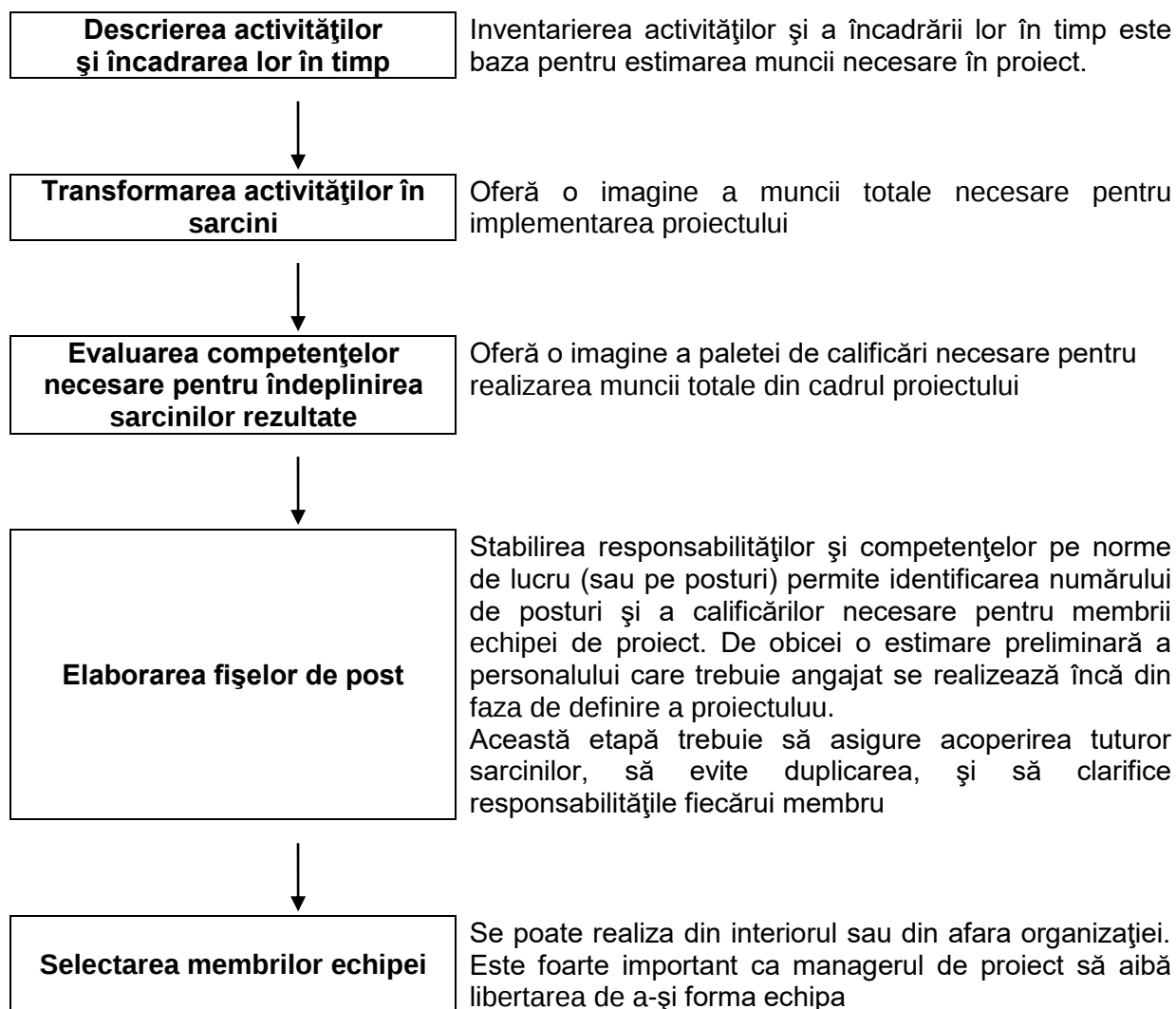
- odată depășit termenul activităților aflate pe drumul critic prelungirea proiectului este inevitabilă.

5.6. Resursele umane ale proiectului

Deși întotdeauna suntem preocupați de termene și de finanțare, resursele umane sunt cele mai importante resurse pentru proiect. Așa cum s-a afirmat în capitolul introductiv al acestei secțiuni, proiectele au un ciclu de viață limitat. Ca urmare, echipele constituite pentru implementarea proiectelor au frecvent o existență limitată în timp, sunt dinamice și 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



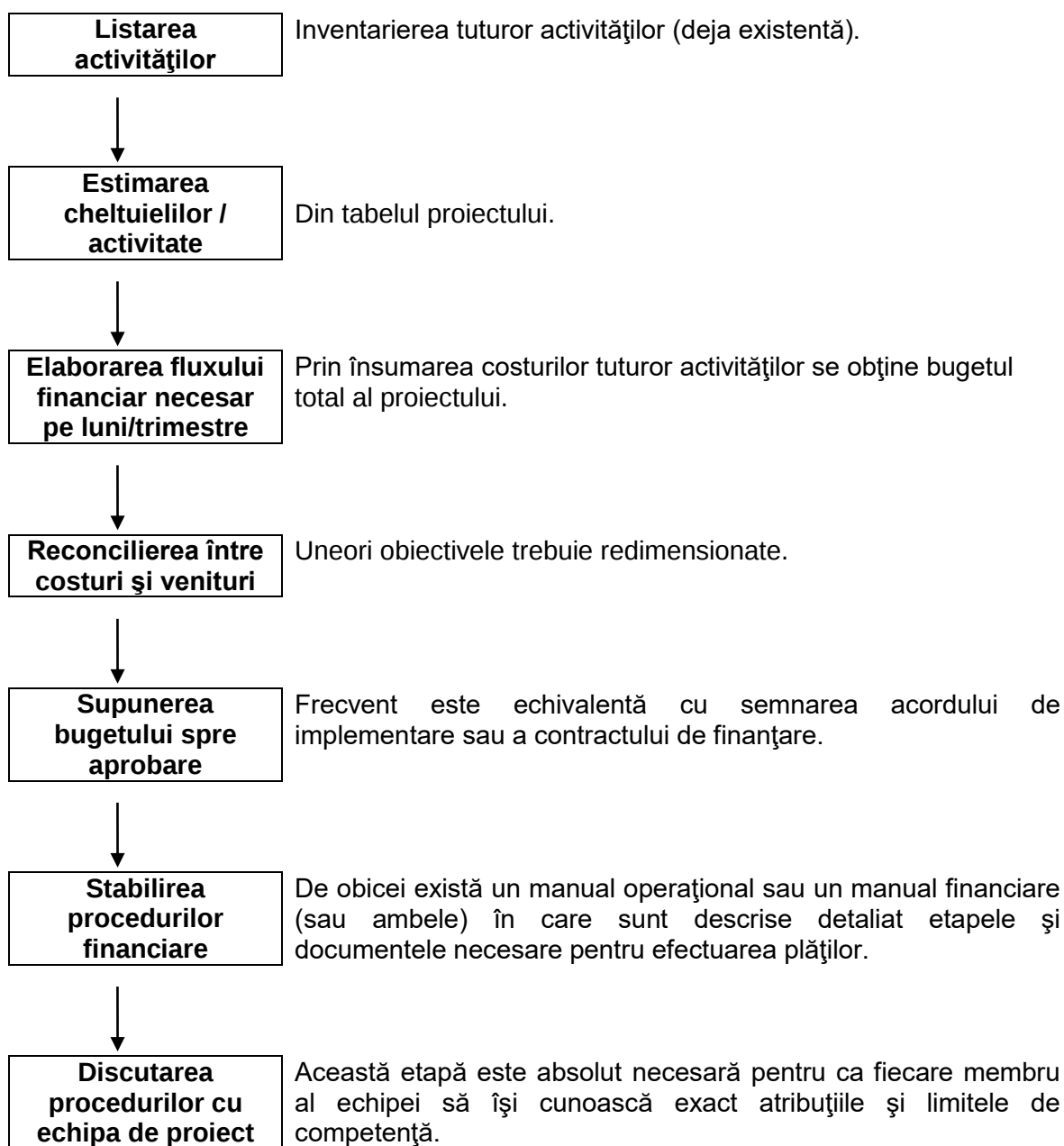
Exemple de probleme de resurse umane:

- *Unii membri care sunt siliți să rămână peste program pentru a-și termina treburile. În acest caz trebuie revăzută distribuirea sarcinilor. Este posibil ca alocarea sarcinilor pe persoane să suprasolicite anumiți membri.*
- *Unii membri mai au și alte angajamente. Uneori postul din proiect nu este funcția 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 și disponibilităților 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 țină cont de următorii factori:

- Nivelul potențial al cheltuielilor;
- Posibile creșteri ale costurilor (ex. creșterea contribuțiilor sociale pentru salarii, creșterea ratei de schimb euro/leu);
- Variații posibile în activitățile proiectului;
- Alți factori susceptibili să varieze (ex. modificări în populația țintă, modificări legislative);
- Factori neprevăzuți.

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

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

Tabelul – Buget de proiect [9]

	Mil. USD			
	BIRD	BEI	GUV/ MFP	Total
1. Asistență materno-infantilă	21.09	81.72	26.15	128.96
2. Servicii medicale de urgență	43.48	0.00	14.64	58.12
3. Îngrijiri primare de sănătate	12.02	0.00	2.02	14.04
4. Conturi naționale în sănătate și 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 - Asistența materno-infantilă – are doi finanțatori externi (Banca Internațională pentru Reconstrucție și Dezvoltare și Banca Europeană de Investiții). Guvernul României, prin Ministerul Finanțelor Publice asigură co-finanțarea fiecărei componente. Resursele financiare nu pot fi redistribuite de la o componentă la alta fără modificarea acordului de finanțare. Pentru componenta 1 trebuie respectate atât regulile de finanțare ale BIRD, cât și cele ale BEI. De regulă, pentru a facilita munca implementatorului și pentru a nu dubla munca, finanțatorii stabilesc de comun acord proceduri unice, care să respecte ambele exigențe.

6. MONITORIZAREA ȘI EVALUAREA PROIECTULUI

6.1. Definiții

Monitorizarea reprezintă procesul de **supraveghere continuă** a execuției proiectului. Se realizează prin colectarea și 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 judecăți** asupra unei intervenții, de la concepere la rezultat, trecând prin modul în care a fost realizată. De regulă se realizează în momente de timp prestabilite și cunoscute de echipa proiectului.

Evaluarea se poate clasifica după următoarele criterii:

a. în funcție de momentul efectuării:

- Ex-ante (pre-decizia) – compararea eficacității sau rentabilității diferitelor intervenții pentru atingerea obiectivelor dorite
- Ex-post (post-decizia) – intervine la sfârșitul intervenției (proiectului) și furnizează informații asupra implementării/impactului proiectului

b. în funcție 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 funcție de proveniența evaluatorului

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

6.2. Principii

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

4. Pentru a face posibilă monitorizarea și evaluarea trebuie conceput un sistem informațional propriu proiectului, cu indicatori, modalități de calcul pentru aceștia, valori de pornire, valori la care să se ajungă la sfârșitul proiectului, responsabilități și termene de raportare, softul informațional.

5. Informațiile stabilite trebuie culese continuu și prelucrate cu grijă.

6. Monitorizarea se află în responsabilitatea managerului de proiect și a echipei. În general se monitorizează:

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

De regulă, între membrii echipei de proiect există persoane cu responsabilități de monitorizare.

7. Evaluarea se realizează mai ales de către entități externe. Acestea pot fi firme specializate de audit sau persoane/organizații desemnate de finanțator. De regulă se stabilește o anumită periodicitate a evaluării (anuală, semestrială etc.), în funcție de intensitatea activităților din proiect.

8. Condițiile esențiale pentru efectuarea evaluării sunt:

- Stabilirea unui sistem de evaluare încă din faza de dezvoltare a proiectului;
- Stabilirea unor indicatori de evaluare cunoscuți și înțeleși de echipa proiectului;
- Stabilirea unor valori dorite pentru acești indicatori la sfârșitul proiectului;
- Cunoașterea valorilor indicatorilor de evaluare la începutul proiectului;
- Existența 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 și 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 și evaluare

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

Rapoartele narative documentează activitățile desfășurate în perioada aferentă raportării (de regulă o lună sau 3 luni) precizând dacă acestea s-au încadrat în termenele și în resursele planificate și dacă s-au obținut 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 înțelegere a scopului și conținutului documentului și garantează cu o probabilitate mai mare întocmirea corectă și completă a acestuia.

Rapoartele financiare au în general o structură prestabilită, în funcție de cerințele finanțatorului, și conțin referiri la sumele cheltuite, în raport cu sumele planificate, la eventuale depășiri ale bugetelor alocate pentru diferite activități, justificări ale cheltuielilor neefectuate conform planificării și previziuni în legătură cu necesarul de finanțare sau cu sumele ce urmează a fi cheltuite în următoarea perioadă de activitate. Și acestea se realizează în general pentru perioade de una sau trei luni și însoțesc rapoartele narative, fiind concordante cu acestea.

Ședințele de lucru reprezintă o formă organizată de comunicare cu echipa proiectului. Ele asigură înțelegerea integrativă a proiectului și a progresului activităților de către echipa de proiect și servesc indirect și 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 activitățile X și Y) sau generală (fiecare membru al echipei informează pe scurt despre modul în care și-a îndeplinit sarcinile și despre eventualele probleme survenite). Se discută în cadrul echipei alternativele de rezolvare și stabilește ce și cum trebuie făcut în ziua/zilele următoare. Durata unei ședințe zilnice nu trebuie să fie prea mare (15 – 30 minute), iar minuta sau procesul verbal consemnează pe scurt deciziile principale adoptate. Agenda și durata unei ședințe săptămânale pot fi mai lungi, iar rezultatele mai numeroase. În acest caz, minuta este mai lungă și conține și sarcinile care trebuie îndeplinite în săptămâna următoare. Minutele servesc ele însele ca instrumente de monitorizare. O ședință se poate începe cu reluarea deciziilor stabilite în ședința precedentă și cu discutarea modului de implementare al acestora. Nici ședințele săptămânale nu trebuie să fie prea lungi (costul ședinței echivalează cu costul pe oră al tuturor participanților).

Lista de verificare (Check list) reprezintă o înșiruire de activități care trebuie realizate. În dreptul fiecărei activități există o casuță în care se bifează dacă activitatea a fost realizată. Lista de verificare este astfel un mijloc de identificare rapidă a activităților care mai trebuie îndeplinite și totodată o garanție că nicio activitate nu a fost uitată. Se utilizează, prin definiție, pentru a compensa potențialele limite ale memoriei și atenției 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 și 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 achiziții de bunuri

Nr. crt.	Activitatea	Realizat	
		DA	NU
1.	Estimarea nevoii de bunuri și întocmirea referatului de necesitate	X	
2.	Aprobarea referatului de necesitate de persoana abilitată din echipă	X	
3.	Elaborarea specificațiilor tehnice (termeni de referință) pentru bunurile ce urmează a fi achiziționate	X	
4.	Aprobarea specificațiilor tehnice de către beneficiar și de finanțator (uneori)		X
5.	Stabilirea procedurii de achiziție	X	
6.	Intocmirea documentației de licitație		X
7.	Asigurarea publicității licitației		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 câștigătoare și anunțarea companiei respective		X
13.	Negocierea și semnarea contractului		X
14.	Desemnarea unui responsabil cu monitorizarea contractului		X
15.	Monitorizarea derulării contractului		X

Macheta de indicatori este un tabel care conține indicatorii proiectului și valorile pe care aceștia le ating la diferite momente de timp din proiect. Macheta de indicatori se stabilește de la începutul proiectului.

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

- a. **indicatori intensivi (de frecvență)** – caracterizează frecvența apariției unui fenomen într-o populație și se calculează după formula:

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

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

- b. **indicatori extensivi (de structură, de greutate specifică sau ponderi)** – caracterizează o parte dintr-un fenomen în totalul fenomenului și 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 și se exprimă ca ponderi (procentual).

În tabelul nr.II.12 este prezentat un exemplu de machetă de indicatori pentru un proiect de educație 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 instruiți	Numărător: nr. copii de vârstă școlară care au participat la programul de instruire într-un an Numitor: nr. total copii de vârstă școlară	0	10%	25%	50%	Numărător – se colectează în cadrul proiectului Numitor – din înregistrările Inspectoratului școlar județean
2.	Procentul cadrelor didactice formate	Numărător: nr. cadre didactice care au participat la programul de instruire într-un an Numitor: nr. total cadre didactice titulare și suplinitoare din județ	0	10%	20%	30%	Numărător – se colectează în cadrul proiectului Numitor – din înregistrările Inspectoratului școlar județean
3.	Ponderele părinților informați	Numărător: nr. părinți care au participat la sesiuni de informare într-un an Numitor: nr. total copii de vârstă școlară	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 conținut:

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

Numărul rândurilor matricei depinde de numărul de obiective ale proiectului.

Matricea logică are o coerență verticală și o coerență orizontală.

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

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

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

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

Descrierea activității	Rezultate	Indicatori	Surse de informații	Ipoteze
Scop	Rezultatul final al proiectului	Cum va fi măsurat rezultatul final	Sursa de informații pentru indicator, cine îl culege și la ce interval de timp	Ipoteze privind relația dintre scop și rezultatul final așteptat
Obiectivul 1	Rezultatul obiectivului 1	Cum va fi măsurat rezultatul obiectivului 1	Sursa de informații pentru indicator, cine îl culege și la ce interval de timp	Ipoteze privind relația dintre obiectivul 1 și rezultatul său
Obiectivul 2	Rezultatul obiectivului 2	Cum va fi măsurat rezultatul obiectivului 2	Sursa de informații pentru indicator, cine îl culege și la ce interval de timp	Ipoteze privind relația dintre obiectivul 2 și rezultatul său
Obiectivul 3	Rezultatul obiectivului 3	Cum va fi măsurat rezultatul obiectivului 3	Sursa de informații pentru indicator, cine îl culege și la ce interval de timp	Ipoteze privind relația dintre obiectivul 3 și rezultatul său

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

Matricea poate fi folosită atât pentru monitorizarea și evaluarea proiectului, cât și 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 situație în faza de definire a proiectului;
- permite stabilirea unei ierarhii logice a obiectivelor și activităților;
- facilitează identificarea potențialelor amenințări din mediul extern pentru implementarea proiectului și pentru asigurarea sustenabilității acestuia;
- permite stabilirea modalităților prin care vor fi monitorizate și evaluate rezultatele proiectului;
- furnizează o prezentare sintetizată a activităților proiectului, într-un format standard.

Pe baza celor menționate anterior este ușor de presupus că matricea logică este un instrument deosebit de util atât în definirea, cât și în implementarea unui proiect. Se impune însă a sublinia că matricea logică este un document complex, dinamic, uneori dificil de înțeles de către toți membrii echipei de proiect.

7. CONCLUZIILE SECȚIUNII

Proiectele reprezintă o componentă importantă a evoluției sistemelor de sănătate în prezent și 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 cunoaștere a caracteristicilor proiectelor permite o analiză corectă a riscurilor acestora și obținerea unor rezultate maxime.

Orice proiect are un ciclu de viață limitat, constituit din patru faze: identificare, definire, implementare și încheiere. Faza de identificare se finalizează cu o scrisoare de intenție sau o schiță de proiect. În cazul în care proiectul prezintă interes pentru finanțatori, beneficiari, autorități, societatea civilă etc. și există un acord de principiu privind acceptarea și finanțarea lui, proiectul trece în faza de definire, care se finalizează cu documentul de proiect, de regulă însoțit de părțile implicate printr-un contract. Odată semnat contractul, începe transformarea planului în acțiune, respectiv implementarea proiectului. După îndeplinirea tuturor activităților, se trece la faza de încheiere, care presupune lichidarea angajamentelor inițiate în scopul implementării proiectului și transferul rezultatelor către organizațiile permanente care girează problematica respectivă. Ciclul de viață al proiectului servește înțelegerii cititorului și nu se regăsește descris ca atare în formularele de proiect, care variază în funcție de finanțator.

În general concepem proiecte atunci când există oportunități de finanțare (cereri de proiecte). Cererile de proiecte sunt publice și transparente. Ele trasează domeniul de intervenție susținut de finanțator. Formularele de proiect trebuie să respecte standardele impuse de finanțator (precizate în cererea de proiecte).

Proiectele vizează o problemă de sănătate existentă în populația 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 științifice pentru luarea deciziilor, utile adesea pentru a determina susținerea publică a proiectelor.

În ierarhizarea problemelor de sănătate prezintă importanță și strategiile de intervenție existente. Uneori, chiar dacă problema identificată este foarte importantă, este posibil ca strategiile de intervenție să nu fie fezabile din punct de vedere economic, legal, tehnic, sau de acceptabilitate socială. În asemenea situații, problemele rămân priorități de cercetare.

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

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

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

Echipa proiectului reunește intervenienți de culturi diferite, cu formare diferită și care sunt animați de interesul comun de a implementa proiectul. Ea are de obicei o existență limitată în timp, dar se caracterizează prin dinamism și flexibilitate.

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

Monitorizarea și evaluarea proiectului sunt activități esențiale pentru implementarea acestuia. Ele trebuie planificate încă din faza de definire a proiectului și se bazează de sistemul informațional stabilit și pe culegerea sistematică de date.

Nu există o rețetă de succes pentru proiecte, dar există anumite criterii după care se poate aprecia că proiectul a fost bine implementat: respectarea constrângerilor de buget, de timp, de cantitate și de calitate, satisfacția echipei, a beneficiarilor, a finanțatorilor sau a promotorilor.

O atenție specială trebuie acordată transferului rezultatelor din proiect către instituții/actori formali, cu existență permanentă (asigurarea sustenabilității). Numai astfel munca și resursele utilizate în proiect vor fi valorizate și 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_admin_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 și management sanitar, note de curs pentru învățământul postuniversitar. Ed a doua. București: Editura Universitară “Carol Davila”. 2004.
5. Burduș E, Căprărescu G. Fundamentele managementului organizației. București: 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 și 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/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 și management. Partea I Metode și practici. Editura Risoprint Cluj – Napoca. 2000.
14. Hennekens, Charles. Epidemiology in Medicine. Little, Brown and Company, Boston/Toronto
15. Mincă D G. Sănătate publică și management sanitar. Curs pentru studenții Facultății de Medicină. Editura Universitară “Carol Davila”, București. 2005.
16. Platon C. Lucrare finală în cadrul Programului de master „Managementul sănătății publice și al serviciilor de sănătate”. 2004 (nepublicată)
17. Organizația Mondială a Sănătății. Raportul rezultatelor unei anchete Delphi privind clasificarea internațională a siguranței 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.usaid.gov/ausguide/pdf/ausguideline3.3.pdf> (accesat 20 februarie 2010)

SECȚIUNEA III.

METODE DE EVALUARE CALITATIVĂ ȘI CANTITATIVĂ A ÎNGRIJIRILOR

AUTORI:

Dr. Dana Galieta MINCĂ (Coordonator)

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

Dr. Radu Virgil COSTEA

- Medic primar chirurg,
- Doctor în științe medicale
- Master în Managementul Sănătății Publice și al Serviciilor de Sănătate
- Șef de lucrări UMF „Carol Davila”
- Disciplina Chirurgie 2 – Spitalul Universitar de Urgență București

Dr. Carmen ȚEREANU

- Medic specialist sănătate publică și management
- Doctorand în științe medicale (Italia)
- Master în Managementul Sănătății Publice și al Serviciilor de Sănătate
- Master în Economie sanitară (Italia)
- Istituto dei Tumori Milano

Dr. Dumitru HOBEANU

- Medic specialist medicină de familie
- Doctor în științe medicale
- Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Vâlcea

Dr. Lavinia PANAIT

- Medic specialist sănătate publică și management
- Doctorand în științe medicale
- Master în Managementul Sănătății Publice și al Serviciilor de Sănătate
- Școala Națională de Sănătate Publică

Dr. Denisa JANTĂ

- Medic rezident epidemiologie
- Master în Managementul Sănătății Publice și al Serviciilor de Sănătate

1. PREZENTAREA CONȚINUTULUI SECȚIUNII

1.1. Definirea principalelor componente ale domeniului

Pentru Organizația Mondială a Sănătății (OMS), calitatea înseamnă a oferi fiecărui pacient un ansamblu de acte diagnostice și terapeutice care să-i asigure cel mai bun rezultat pentru starea de sănătate în conformitate cu stadiul actual al cunoștințelor științifice, cu cel mai mic cost și risc iatrogen, și care să-l determine pe pacient să fie cât mai satisfăcut de procedurile, rezultatele și contactele umane din organizația de sănătate respectivă. [1]

Calitatea este legată în primul rând de așteptările diferiților actori din sistemul de sănătate [1, 2, 3, 4]. Pentru pacienți, calitatea constă în dreptul de a beneficia de cea mai bună asistență medicală (calitate percepută sau relațională sau satisfacția utilizatorului (*customer satisfaction*)). Pentru profesioniști, calitatea reprezintă disponibilitatea mijloacelor necesare pentru realizarea actelor diagnostice și terapeutice (calitate tehnico-profesională sau eficacitate). Pentru responsabilii de organizarea și conducerea instituțiilor de sănătate, calitatea reprezintă asigurarea unor prestații adecvate la costuri compatibile (calitate managerial-organizațională sau eficiență).

Deși cei trei poli prezentați anterior pot fi considerați componentele centrale ale calității, în realitate, calitatea are mult mai multe dimensiuni importante. Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică (OCDE) împarte dimensiunile calității în 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.
- **Siguranța:** măsura în care procesele prin care este acordată asistența medicală evită, previn și reduc consecințele evenimentelor adverse sau prejudiciilor care derivă din asistența medicală. [6] Deși această dimensiune este strict legată de prima, diferența constă în aceea că ea se concentrează pe prevenirea evenimentelor adverse provocate fără intenție.
- **Capacitatea de răspuns :** se referă la modul de abordare a persoanelor atunci când sistemul de sănătate încearcă să răspundă la acele așteptări ale persoanelor nelegate de starea de sănătate. [7] Această dimensiune pleacă de la ideea de plasare a utilizatorului în centrul procesului de asistență medicală; de obicei se analizează prin prisma experienței pacientului legată de comunicare și de relația medic-pacient, și nu de satisfacția generală sau de opinia pacientului privind adecvarea asistenței medicale primite.

- **Accesibilitatea:** se referă la ușurința cu care pacientul ajunge la organizația de sănătate (din punct de vedere fizic, financiar sau psihologic). O condiție a priori este existența unor furnizori de servicii de sănătate în regiunea respectivă.
- **Echitatea:** se referă la distribuția echitabilă a beneficiilor privind starea de sănătate în rândul tuturor persoanelor care se adresează unei organizații de sănătate. Este o dimensiune strâns legată de accesibilitate, frecvent utilizată atunci când se evaluează finanțarea serviciilor de sănătate și rezultatele pentru starea de sănătate.
- **Eficiența:** optimizarea utilizării resurselor în vederea obținerii beneficiilor sau rezultatelor maxime.
- **Legitimitatea:** se referă la acordarea de îngrijiri de sănătate în conformitate cu principiile sociale exprimate prin norme, reglementări, legi și valori.

B. Dimensiuni la care se face referire mai rar:

- **Acceptabilitatea:** se referă la conformitatea cu dorințele și așteptările utilizatorilor și familiilor lor. [8] Această dimensiune este adesea prezentată ca o componentă a centralității pacientului.
- **Adecvarea:** măsura în care asistența acordată este relevantă pentru nevoile clinice ale pacientului, în condițiile celor mai bune dovezi științifice existente în momentul respectiv. Această dimensiune este adesea prezentată ca o componentă a eficacității.
- **Competența profesională:** măsura în care personalul dispune de pregătirea și abilitățile necesare pentru a-i evalua și trata pe pacienți și de a comunica cu aceștia. (competențe tehnice și culturale). Și această dimensiune este considerată o componentă a eficacității.
- **Continuitatea:** măsura în care asistența pacienților cu o anumită patologie (de exemplu: diabet zaharat, bronhopneumonie cronică obstructivă, etc.), acordată de diferiți furnizori sau organizații de sănătate, este coordonată în timp. Această dimensiune este o componentă a centralității pacientului.
- **Rapiditatea:** măsura în care pacienții obțin asistența medicală după un timp de așteptare rezonabil.[9] Și această dimensiune este considerată ca fiind o componentă a centralității pacientului.

1.2. Concepte, abordări posibile

1.2.1. Calitatea leagă funcții și roluri

Datorită multidimensionalității sale, calitatea într-o organizație de sănătate este un domeniu complex. Așa cum rezultă din modelele de evaluare și asigurare a calității ilustrate în Secțiunea 4,

calitatea leagă o multitudine de funcții și roluri. Acestea se reflectă în activitățile pe care le presupune managementul calității și stau la baza Sistemului Calitate.

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

Managementul calității se referă la punerea în practică a tuturor activităților care determină politica, obiectivele, responsabilitățile privind calitatea într-o organizație, prin intermediul mecanismelor de planificare, control, asigurare și îmbunătățire a calității.[1].

Sistemul Calitate se definește ca fiind ansamblul de structuri, responsabilități, proceduri și resurse necesare pentru managementul calității.[1, 2] Fiecare organizație de sănătate dispune de un astfel de sistem, mai mult sau mai puțin complex. Acesta este caracteristic acelei organizații, întrucât el trebuie să fie proiectat în așa fel încât să corespundă viziunii (orizontul către care se îndreaptă organizația) și misiunii acesteia (rațiunea pentru care există organizația). Totodată, el este un sistem dinamic, care se modifică în timp, odată cu organizația însăși. Manualul calității este documentul scris care definește politica organizației privind calitatea și descrie Sistemul Calitate. Acesta reflectă cel mai bine modul în care se leagă diferitele funcții și roluri pentru atingerea unor obiective precise, în cadrul managementului calității.

1.2.2. Managementul calității totale

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

Principalele componente ale MCT sunt [2]: clienții, furnizorii și procesele.

Clienții pot fi:

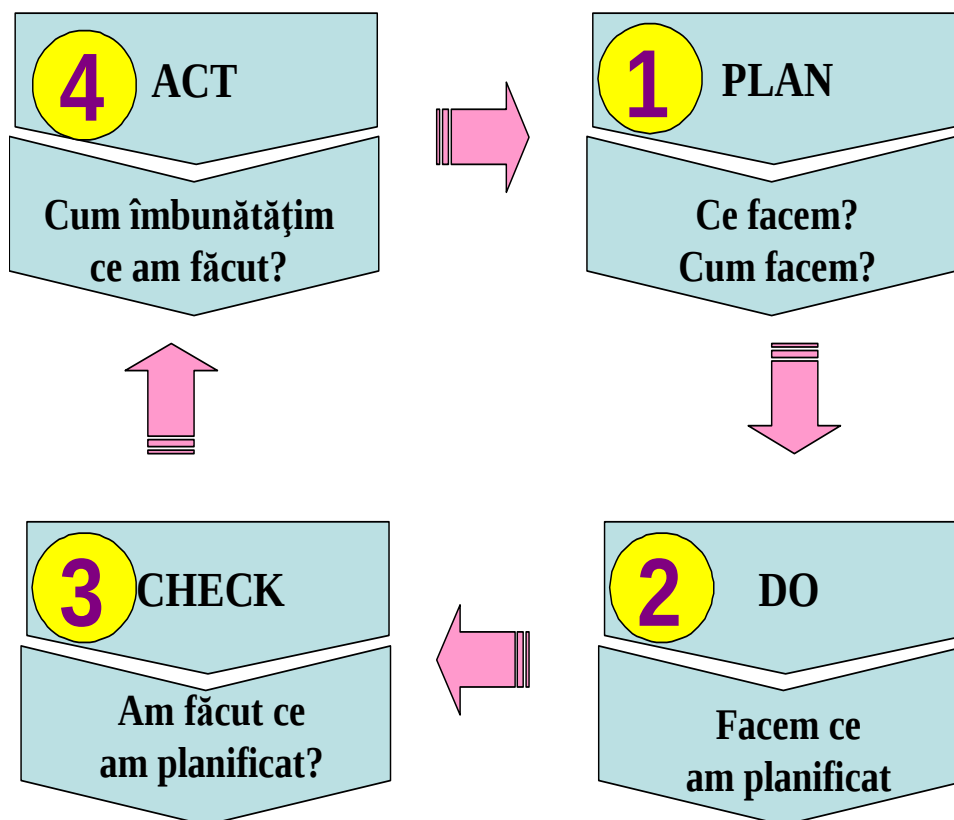
- externi: pacienții și familiile lor, alte organizații de sănătate, companiile de asigurări;
- interni: persoanele care lucrează în organizație.

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

Procesele reprezintă secvențe interconectate de acțiuni realizate de membrii organizației pentru satisfacerea cererii clienților 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) și măsuri de îmbunătățire (A).

Figura nr.III.1. – Ciclul PDCA



1.3. Măsurarea calității

Măsurarea calității se face prin intermediul indicatorilor. Așa cum arătăm în Secțiunea 3, măsurarea calității necesită stabilirea unui sistem de referință cu care să corelăm rezultatul măsurării. Sistemul de referință se compune din criterii și standarde.

Criteriile se referă la elemente ce țin de resurse, procese, rezultate, față de care trebuie formulată o apreciere cu privire la nivelul calității. Standardele sunt definiții cantitative mai specifice care desemnează cantitatea și frecvența.[3]

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

- a) Procesul de audit intern: inspecție internă realizată de personal care lucrează în organizație, special format în acest sens.
- b) Evaluarea externă: certificare realizată de un organism autorizat care atestă că organizația, serviciul sau produsul evaluat răspunde la standarde de management al calității în conformitate cu anumite norme.
- c) Procesul de *benchmarking*: proces sistematic și continuu de măsurare a proceselor prin intermediul comparării cu organizații recunoscute drept *leader*, implementării celor mai bune procese și a stabilirii unor obiective raționale de performanță organizațională.

1.4 Modele pentru asigurarea și evaluarea calității

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

- a) Calitate tehnico-profesională: auditul clinic, acreditarea profesională, ghidurile de practică și conferințele de consens bazate pe dovezi (*evidence based medicine* sau EBM).
- b) Calitatea percepută: evaluarea satisfacției clienților, analiza reclamațiilor, cartea serviciilor.
- c) Calitatea managerial-organizațională: autorizația de funcționare, certificarea conform normelor ISO, acreditarea instituțională, premiile de excelență, *balanced score card* (BSC), managementul riscului.

În mod tradițional, evaluarea calității are ca punct de referință modelul lui Donabedian. Acesta a fost primul care a folosit termenii de „structură”, „proces” și „rezultat” pentru a descrie calitatea unui serviciu. Structura desemnează resursele umane, materiale și financiare. Procesele indică activitățile realizate într-o organizație de sănătate (diagnostic și tratament, activități de suport și de gestiune).[10] Rezultatul se referă la efectul asistenței medicale asupra stării de sănătate a pacienților. Donabedian pleacă de la premiza că între aceste trei elemente există o relație strânsă (probabilistică), care poate fi reprezentată grafic ca o relație de tip cauză-efect. Totuși, există studii care au arătat că nu există o relație clară între rezultate (de exemplu: speranța de viață) și resursele investite (de exemplu: cheltuielile pentru sănătate). [11]

1.5. Evaluarea îngrijirilor acordate de personalul sanitar mediu

Multe dintre îngrijirile acordate pacienților în organizațiile 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 și evaluarea prestațiilor de diagnostic și tratament realizate de către personalul medical. În Secțiunea 5 propunem o sinteză a caracteristicilor principalelor metodologii de evaluare a îngrijirilor acordate de personalul sanitar mediu și arătăm, cu ajutorul unor exemple concrete, în ce constau acestea și cum se aplică.

1.6. Concluzii

Calitatea serviciilor în sectorul sanitar este un domeniu extrem de complex, care îmbracă multiple dimensiuni și care are o semnificație diferită în funcție de diverșii actori din acest sector. Printre principalele obiective ale Sistemului Calitate ale unei organizații putem enumera: asigurarea satisfacției pacientului, care trebuie așezat în centrul sistemului; motivarea, responsabilizarea și implicarea resursei umane – bunul cel mai de preț al organizației – ; asigurarea echilibrului economic și financiar al organizației; dezvoltarea continuă a Sistemului Calitate.

2. PRINCIPALELE ASPECTE ALE MANAGEMENTULUI CALITĂȚII ÎN SĂNĂTATE

2.1. De la calitate la performanță

Calitatea totală este strâns legată de performanță. Kélada (1986) și Payette (1997) definesc conceptul de „calitate-performanță” ca fiind capacitatea unei organizații sau a unui sistem de sănătate de a satisface nevoile clienților săi, respectând exigențele lor privind timpul, spațiul, costurile și constrângerile mediului. [12, 13]

2.1.1. Evaluarea performanței sistemelor de sănătate

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

- 1) libertatea de a alege (libertatea consumatorului, satisfacția clienților);
- 2) utilizarea eficientă a resurselor și controlul costurilor;
- 3) accesul universal și echitabil la un pachet rezonabil de servicii.

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

O importantă inițiativă de evaluare a performanței sistemelor de sănătate la nivel internațional este cea a OMS, ale cărei rezultate au fost publicate în 2000. [8] Conform studiului OMS, cinci componente sunt fundamentale pentru performanța unui sistem de sănătate, și anume:

- 1) nivelul general al sănătății populației;
- 2) distribuția sănătății în populație;
- 3) nivelul general al capacității de răspuns a sistemului de sănătate la așteptările populației;
- 4) distribuția capacității de răspuns a sistemului de sănătate la așteptările populației;
- 5) echitatea finanțării sistemului de sănătate.

Așa cum am ilustrat în prima coloană a Tabelului nr. III.1., OMS a atribuit fiecărei componente câte o pondere, calculând un indice global de performanță. În coloana a doua sunt indicate informațiile 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 funcție de nivelul fiecărei componente și de nivelul performanței globale. În ceea ce privește performanța globală, România s-a situat în treimea medie a clasamentului, în timp ce Franța, Italia, Spania, Oman, Austria și Japonia s-au clasat pe primele locuri. OMS recunoaște importante limitări metodologice ale acestui studiu și recomandă ca această comparație internațională a performanței sistemelor de sănătate să fie interpretată cu precauție.

O altă importantă inițiativă de evaluare a performanței sistemelor de sănătate aparține OECD. [15] Proiectul de evaluare a fost lansat în 2001 la Ottawa și a durat 3 ani, incluzând toate cele 30 state membre¹⁰. Acesta se bazează pe analiza tendinței temporale și geografice a diferiți indicatori și pe aprecierea gradului de îndeplinire a principalelor obiective comune ale politicilor de sănătate ale statelor membre OECD, și anume:

- 1) asigurarea unor îngrijiri de sănătate accesibile și de calitate;
- 2) creșterea capacității de răspuns a sistemului de sănătate la așteptările și preferințele utilizatorilor;

¹⁰Australia, Austria, Belgia, Canada, Coreea, Danemarca, Elveția, Filanda, Franța, 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 eficienței sistemului de sănătate (*good value for money*).

În Tabelul nr. III.2. sunt ilustrate recomandările formulate de OECD pentru îmbunătățirea performanței sistemelor de sănătate, pe baza rezultatelor obținute în cadrul acestui proiect.

Tabelul nr. III.1.

Indicatorii utilizați de OMS pentru evaluarea performanței sistemelor de sănătate din lume

Componenta și pondere	Aspecte măsurate		Informații necesare	Locul României
Nivelul general al sănătății populației (25%)	Speranța de viață trăită în sănătate deplină (DALE sau <i>disability adjusted life expectancy</i>)		- fracția de supraviețuire a populației la fiecare vârstă; - prevalența fiecărui tip de incapacitate la fiecare vârstă; - ponderea fiecărui tip de incapacitate, care poate varia sau nu cu vârsta.	80
Distribuția sănătății în populație (25%)	Reducerea inegalităților prin acordarea priorității măsurilor destinate îmbunătățirii sănătății celor mai defavorizați		- istoricul complet al nașterilor extras din anchete demografice și medicale - mortalitatea juvenilă	78
Nivelul general al capacității de răspuns a sistemului de sănătate la așteptările populației (12,5%)	• Respectul persoanei	1) demnitate 2) confidențialitate 3) autonomie	ancheta prin care mai mulți informatori-cheie au fost rugați să clasifice cele șapte elemente (n.a. <i>din stânga</i>) în ordinea importanței	73-74
	• Atenția acordată clientului	4) rapiditatea acordării îngrijirilor 5) accesul la rețelele de ajutor social în timpul îngrijirilor 6) calitatea mediului 7) posibilitatea unui pacient de a alege persoana care îi acordă îngrijirile		
Distribuția capacității de răspuns a sistemului de sănătate la așteptările populației (12,5%)	Reducerea inegalităților prin acordarea priorității măsurilor destinate îmbunătățirii capacității de răspuns la așteptările celor mai defavorizați		ancheta prin care mai mulți informatori-cheie au fost rugați să identifice grupurile defavorizate cu privire la capacitatea de răspuns a sistemului la așteptările lor	67-68
Echitatea finanțării sistemului de sănătate (25%)	Fracțiunea capacității de plată a unei familii (venit, din care se scad cheltuielile alimentare) consacrată îngrijirilor de sănătate (impozitele, cotizațiile la asigurările sociale sau la sistemul asigurărilor private și plățile directe)		- anchete privind venitul individual și cheltuielile familiilor - documente referitoare la impozitele guvernamentale (pe venit, pe vânzări, pe proprietate), la fondurile naționale pentru sănătate, la bugetele guvernamentale	79-81
Performanța generală a sistemului de sănătate (100%)				99

Tabelul nr. III.2.

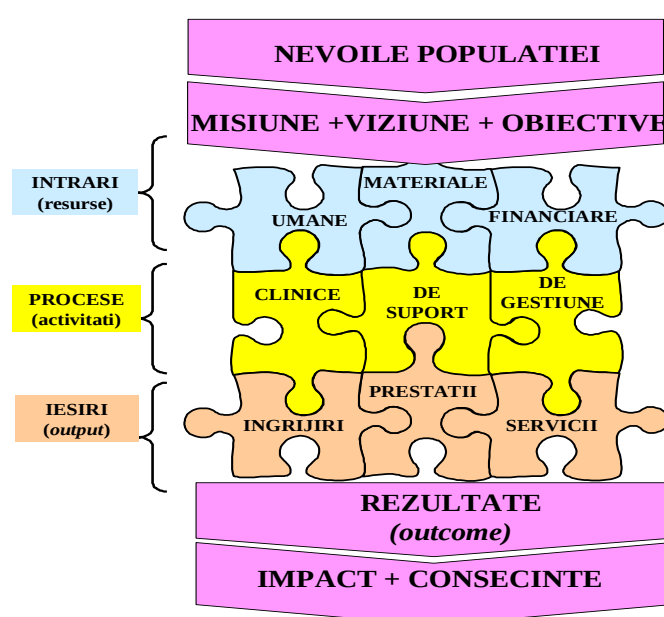
Posibile direcții de acțiune pentru îmbunătățirea performanței sistemelor de sănătate,
conform OECD[16]

Componenta	Direcții de acțiune
Îmbunătățirea stării de sănătate a populației	• redirecționarea resurselor de la îngrijirile de sănătate la prevenirea bolii și incapacității: revizuirea politicilor de sănătate privind alimentația, violența, circulația rutieră, consumul de alcool sau fumatul (sistem de taxe). • reducerea inegalităților în starea de sănătate acționând asupra cauzelor profunde (sărăcia, excluderea socială) și îmbunătățirea sănătății grupurilor vulnerabile. • creșterea conformității practicii medicale cu dovezile științifice: dezvoltarea și implementarea ghidurilor de practică bazate pe dovezi, a standardelor de performanță și a stimulentei economice și administrative pentru utilizarea adecvată a îngrijirilor și atingerea rezultatelor prefixate. • prevederea unor sisteme adecvate de monitorizare a calității îngrijirilor acute și de lungă durată în vederea îmbunătățirii acestora.
Asigurarea accesului adecvat și echitabil la îngrijiri	• eliminarea barierelor financiare (subvenții 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 costisitoare) la asigurări private (acolo unde acestea sunt necesare), prin reglementări speciale, subvenții sau stimulente fiscale. • evitarea inechităților de acces la îngrijiri al persoanelor cu tip diferit de asigurare, prin intervenții precum plafoane universale aplicabile pentru rambursarea furnizorului și utilizarea listelor de așteptare comune.
Creșterea capacității de răspuns a sistemului de sănătate	• reducerea timpului de așteptare pentru chirurgia de elecție (când este excesiv), prin creșterea productivității (de exemplu: schimbarea modului de plată a furnizorului). • creșterea satisfacției beneficiarilor îngrijirilor de lungă durată (de exemplu: spitalizare sau îngrijiri la domiciliu) prin acordarea unui suport financiar direct familiilor. • sprijinirea consumatorului cu informațiile necesare pentru a putea alege tipul de asigurare de sănătate (publică sau privată).
Controlul costurilor și finanțarea	• controlul creșterii cheltuielilor publice (combinație de control bugetar sau administrativ al plății, prețului și ofertei de servicii) și monitorizarea efectului asupra performanței. • introducerea unei co-plați modeste din partea pacientului pentru serviciile finanțate cu fonduri publice și interzicerea asigurărilor complementare de a prelua în întregime contravaloarea acestora. • eliminarea finanțării publice a serviciilor suplimentare sau „de lux” (raționalizare prin preț sau prevederea unei acoperiri de către asigurările suplimentare private).

2.1.2. Indicatori utilizați pentru evaluarea performanței sistemelor de sănătate

Indicatorii utilizați pentru evaluarea calității-performanței sistemelor de sănătate reflectă paradigma abordării sistemice introduse de Donabedian în 1980 [10]. Potrivit acesteia, obiectivele sistemului se bazează pe nevoile populației deservite, iar resursele investite și activitățile desfășurate în sistemul de sănătate servesc pentru atingerea obiectivelor, răspunzând astfel nevoilor populației (Figura nr. III.2.). Gradul de atingere a obiectivelor sau de satisfacere a nevoilor reprezintă performanța.

Figura nr. III.2. – Paradigma abordării sistemice



În continuare, prezentăm principalele categorii de indicatori de performanță și câteva exemple pentru fiecare categorie.

I. Indicatori de sănătate publică:

- Mortalitate (exemplu: mortalitate generală, maternă, infantilă; mortalitate specifică prin diferite boli, etc.)
- Morbiditate (exemplu: incidența și prevalența unor boli)
- Calitatea vieții (exemplu: speranța de viață ajustată în funcție de incapacitate)
- Determinanții sănătății (exemplu: prevalența obiceiului de a fuma în populație, prevalența obezității, mortalitatea prin accidente rutiere, etc.).

II. Indicatori de rezultat:

- Numărul de pacienți tratați pe an
- Numărul de proceduri chirurgicale realizate pe an
- Numărul de pacienți care se adresează serviciilor de urgență
- Rata infecțiilor nosocomiale
- Rata escarelor
- Rata vindecării
- Rata mortalității spitalicești

III. Indicatori de proces:

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

IV. Indicatori de resurse:

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

În România, în 2000-2006, mortalitatea infantilă la 1.000 nașteri vii a scăzut de la 19 la 14, iar mortalitatea maternă la 100.000 nașteri vii de la 33 la 15. Speranța de viață ajustată în funcție de incapacitate a crescut de la 61 ani în anul 2000 la 63 ani în anul 2003. Deși tendințele temporale sunt aceleași și la nivel internațional, în ciuda ameliorării considerabile, în țările din Estul Europei mortalitatea infantilă depășește media europeană, iar speranța de viață ajustată în funcție de incapacitate este mult mai mică.

În perioada 2000-2006, în România raportul standardizat al mortalității la 100.000 prin efecte adverse la agenții terapeutici a variat între 0,02 și 0,08, menținându-se cu mult sub media europeană. Surprinzător, aceste valori sunt cu mult inferioare celor înregistrate în Franța sau

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

În România, numărul de medici la 100.000 de locuitori a crescut de la 189 în anul 2000 la 198 în anul 2004 și a scăzut din nou, ajungând la 192 în anul 2006. Numărul de asistenți¹¹ medicali la 100.000 de locuitori a crescut de la 402 în anul 2000 la 418 în anul 2002 și a scăzut la 397 în anul 2006. Astfel, dintre toate țările analizate, România are cel mai mic număr de medici și respectiv de asistenți medicali (după Bulgaria). Deși în ultimii ani, în celelalte țări se observă o tendință temporală ușor ascendentă a numărului de asistenți, în România nici numărul de medici nici cel de asistenți medicali nu crește.

În perioada 2000-2005, în România cheltuielile totale pentru sănătate au crescut de la 4,5% la 5,5% din PIB, menținându-se sub valoarea observată în celelalte țări. Ponderea cheltuielilor private ale familiilor din aceste cheltuieli s-a redus de la 26% la 25%. Aceeași tendință temporală este observată și la nivel internațional. Țările occidentale cheltuiesc mult mai mult pentru sănătate față 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. Autorizația de funcționare

Autorizația de funcționare este instrumentul care certifică faptul că o anumită organizație de sănătate dispune de un minim de standarde de calitate. În România, condițiile pe care trebuie să le îndeplinească un spital sau un cabinet medical în vederea obținerii autorizației sanitare de funcționare sunt stabilite de către Ministerul Sănătății Publice prin Ordinul 914/2006 și 1338/2007. [18, 19] Autorizarea sanitară de funcționare este efectuată de către autoritățile de sănătate publică județene.

Autorizarea sanitară a spitalului este un proces de analiză și investigație sanitară. Rezultatul acestui proces este emiterea autorizației sanitare de funcționare în cazul în care spitalul îndeplinește, din punct de vedere tehnic și juridic, condițiile prevăzute în norme pentru punerea în funcțiune și desfășurarea activității de asistență spitalicească și sanatorială.

Autorizația sanitară este un act tehnic și juridic, eliberat de autoritatea locală de sănătate publică pentru un spital, prin care sunt stabilite condițiile și/sau parametrii de funcționare ori de punere în funcțiune a activității de asistență spitalicească și sanatorială în acel spital.

¹¹ Termenul folosit este generic și include ambele sexe.

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

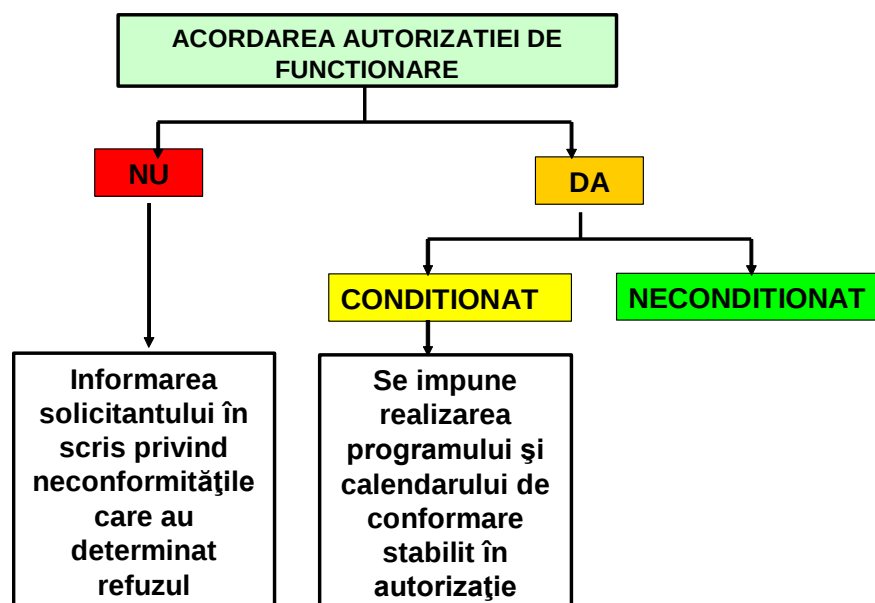
Programul de conformare reprezintă un plan de măsuri care indică etapele care trebuie parcurse în intervale de timp precizate, prin prevederile autorizației sanitare, de către spital, sub controlul autorității de sănătate publică, în scopul respectării normelor.

Pentru solicitarea autorizației sanitare spitalul trebuie să pună la dispoziția evaluatorilor un dosar tehnic, care conține:

- planul dimensionat cu structura interioară
- dotările necesare desfășurării activității supuse autorizării
- prezentarea circuitelor funcționale, modul de asigurare a iluminatului, ventilației, temperaturii ambiante
- schița rețelelor de utilități sau modul de asigurare a acestora (apă potabilă, apă caldă menajeră, evacuarea apelor uzate menajere și tehnologice, evacuarea deșeurilor solide și a deșeurilor periculoase rezultate din activitatea desfășurată)

În urma evaluării spitalului, procesul de autorizare se poate soluționa cu acordarea sau neacordarea autorizației de funcționare (Figura nr. III.3.).

Figura nr. III.3. – Modalitățile de soluționare a solicitării autorizației de funcționare.



2.2.2. Acreditarea instituțională

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 Națională 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 funcționează la standardele stabilite prin lege, privind acordarea serviciilor medicale și conexe actului medical, certificând calitatea serviciilor de sănătate în conformitate cu clasificarea spitalelor, pe categorii de acreditare. Acreditarea spitalelor este acordată de către Comisia Națională de Acreditare a Spitalelor care este o instituție cu personalitate juridică, care funcționează sub coordonarea primului-ministru.

După obținerea autorizației sanitare de funcționare, spitalul trebuie să intre, la cerere, în procedura de acreditare. Durata procedurii de acreditare este de maxim 5 ani. Activitatea Comisiei este finanțată din venituri proprii (instituția care solicită acreditarea trebuie să achite o anumită taxă) și prin subvenții acordate de la bugetul de stat. Ministerului Sănătății Publice propune componența, atribuțiile, modul de organizare și funcționare ale Comisiei Naționale de Acreditare a Spitalelor, care apoi sunt aprobate prin hotărâre a Guvernului. Comisia Națională de Acreditare a Spitalelor este formată din reprezentanți ai următoarelor instituții:

- Președinție
- Guvern
- Academia Română
- Colegiul Medicilor din România
- Ordinul Asistenților Medicali și Moașelor din România

Comisia Națională de Acreditare a Spitalelor elaborează procedurile, standardele și metodologia de acreditare, care apoi sunt aprobate prin ordin al ministrului sănătății publice. Actele normative care stabilesc funcționarea și componența sunt următoarele: Hotărârea nr. 1148/2008 M.O. Partea I nr. 689 *din 09/10/2008*, privind componența, atribuțiile și modul de organizare și funcționare ale Comisiei Naționale de Acreditare a Spitalelor[22]; Hotărâre nr. 1203/2009 M.O. Partea I nr. 683 *din 12/10/2009*, pentru modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 1.148/2008 privind componența, atribuțiile și modul de organizare și funcționare ale Comisiei Naționale de Acreditare a Spitalelor[23]; Regulament *din 19/02/2008*, M.O. Partea I nr. 148 *din 27/02/2008*, de organizare și funcționare a comisiilor consultative ale Ministerului Sănătății Publice[24]; Regulament *din 16/03/2009*, M.O. Partea I nr. 218 *din 06/04/2009*, de organizare și funcționare al Comisiei naționale de transparență[25].

Dacă un spital nu va obține acreditarea în termen de 5 ani de la emiterea autorizației de funcționare, conform legii, acesta va trebui să fie desființat. Pe de altă parte, înainte de expirarea termenului de valabilitate a acreditării (5 ani), spitalul trebuie să solicite evaluarea în vederea re acreditării. Reevaluarea unui spital se poate face și la solicitarea Ministerului Sănătății Publice, a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate sau, după caz, a ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie. De la caz la caz, dacă în urma evaluării se constată că nu mai sunt îndeplinite standardele de acreditare, Comisia Națională de Acreditare a Spitalelor fie acordă un termen pentru conformare, fie retrage acreditarea pentru categoria solicitată. Lista cu unitățile spitalicești acreditate și 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 tranzacția cu furnizorul și fac parte din procesul de producție. În același timp, pentru ei contează și condițiile în care are loc tranzacția, nu numai rezultatul acesteia. Reacția lor este subiectivă, întrucât se bazează pe așteptări și percepții care pot varia de la persoană la persoană sau chiar la aceeași persoană în momente de timp diferite.

Destinatarii serviciilor medicale, care apreciază calitatea prin prisma propriilor așteptări și percepții, sunt „clienții”. Acest termen a fost adoptat de către organizațiile de sănătate – odată cu adoptarea strategiei de îmbunătățire continuă a calității – pentru a desemna „destinatarii” sau „utilizatorii” serviciilor de sănătate. Pacienții reprezintă clienții externi „directi” ai organizației de sănătate. Toți ceilalți interlocutori externi cu care interacționează organizația sau asupra cărora activitatea desfășurată de organizație are un efect (purătorii de interes sau *stakeholders*) reprezintă clienții „indirecti”.

Angajații utilizează resursele și acționează conform regulilor de organizare ale organizației respective motiv pentru care aceștia reprezintă clienții interni. Dacă ne gândim că, într-un spital, personalul care lucrează în laboratorul de analize sau unitatea de imagistică medicală care furnizează servicii personalului de pe secții, realizăm că angajații sunt în același timp și furnizorii interni ai organizației.[3]

În concluzie, o acțiune sistematică de evaluare a calității percepute necesită instrumente capabile să monitorizeze așteptările tuturor clienților. Satisfacția clienților reprezintă împlinirea așteptărilor lor.

2.3.1. Satisfacția pacienților

Primele analize ale satisfacției pacientului se limitau la evaluarea condițiilor în care erau furnizate serviciile de sănătate (alimentația, curățenia și alte servicii de suport), singurele față de care se consideră că pacientul se poate exprima în cunoștință de cauză, indiferent de nivelul său de educație și instruire. Ulterior, s-a dovedit ca această abordare era incompletă, condițiile de acordare a asistenței fiind doar unul dintre aspectele multiple ale calității asistenței. În fond, pacientul reprezintă o resursă productivă importantă în procesul îngrijirilor, întrucât el trebuie să înțeleagă în ce constă o anumită intervenție și să fie de acord să fie supus acelei intervenții. În același timp, el este o sursă de informații pentru personalul care îl îngrijește. Prin urmare, un aspect indispensabil în evaluarea satisfacției pacientului este explorarea interacțiunii dintre pacient și personalul organizației. În prezent, satisfacția pacientului este o importantă măsură a performanței organizaționale, întrucât ea combină în mod sintetic: contextul organizațional în care are loc procesul de îngrijiri (confort, rapiditate, disponibilitatea informațiilor), experiența pacientului în relațiile interpersonale care caracterizează interfața cu organizația (relația cu personalul medico-sanitar și administrativ), conținutul profesional al serviciului primit (impactul pozitiv asupra stării de sănătate), chiar dacă pacientul nu deține competența necesară care să-i permită să indice caracteristicile tehnice și calitatea clinică ale unei intervenții sau serviciu.

2.3.2. Satisfacția personalului

Modul în care angajații se comportă la locul de muncă este determinat de percepția lor privind mediul intern al organizației. Mediul intern este reflectat de cultura organizației care se bazează pe valori (de exemplu: accent pus pe responsabilizarea angajaților, preocuparea față de rectiile și nevoile lor, etc.). Când mediul intern este orientat către satisfacția clientului intern, satisfacția clientului extern este mult mai ușor de asigurat. De aceea, majoritatea modelelor (programelor) moderne pentru evaluarea și asigurarea calității pun mare accent pe satisfacția personalului.

2.4. Calitatea tehnico-profesională

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

2.4.1. Acreditarea profesională

Procesul de acreditare profesională vine în sprijinul profesioniștilor și al organizațiilor de sănătate pentru ameliorarea calității și constă în evaluarea sistematică și documentată a profesioniștilor, prin programe oficiale care includ competențele, responsabilitățile, modalitățile de evaluare, indicatorii utilizați, rezultatele obținute și acțiunile corective. Programul de formare de bază a personalului medical (coordonat de Ministerul Educației și Cercetării), programul de pregătire de specialitate (coordonat de Ministerul Sănătății Publice) și programul formării continue (coordonat de Colegiul medicilor, Ordinul Asistenților Medicali și Moașelor din România, etc.) sunt principalele programe de acreditare profesională din România.

În vederea creșterii calității actului medical, Ministerul Sănătății Publice și-a propus, în Strategia sa pentru 2008-2010, următoarele obiective specifice privind programele de acreditare profesională [26]:

- îmbunătățirea pregătirii profesionale de bază a personalului medical (teoretică și practică) prin: procese educaționale mai bune pentru personalul medical, criterii mai severe pentru licențierea personalului, standarde educaționale mai stricte pentru formarea profesională a asistenților medicali, standarde de educație specifice pentru infirmiere;
- îmbunătățirea pregătirii de specialitate (teoretică și practică) a medicilor prin: revizuirea curriculumelor de pregătire, revizuirea specialităților și atestatelor conform cu cerințele Uniunii Europene, stabilirea unor criterii mai severe pentru evaluarea cunoștințelor profesionale de-a lungul formării prin programele de rezidențiat;
- îmbunătățirea pregătirii profesionale continue a personalului medical;
- creșterea abilităților de comunicare ale personalului medical.

2.4.2. Ghidurile de practică

Unele dintre tehnicile care profesioniștii cred că răspund nevoilor pacienților sunt rezultatul multor ani de tradiție clinică, însă nu au fost evaluate niciodată din punct de vedere științific.

Conform definiției Ministerului Sănătății Publice, ghidul de practică medicală reprezintă un set de afirmații despre diagnosticul și tratamentul unei anumite afecțiuni. Aceste afirmații sunt rezultatul unei evaluări complete a dovezilor practicii medicale. Scopul definirii lor este de a ajuta clinicienii și pacienții în luarea deciziilor asupra modului cel mai adecvat de îngrijire a afecțiunii respective.

Protocolul de practică medicală reprezintă un formular, care descrie modul obișnuit de a furniza îngrijiri unui anumit tip de pacient. Astfel, el cuprinde o înșiruire în timp a unor procese (analize, medicație, tratamente) necesare obținerii 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, naștere, tratamentul

infarctului, apendicectomie, etc). Ghidurile de practică și protocoalele de practică trebuie folosite împreună. Ghidul furnizează informațiile necesare pentru a construi protocolul, iar protocolul face legătura între ghiduri și practica medicală de zi cu zi.

În România a fost elaborat un număr limitat de ghiduri de practică pentru diferite afecțiuni. 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 țări. Ele există în unele cabinete de medicină de familie și în unele spitale (referindu-se la specialități precum: obstetrică-ginecologie, chirurgie cardiacă sau boli infecțioase). Se pare că destul de puțini furnizori de îngrijiri medicale le utilizează efectiv. De cele mai multe ori, protocoalele de practică sunt utilizate orientativ și astfel se reușește rareori obținerea unor beneficii în urma folosirii lor.[26]

2.4.3. Auditul clinic

Auditul clinic este un proces ciclic de îmbunătățire a calității profesionale bazat pe revederea documentației din foaia de observație a pacientului. În multe țări, acesta s-a născut în mod informal în grupuri monodisciplinare, concentrându-se pe „cazul” respectiv, și fără a implica și aspectele organizaționale. După mai bine de un deceniu, acest instrument s-a dezvoltat devenind multidisciplinar și multiprofesional. Astăzi auditul clinic asigură dezvoltarea competențelor clinice și responsabilitatea publică față de actul medical.

Conform definiției date de NICE din Marea Britanie (*National Institute for Healthcare and Clinical Excellence*) auditul clinic este un proces de îmbunătățire a asistenței acordate pacienților și a rezultatelor sale, bazat pe revederea sistematică a unor structuri, procese, rezultate selectate și evaluate folosind criterii explicite și pe implementarea schimbării.

Jones și Cawthorn (2002) descriu următoarele tipuri de audit [27]:

- bazat pe standarde: ciclu care implică definirea standardelor, culegerea datelor pentru măsurarea practicii conform acestora și implementarea schimbării considerate necesare
- bazat pe screeningul evenimentelor adverse și monitorizarea incidentelor critice: echipa multidisciplinară discută un anumit caz (anonim) la care s-a produs un eveniment neașteptat, analizând modul în care a funcționat echipa și identificând ce anume trebuie învățat din cazul respectiv
- *peer review*: metodologia este similară celei utilizate pentru tipul precedent, însă cazul este selectat doar pentru că este interesant sau neobișnuit și nu pentru că a fost problematic.

- anchete asupra pacienților și *focus group*: acestea sunt metode pentru a obține informații cu privire la punctul de vedere al pacientului asupra asistenței pe care a primit-o.

2.5. Evaluarea proceselor

Analiza proceselor este un element indispensabil în cadrul managementului calității totale.

Procesul se referă la o secvență structurată de activități. După Earl și Khan (1994), procesele pot fi împărțite în următoarele categorii [28]:

- procese *core*: procese primare cu un impact direct asupra factorilor critici de succes ai organizației și direct legate de clienții externi ai acesteia
- procese de suport: procese privind infrastructura operațională și serviciile de utilitate generală
- procese de management: prin care sunt planificate, gestionate și controlate resursele
- procese de *network*: procese care țin de rețea, adică se extind dincolo de organizație și sunt legate de furnizori și clienți, determinând poziționarea organizației în cadrul sectorului

Orice activitate din cadrul unui proces este îndeplinită prin mai multe modalități operaționale, și anume [3]:

- Practică: modalitate operațională care se aplică de rutină și care nu este formalizată
- Procedură: modalitate operațională standardizată și formalizată
- Protocol: modalitate operațională standardizată și obligatorie

Analiza proceselor constă din mai multe faze [3]:

Faza I: Reprezentarea grafică a procesului

Constă în sinteza și simplificarea unui fenomen complex. Astfel, o reprezentare structurată și schematizată ajută la o gândire sistemică.

Faza II: Identificarea zonele critice

Zonele critice sunt legate de blocaje sau disfuncțiuni în anumite puncte ale procesului. Uneori pot fi considerate zone critice și acele părți din proces care pot fi organizate sau gestionate prin modalități operaționale alternative, care pot avea un impact diferit asupra performanței procesului.

Faza III: Identificarea indicatorilor pentru măsurarea rezultatelor procesului (performanță)

Ce anume vrem să evaluăm la procesul respectiv? Care sunt factorii de care depinde calitatea acestuia? Pentru fiecare factor trebuie găsiți unul sau mai mulți 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 organizațiile de sănătate să dețină 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 să stabilim cine face măsurarea, la ce perioadă să se refere aceasta și cu ce frecvență să fie repetată.

Faza V: Evaluarea

Evaluarea se bazează pe comparare cu un parametru de referință. În funcție de acesta, putem spune cât este de bună performanța procesului. Dacă rezultatele au fost „negative” trebuie să ne întrebăm din ce cauză. Răspunsul îl obținem analizând modalitățile operaționale (practică, proceduri, protocoale) utilizate și persoanele implicate în realizarea activității respective. După analiza cauzelor (pentru care putem folosi diagrama în os de pește sau Ishikawa), este necesar să proiectăm un plan de îmbunătățire – pe care să-l implementăm și să-l verificăm – și un plan de monitorizare.

2.6 Evaluarea siguranței în organizațiile de sănătate

Siguranța pacienților și a personalului medico-sanitar în spitale constituie o importantă dimensiune a calității îngrijirilor de sănătate. La nivel internațional, managementul riscului clinic este un subiect de foarte mare actualitate [29]. În acest context, la nivel național, conform planului strategic al Ministerului Sănătății Publice referitor la perioada 2008-2010, standardizarea măsurilor de siguranță a pacienților este una dintre principalele activități prin care România intenționează să asimileze dezideratele politicii Uniunii Europene cu privire la dreptul cetățenilor 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 și involuntare, imputabile asistenței medicale

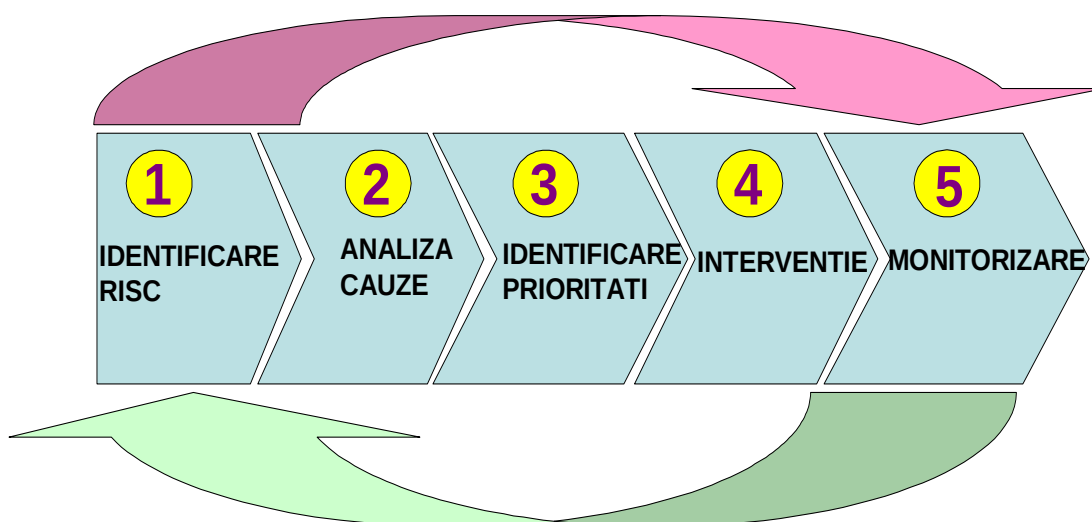
primite în cursul spitalizării care determină prelungirea duratei de spitalizare, înrăutățirea stării de sănătate sau moartea pacientului. [30]

Impactul riscului clinic este important pentru toți actorii din sistemul de sănătate: pentru pacient, care ar putea rămâne cu incapacitate permanentă sau chiar să-și piardă viața 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 organizație care și-ar putea pierde credibilitatea în fața clienților săi. De aceea, în diferite țări din lume, majoritatea spitalelor au introdus în organigrama o nouă componentă și anume unitatea (sau nucleul) pentru managementul riscului.

Managementul riscului clinic reprezintă un ansamblu de acțiuni complexe întreprinse în scopul îmbunătățirii calității asistenței acordate și garantării siguranței pacienților în sistemul de sănătate.

Așa cum am ilustrat în 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 funcție de mai multe caracteristici. [29]

I. În funcție de variabila timp:

- metode proactive (ex-ante), care analizează procesele înainte sau cu foarte puțin timp înainte de producerea unui eveniment;
- metode reactive (ex-post), care analizează procesele după producerea unui eveniment.

II. În funcție de scop:

- metode de identificare a riscului clinic;
- metode de analiză a riscului clinic.

Tabelul nr. III.3. – Instrumente pentru identificarea și analiza riscului

Metode proactive	Metode reactive
• Sistemul <i>Incident Reporting</i>, orientat către incidente¹² • Indiciile (<i>triggers</i>) • Revederea documentației clinice (auditul Foii de Observație) • Utilizarea datelor administrative • Analiza reclamațiilor • <i>Root Cause Analysis</i> (RCA)	• Sistemul <i>Incident reporting</i>, orientat către cvasi-incidente¹³ • <i>Failure Mode and Effects Analysis</i> (FMEA)
Metode de identificare	Metode de analiză
• Sistemul <i>Incident Reporting</i>, orientat către incidente • Indiciile (<i>triggers</i>) • Revederea documentației clinice (auditul Foii de Observație) • Utilizarea datelor administrative • Analiza reclamațiilor	• <i>Failure Mode and Effects Analysis</i> (FMEA) • <i>Root Cause Analysis</i> (RCA)

¹² Incidentul ("incident") este orice eveniment care a cauzat sau a fost pe punctul de a cauza prejudicii pacienților, aparținătorilor, personalului; defectarea, distrugerea sau pierderea de aparate și dispozitive, materiale etc.; litigii.

¹³ Cvasi-incidentele ("near miss") sunt situații în care un eveniment (sau omiterea sa) nu a atras după sine prejudicii, însă a avut un potențial semnificativ de a se transforma în incident și 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 îmbunătăți siguranța și calitatea serviciilor medicale oferite pacienților. Scopul raportării incidentelor clinice este de a asigura că sunt luate măsuri locale când un incident are loc și de a învăța din fiecare greșeală pentru a îmbunătăți îngrijirea medicală. Sistemul medical a avut ca exemple în acest domeniu industria aviației, nucleară, a gazului și 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 toți pacienții internați, specifice pe anumite specialități, ca de exemplu pentru anestezie și chirurgie sau țintite pe un segment, ca de exemplu evenimentele santinelă. Unele organizații includ în sistemul de management al incidentelor plângerile pacienților, cazurile anchetate și anchetele medico-legale.

Scop și obiective

În România, încă nu există un sistem de raportare a evenimentelor adverse, de aceea desfășurarea unui proiect pilot în acest segment este un real folos. Scopul desfășurării proiectului pilot "Experimentarea sistemului Incident Reporting în sectorul spitalicesc din România" a fost de a punerea la dispoziția persoanelor și instituțiilor autorizate a unui suport metodologic și a unor rezultate empirice în vederea reducerii riscului clinic și a creșterii siguranței pacienților și a personalului medico-sanitar.

Obiectivele urmărite pe parcursul desfășurării proiectului au fost:

- *crearea infrastructurii pentru introducerea sistemului Incident Reporting (IR) în secțiile participante;*
- *identificarea profilului de risc clinic în contextul specific al fiecărei secții;*
- *determinarea și implementarea acțiunilor prioritare pentru reducerea sau eliminarea riscului clinic;*
- *Introducerea treptată a unei noi culturi organizaționale, favorabile învățării din erori și managementului integrat al riscului clinic.*

Metodologie

Proiectul s-a desfășurat într-un spital cu personal medical înalt calificat, cu 30 de ani de experiență, care fac să fie apreciat atât la nivel național cât și internațional. În acest spital se desfășoară, încă de la înființarea sa în 1978 activități integrate de asistență medicală, învățământ universitar și postuniversitar și de cercetare științifică medicală clinică și fundamentală. Spitalul primește bolnavi cu patologie diversă, cărora li se oferă servicii care acoperă peste 20 de

specialități clinice și paraclinice, din București în proporție de aproximativ 60%, cât și din țară aproximativ 40%, atât din mediul urban cât și rural.

Pe lângă acest spital au fost implicați în derularea proiectului: Catedra de Sănătate Publică și Management, Universitatea "Carol Davila" București, România; Catedra de Statistică medicală și Biometrie, Departamentul de Medicină, Chirurgie și Stomatologie, Universitatea din Milano, Italia care au pus la dispoziție instrumentul de studiu reprezentat de fișa de semnalare a evenimentelor adverse (FSSE), precum și metodologie de a o utiliza, aceasta fișă de culegere a datelor fiind folosită în spitalele din Italia. Pentru buna desfășurare a proiectului s-a format o echipă din 19 persoane: 1 coordonator general din Milano, 1 coordonator local din București, 4 experți-consultanți din Genova respectiv Milano, 1 referent al spitalului din București, 16 referenți adică câte 2 referenți pe fiecare secție participantă la proiect din spital și 2 medici rezidenți. În cadrul proiectului au participat în faza inițială 6 secții: chirurgie, obstetrică-ginecologie, ortopedie, radiologie, terapie intensivă, cardiologie. Pe fiecare secție au fost desemnați doi reprezentanți (referenți) din cadrul personalului medical: un medic și o asistentă. Motivul pentru care au fost numiți doi referenți din medii diferite de pregătire, a fost de a crea o mai bună comunicare cu personalul secție pentru o aderarea mai bună la semnalarea evenimentelor adverse, colectarea fișelor și informarea personalului asupra derulării acestui proiect și a modului de completare a informațiilor despre incidentele observate. Colectarea datelor s-a făcut pe o perioadă de 14 luni, demersurile pentru derularea sa au început din luna aprilie 2007 și 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 completare a fișei de semnalare spontană a evenimentelor și au fost numiți pentru fiecare secție câte un referent al proiectului, responsabil cu colectarea fișelor de pe secția respectivă și prezentarea modului de completare a fișei pe secție. 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 evenimente adverse (EA) au fost raportate în perioada 1 iunie 2008 - 30 noiembrie 2008 în cele 5 secții participante la această fază a proiectului. Secția de Obstetrică- Ginecologie, inițial selecționată pentru a participa la proiect, nu a semnalat nici un eveniment advers în Faza I, de aceea ulterior această secție a fost exclusă.

Fișa de semnalare a evenimentelor cuprinde două părți: o parte este completată de personalul medical care semnalează incidentul și a doua parte este completată de referentul de pe secția respectivă. Prima parte a acestui chestionar oferă informații despre: secția unde a avut loc evenimentul, profesia persoanei care l-a semnalat (de precizat că fișa este anonimă), date de identificare a pacientului implicat în acest incident și anume: vârsta și numărul foi de observație, dacă este vorba sau nu de o intervenție chirurgicală la care trebuie să fie supus, precum și regimul de spitalizare. În ceea ce privește datele despre eveniment există rubrici în care se cer informații

despre: locul, data și ora când a avut loc, modul de producere, factori care ar fi putut contribui la apariția sa, factori care ar fi putut să reducă consecințele, investigații și prestații sanitare efectuate pacientului ca urmare a producerii evenimentului, descrierea modului în care s-ar fi putut preveni, notificarea evenimentului în fișa de observație și înștiințarea pacientului de către cadrul medical că a fost implicat într-un eveniment advers. În cea de-a doua parte a fișei de culegere a datelor, referentul numit pe secția respectivă este însărcinat ca pe baza datelor completate în prima parte să stabilească: gravitatea, consecințele pe care evenimentul le-a avut asupra pacientului, care este riscul de repetare a unui astfel de eveniment în viitor (probabilitate: frecvent/rar și gravitate consecințelor: minore/majore), care sunt inițiativele de tip corectiv întreprinse în urma acestei sesizări, dacă incidentul a dus la creșterea costurilor sau au apărut probleme de tip organizațional, dacă din acest eveniment advers se poate învăța ceva și dacă au fost implicate în acest eveniment alte servicii/secții din spital.

Datele au fost interpretate cu programul Epi-info, iar după extragerea informațiilor pentru analiza evenimentelor fișa de semnalare a fost depersonalizată (în cazul nostru modul de personalizare a fișei a fost numărul foi de observație 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 desfășurat în spitalul din București 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 completate 59 de fișe de semnalare a evenimentelor adverse, dar doar 58 au fost validate și prelucrate cu aplicația informatică.

După derularea primei faze s-au prezentat rezultatele obținute pe baza datelor colectate, respectiv a celor 19 foi de semnalare, personalul medical fiind încurajat încă odată să prezinte aceste evenimente adverse, accentuându-se din nou că scopul principal este acela de a îmbunătăți calitatea actului medical și a pacientului și nicidecum de sancționare a personalului. În urma acestei prezentări, deoarece secția de obstetrică – ginecologie nu a semnalat nici un eveniment, s-a hotărât excluderea sa din proiect. Pentru o mai bună înțelegere a obiectivelor acestui proiect a fost realizat pe fiecare secție 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 și au fost precizate scopul și avantajele sistemului Incident Reporting pentru îmbunătățirea 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 și măsurilor corective luate după derularea primei faze care au dus la creșterea aderenței personalului medical la proiect.

În urma prezentării datelor de la sfârșitul primei faze a proiectului și a măsurilor corective luate, se poate observa, conform tabelului nr.2, că personalul medical superior, atât medici titulari cât și rezidenți, 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 cunoștință incidentul nu a menționat în chestionar ce nivel profesional.

Tabel nr.1 – Numărul evenimentelor adverse semnalate pe parcursul derulării proiectului

Secție	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 – Distribuția 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%
Asistent 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 privește locul unde au fost observate aceste evenimente, cele mai multe s-au produs în saloane 26 (45%), în cabinetul medical 18 (31%) și în sala de operație 5 (8%). Cele produse în

sala de operație s-au datorat nefuncționării corespunzătoare a aparaturii medicale, motiv pentru care un cadru medical era să fie electrocutat, lipsa materialelor necesare efectuării operației care a dus în unele cazuri la reprogramarea operației sau la schimbarea tehnici de operație în detrimentul pacientului. Puține evenimente au avut loc în unitatea de primiri urgențe și pe coridorul secțiilor 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 locație cabinetul, principalul motiv fiind modul de funcționare al acestei secții, acela de a realiza investigațiile necesare pentru diagnosticarea corectă a pacienților de pe celelalte secții ale spitalului.

Tabel nr.3 – Distribuția evenimentelor adverse în funcție de modalitatea de producere

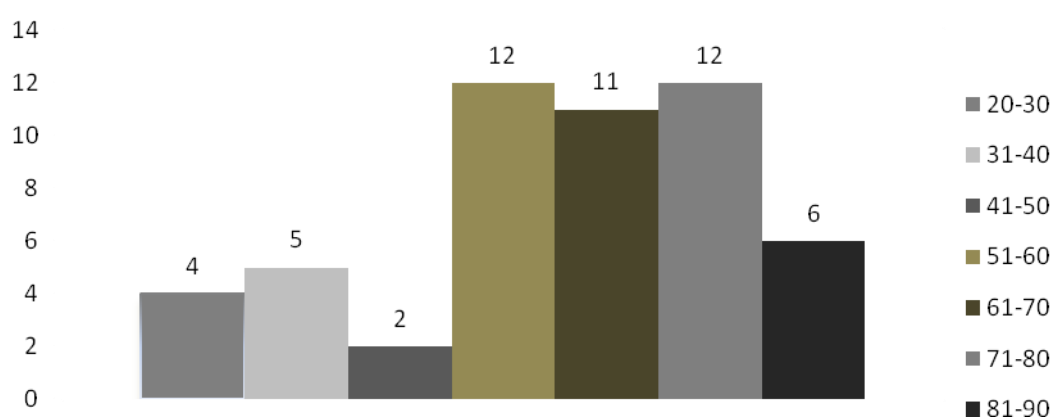
Tip eveniment	Nr. total	Întârziere	Neefectuare	Efectuare necorespun- zătoare	Pregătire necorespun- zătoare
Procedură diagnostică	19(27%)	7	8	0	4
Căderi	8(11%)	na	na	na	na
Proasta funcționare /poziționare de dispozitiv sau aparat	7(10%)	na	na	na	na
Procedură chirurgicală	6(8%)	2	3	1	
Prescrierea/administrarea 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 investigația diagnostică recomandată de medicul curant și în 8 cazuri procedura nu a fost efectuată în momentul când pacientul s-a prezentat la investigație. Evenimentele adverse produse în urma unei proceduri chirurgicale au fost 6 (8%) din totalul evenimentelor semnalate, însă după cum se poate observa factori implicați în producere sunt întârziere, neefectuarea intervenției respective datorită lipsei

materialelor de osteosinteză sau nefuncționării aparaturii sau efectuarea necorespunzătoare prin schimbarea tehnicii operatorii datorită defectării instrumentarului. Aceste motive sunt strâns legate de celelalte factori ce au favorizat producerea incidentului clinic, respectiv proasta funcționare/ poziționare de dispozitiv sau aparat care s-a produs în 7 (10%) dintre semnalări. Sunt incriminați frecvent drept factori căderea pacientului 8 (11%) și alți factori 13 (19%), care în general țin de pacient de cele mai multe ori fiind vorba de agitație și nerespectarea recomandărilor medicale. Mai mult de jumătate din pacienții implicați în aceste evenimente sunt cu vârstele între 50-80 de ani după cum arată graficul nr.1, pacienți care sunt țarați și cu care se comunică destul de greu. Precizăm că doar în 52 de fișe s-a specificat vârsta pacientului.

Grafic nr.1 – Distribuția pacienților în funcție de grupa de vârstă



Ceea ce atrage atenția sunt evenimentele produse în urma confuziei pacienților 4 (6%) și a prescripției/administrației unui medicament 5 (7%). Este vorba de un caz unde medicația nu a fost corect administrată și în alte 4 cazuri tratamentul a fost efectuat cu întârziere. Acești factori trebuie tratați cu mai multă atenție pe viitor, pentru a fi evitate și a nu produce incidente cu repercursiuni grave, atât asupra cadrului medical cât și asupra pacientului.

Dintre cei 156 de factori care au contribuit la producerea evenimentului:

- 72 (46%) au incriminați factorii care țin de sistem și anume: modul de funcționare, dotare cu aparatură, materiale medicale și personal medical insuficient;
- 60 (39%) consideră că dificultatea urmăririi instrucțiunilor, oboseala personalului care este într-un număr insuficient, nerespectarea regulilor și lucru în echipă deficitar au un rol important în apariția acestor incidente.
- 24 (15%) dintre factori au avut legătură cu lipsa de cooperare la tratament, deficitul de orientare și starea de inconștiență a pacientului în producerea evenimentului.

Precizăm că mai mulți factori pot contribui la apariția unui eveniment advers; nefiind incriminat doar un singur factor, ei se influențează reciproc, însă după cum se observă organizarea sistemului are

un rol important în influențarea celorlalți factori care țin de personal și de pacient. 28 (48%) dintre evenimentele adverse au fost notificate în foaia de observație și în 37 (64%) din cazuri pacientului i s-a comunicat evenimentul advers care a avut loc.

Tabel nr. 4 – Distribuția evenimentelor adverse în funcție de gravitate

Definiție nivel gravitate	Nivel	Număr	Procent%
<i>Situația periculoasă/prejudiciul potențial au fost identificate, dar evenimentul nu există (ex. podea alunecoasă unde nu au avut loc căderi)</i>	Nivel 1	8	14%
<i>Situația periculoasă/prejudiciul potențial au fost observate la timp, astfel încât evenimentul nu s-a produs (ex. pregătirea unui medicament greșit, dar care nu a fost administrat)</i>	Nivel 2	3	5%
NICI O CONSECINȚĂ – evenimentul a avut loc, dar fără prejudiciu	Nivel 3	22	38%
CONSECINȚE MINORE – evenimentul s-a produs și a necesitat monitorizare suplimentară, dar fără măsuri terapeutice	Nivel 4	14	24%
CONSECINȚE MODERATE – evenimentul s-a produs și a necesitat monitorizare clinică și paraclinică sau tratamente minore	Nivel 5	6	10%
CONSECINȚE ÎNTRE MODERATE ȘI SEMNIFICATIVE – evenimentul s-a produs și a necesitat precedentele, la care se adaugă următoarele: alte investigații paraclinice	Nivel 6	5	9%
CONSECINȚE SEMNIFICATIVE – evenimentul s-a produs și a necesitat spitalizarea/prelungirea spitalizării/condiții care se mențin la externare	Nivel 7	0	0%
CONSECINȚE SEVERE – incapacitate permanentă sau contribuție la deces	Nivel 8	0	0%
Total		58	100%

Majoritate evenimetelor produse au avut consecințe minore – nivel 4 într-un număr de 14 (24%) și 22 (38%) nu au cauzat nici un prejudiciu pacientului – nivel 3. Pe baza datelor furnizate de tabelul nr.4 consecințe între moderat și semnificative au fost detectate de către referentul secției în 5 (9%) cazuri, fiind necesar să fie implicate și alte servicii în soluționarea acestui incident. În ceea ce privește evenimentele potențiale ce au fost sesizate înainte ca incidentul să aibă loc, respectiv identificarea nivelelor 1 și 2, s-au produs în 11 (19%) cazuri. În 31 (53%) din cazuri referenți au considerat că incidentul a dus la creșterea costurilor prin prelungirea duratei de spitalizare, efectuarea unor investigații și consulturi de specialitate care până în momentul produceri incidentului nu erau considerate necesare, administrare de medicație suplimentară. 14 (24,1%) incidente au implicat alte servicii medicale, precum și serviciul tehnic al spitalului.

În urma producerii acestor evenimente adverse s-au propus, în unele cazuri (43 din 58), măsuri pentru a fi evitat pe cât posibil repetarea lor. Cei mai mulți consideră că îmbunătățirea instruirii personalului, revizuirea protocolurilor în cazul unor manevre sau proceduri, unele chiar reglementate din punct de vedere legislativ, îmbunătățirea comunicării cu pacientul și 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, consimțământ informat)	
Îmbunătățirea instruirii personalului	11
Îmbunătățirea dotării cu materiale și aparate	7
Îmbunătățirea comunicării cu pacientul	8
Îmbunătățirea dotării cu personal	4
Supravegherea rezidenților în cursul executării manevrelor cu risc	1
Supravegherea mai atentă a pacienților	2
Ierarhizarea priorităților	1
Îmbunătățirea comunicării între servicii	1
Total	43

Majoritatea participanților la acest proiect din rândul personalului medical (54 – 93%) au considerat util acest sistem de raportare a evenimentelor adverse, deoarece se pot trage anumite învățăminte pentru crearea unui sistem medical performant.

Concluzii:

- în urma aplicării măsurilor corective aderența la proiect a crescut față de faza I;
- concluzii globale pentru fiecare secție nu se pot formula, deoarece Terapia Intensivă și Radiologia deservește tot spitalul, iar celelalte secții: 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 asistenții medicali ar trebui să fie încurajați mai mult pentru a le semnala;
- se pare că principalele evenimente semnalate au fost cauzate în ordine descrescătoare: de sistem, de personalul medical și de pacient;
- principalele evenimente adverse sunt legate de: realizarea investigațiilor diagnostice (pregătirea necorespunzătoare a pacientului sau realizarea necorespunzătoare a investigației, întârziere în realizarea procedurii chirurgicale), identificarea greșită a pacientului, aparatura defectă, căderea pacientului;
- un astfel de sistem a raportării evenimentelor adverse are rolul de a crește calitatea actului medical pe baza învățămintelor și 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

Tendențele epidemiologice din ultimul timp (spre exemplu îmbătrânirea populației și creșterea prevalenței bolilor cronice), progresul științei, noile tehnologii și terapii (spre exemplu chirurgia de o zi) au un impact important asupra nevoilor de îngrijiri ale pacienților și asupra activității personalului medico-sanitar. În consecință, 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 internațional, numeroase țări utilizează în mod curent în sectorul spitalicesc diferite instrumente de evaluare cantitativă a îngrijirilor (Secțiunea 5), ca suport de decizie pentru dotarea cu personal. [31, 32, 33, 34] Cu toate acestea, în România, efectivele de personal auxiliar și mediu sunt stabilite prin norme emise de Ministerul Sănătății Publice, bazate pe criterii istorice – în funcție de numărul paturilor și de tipul de secții.[33, 34, 35, 36]

Pentru a vedea dacă și în ce condiții pot fi utilizate și în România astfel de instrumente de evaluare cantitativă a îngrijirilor acordate de personalul auxiliar și mediu, în perioada 2004-2005 a fost derulat un Proiect-pilot romano-elvețian care a permis experimentarea, pentru prima dată la noi în țară, a instrumentului SIIPS (Soins Individualisés à la Personne Soignée), utilizat în special în Franța. [33] Realizat inițial în 5 secții din două spitale, studiul a fost ulterior utilizat și în alte spitale, însă instrumentul nu a fost adoptat la scară largă.

Resursa umană este o resursă cheie în asigurarea calității. În mod evident, pentru a putea răspunde nevoilor pacienților, nu doar pregătirea profesională și motivația personalului sunt importante, ci și numărul său. De aceea evaluarea cantitativă a îngrijirilor acordate de personalul sanitar mediu reprezintă un instrument managerial complementar în asigurarea calității.

2.8. Concluzii

În această secțiune am exemplificat cum se poate evalua performanța sistemelor de sănătate și am văzut că există diferențe importante între performanța țărilor din Estul și a celor din Vestul Europei. În ultimii ani, toate țările au făcut progrese importante în acest sens, în special țările din Est. Totuși diferența față de Vest se menține, așa că indicatorii performanței pot fi îmbunătățiți în continuare. Este important de reținut că acest tip de comparații depinde foarte mult de acuratețea datelor raportate de diferitele țări. În cazul în care calitatea datelor este îndoielnică, pot apărea distorsiuni importante privind rezultatele. (de exemplu, în cazul mortalității prin efecte adverse la

agenții terapeutici, suspectăm o posibilă subraportare în cazul unor țări din Est). Am trecut apoi în revistă două dintre cele mai importante modalități de garantare a unor standarde de calitate în spitale – acordarea autorizației de funcționare și acreditarea instituțională – și modul în care sunt reglementate în România. Acreditarea instituțională și acreditarea profesională sunt activități separate.

Am argumentat diferența care există între calitatea actului medical din punct de vedere al pacientului (calitate percepută) și al profesionistului (calitate tehnico-profesională). Dacă chestionarele asupra satisfacției pacienților ne oferă cu precădere informații despre calitatea percepută, auditul clinic și ghidurile de practică oferă informații cu privire la calitatea tehnico-profesională. A asigura satisfacția clienților, înseamnă a răspunde așteptărilor acestora.

În continuare, am arătat că nu se poate vorbi de management al calității totale fără evaluarea proceselor care stau la baza activității clinice, de suport și de gestiune. De asemenea, am adus în discuție problematica privind asigurarea siguranței în sistemele de sănătate, care este un aspect fundamental în asigurarea calității. În fine, am subliniat că, pentru a garanta o asistență conformă cu nevoile în continuă evoluție ale pacienților, organizația trebuie să adopte instrumente adecvate de normare cantitativă a personalului sanitar mediu.

STUDIU DE CAZ: CHESTIONAR DE SATISFACȚIE A ANGAJAȚILOR

O dimensiune importantă, care din păcate de cele mai multe ori se omite în evaluarea calității, este satisfacția personalului. Creșterea motivației personalului de îngrijire, îmbunătățirea condițiilor de muncă ale acestuia și îmbunătățirea dezvoltării profesionale, sunt esențiale pentru asigurarea unor îngrijiri de sănătate eficace, eficiente și de calitate. În mod obișnuit facem presupunerea că angajații mai satisfăcuți de munca lor sunt mai motivați, deci mai performanți. Dar muncitorii satisfăcuți nu sunt în general cu mult mai performanți, atâta timp cât o performanță nu duce la recompense satisfăcătoare. Pe de altă parte, satisfacția în muncă este importantă, deoarece contribuie la sănătatea mentală și reduce fluctuația de personal foarte costisitoare. Așadar, datorită multiplelor dimensiuni pe care le cuprinde, satisfacția la locul de muncă este foarte dificil de măsurat și evaluat. Acest chestionar este anonim. Vă rugăm să răspundeți la fiecare întrebare, încercuind varianta care reprezintă cel mai bine opinia dumneavoastră.

Răspunsurile dumneavoastră ne vor ajuta la rezolvarea eventualelor probleme semnalate. Vă mulțumim pentru timpul acordat completării acestui chestionar și pentru exprimarea opiniei dumneavoastră.

Secțiunea I

1. În timpul lucrului, în ce măsura simțiți că este necesar să **interacționați** cu alți oameni (pacienți sau alte persoane care au legătură cu spiritul dumneavoastră)?

1	2	3	4	5
Foarte puțin; lucrul cu alții nu este necesar în meseria asta		Moderat		Foarte mult munca mea constă în interacțiunea cu alți oameni.

2. Câtă **autonomie** vă oferă ocupația dumneavoastră? În ce măsură vă permite ocupația dumneavoastră să decideți singur cum să acționați?

1	2	3	4	5
Foarte puțin: ocupația nu-mi permite să decid când și cum să acționez		Autonomie moderată: multe lucruri sunt standard și nu sub controlul meu, dar pot lua câteva decizii despre cum să acționez.		Foarte mult: ocupația îmi oferă responsabilitatea aproape completă pentru a decide cum și când să acționez.

3. În general, cât de **importantă** este ocupația dumneavoastră? Rezultatele muncii dumneavoastră afectează semnificativ viața ori bunăstarea altor persoane?

1	2	3	4	5
Nu foarte importantă rezultatul muncii mele nu are importante efecte asupra vieții altor oameni.		Importantă moderat		Foarte importantă; rezultatul muncii mele poate afecta semnificativ alți oameni.

4. Șefii și colegii vă **spun** cât de bine vă descurcați în ocupația dumneavoastră?

1	2	3	4	5
Foarte puțin: oamenii aproape niciodată nu- mi spun cât de bine îmi fac meseria.		Potrivit; câteodată oamenii îmi dau informații alteleori nu		Foarte mult: șefii și colegii îmi dau informații în mod constant despre cum îmi fac meseria.

Secțiunea II

Cât de adevarate sunt următoarele propoziții care descriu **ocupația** dumneavoastră? Vă rugăm să acordați la întrebările nr. 5-14, notând în partea stângă, scoruri între 1 și 5 după cum urmează:

1	2	3	4	5
Neadevarată		Nesigur		Foarte adevărată

- ☐ 5. Ocupația mea necesită folosirea unor cunoștințe complexe și de nivel înalt
- ☐ 6. Ocupația mea necesită mult lucru în echipă.
- ☐ 7. Primesc reacții sincere, pozitive sau negative, cel puțin la fiecare 30 de zile
- ☐ 8. Ocupația mea este simplă și repetitivă.
- ☐ 9. Ocupația mea este una în care multe persoane pot fi afectate de cât de bine îmi fac meseria.
- ☐ 10. Ocupația mea îmi oferă posibilitatea de a finaliza complet munca pe care am început-o
- ☐ 11. În ocupația mea am foarte puține indicii despre performanța proprie.
- ☐ 12. Ocupația mea nu este foarte importantă în raport cu celelalte.
- ☐ 13. Înțeleg și pot explica rolul clinicii
- ☐ 14. Înțeleg și pot explica în câteva cuvinte ceea ce vrem să realizăm în clinică în următoarele 6 luni.

Secțiunea III

Precizați **ce credeți** despre ocupația dumneavoastră. Vă rugăm să acordați la întrebările nr. 15-21, notând în partea stângă, scoruri între 1 și 5 după cum urmează:

1	2	3	4	5
Dezacord total	Dezacord	Neutru	Acord	Acord total

- ☐ 15. În general, sunt foarte mulțumit de această ocupație.
- ☐ 16. Am cunoștințele de bază necesare pentru a avea succes în ocupația mea.
- ☐ 17. Mă gândesc frecvent să renunț la această ocupație.
- ☐ 18. Stiu ce comportament trebuie să am pentru a avea succes în ocupația mea.
- ☐ 19. Am disponibile perioade de pregătire pentru a-mi reînoi în mod constant cunoștințele.
- ☐ 20. Sentimentele mele nu sunt afectate în nici un fel de modul în care îmi îndeplinesc sarcina.
- ☐ 21. Când clinica are succes simt ca și eu am succes.

Secțiunea IV

Cât de **mulțumit** sunteți de aceste aspecte ale ocupației dumneavoastră? Vă rugăm să acordați la întrebările nr. 22-31, notând în partea stângă, scoruri între 1 și 5 după cum urmează:

1	2	3	4	5
Foarte nemulțumit	Nemulțumit	Neutru	Mulțumit	Foarte mulțumit

- ☐ 22. Dezvoltarea și creșterea profesională pe care o am când îmi îndeplinesc meseria.
- ☐ 23. Persoanele cu care vorbiți și munciți în ocupația dumneavoastră.
- ☐ 24. Gradul de respect pe care-l primiți de la șeful dumneavoastră.
- ☐ 25. Sentimentul de îndeplinire pe care-l dobândiți îndeplinindu-vă sarcinile.
- ☐ 26. Șansa de a cunoaște alte persoane în ocupația dumneavoastră
- ☐ 27. Gradul de suport și îndrumare pe care îl primiți de la superiorul dumneavoastră
- ☐ 28. Nivelul salarizării pentru ceea ce faceți în clinica dumneavoastră.
- ☐ 29. Siguranța viitorului dumneavoastră în această clinică.
- ☐ 30. Șansa de a ajuta alte persoane în timpul îndeplinirii profesiei.
- ☐ 31. Modul în care sunteți supervizat în meseria dumneavoastră

Secțiunea V

Vă rugăm să indicați **gradul** până la care ați dori să aveți fiecare caracteristică prezentă în ocupația dumneavoastră. Vă rugăm să acordați la întrebările nr. 32-42, notând în partea stângă, scoruri între 1 și 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 puțin)		Vreau să-l am extrem de mult

- ☐ 32. Respect din partea superiorilor.
- ☐ 33. Sarcini care îmi trezesc interesul și mă stimulează profesional
- ☐ 34. Șansa de a acționa și gândi independent în ocupația mea
- ☐ 35. Siguranța ocupației
- ☐ 36. Colegi foarte prietenoși
- ☐ 37. Oportunitatea de a învăța lucruri noi la servicii
- ☐ 38. Salarii mari și prime.
- ☐ 39. Oportunitatea de a fi creativ în ocupația mea.
- ☐ 40. Promovare rapidă.

41. Oportunități pentru creșterea și dezvoltarea profesională în ocupația mea
42. Ocupația îmi oferă împlinire.

Secțiunea VI

Vă rugăm să apreciați următoarele aspecte ale muncii pe care o prestați atât din punct de vedere al **importanței** și separat pentru **gradul de mulțumire** pe care-l percepeți.

Pentru **importanță**

- A. Extrem de important pentru mine
- B. Foarte important pentru mine
- C. Are ceva important pentru mine
- D. Mai puțin important pentru mine
- E. Neimportant pentru mine

Pentru **gradul de mulțumire**

- A. Sunt foarte mulțumit de condiții/factori
- B. Sunt mulțumit de condiții/factori
- C. Sunt nesigur de condiții/factori
- D. Sunt nemulțumit de condiții/factori
- E. Sunt nemulțumit de condiții/factori

De exemplu:

Importanță		Gradul de mulțumire
53. A	Aprecierea din partea colegiilor este prezentă	79. B

Importanță		Gradul de mulțumire
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.	Oportunitățile pentru educație continuă sunt adecvate	74.
49.	Politica privind zilele libere compensatorii este adecvată	75.
50.	Politica privind orele suplimentare este adecvată	76.
51.	Politica pentru creșterea salariilor este mulțumitoare	77.
52.	Politica pentru promovare este mulțumitoare	78.
53.	Aprecierea din partea colegiilor este prezentă	79.
54.	Secretariatul este adecvat	80.
55.	Spațiul administrativ este adecvat	81.
56.	Libertatea de a-ți exprima părerile fără teama de repercursiuni este prezentă	82.
57.	Responsabilitatea pentru ceea ce fac este prezentă	83.
58.	Libertatea de a-ți completa ocupația cu succes este prezentă	84.
59.	Recunoaștere/primirea de laude pentru munca prestată este prezentă	85.
60.	Varietatea în munca există	86.
61.	Securitatea slujbei există	87.
62.	Comunicarea dintre șef și angajați este adecvată	88.
63.	Colegii sunt cooperanți	89.
64.	Comunicarea dintre șef și angajați este adecvată	90.
65.	Competența colegilor este adecvată	91.
66.	Metoda prin care sunt distribuiți pacienții este adecvată	92.
67.	Conflictele dintre angajați sunt rezolvate așa cum trebuie	93.
68.	Curățenia și aspectul clinicii sunt adecvate	94.
69.	Saloanele pentru îngrijirea pacienților sunt așa cum trebuie	95.

Secțiunea VII

96. Știu cine îmi este șef ierarhic.

1
Nu

2
Nu sunt sigur(ă)

3
Da

97. Cum clasificați dumneavoastră climatul organizațional la locul de muncă?

- a. **Inchis**- grad mare de apatie cu interacțiuni sociale de neîncredere, neplăcute și o atitudine de descurajare a inițiativelor.
- b. **Paternal**- Conducerea oprește ivirea actelor de inițiativă din partea grupului și încearcă să inițieze totul singuri.
- c. **Familiar**- foarte personal, cu prea puțin control.
- d. **Controlat**- impersonal în mare parte orientat pe sarcini.
- e. **Deschis**- organizație dinamică ce lucrează pentru atingerea obiectivelor prin interacțiuni sociale satisfăcătoare.

98. Dacă vreți să știți ce se întâmplă la clinică, la cine găsiți răspunsuri?

99. Dacă vreți ca o problemă să fie rezolvată, pe cine întrebați?

100. Dacă vreți ca o situație clinică a unui pacient să fie rezolvată, pe cine întrebați?

101. Cât de multe cunoștințe, din rândul angajaților din alte secții, aveți?

102. Care este ocupația dumneavoastră?

1 _____ Medic și alt personal cu studii superioare

2 _____ Personal mediu (de ex: asistente medicale, secretare)

3 _____ Personal auxiliar (de ex: infirmerie, îngrijitoare, brancardieri, etc.)

Vă mulțumim

3. INSTRUMENTE PENTRU MĂSURAREA CALITĂȚII

3.1 Construirea indicatorilor

Indicatorii sunt aspecte care țin de structură, procese și rezultate, care au fost definite în mod explicit și care sunt măsurabile. Construirea indicatorilor necesită întâi de toate numirea unei echipe de lucru. Aceasta identifică scopul îngrijirii și al serviciului, nevoile și așteptările pacienților și prioritățile de monitorizare, după care alege indicatorii. Apoi, echipa stabilește obiectivele (*target*), determină mecanismele de culegere a datelor și stabilește frecvența evaluărilor. La sfârșit, echipa verifică dacă fiecare indicator construit îndeplinește toate proprietățile pe care ar trebui să le dețină un indicator.

Un bun indicator ar trebui să fie [37]:

- Fiabil: să fie reprezentativ pentru ceea ce măsurăm
- Semnificativ: să ne ofere informația pe care o căutăm
- Simplu: datele necesare să poată fi reperate și obținerea lor să nu coste mult
- Rapid: informațiile pe care le furnizează să ajungă la timp pentru a putea fi utilizate.
- Util: scopul unui indicator este să conducă la o anumită acțiune
- Omogen: să implice utilizarea unei terminologii comune, pentru a permite comunicarea
- Coerent: definiția indicatorului respectiv să nu varieze în timp și spațiu

Dacă un indicator nu deține toate aceste proprietăți, echipa trebuie să procedeze la revizuirea lui.

Indicatorii devin operaționali în prezența criteriilor și standardelor. Acestea trebuie să fie stabilite ținând cont de contextul local și de circumstanțele în care se găsesc pacienții. Criteriile se referă la elemente ce țin de resurse, procese, rezultate față de care trebuie formulată o apreciere cu privire la nivelul calității. Standardele sunt definiții cantitative mai specifice, care desemnează cantitatea și frecvența. Ideal indicatorii ar trebui să exprime în mod direct măsura fenomenului. Totuși, pentru anumiți indicatori nu pot fi culese date specifice și atunci suntem nevoiți să ne mulțumim cu date care ne dau indirect informații despre fenomen (*proxy*). De exemplu, în cazul în care ne interesează accesibilitatea la Serviciul de Ambulanță, un indicator direct ar putea fi obținut 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 ușor un indicator indirect și anume numărul mediu de pacienți per ambulanță în 24h. [1]

3.2. Metode de consens utilizate pentru evaluarea calității

Tehnicile de consens sunt instrumente frecvent utilizate pentru rezolvarea problemelor în medicină, permițând 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 priorităților, imaginarea unor scenarii viitoare, rezolvarea conflictelor, explorarea problemelor morale și etice, raționalizarea 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 experți, sintetizând opiniile lor. [40] Mai jos, trecem în revista câteva tehnici.

Tehnica grupului nominal

Adoptată la sfârșitul anilor '60, această metodă constă dintr-o ședință structurată, al cărei scop este acela de a obține informații calitative de la un grup-țintă asociat cu un subiect problematic. Mai întâi sunt reuniți participanții, cărora li se cere să întocmească (individual, fără a discuta cu ceilalți) 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 toți participanții să poată vedea lista colectivă. Ulterior are loc o discuție structurată a ideilor de pe lista colectivă. Participanții evaluează separat fiecare idee și, la nevoie, clarifică unele idei. După discuție, fiecare participant acordă ideilor un scor, în scris, și apoi este evaluat punctul de vedere al grupului. Succesul procesului depinde de cât este de experimentat coordonatorul și de cât de mare este dorința 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 și anonimă a unor experți, care completează un chestionar autoadministrat. Metoda presupune 3-4 runde, rezultatele (calitative și cantitative) fiind restituite experților după fiecare rundă. Procesul se consideră încheiat când s-a ajuns la convergența completă a opiniilor. Tehnica este cu atât mai validă cu cât numărul experților și al rundelor este mai mare. Pe de altă parte, numărul experților 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 și alegerea respondenților, cărora, odata identificați, li se trimite o scrisoare de introducere și primul chestionar. Ulterior li se expediază cel de-al doilea chestionar, invitându-i să aranjeze în ordinea

importanței primele 10 teme (descrise cu enunțuri scurte și clare) identificate cu ajutorul primului chestionar. Scopul celui de-al doilea chestionar este acela de a ordona problemele pe baza unui punctaj, obținut pe baza votului acordat de fiecare respondent. Prin cel de-al treilea chestionar, participanții își pot revizui răspunsurile și pot acorda un vot final, ținând cont și de voturile acordate de ceilalți participanți. Procedura se încheie cu redactarea raportului final al anchetei. [14]

Avantajele și dezavantajele acestor două metode au fost sintetizate în Tabelul nr. III.4. [14, 43]

Tabelul nr. III.4. – Avantajele și 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 enunțate într-o formă superficială • metoda nu ia în considerare ideile cu poziții extreme (unele pot fi novatoare) • necesită deplasarea participanților
Tehnica Delphi	• rezultatul este impersonal (anonimat), fiind atribuit, la final grupului • metoda lasă mai mult timp de gândire, experții putând răspunde când doresc (înainte de termenul limită prefixat) • întrucât chestionarele sunt completate frecvent prin email, experții pot fi selectați indiferent de distanță • procesul este relativ ușor de înțeles și flexibil în ceea ce privește numărul rundelor	• se apreciază că este un proces relativ lung, iar experții pot să „obosească” după 2-3 runde • când numărul experților și rundelor este mare, procesul poate deveni complicat și costisitor (pentru coordonator) • validitatea științifică a rezultatelor poate fi pusă în discuție

Tehnica informatorilor-cheie

Am ales să descriem sintetic și aceasta metodă, întrucât, așa cum am arătat în Secțiunea 2.1.1., aceasta este principala tehnică la care OMS a recurs pentru evaluarea performanței sistemelor de sănătate din lume. Se impune totuși să precizăm că scopul metodei nu este acela de a cauta consensul. Totuși, ea poate conduce la un consens, fiindcă este posibil să existe o anumită concordanță între opiniile exprimate de participanți. [41] Informatorii-cheie sunt persoane care trăiesc sau lucrează într-o comunitate și despre care se știe că au o bună cunoaștere a acesteia. Metoda presupune un interviu individual cu fiecare informator, pentru a cunoaște opinia sa cu privire la un anumit subiect. Numărul informatorilor depinde de mărimea comunității despre care dorim să culegem informații. Pentru a realiza o anchetă cu informatori-cheie, după ce sunt definite obiectivele studiului, se elaborează chestionarul pentru culegerea informațiilor și sunt selecționați și contactați informatorii, în mod aleator, pe baza unei liste de nume de persoane care dețin caracteristicile necesare informatorului-cheie. Apoi are loc întrevederea cu participanții care poate fi directă, prin telefon sau prin poștă. Aceasta se poate realiza în mod structurat sau semi-

structurat. Analiza rezultatelor întrevederilor permite gruparea comentariilor în jurul fiecărei 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 interacționeze sau să reacționeze la informația emisă de alți membri ai grupului, în cazul acestui tip de anchetă nu există nici-un schimb între participanți. [41] Avantajele și dezavantajele metodei au fost sintetizate în Tabelul nr. III.5. [14]

Tabelul nr. III.5. – Avantajele și limitele abordării prin informatori-cheie

Avantaje	Limite
- informatorii selectați din diferite organizații ale comunității; - informațiile acoperă o gamă largă de aspecte ale comunității; - informatorii-cheie se pot implica nu doar în evaluare, ci și în planificarea și implementarea unor acțiuni de îmbunătățire; - metoda este simplă și ieftină.	- uneori informatorii pot să ofere informații care țin strict de organizația unde lucrează și care nu reflectă situația în comunitate; - metodă bazată pe opinii și percepții.

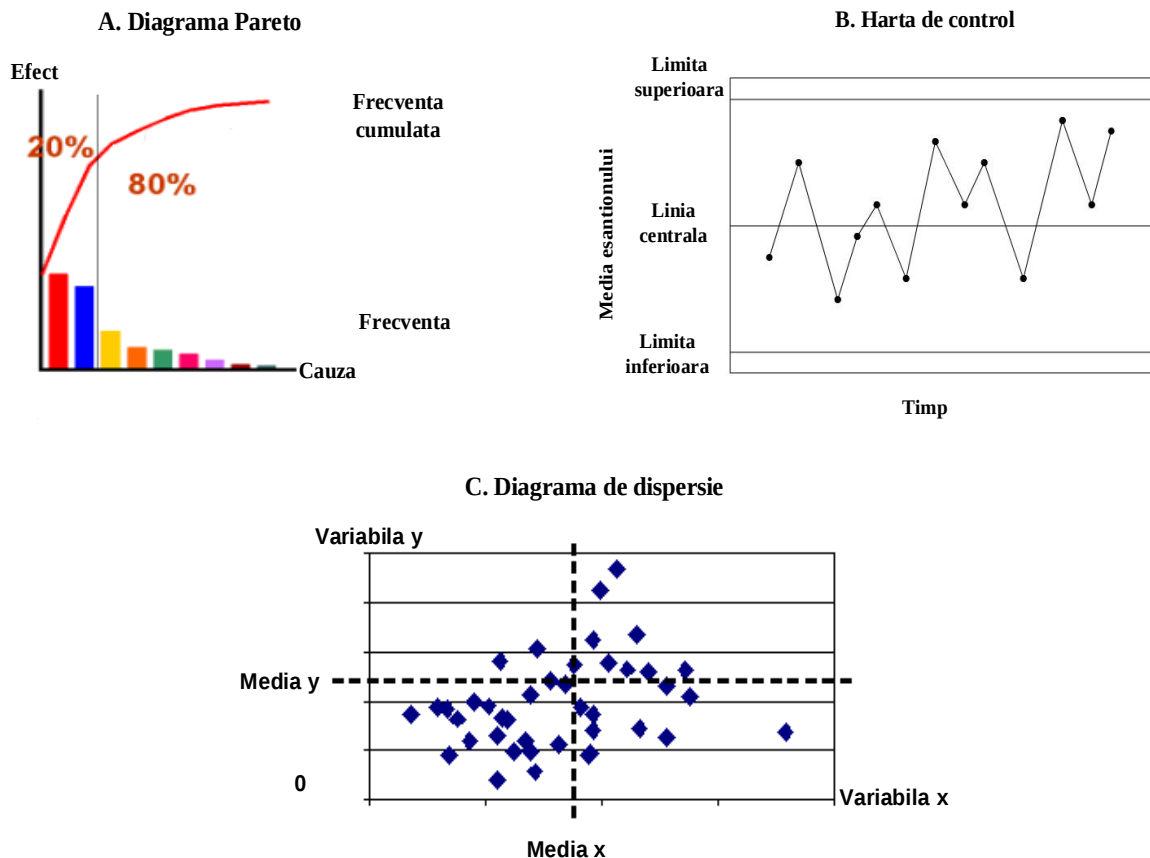
3.3 Metode bazate pe informații cantitative

Informațiile cantitative sunt cifre care pot fi exprimate ca valori absolute sau valori relative (medie, pondere, rată, etc.). Pentru prezentarea și analiza informațiilor 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 (tendința temporală a unui eveniment).
- **Diagrama de structură** (cerc sau dreptunghi): aria cercului (sau dreptunghiului) de structură reprezintă efectivul total al populației statistice (100%). Valorile variabilei se reprezintă prin sectoare de cerc (dreptunghiuri) ale căror arii sunt proporționale cu frecvențele relative ale valorilor variabilei.
- **Diagrama prin coloane** (dreptunghiuri verticale) sau benzi (dreptunghiuri orizontale): tip de reprezentare grafică prin dreptunghiuri cu lățimi egale și lungimile proporționale cu frecvențele absolute sau cu frecvențele 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 variațiilor unui proces, față 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 observații utilizate pentru control trebuie să fie suficient de mare). Cu cât valorile sunt mai apropiate de linia centrală, cu atât variația procesului este mai mică. (Figura nr.III.5.B)

- **Diagrama de dispersie:** forma grafică în care două axe ce corespund mediei valorilor variabilelor x și y delimitează patru cadrane. De exemplu, atunci când graficul este utilizat pentru *benchmarking*, organizațiile caracterizate de elemente similare se dispun sub formă de *cluster*, în același cadran). (Figura nr. III.5.C)

Figura nr. III.5. – Exemple de reprezentări grafice utilizate pentru evaluarea calității



3.4. Diagrame operaționale

Diagramele operaționale sunt reprezentări grafice care ne permit culegerea de informații calitative. Prezentăm mai jos două tipuri dintre cele mai cunoscute.

Diagrama de flux

Se folosește pentru reprezentarea grafică a proceselor. Pentru acest lucru, stabilim întâi de toate unde începe și unde se termină procesul și avem grijă să nu uităm nici o activitate relevantă. Gradul de detaliu depinde de activitățile care ne interesează cu precădere într-un anumit proces.

Așa cum se poate observa în Figura nr. III.6., pentru reprezentarea grafică sunt folosite simboluri grafice recunoscute la nivel internațional:

- oval: eveniment (începutul/sfârșitul procesului)
- dreptunghi: o activitate urmată de altă activitate (flux)

- romb: punct de scindare a procesului
- cerc: punct de confluență în cadrul procesului

Figura nr. III.6. – Procesul de gestiune a transportului cu autoambulanța în funcție de gravitatea cazului [1]

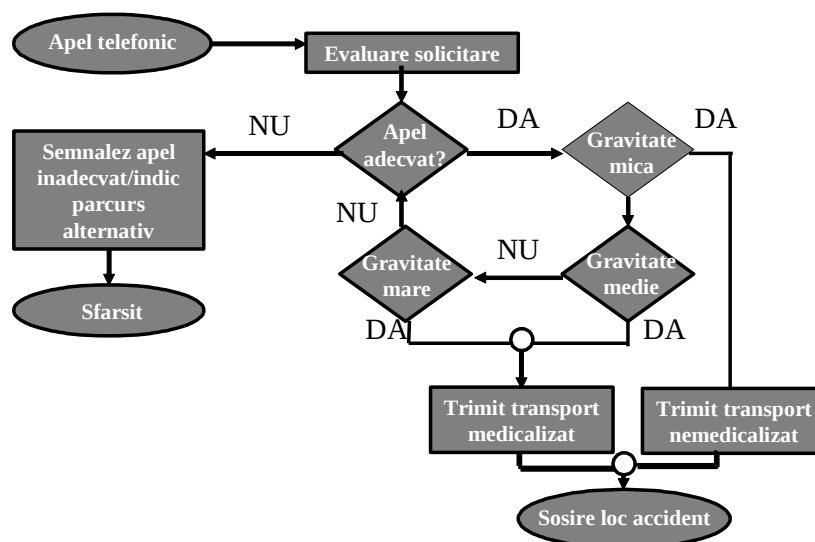
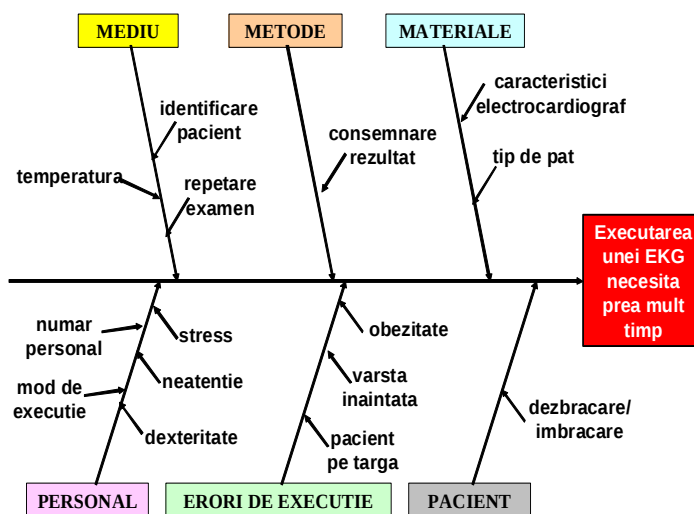


Diagrama cauza-efect (în os de pește sau Ishikawa)

Acest tip de reprezentare este ideal pentru identificarea cauzelor profunde și a cofactorilor în secvența temporală și logică (cauza primară, secundară, terțiară). După cum se poate observa în exemplul concret din Figura nr. III.7., diagrama este asemănătoare scheletului unui pește. Axa orizontală reprezintă rezultatul principal care a dus la producerea unui eveniment, iar axele oblice mai mici reprezintă cauzele umane și 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 aceleiași unități, valoarea unui indicator la un moment dat este comparată cu valoarea acelui indicator obținută într-un alt moment. Dacă indicatorul este determinat frecvent, putem identifica tendința temporală a acestuia (trend) și putem chiar fixa un standard;
- spațială: valoarea unui indicator este comparată cu valoarea acestuia într-o realitate diferită (altă organizație). Când acest proces este structurat și instituționalizat, 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, și această orientare, este tot una spațială).

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 și grafice care au la bază informațiile sintetice și de importanță strategică pentru o anumită secție sau departament. Acest suport este personalizat pentru fiecare unitate în parte și permite compararea indicatorilor rezultatelor care caracterizează unitatea în aceeași perioadă din ani diferiți sau rezultatelor observate cu cele așteptate.

Ca și un semafor, indicatorii emit semnale: când valoarea observată și cea așteptată coincid (conform obiectivului prefixat), indicatorului respectiv îi corespunde culoarea verde, ceea ce înseamnă că totul este în regulă. Ideal,

Tabloul de bord nu ar trebui să depășească 1 pagină, întrucât el trebuie să includă nu mai mult de 5 sau 6 indicatori (Figura nr. III.8.). Aceștia trebuie să fie atent selecționați, astfel încât informația care stă la baza lor să fie ușor de obținut (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 și conducere. Conducerea explică obiectivele și planul strategic celorlalți participanți la proiect, astfel încât împreună să stabilească indicatorii cei mai adecvați, care – atent monitorizați – 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 și domenii de activitate aparținând și altor categorii de personal care sunt implicate în organizarea secției. (nu numai categoriei personalului medico-sanitar).

Metodologia de alcătuire a unui Tablou de bord presupune următoarele etape:

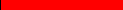
- identificarea misiunii și obiectivelor;
- selecționarea indicatorilor și validarea lor;
- stabilirea formei și ritmului de difuzare și persoanelor cărora se adresează;
- reactualizarea periodică;

În Tabelul nr. III.6., prezentăm principalele avantaje și dezavantaje ale Tabloului de bord

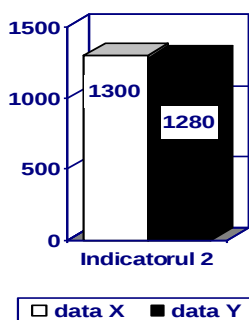
Tabelul nr. III.6. – Avantajele și dezavantajele Tabloului de bord

Avantaje	Limite
• facilitează compararea • îmbunătățește comunicarea • focus pe obiective • facilitează controlul de gestiune • îmbunătățește <i>feedback</i>-ul	• efort pentru personalizarea datelor • efort pentru reactualizare • consumă timp (elaborare, studiere) • necesită aderența întregului personal • instrument de acțiune pe termen scurt

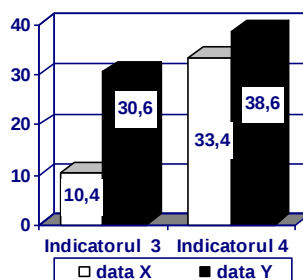
Figura nr.III.8. – Modelul Tabloului de bord

Indicator în funcție de categorie	Perioada de la data "X" la data "Y"				
	Valoare observată data X	Valoare observată data Y	Valoare așteptată data Y	Bilanț	
A Accesibilitate pacienți					
Indicatorul 1	x	y	z	y=z	
Indicatorul 2	x	y	z	y≠z	
B. Siguranța pacient					
Indicatorul 3	x	y	z	y≠z	
Indicatorul 4	x	y	z	y≠z	
C. Competențe personal					
Indicatorul 5	x	y	Z	y=z	
Indicatorul 6	x	y	Z	y≠z	

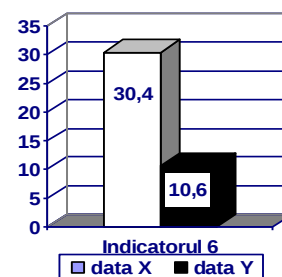
Graficul 1



Graficul 2



Graficul 3



3.5.2 Benchmarking-ul

Conform definiției date de către Xerox Corporation, una dintre primele organizații care au aplicat aceasta tehnică în anii '70, *benchmarking*-ul este „un proces continuu și sistematic de măsurare a proceselor dintr-o organizație prin compararea cu organizații recunoscute ca *leader*, cu scopul de a determina cele mai bune procese (*best practice*) și de a stabili obiective de performanță raționale”.

Odată identificate cele mai bune practici și stabilite obiectivele de performanță, acestea trebuie inserate în cadrul activităților de management al calității totale sau de reproiectare a proceselor (*process reengineering*). Prin urmare *benchmarking*-ul introduce în organizații cultura comparării performanței. [3]

Există diferite tipuri de *benchmarking*, și anume [42]:

- *Benchmarking* intern: compararea unor procese la nivelul aceleiași organizații
- *Benchmarking* competitiv: compararea aceluiasi proces între organizații care aparțin aceluiasi sector competitiv
- *Benchmarking* funcțional: compararea aceluiasi proces între organizații care aparțin unor sectoare diferite
- *Benchmarking best in class*: comparare cu acele organizații considerate cele mai bune pentru un anumit proces

Tabelul nr. III.7. – Avantaje și dezavantaje ale principalelor tipuri de *benchmarking* [43]:

Tip de <i>benchmarking</i>	Avantaje	Limite
Intern	• ușor de realizat • ușor acceptat • stabilește cea mai buna practică internă	• centrat pe organizația respectivă • adesea realizat doar în organizații mari
Competitiv	• ajută la focalizarea pe procesele principale • identifică dezavantajele competitive existente	• poate să nu existe disponibilitatea de a oferi informații • uneori informația este indirectă sau de la terți
Funcțional	• permite compararea directă • ușor acceptat	• se limitează la cea mai bună practică existentă în acel moment • informația disponibilă poate să nu fie de calitate
<i>Best in class</i>	• perspectivă mai amplă pentru comparare • cel mai bun mod pentru identificarea unor practici novatoare	• greu de identificat cine este <i>the best in class</i> • cea mai bună practică se poate dovedi greu de introdus în propria organizație

Benchmarking-ul este un instrument strategic care necesită implicarea conducerii organizației, singura în măsură să promoveze schimbarea cu impact puternic asupra organizației și deci asupra performanței 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 secțiilor/organizațiilor pentru comparare;
- culegerea și analiza informațiilor pentru comparare;
- adoptarea celei mai bune practici identificate prin *benchmarking*.

Când se compară indicatori măsurați în realități diferite, standardizarea lor este indispensabilă (mortalitatea spitalicească trebuie ajustată în funcție de vârstă, sexul și comorbiditățile pacienților).

3.6. Concluzii

Indicatorii sunt utilizați pentru supravegherea și evaluarea calității activităților clinice, de suport și de gestiune, care afectează rezultatul organizației pentru pacient. Unii autori evidențiază faptul că un indicator nu este o măsură directă a calității, ci un instrument pentru evaluarea performanței, care atrage atenția asupra unor eventuale probleme de performanță care necesită o analiză mai aprofundată în sânul unei organizații. În această secțiune am văzut ce sunt indicatorii, cum îi construim în mod corect, cum îi prezentăm și 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 referință pentru comparare. Subliniem că prezentarea grafică a indicatorilor este, în general, extrem de apreciată. De aceea, dintre exemplele ilustrate în această secțiune, recomandăm să fie selecționată diagrama care se pretează cel mai bine, în funcție de tipologia indicatorului. Pentru a facilita luarea deciziei, personalul cu funcție de conducere are nevoie de indicatorii cheie pentru performanța unei organizații, care alcătuiesc așa-numitul Tabloul de bord. Procesul de *benchmarking*, de care ne-am ocupat la final, extinde cadrul de referință pentru compararea indicatorilor (contracarează tendința la autoreferință), contribuind indiscutabil la creșterea performanței organizațiilor.

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 situație și a primit următoarele tipuri de informații:

1. Tipul și profilul spitalului

Spital municipal cu 335 paturi, situat în al doilea municipiu ca mărime după reședința de județ, având arondată o populație de peste 70.000 de locuitori. Este al doilea spital ca mărime din județ, având o adresabilitate crescută.

2. Caracteristici ale populației deservite

Populația deservită este atât din mediul urban cât și rural, cu un nivel socio-economic destul de scăzut, datorită reducerii activității economice din zonă. O caracteristică importantă a populației din zonă este predominanța populației tinere și de vârstă activă, care reprezintă aproape 60% din totalul locuitorilor. Rata șomajului în zonă este mai mare decât cea pe plan național, fiind în jur de 17,5%, ceea ce determină nivelul socio-economic scăzut al populației deservite de spital.

3. Structura spitalului

Spitalul are un număr de 335 de paturi, distribuite în 8 secții și 7 compartimente și prezintă următoarea structură detaliată în Tabelul nr.1.

Tabelul 1 – Structura spitalului pe secții

Secția	Număr paturi
MEDICINĂ INTERNĂ	60
- comp.diabet zaharat, nutriție și 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 și traumatologie	5
OBSTETRICA-GINECOLOGIE I	40
OBSTETRICA- GINECOLOGIE II	25
A.T.I.	15
NEONATOLOGIE	25
TOTAL	335

Spitalul mai are în componență: Laborator radiologie Laborator BFT, Farmacie Laborator anatomie patologică, Cabinete școlare, Cabinet PF

4. Resursele umane:

Spitalul are 368 de angajați, 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 pacienți pe medic.

Tabelul 2 – Structura personalului

Categorii de personal	Nr. personal	Pondere
<i>Medici</i>	<i>37</i>	<i>10,05%</i>
<i>Farmacisti</i>	<i>1</i>	<i>0,27%</i>
<i>Personal sanitar mediu</i>	<i>184</i>	<i>50,00%</i>
<i>Personal sanitar auxiliar</i>	<i>82</i>	<i>22,28%</i>
<i>Personal TESA</i>	<i>21</i>	<i>5,71%</i>
<i>Personal pază</i>	<i>5</i>	<i>1,36%</i>
<i>Muncitori</i>	<i>38</i>	<i>10,33%</i>
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 reședința de județ, care este și centru universitar medical, o bună încadrare cu asistenți medicali, care au o fluctuație destul de ridicată datorită oportunităților 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
<i>Medici</i>	<i>45</i>	<i>37</i>
<i>Farmacisti</i>	<i>2</i>	<i>1</i>
<i>Personal sanitar mediu</i>	<i>186</i>	<i>184</i>
<i>Personal sanitar auxiliar</i>	<i>85</i>	<i>82</i>
<i>TESA</i>	<i>27</i>	<i>21</i>
<i>Muncitori + Paza</i>	<i>50</i>	<i>43</i>
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 și medii la nivelul compartimentelor, care din punct de vedere al asistențelor medicali și infirmierelor este asigurat de secția mamă. Distribuția 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 competențe sau care provin din secția mamă. (Tabelul nr.4)

Tabelul nr.4 – Incadrarea cu personal raportat la structura spitalului

Secția	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, nutriție și 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 și 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 performanță ai resurselor umane (vezi Tabelul nr. 5) se poate observa că numărul mediu de pacienți externați de un medic este aproape cu 80% mai mare decât media națională. Se impune modificarea structurii de personal cu crearea unor posturi suplimentare de medici, mai ales la nivelul compartimentelor.

Este crescut de asemenea și numărul de pacienți externați de o asistentă medicală, fiind astfel necesare și mai multe posturi de asistenți medicali. Proporția personalului medical din total personal este mai scăzută decât media națională 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 națională
<i>Număr mediu bolnavi externați / un medic / trimestru</i>	116	65,75
<i>Număr mediu de bolnavi externați / o asistentă medicală</i>	37,5	23
<i>Proporția medicilor din totalul personalului</i>	9,74 %	13 %
<i>Proporția personalului medical din totalul personalului angajat</i>	60 %	80,5 %
<i>Proporția personalului medical cu studii superioare din totalul personal medical</i>	17 %	13 %

5. Activitatea spitalului

Spitalul a avut o activitate intensă, înregistrând un număr de 13.286 cazuri, din care 13.089 cazuri acute și 197 cazuri cronice, cu un număr mai scăzut de cazuri chirurgicale în secțiile de chirurgie și un număr crescut de internări în urgență, față de cele înregistrate la nivel județean și național.

6. Situația dotării

Spitalul este dotat cu aparatură medicală de bază, un aparat Roentgen performant, 3 mai vechi, dar funcționale, 1 ecograf de peste 10 ani, electrocardiograf cu 12 canale asistat de calculator, defibrilatoare.

7. Situația financiară

Structura bugetului pe venituri este:

- venituri din contracte cu CAS 95,6% din total,
- venituri din sponsorizări 0,4% din total,
- programe naționale de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate reprezintă 4% din total.

Structura pe cheltuieli a bugetului este următoarea:

- cheltuieli de personal 54,75%,
- cheltuieli cu bunuri și servicii 45,18% (medicamente și materiale sanitare au o pondere de 30%).
- cheltuieli de capital 0,07%,

În urma analizării datelor prezentate, managerul stabilește că spitalul se confruntă cu următoarele probleme:

- 1. Managementul de resurse umane necesită îmbunătățiri pentru adecvarea structurii personalului la specificul secțiilor, atingerea distribuției personalului pe categorii profesionale la nivel național, cât și în asigurarea unor condiții optime pentru desfășurarea activității (dotarea corespunzătoare cu echipamente de informatică în vederea unei monitorizări corecte a activității spitalului).*
- 2. Sunt necesare fonduri pentru reparațiile capitale ale clădirii spitalului.*
- 3. Sunt necesare fonduri pentru dotarea cu aparatură medicală de înaltă performanță.*
- 4. Este necesară încheierea unor contracte cu Casa Județeană de Asigurări de Sănătate, pentru decontarea serviciilor furnizate pacienților care vin din ambulatoriu la Laboratorul de radiologie și imagistică medicală și la Laboratorul de recuperare, medicină fizică și balneologie din cadrul spitalului.*

Dintre problemele identificate consideră prioritară îmbunătățirea activității de management al resurselor umane, datorită importanței acestora în asigurarea unor îngrijiri de sănătate eficiente, eficiente și de calitate.

Aspectele care necesită îmbunătățiri în managementul resurselor umane sunt:

- creșterea motivației angajaților,*
- îmbunătățirea condițiilor de muncă,*
- îmbunătățirea dezvoltării profesionale,*
- adecvarea structurii de personal la specificul secțiilor și atingerea proporțiilor dintre categoriile de personal din cadrul unui spital, de la nivel național.*

Pentru îndeplinirea acestui deziderat el și-a propus construirea unui tablou de bord care să conțină următoarele date:

Obiective

- 1. Evaluarea situației actuale a personalului și analiza performanțelor acestuia în raport cu indicatorii la nivel național*
- 2. Implementarea unui plan de măsuri pentru îmbunătățirea managementului de resurse umane în cadrul spitalului*

Activități:

Tabelul 6 Ob. 1 Evaluarea situației actuale a personalului și analiza performanțelor acestuia în raport cu indicatorii la nivel național

Nr	Activitatea	Timp de realizare	Resurse necesare	Responsabilități
1.	Evaluarea încadrării cu personal pe categorii și compararea cu indicatori la nivel național	1 zi	Structura de personal Indicatori naționali	Manager general Comp RUNOS
2	Evaluarea relației dintre structura spitalului și încadrarea cu personal	1 săptămână	Organigrama Statul de funcții	Manager general Comp RUNOS
3	Evaluarea relației dintre serviciile furnizate și încadrarea cu personal	1 zi	Statul de funcții Indicatorii de activitate pe spital	Manager general Asistent șef 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 îmbunătățirea managementului de resurse umane în cadrul spitalului

Nr	Activitatea	Timp (luni)	Resurse	Indicator de monitorizare	Responsabilități
1	Schimbarea structurii de personal cu creșterea ponderii personalului medical din total personal	1	Structura de personal Indicatori naționali 1 angajat resurse umane	Ponderea personalului medical din total personal	Manager General Director economic Șef RUNOS
2	Angajarea celor disponibilizați în alte societăți comerciale din oraș	3	Colaborare cu patronatul din oraș	Personal disponibilizat angajat	Manager general Șef RUNOS
3	Alocarea pe secții în funcție de necesități și performanță proprie a posturilor nou create	2	Structură personal pe secții Analiză performanță secții 1 angajat resurse umane	Posturi ocupate din cele nou create	Manager general Director adjunct medical Director economic Asistent șef spital Șef RUNOS
4	Atragerea și angajarea de personal tânăr și bine pregătit profesional pe aceste posturi	3 - 5	Compartiment resurse umane Șefi secții și asistenți șefi secții implicate	Personal angajat pe posturile create < 40 ani	Director adjunct medical Asistent șef spital Șef RUNOS
5	Dezvoltarea personalului din spital prin implementarea unui program de formare și dezvoltare	6 -9	Financiare – 25.000 – 40.000 lei Șef resurse umane	Program de formare existent 25 % din personal trecut prin cursuri	Director medical Asistent șef spital Șefi secții

Nr	Activitatea	Timp (luni)	Resurse	Indicator de monitorizare	Responsabilități
6	Creșterea motivației și satisfacției profesionale a angajaților prin modernizarea secțiilor și achiziția de echipamente noi	14	300.000 – 400.000 lei	3 secții modernizate 3 echipamente achiziționate	Manager general Director economic Comitet director
7	Reducerea fluctuației de personal prin dezvoltarea unor măsuri de atragere a acestuia în colaborare cu autoritățile 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 șef spital Nucleu de calitate
9	Evaluarea rezultatelor induse de măsurile adoptate asupra performanțelor și calității îngrijirilor	12-14	3.000 lei	Rezultate evaluate Raport de evaluare	Manager general Director medical Asistent șef 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 disponibilizați		■	■	■	■	■								
Alocarea pe secții a posturilor nou create		■	■											
Atragerea și angajarea de personal		■	■	■	■	■	■	■						
Dezvoltarea personalului din spital		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■			
Creșterea motivației și satisfacției profesionale a angajaților				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Dezvoltarea unor măsuri de atragere de personal		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Implementarea standarde de calitate			■	■	■	■	■	■	■					
Evaluarea rezultatelor induse de măsurile adoptate														■

Rezultate așteptate:

- *Creșterea calității serviciilor oferite*
- *Creșterea satisfacției pacienților*
- *Creșterea profesionalismului personalului*
- *Creșterea ratei de operabilitate în secțiile chirurgicale*
- *Creșterea eficacității și eficienței serviciilor*
- *Creșterea motivației personalului*

Indicatori monitorizarea – vezi Tabelul 7**Indicatori de evaluare**

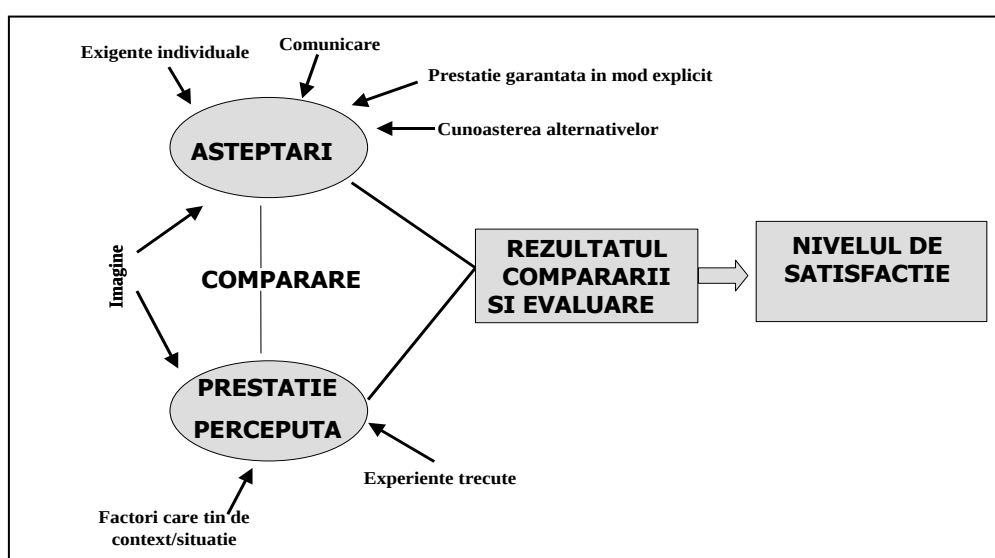
1. *Scădere plângeri pacienți cu 20%*
2. *Scădere pondere personal nemedical cu 18%*
3. *Personal stabil pe posturi cel puțin 1 an*
4. *Creștere rată de pacienți chirurgicali în secțiile de chirurgie la 42.*

4. MODELE DE EVALUARE ȘI ASIGURARE A CALITĂȚII

4.1. Evaluarea satisfacției pacienților

Satisfacția pacienților reprezintă evaluarea (subiectivă și obiectivă) realizată de către pacient privind toate aspectele îngrijirilor și tratamentelor primite, inclusiv cele relaționale și de tip organizațional. (Figura nr. III.9.)

Figura nr. III.9. – Modelul evaluării satisfacției pacienților [44]



Cele mai des utilizate metode de evaluare a îngrijirilor prin prisma gradului de satisfacție al pacientului rămân *focus group*-ul și chestionarele.

Focus group-ul are mai multe avantaje: furnizează date calitative și cantitative, permite detalierea evenimentelor specifice și obținerea spontană de informații. Principalul său dezavantaj rămâne acela că rezultatele obținute nu pot fi generalizate. Acest neajuns poate fi înlăturat dacă se recurge la metoda chestionarelor. Testarea și re-testarea, consistența statistică, reproductibilitatea, validarea statistică, reprezentativitatea sunt condiții esențiale pe care trebuie să le aibă în vedere cei care recurg la această metodă. Atunci când aceste condiții nu sunt respectate, rezultatele chestionarelor de evaluare a satisfacției pacienților 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 funcție de particularitățile organizației de sănătate. Principalele dimensiuni ale acestuia sunt următoarele:

- Gradul de încărcătură emoțională (teamă)

- Respectarea exigențelor individuale
- Informații și explicații
- Informații specifice tratamentului
- Implicarea aparținătorilor
- Continuitatea îngrijirilor și externare
- Coordonarea îngrijirilor
- Impresie generală și aspecte legate de infrastructură

Principalele avantaje și limite ale chestionarelor pentru evaluarea satisfacției pacienților sunt ilustrate în Tabelul nr. III.8. [44, 46]

Tabelul nr.III.8. – Avantajele și dezavantajele chestionarelor de evaluare a satisfacției pacienților

Avantaje:	Limite:
• furnizează indicatori ai calității • stimulează punerea în practică a unor acțiuni de îmbunătățire • sunt ocazii de <i>empowerment</i> pentru pacient	• intervin așteptările (valorile) pacientului • evaluează calitatea percepută • depind de starea de sănătate a pacienților • intervin și alte variabile, precum: nivelul de educație, vârsta, timpul scurs de la externare, răspunsurile de complezență.

4.2. Analiza plângerilor și reclamațiilor

O altă metodă de evaluare a satisfacției pacienților este analiza plângerilor și reclamațiilor primite de organizație de la pacienți sau aparținători, sistem care s-a răspândit începând cu anii '80. Reclamația reprezintă o formă de manifestare extremă și inechivocabilă a nemulțumirii pacienților față de îngrijirile primite.

Adesea această funcție este activată în cadrul biroului de relații cu publicul. Personalul responsabil trebuie să posede cel puțin două calități fundamentale, și anume: să fie capabil să afișeze o atitudine de neutralitate față de reclamant și reclamat și să știe să „asculte” persoanele implicate.

Gestiunea sistematică a reclamațiilor permite pe de-o parte, identificarea unor aspecte care pot fi îmbunătățite, iar pe de altă parte întărește imaginea organizației față de colectivitate. Uneori, reclamația reflectă doar o comunicare insuficientă sau neclară. Incontestabil, comunicarea internă și externă a organizației au un rol extrem de important în asigurarea calității.

Proiectarea și implementarea unui sistem de gestiune a reclamațiilor adecvat presupune următoarele patru faze:

- definirea finalității sistemului: de exemplu în funcție de resursele la dispoziție (umane, timp) se poate decide să fie luate în considerare numai reclamațiile pertinente, cele nonpertinente fiind amânate;
- implementarea sistemului: definirea procedurii prin care sunt culese reclamațiile, a ordinii priorității pentru reclamațiile pertinente (de exemplu: întâi cele legate de un eveniment advers care a pus în pericol viața pacientului, aparținătorilor sau personalului, apoi alte tipologii), atribuirea rolurilor și responsabilităților persoanelor care se ocupă de gestiunea reclamațiilor, identificarea posibilităților de furnizare imediată a unui răspuns și de a lua măsuri;
- definirea informațiilor care trebuie gestionate: elaborarea datelor în vederea monitorizării reclamațiilor (frecvența, tipologia, tendința temporală a reclamațiilor, etc.) și definirea modalităților de difuzare a acestor date;
- îmbunătățirea, monitorizarea și restituirea informațiilor: implementarea unor acțiuni de îmbunătățire pe baza informațiilor despre nonconformitățile identificate prin intermediul reclamațiilor și comunicarea rezultatelor clienților. [3]

4.3. Cartea serviciilor

Cartea serviciilor este un document prin care furnizorii de servicii publice îi informează pe cetățeni/utilizatori cu privire la așteptările pe care trebuie să le aibă privind serviciile furnizate în general și calitatea acestora în particular. Acest model a început să fie difuzat în anii '90 în cadrul unor programe de îmbunătățire a serviciilor publice, implementate ca răspuns la problematica privind nemulțumirile și posibilitățile reduse de exprimare ale cetățenilor în legătură cu acestea pe de-o parte și gradul redus de orientare către client a serviciilor publice pe de altă parte. (Marea Britanie, Franța, Belgia, Italia, etc.)

Principiile care au stat la baza acestor inițiative au fost următoarele:

- Egalitate
- Imparțialitate
- Continuitate
- Libertate de alegere
- Participarea la furnizarea serviciului
- Eficiența
- Eficacitatea

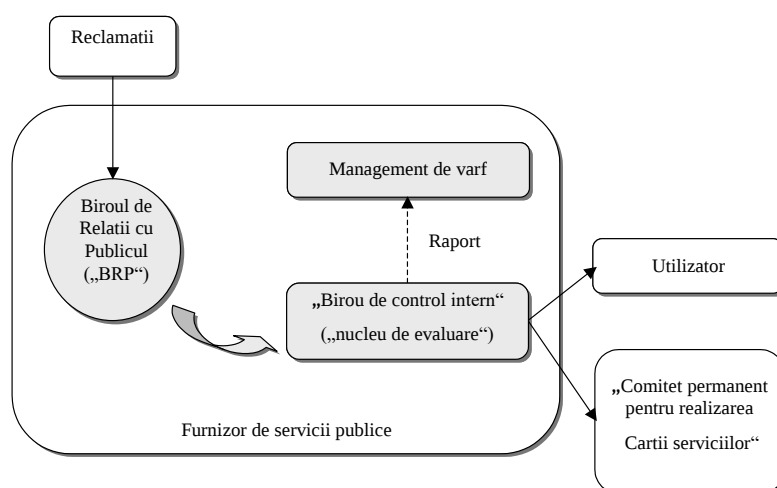
Activitățile adoptate în cadrul sistemului se referă la:

- Fixarea unor standarde privind calitatea serviciilor
- Simplificarea procedurilor

- Informarea utilizatorilor
- Raportul cu utilizatorii
- Obligația de a evalua calitatea serviciilor
- Rambursarea utilizatorilor când furnizorul nu respectă standardele

Redactarea cărții serviciilor revine unui comitet a cărui activitate se bazează pe analiza atentă a reclamațiilor parvenite din partea utilizatorilor, care alimentează permanent acest sistem. (Figura nr. III.10.) [44]

Figura nr. III.10. – Modelul reclamațiilor din partea utilizatorilor



Deși conținutul cărții serviciilor trebuie să fie cunoscut tuturor utilizatorilor, cartea serviciilor nu trebuie confundată cu buletinele informative. În realitate rolul său este mult mai complex: cartea serviciilor este un instrument pentru un sistem de management al calității dinamic.

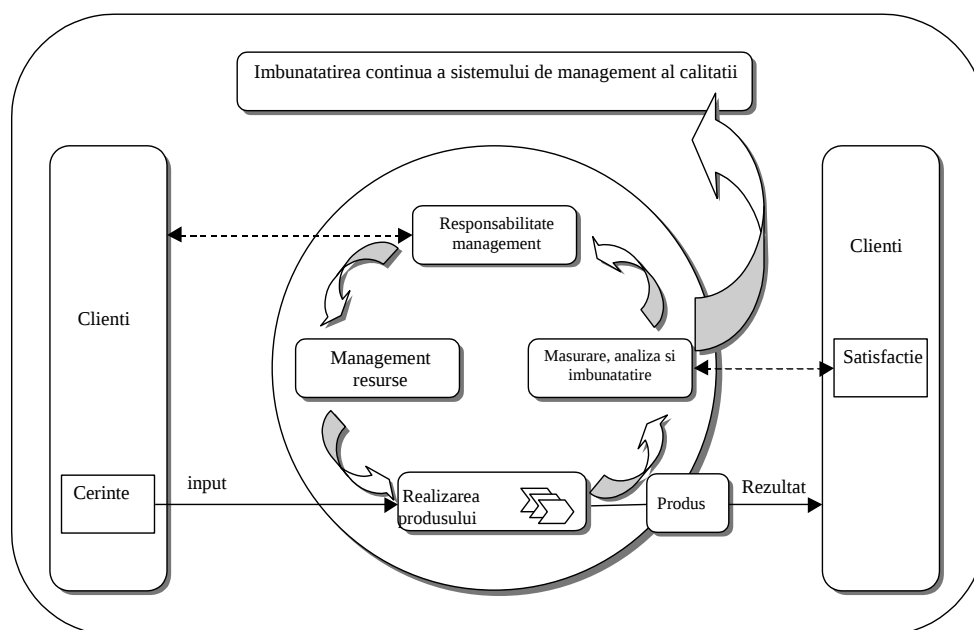
4.4. Certificarea conform normelor ISO 9001: 2000

Creat de Organization for Standardization căreia îi poartă numele, acest sistem, creat inițial pentru sectorul militar, s-a răspândit începând cu anii '90 și 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 și al realizării produsului (serviciului)
3. Managementul îmbunătățirii continue
4. Monitorizarea satisfacției clientului

Figura nr. III.11 – Modelul certificării conform normelor ISO 9001: 2000 [44]



Abordarea activităților din cadrul fiecărei dimensiuni se bazează pe proces, iar procesele urmează ciclul PDCA. Astfel spitalul:

- stabilește obiectivele strategice, identifică procesele necesare pentru sistemul de management al calității, conform cerințelor clienților și politicii organizației („Plan”)
- implementează procesele („Do”)
- stabilește criterii și metode pentru funcționarea și controlul eficace al proceselor; monitorizează, măsoară și analizează procesele în raport cu politicile, obiectivele și cerințele pentru produs sau servicii („Check”)
- implementează acțiuni pentru analiza rezultatelor și îmbunătățirea continuă a proceselor („Act”)

În concluzie, accentul se pune pe calitatea serviciilor și pe satisfacția clienților.

4.5. Acreditarea internațională de către Joint Commission International (JCI)

Această metodă evaluează capacitatea de răspuns a unei organizații la un set de standarde internaționale specificate într-un manual actualizat și revizuit periodic de JCI [48]

Fiecare dintre cele 368 standarde prevăzute are următoarea structură:

- Număr: permite identificarea standardului
- Descriere: definește nivelul de calitate așteptată (activitatea desfășurată 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 organizația trebuie să dovedească o capacitate maximă de răspuns la acestea, dacă dorește să fie acreditată.

Acestea se referă la dimensiuni precum:

- Drepturile fundamentale ale pacienților
- Siguranța pacienților, aparținătorilor și personalului
- Reducerea riscului procesului de îngrijiri și tratament

Pentru restul standardelor (171) este admisă o complianță acceptabilă. Standardele JCI sunt grupate în două arii principale (Tabelul nr. III.9)

Tabelul nr. III.9 – Modelul standardelor pentru acreditarea internațională JCI [48, 49]

Arie tematică: PACIENT	Arie tematică: ORGANIZAȚIE
• Acces la continuitatea îngrijirilor • Drepturile pacienților și familiei • Evaluarea pacientului • Îngrijirea pacientului • Educația pacientului și familiei	• Managementul calității și siguranței pacientului • Prevenirea și controlul infecțiilor • Leadership și conducere • Siguranța și gestionarea structurilor • Formarea și calificarea personalului • Managementul informațiilor

4.6. Modelul premiilor pentru calitate

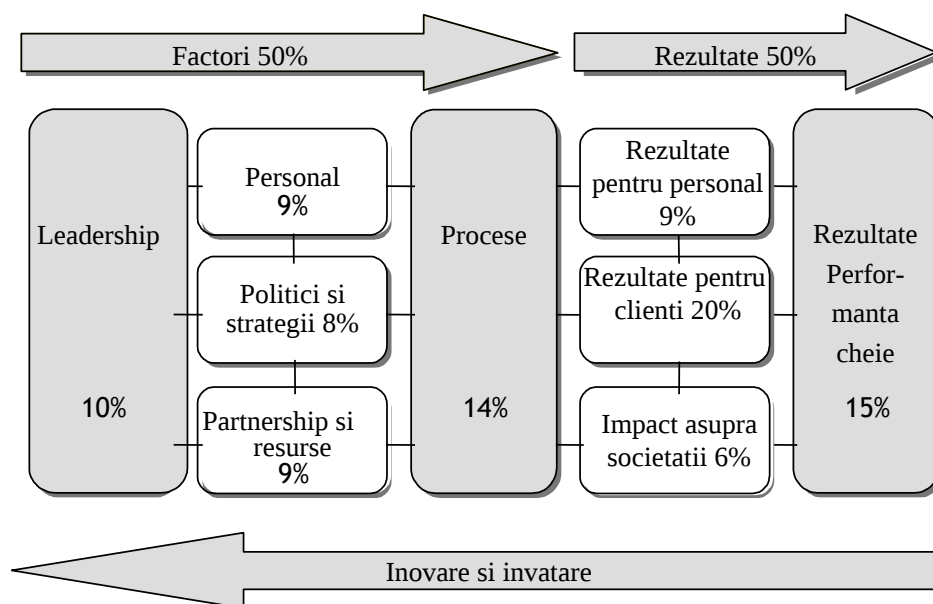
Conceptul s-a născut în Japonia și pleacă de la calitatea serviciului (eficacitate terapeutică) și a sistemului (certificare, acreditare), prevede controlul aspectelor organizaționale (calitate programată și calitate furnizată), al raportului cu utilizatorii (calitate așteptată și calitate percepută) și presupune inclusiv evaluarea competitivității prin compararea cu alte organizații (calitatea comparată).

O contribuție importantă la promovarea modelului în Europa a avut-o European Foundation for Quality Management¹⁴ (Bruxelles), care a instituit premiul European Quality Award atribuit organizațiilor din sectorul public și privat.[50]

Spre deosebire de modelul ISO, acest model este mult mai complex. În egală măsură modelul acordă importanță atât factorilor productivi cât și rezultatelor, într-o optică de îmbunătățire continuă printr-un proces de învățare colectivă. (Figura III.12.).

¹⁴ *European Foundation for Quality Management* este o asociație cu scop non lucrativ, înființată în 1988 de către 14 organizații europene recunoscute la nivel internațional pentru performanța 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 și strategii, partnership și resurse, procese) și maxim 500 pentru rezultate (în materie de personal, clienți, societate, performanță). Fiecare dintre cele 9 componente ale modelului deține o anumită pondere din totalul celor 1.000 puncte.

Acronimul principiilor care stau la baza modelului este RADAR, iar semnificația sa este următoarea:

- Rezultate (definirea rezultatelor privind: produsul/consecințele asupra stării sănătății, situația financiară, percepția pacientului și a personalului): „R”
- Abordare (planificarea și dezvoltarea unui sistem integrat de instrumente valide pentru obținerea rezultatelor așteptate): „A”
- Desfășurare (elementele care țin de rezultate și abordare trebuie puse în practică sistematic și în mod exhaustiv): „D”
- Aprecieră (evaluarea) și revizuirea (monitorizarea, verificarea și analiza rezultatelor obținute, prin prisma procesului de învățare continuă): „A” și „R”.

Organizațiile din sectorul sanitar pot adopta modelul EFQM pentru:

- auto-evaluare
- a permite evaluarea externă a performanței (de către un terț)
- compararea cu alte organizații din același sector sau din sectoare diferite (de exemplu performanța unui spital poate fi comparată cu cea a unei companii sau fabrici).

4.7. Modelul Balanced Scorecard

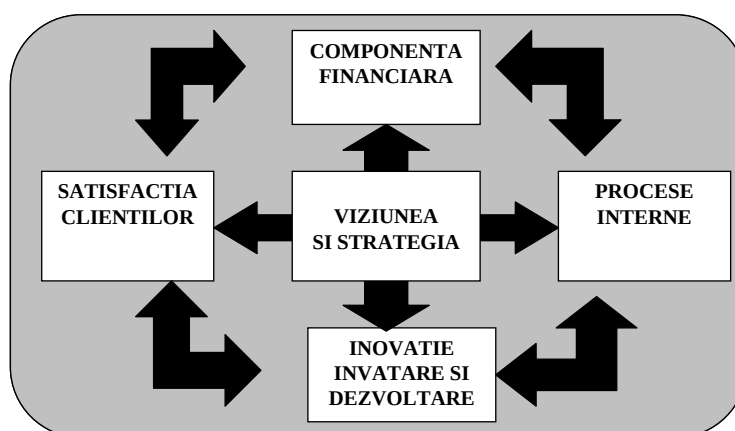
Propus de Kaplan și Norton în 1996, Balanced Scorecard este la origine un instrument de gestiune destinat maximizării performanței.[51] Acesta pleacă de la premiza că managerul nu poate conduce în mod eficace organizația atâta vreme cât analizează separat diferitele variabile care o caracterizează, motiv pentru care se impune o analiză integrată, bazată pe corelația existentă între aceste variabile.

Plecând de la viziunea și misiunea organizației, instrumentul Balanced Scorecard traduce în practică strategia organizației, recurgând la 4 perspective de acțiune (Figura nr. III.13), și anume:

- Competențele și capacitatea personalului (perspectiva învățării și dezvoltării)
- Calitatea proceselor pentru acordarea asistenței pacienților (perspectiva procese interne)
- Satisfacția și fidelizarea pacientului (perspectiva pacienți sau clienți)
- Echilibrul de bilanț (perspectiva economico-financiară)

Acestea se influențează reciproc, generând nenumărate relații încrucișate de tip cauză-efect. Pentru fiecare perspectivă, instrumentul presupune: formularea unor obiective, construirea unor indicatori, analiza condițiilor care influențează atingerea obiectivelor și activarea măsurilor necesare pentru atingerea obiectivelor.

Figura nr. III.13. – Modelul Balanced Scorecard [52]



Balanced Scorecard poate fi introdus într-un spital prin următoarele modalități:

- la nivelul uneia sau mai multor secții (clinici);
- la nivelul întregului spital, ca model unic generalizat elaborat de către direcția spitalului (centralizat);
- "în cascadă" (descentralizat): direcția spitalului stabilește contextul și liniile directoare pentru tot spitalul (indicatori strategici, grad mai mare de sinteză), în timp ce șefii de secție (clinică) stabilesc propriul plan de implementare bazat pe indicatori operativi și pe un grad mai mare de detaliu.

4.8. Metode de identificare și analiza a riscului clinic

Așa cum am anticipat în Secțiunea 2, descriem sintetic principalele instrumente care pot fi utilizate, în mod integrat (complementar), pentru identificarea și analiza riscului clinic, în vederea creșterii siguranței pacienților în organizațiile de sănătate.[24, 53]

Sistemul “Incident reporting”

Este o metodă (reactivă sau proactivă) de identificare a evenimentelor relevante (incidente sau cvasi-incidente). Informațiile sunt înregistrate de către personal pe o Fișă de semnalare a evenimentelor. Cele mai vechi și mai difuze sisteme de acest gen sunt cele obligatorii (reglementate prin legi sau normative), care permit semnalarea unor evenimente extrem de relevante cum ar fi complicații / consecințe grave până la deces. Este cazul raportării infecțiilor nozocomiale, a evenimentelor care fac obiectul farmacovigilenței, etc.

Relativ recent însă au fost introduse la scară largă în SUA, Anglia, Australia și experimentate în țări ca Italia, Elveția etc., sisteme voluntare de semnalare anonimă a incidentelor, al căror scop este acela de a furniza informații 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 același context (de exemplu înainte și după aplicarea unor măsuri pentru reducerea riscului identificat). Chiar dacă nu aduce informații de ordin epidemiologic și rezultate care să poată fi generalizate, instrumentul aduce informații calitative prețioase, utile pentru îmbunătățirea asistenței acordate pacienților.

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 documentația clinică atunci când se realizează revederea foii de observație (FO) sau prin sisteme informatice de culegere a datelor și semnalare a tuturor cazurilor care au prezentat un set de indicii definit în prealabil.

Auditul Foii de Observație

Aceasta metodă retrospectivă de identificare a incidentelor permite îmbunătățirea nivelului de cunoștințe al profesioniștilor, indispensabil procesului de învățare. Validitatea științifică a metodei depinde foarte mult de validitatea statistică (mărimea și modul de selecție al eșantionului de FO care vor fi analizate, instruirea și obiectivitatea persoanelor responsabile de revederea și analiza FO, alegerea variabilelor și tipul de analiză, etc.).

Utilizarea datelor administrative

Este o metodă retrospectivă de identificare a incidentelor care oferă un nivel satisfăcător de informații, rapid și 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 aleși cu grijă astfel încât să permită identificarea cazurilor cu probabilitate ridicată de a fi dezvoltat complicații și/sau evenimente corelate cu deficiențe ale calității îngrijirilor constituie un filtru care poate fi aplicat bazelor de date obținute prin înregistrarea informațiilor din Fișa de externare a pacienților.

Este astfel realizat un screening al unor posibile probleme susceptibile de a fi cauzat incidente, screening urmat de o analiză detaliată a FO a pacienților selectionați. 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 pacienților și a proceselor este incompletă (scopul culegerii datelor este altul decât evaluarea calității) și de faptul că feedback-ul în vederea acțiunilor corective este destul de tardiv. [54, 55]

Analiza reclamațiilor

Este o metodă retrospectivă de identificare a incidentelor, care răspunde rapid la situații de disconfort și nemulțumire (plângeri) exprimate de pacienți, orientând deciziile conducerii spitalului. Reflectă percepția și punctul de vedere al pacientului. Un caz particular al acestei metode este analiza situațiilor de contencios, în care pacientul acționează medicul și/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 acțiuni și a eventualelor abateri de la normă.

Cauzele identificate sunt grupate pe categorii, subliniind interacțiunile dintre ele cu ajutorul diagramei cauză-efect (diagrama în os de pește sau diagrama Ishikawa). În conformitate cu principiile managementului riscului, accentul se pune pe cauzele care își au originea în deficiențele privind structura și organizarea.

Alte modalități de realizare a RCA pot fi: „tehnica celor 5 de ce?” (o serie de 5 întrebări care încep cu „de ce”, până când se obține un răspuns satisfăcător pentru grupul care analizează cauzele) sau analiza proceselor (în special în cazuri complexe unde acționează variabile multiple, iar organizarea este de tip transversal).

FMEA (“Failure Mode and Effect Analysis)

Este o metodă proactivă pentru analiza calitativă și cantitativă a riscurilor potențiale în vederea stabilirii priorităților de intervenție, prevăzută de normele ISO 9004/2000.

Prima etapă a aplicării metodei constă în definirea procesului care trebuie studiat și descrierea modului corect de realizare. Apoi se realizează o analiză calitativă (descrierea erorilor, a efectelor și a cauzelor acestora) și 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) și ierarhizare, astfel încât să poată fi luate deciziile cele mai oportune privind nivelul riscului (control, reducere, eliminare).

4.9 Concluzii

Această secțiune a fost dedicată unor modele de evaluare a calității organizațiilor de sănătate la nivel internațional.

În România, aplicarea sistematică a chestionarelor de satisfacție a pacienților (și a angajaților) sau analiza plângerilor (reclamațiilor) sunt activități obișnuite în organizațiile private, impuse în ultimii ani și spitalelor publice.

Cartea serviciilor, obligatorie în organizațiile publice în numeroase țări, informează cetățenii asupra serviciilor și prestațiilor oferite și a nivelului de calitate garantat de organizație pentru acele activități.

Certificarea ISO, acreditarea de către JCI și modelul EFQM au la bază criterii și standarde de calitate-performanță asemănătoare. Obținerea certificării ISO, acreditării JCI sau a premiului EFQM este o recunoaștere a faptului că organizația satisface acele standarde.

Sistemul BSC asigură un echilibru între diferite componente-cheie ale managementului calității, cu importanță strategică pentru organizație. Identificarea și analiza riscului clinic permit învățarea din erori și evitarea lor în viitor, pentru o mai mare siguranță în organizațiile de sănătate.

5. INSTRUMENTE UTILIZATE PENTRU EVALUAREA ÎNGRIJIRILOR ACORDATE DE PERSONALUL SANITAR MEDIU

5.1 Introducere

Inventarul metodelor de măsurare a îngrijirilor acordate de acest personal, disponibile la nivel internațional, 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 investiție financiară mai mare față de metodele fără *copyright*. *Copyright*-ul poate fi necesar fie pentru utilizarea metodei, fie pentru utilizarea aplicației informatice (*software*) care o însoțește și care furnizează statistici privind volumul de muncă pe secție, pe zi de spitalizare, în funcție de diagnostic, etc.

2. Metode locale (consensuale) versus metode universale

Metodele locale sunt concepute și reactualizate la nivel local, în funcție de indicatorii necesari pentru gestionarea instituțiilor de sănătate dintr-o regiune. În general, este vorba de metode cu mod de utilizare simplu și rapid și cu preț redus. Totuși, ele nu sunt validate, iar comparația cu alte instituții în afara rețelei de instituții unde sunt aplicate nu este posibilă.

Metodele universale sunt reputeate ca fiind științifice și mai fiabile, întrucât au o validitate externă verificată și sunt reactualizate în baza datelor disponibile la o scară mai largă. Comparația internațională este deci posibilă. Fiind de obicei cu *copyright*, acestea au un cost mai ridicat față de metodele locale.

3. Metode bazate pe îngrijirile efectuate versus metode bazate pe îngrijirile necesare

Tradițional, se subliniază diferența între îngrijirile necesare (de exemplu metoda PRN) și îngrijirile efectuate (de exemplu metoda LEP). Totuși, 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 sfârșesc prin a deveni, în ultimă instanță, 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 și 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 unităților de îngrijiri elementare, cărora li se atribuie valori-timp (sau standarde de timp), verificate, validate. Însușind unitățile de timp de acțiune pentru îngrijiri (efectuate sau necesare) pentru fiecare pacient, se definește volumul global de timp (consumat sau necesar), pentru o secție sau o instituție. Apoi, în funcție de îngrijiri și de timpul necesar, se definesc categoriile de pacienți. Metodele indirecte (pe categorii de persoane) nu măsoară volumul de muncă pentru îngrijiri, ci clasifică pacienții în funcție de starea lor de dependență, după care stabilesc coeficienți, 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 științific, legat de munca asistentei medicale, care constă în definirea îngrijirilor pe care le necesită pacientul, în funcție de analiza stării sale de sănătate, de mijloacele necesare pentru organizarea intervențiilor legate de îngrijire, pentru realizarea actelor care se impun și 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 internațional în sectorul spitalicesc din România. Metodologia aleasă pentru a fi experimentată în cadrul proiectului a fost metoda SIIPS, care va fi descrisă în Secțiunea 5.2.

Tabelul nr.III.10. – *Principalele caracteristici ale unor instrumente de evaluare cantitativă a îngrijirilor în spitalele pentru acuți [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	Franța	Canada	Elveția de limbă germană	Elveția de limbă italiană
Copyright	Metoda: nu Software: da	Metoda: da Software: da	Metoda: da Software: da	Metoda: nu Software: nu
Pus la dispoziție de către:	Clubul utilizatorilor metodei SIIPS, Paris, Franța	Echipa de cercetare operațională în sănătate, Montréal, Canada	LEP-SA, San Gallo, Elveția	Rețeaua spitalelor publice din cantonul Ticino, Elveția

Utilizare	<i>Franța (Paris, Toulouse, Clairmont Ferrand, Marsilia etc)</i>	Italia, Spania, Franța, Elveția, Portugalia, Belgia, Luxemburg	Elveția, Germania, Austria, Franța, Lichstenstein, Belgia	Cantonul elvețian 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 funcțională	Sector pentru îngrijiri de scurtă durată, psihiatrie, readaptare	Sector pentru îngrijiri de scurtă durată (pediatrie, obstetrică și neonatologie, dermatologie)

5.2. Evaluarea cantitativă: metoda SIIPS

Dezvoltat în Franța, 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 activitățile de suport sau aferente îngrijirilor efectuate de această categorie de personal. Este vorba de un chestionar, validat în 1995 de Ministerul Afacerilor Sociale, al Sănătății și al Orașului din Franța. Metoda SIIPS și chestionarul pentru determinarea activităților aferente îngrijirilor (chestionarul AAI) pot fi solicitate Clubului utilizatorilor metodei SIIPS din Franța și pot fi obținute 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 și 20 de secunde sau de 8,33 minute) de asistență acordată pacienților.

Atribuirea coeficienților se face prin consens, în echipă, atunci când se schimbă tura, folosind o grilă de lectură a coeficienților. Culegerea datelor se face zilnic și se traduce în coeficienți 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
	Substituție totală	20	120 - 190 și peste
II. Îngrijiri tehnice (IT)	Îngrijiri simple (ex.: recoltări sau injecții ≤ 4/24h)	1	<10
	Îngrijiri scurte (ex.: cateterism venos)	4	<40
	Îngrijiri complexe (ex.: ajutor la cateterism cardiac) sau îngrijiri simple și scurte, însă repetate	10	60 -120
	Îngrijiri foarte complexe (ex.: perfuzie complexă + măsurarea diurezei + supravegherea constantelor din oră în oră)	20	120 - 190 și peste
III. Îngrijiri relaționale și educative (IRE)	Autonomie	1	<10
	Ajutor ocazional	4	<40
	Ajutor permanent	10	60 - 120
	Substituție totală	20	120 - 190 și peste

(*) 1 punct SIIPS = 8 minute și 20 secunde
 Sursa: adaptat după Beaughon et al. (1999).

Calculul punctajului SIIPS este periodic.

Când durata de spitalizare depășește 7 zile, calculul punctajului se face după fiecare 7 zile și în ziua externării, în timp ce atunci când spitalizarea are mai puțin 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 coeficienți zilnici de 4 4 4 1 1 1 1 coeficientul periodic considerat este 1). În caz de frecvență egală a mai multor coeficienți, se ia în considerare coeficientul superior (ex.: dintr-o serie de coeficienți zilnici 10 10 10 4 4 4 1 coeficientul periodic considerat este 10). Operația se repetă pentru fiecare categorie de îngrijiri (IB, IT, IRE).

Coeficientul periodic astfel selecționat este apoi înmulțit cu numărul de zile al perioadei, iar suma rezultatelor pentru toate perioadele pe care le are o spitalizare (perioada I, perioada II etc) și pentru toate cele trei categorii de îngrijiri (IB, IT, IRE), reprezintă «intensitatea cumulată a îngrijirilor» (care poate fi convertită în minute, prin înmulțirea cu 8,33). Acest indicator este utilizat pentru calculul personalului.

Împărțind această valoare la numărul zilelor de spitalizare se obține «intensitatea îngrijirilor pe zi de spitalizare», care fiind un indicator standardizat, permite comparații între mai multe secții.

Tabelul III.12 – Metoda SIIPS: calculul intensității 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 obține împărțind 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 activităților aferente îngrijirilor (AAI)

Chestionarul AAI însoțește metoda SIIPS și permite determinarea timpului consacrat activităților 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. Eșantionul minim este constituit din tot personalul sanitar (fără medici) de pe o secție de Chirurgie și o secție 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. – Activitățile de suport evaluate cu ajutorul chestionarului AAI [57]

Categoria	Activități
I. Activități hoteliere	1. Gestiunea meselor 2. Gestiunea lenjeriei 3. Menținerea localurilor 4. Gestiunea deșeurilor
II. Activități logistice	5. Igienă, decontaminare, sterilizare 6. Farmacie 7. Laborator

	8. Gestiunea materialului 9. Deplasarea în afara unității, către 10. Gestiunea timpului de lucru
III. Comunicare, informare, relații	11. Schimb de informații între echipe 12. Relații cu medicii 13. Alte relații 14. Telefon 15. Ședințe
IV. Activități administrative	16. Gestiunea fluxului de pacienți 17. Demersuri administrative
V. Încadrare, formare, cercetare	18. Elevi și alți agenți 19. Formare, învățământ, 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:

$$\text{Nr posturi pentru îngrijiri/24h} = \frac{\text{Intensitatea cumulată (puncte SIIPS)/24h/secție} \times 8,33}{\text{Timp de lucru zilnic per agent (minute)}}$$

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 activitățile aferente îngrijirilor, folosind formula:

$$\text{Nr posturi pentru AAI/24h} = \frac{\text{Nr minute AAI/24h/ secție}}{\text{Timp de lucru zilnic per agent (minute)}}$$

Timpul total consacrat îngrijirilor și activităților aferente îngrijirilor (AAI) determină volumul de muncă și deci personalul necesar în decursul a 24 de ore, conform formulei de mai jos:

$$\text{Nr posturi necesare pentru îngrijiri/24h} + \text{Nr posturi necesare pentru AAI/24h} = \text{Nr posturi necesare per secție/24h}$$

Avantajele instrumentului SIIPS [56]

SIIPS are avantajul de a fi ieftină (nu necesită *copyright*), de a permite comparații la scară largă (metoda universală) și 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 și necesită puțin timp pentru culegerea datelor, motiv pentru care este mai ușor acceptată de echipele de îngrijiri (față de o metodă analitică de exemplu).

Chiar dacă este sintetică, aceasta oferă o serie întreagă de informații epidemiologice despre pacienți (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 reflecții colective asupra organizării secției (durata medie de spitalizare, numărul de internări, numărul de externări etc), volumului de muncă, calității îngrijirilor. Astfel, metoda poate contribui la creșterea eficienței secției/instituției.

Rezultatele sunt utilizabile în funcție de nivelul de responsabilitate: director de îngrijiri, asistentă șefă, personalul de îngrijiri și Direcțiunea spitalului.

Limitele instrumentului SIIPS [56]

Prezența și intervenția familiei pot influența intensitatea îngrijirilor, întrucât aparținătorii pot acorda ei înșiși îngrijiri (îngrijiri de bază la un pacient vârstnic, de exemplu). În același timp, aparținătorii pot necesita ei înșiși îngrijiri (au nevoie de informații, de formare). În primul exemplu, volumul de muncă al asistentelor se diminuează, iar în cel de-al doilea exemplu crește.

Evaluarea îngrijirilor necesită capacitate de analiză, gândire și precizie. Prin urmare, factori endogeni și exogeni influențează 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 situații cu care se confruntă personalul de îngrijiri în practica de zi cu zi.

Calculul personalului cu metodologia SIIPS, nu ține cont nici de categoria profesională, nici de repartizarea zi/noapte, nici de perioada de odihnă. Pentru a cunoaște efectivul de personal care trebuie angajat pe o secție, pe lângă rezultatele privind necesarul pe 24 de ore furnizate de metoda SIIPS, sunt necesare calcule suplimentare, care să ia în considerare zilele nelucrătoare și concediile.

Anumiți indicatori, care pot fi calculați cu ajutorul metodei SIIPS, necesită aplicarea instrumentului pe o perioadă mai mare de o lună (indicatori trimestriali și anuali), ceea ce constituie o limitare pentru instituțiile de îngrijiri care aleg aplicarea instrumentului pe termen scurt.

În fine, elaborarea și analiza datelor culese cu ajutorul instrumentului SIIPS, fără a dispune de aplicație informatică (*software*) specială, care de obicei însoțește metoda, este de asemenea o limitare, întrucât necesită timp și efort în plus.

5.3. Evaluarea calitativă și 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 și indirecte, necesare în 24 ore, precum și frecvența lor zilnică, sunt traduse întâi în puncte, apoi în unități de timp, necesare realizării fiecăreia, prin intermediul unei grile standard exhaustive. Aceste îngrijiri sunt grupate pe grupe de nevoi (8), împărțite în rubrici mutual exclusive, care conțin unul sau mai mulți factori numerotați, care sunt descriși cu ajutorul unui ghid. În acest ghid fiecărui factor îi corespunde: un cod, un scop și un obiectiv, o descriere, o situație clinică, reguli de utilizare, o valoare în puncte (1 pct = 5min).

Unitățile de timp pentru îngrijirile directe și indirecte se adună cu unitățile de timp necesare comunicării și activităților administrative și de întreținere indispensabile funcționării unității.

Tabelul nr. III.14. – Metoda PRN: valorile-timp care corespund îngrijirilor [58]

Categorie	Exemple		Timp mediu (min/24h)
Îngrijiri directe și Indirecte 1. Respirație 2. Alimentație 3. Eliminare 4. Igienă 5. Mobilizare 6. Comunicare 7. Tratamente 8. Metode diagnostice	Îngrijiri directe – îngrijirile efectuate la patul persoanei îngrijite și în interesul acesteia: - acte specifice de îngrijiri (executarea unei îngrijiri, asistența pentru auto-îngrijiri, observare, învățare, relație de ajutor) - acte de suport direct al acțiunilor de îngrijiri (identificarea, informarea, izolarea, instalarea și reinstalarea pacientului)	Îngrijiri indirecte – actele efectuate fără ca pacientul să fie prezent: - pregătirea materialului - consultarea planului de îngrijiri sau a rețetei - 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- și extra-spitalicesc - transmisiunile scrise, completarea foii de observație - culegerea datelor PRN		Formula matematică
Activități administrative și de întreținere	- activități administrative realizate de personalul mediu, șeful de secție, secretară, pentru a asigura gestionarea unității - activitățile de întreținere a materialului medical - activitățile de deplasare în interiorul și în exteriorul unității 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, pacienții pot fi împărțiți în 15 clase reprezentative pentru „greutatea” în funcție de volumul de muncă pe care îl necesită din partea personalului.

5.4. Evaluarea calității organizării îngrijirilor acordate de personalul sanitar mediu

Metoda IEQOUS¹⁵ este o metodă prospectivă, care evaluează organizarea îngrijirilor acordate de personalul mediu al unei secții (resurse și procese) și structura organizațională a secției. Utilizarea IEQOUS are ca scop îmbunătățirea continuă a calității (nu controlul) și de aceea se dorește ca aplicarea instrumentului să fie o sursă de motivație, care să încurajeze participarea activă a asistentelor medicale și a personalului mediu cu funcție de conducere.

Așa cum am arătat în Tabelul nr. III.15., IEQOUS se compune din 9 teme (dimensiuni), 50 norme și 164 criterii. Dacă norma este un enunț general a ceea ce ar trebui să fie (compară ceea ce există în realitate și un ideal care ar trebui atins), criteriul este un enunț explicit (permite observarea unei situații reale și aprecierea acesteia în raport cu idealul care trebuie atins). [37]

Fiecărui criteriu i se atribuie un punctaj, iar la sfârșitul evaluării rezultatele sunt prezentate sub formă de pondere (min 0 max 100%).

Sursele de informații sunt precizate pentru fiecare normă în parte și pot fi: observarea unității, interviul asistentei șefe, interviul asistentelor, observarea foii de observație și a altor documente, observarea echipamentului și materialului etc.

Tabelul nr. III.15. – Structura IEQUS

Dimensiune	Nr. norme	Nr. criterii
1. Primirea în unitate (pacientul extern)	7	24
2. Gestionarea unității	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 activităților hoteliere	3	12
8. Anticiparea situațiilor neprevăzute	2	4
9.Cultura unității	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 și sensibilizarea

Este o etapă preliminară necesară pentru explicarea obiectivelor proiectului, structurii și conținutului instrumentului, a mijloacelor necesare și a regulilor care trebuie respectate pentru acceptarea instrumentului și reușita experimentării acestuia.

Etapa 2: Utilizarea instrumentului

Are loc în secții selecționate pe baza dorinței 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 rotația de la o secție la alta, astfel încât prezența sa într-o secție să nu fie prelungită și să antreneze comportamente de respingere și lipsă de cooperare.

Etapa 4: Formarea observatorilor

Observatorul este persoana care culege datele și trebuie să dețină o bogată experiență clinică și o competență profesională recunoscută. Obiectivele formării sunt: familiarizarea observatorului cu instrumentul, asigurarea fiabilității și obiectivității observațiilor, etc.

Etapa 5: Explicarea rolului de observator tuturor participanților

Observatorul trebuie să fie obiectiv și imparțial, astfel încât rezultatul observării să reflecte realitatea. El trebuie să fie acceptat de către toți participanții și să rămână un observator pasiv (este interzis orice tip de intervenție), care garantează confidențialitatea rezultatelor observării.

Etapa 6: Realizarea observării

Observarea se realizează pe baza surselor de informații deja menționate. Rezultatele trebuie să reflecte activitatea cotidiană și nicidecum situații neobișnuite (generate, spre exemplu, de un eșec întâmplător al planificării).

Etapa 7: Alegerea observatorilor și pre-testarea instrumentului

Asistenți medicali de profesie, observatorii sunt aleși de către responsabilul evaluării și trebuie să fie persoane motivate, care să aibă o bună relație 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 secție observată.

Etapa 9: Restituirea rezultatelor participanților

Scorurile obținute (ilustrate grafic astfel încât să ilustreze un profil general al calității, iar nivelul atins să poată fi comparat cu nivelul optim care ar fi trebuit să fie atins, conform normelor

fixate) sunt restituite asistentei șefe: rezultatele pozitive vor fi folosite pentru valorizarea persoanelor, iar cele mai puțin satisfăcătoare vor fi utilizate ca motiv de îmbunătățire a organizării.

5.5. Concluzii

O categorie de personal la fel de importantă în asigurarea calității actului, și 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 secțiune, 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 activității 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 și calitatea îngrijirilor (evaluează îngrijirile efectuate considerând ca sistem de referință îngrijirile necesare, conform planului de îngrijiri). Instrumentul belgian IEQOUS, aparține în schimb unei a treia tipologii a cărei finalitate este aceea de a evalua dacă modul în care sunt organizate îngrijirile satisface anumite standarde de calitate.

Cele 3 metodologii au în comun faptul că sunt structurate și validate. În funcție de volumul de activități măsurat poate fi calculat personalul necesar pentru realizarea acelor activități. Astfel SIIPS și PRN ar putea fi utilizate și de decidenții din România, ca instrumente de suport pentru reactualizarea periodică a normativelor de alocare a personalului.

STUDIU DE CAZ. – EXPERIMENTAREA METODOLOGIEI SIIPS ÎN ROMÂNIA¹⁶

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 particularităților sectorului spitalicesc din România, și aplicarea acestuia pe teren, pentru a pune la dispoziție un suport științific și a obține rezultate empirice destinate îmbunătățirii luării deciziilor privind alocarea

¹⁶ Proiectul internațional din care a fost extras studiul de caz a făcut obiectul a doua articole științifice (Țereanu C, Pistre F, Lair ML, Minca DG, Hobeau D *Soins infirmiers individualisés à la personne soignée: projet de mise en place en Roumanie*, Gestions Hospitalières 2007, 470: 666-670 și respectiv Țereanu C, Minca DG, Hobeau D, Arhangel E, Busuiocanu E: *Este penurie de personal sanitar mediu în România?*, Medicina Modernă 2007, XIV (10): 548-557.

personalului auxiliar mediu în funcție de nevoile pacienților la nivelul sectorului spitalicesc pentru acuți. Studiul prezentat în continuare a fost realizat în cadrul acestui proiect pilot și 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 secțiilor în funcție de intensitatea și structura îngrijirilor (îngrijiri de bază – I.B., îngrijiri tehnice – I.T. și îngrijiri relaționale și educative – I.R.E.);
2. Determinarea volumului de îngrijiri și a numărului de posturi necesare în decursul a 24 h pentru a acorda îngrijiri pacienților;
3. Determinarea activităților aferente îngrijirilor (AAI) și a numărul de posturi necesare în decursul a 24 h pentru efectuarea acestora;
4. Calcularea efectivelor necesare în decursul a 24 h per secție în funcție de volumul total de muncă (volumul de îngrijiri plus activitățile aferente îngrijirilor)

Material și metoda

La studiu au participat cinci secții, și anume: o secție de Chirurgie generală de la Spitalul Universitar de Urgență din București și patru secții (Chirurgie generală, Ortopedie și traumatologie, Neurologie și Medicină internă) de la Spitalul Județean de Urgență din Vâlcea.

Metodologia, validată la nivel național în Franța, constă în două instrumente care au fost aplicate fără modificări: metoda SIIPS pentru măsurarea volumului îngrijirilor directe și Chestionarul pentru măsurarea volumului activităților aferente îngrijirilor AAI. (descrise în Secțiunea 5)

Cele două instrumente permit calculul volumului de muncă și al personalului conform principiului de mai jos:

$$\text{Volum de muncă (minute)} = \frac{\text{îngrijiri (minute)} + \text{activități aferente îngrijirilor (minute)}}{\text{și}}$$

Culegerea datelor a fost efectuată pe hârtie, pe fișe speciale, după care datele au fost introduse în calculator și analizate cu ajutorul programului SPSS 11.5 pentru Windows

Rezultate

1. Caracteristici generale ale celor 5 secții participante la studiu

Arhitectura spitalului și organizarea secției au o mare influență asupra timpului consacrat de personalul auxiliar mediu îngrijirilor și mai ales activităților aferente îngrijirilor. Câteva elemente caracteristice celor cinci secții studiate sunt prezentate în Tabelul nr.1.

Spitalul din București ca și construcție este mai nou decât cel din Vâlcea. Secția de Chirurgie a spitalului din București are numărul cel mai mic de paturi (34), fiecare salon are toaletă proprie, iar, în plus, anumite funcții ale spitalului sunt parțial informatizate. La spitalul din Vâlcea, numărul paturilor per secție este mai mare (min. 54 și max. 125), toaleta lipsește în majoritatea saloanelor și nici o funcție nu este informatizată. Durata unei norme întregi de muncă pentru personalul auxiliar mediu pe secția de Chirurgie a spitalului din București este de 720 minute, în timp ce în cele patru secții 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 excepția secției de Ortopedie a spitalului de la Vâlcea, unde numărul asistentelor este egal cu numărul infirmierelor.

Tabelul nr. 1 – Arhitectura și organizarea celor cinci secții studiate

		BUCUREȘTI	VÂLCEA			
		Chirurgie	Chirurgie	Ortopedie	Neurologie.	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 SECȚIILOR	Nr de paturi	34	90	54	90	125
	Nr pacienți/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
	Funcții spitalicești informatizate	da, parțial	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	33	44	26	42	60
		- asistente	26	13	25	41
		- infirmiere	7	13	17	19

În total 1.687 pacienți au participat la studiul din România (191 pacienți au fost evaluați în spitalul din București și 1.496 în cel din Vâlcea). Așa cum reiese din Tabelul nr. 2, media de vârstă a pacienților de pe secția 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 secția respectivă internează atât copii, cât și adulți). Cea mai mare dintre cele cinci secții (Medicina internă Vâlcea – 125 paturi) este singura secție în care numărul de internări a fost mai mare decât cel de externări. În timpul perioadei studiate, această secție și cea de Chirurgie din București au avut o rată de spitalizare de peste 100%. (113% respectiv 146%).

Tabelul nr. 2. – Statistici generale privind cele cinci secții studiate (octombrie 2004)

	BUCURESTI	VALCEA			
	Chirurgie	Chirurgie	Ortopedie	Neurologie	Medicină Internă
Nr pacienți	191	288	149	419	640
Femei	57%	43%	48%	49%	52%
Bărbați	43%	57%	52%	51%	48%
Vârsta medie	52	48	57	54	58
Vârsta modală	51	79	65	50	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 și incomplete

2. Profilul secțiilor în funcție de intensitatea și structura îngrijirilor

Intensitatea îngrijirilor este exprimată în puncte SIIPS și este exprimată cu ajutorul a doi indicatori.

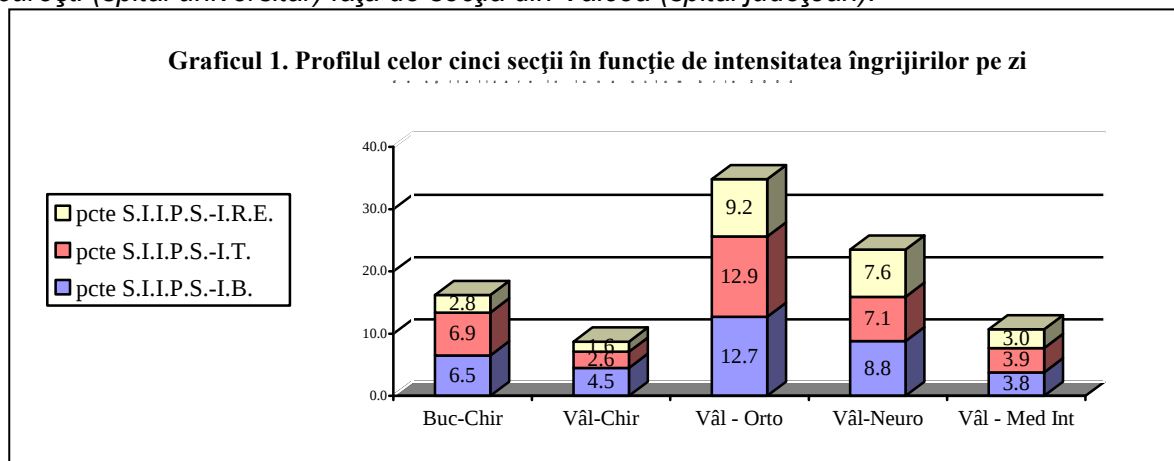
Primul indicator se numește “intensitatea cumulată a îngrijirilor” și este utilizat în special pentru calculul personalului. (Tabelul nr.3).

Tabelul nr.3. – Intensitatea cumulată a îngrijirilor (puncte SIIPS*) în luna octombrie 2004

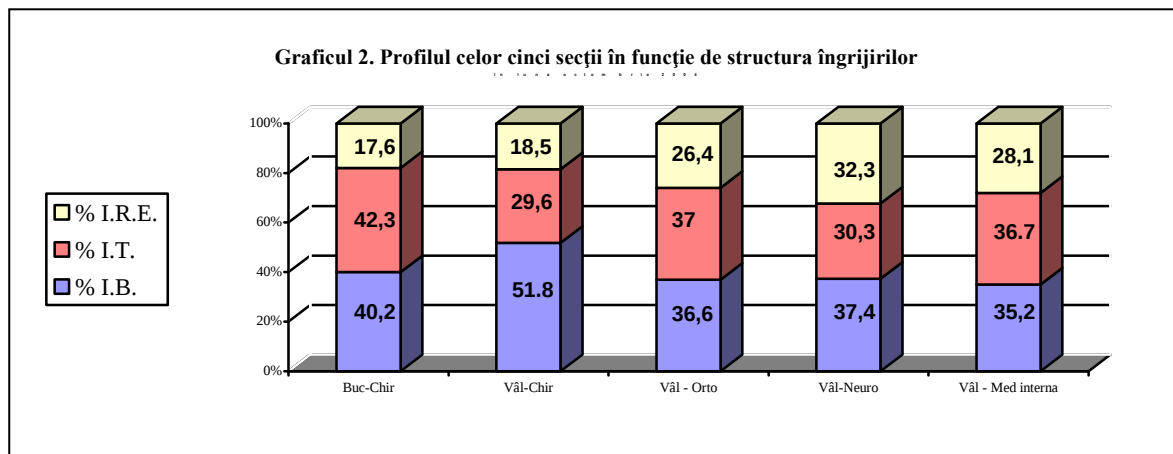
	BUCURESTI	VÂLCEA			
	Chirurgie	Chirurgie	Ortopedie	Neurologie	Medicină Internă
Pcte SIIPS-I.B.	10.008	7.866	13.754	23.986	16.392
Pcte SIIPS-I.T.	10.519	4.500	13.932	19.423	17.101
Pcte SIIPS-I.R.E.	4.370	2.816	9.912	20.727	13.092
Pcte SIIPS-TOTAL	24.897	15.182	37.598	64.136	46.585

*) 1punct SIIPS = 8 minute și 20 secunde, adică 8,33 minute.

Cel de-al doilea indicator se numește “intensitatea îngrijirilor pe zi de spitalizare” și este utilizat mai ales pentru comparații între secții, pentru că este un indicator standardizat. Prezentăm o comparație între cele cinci secții studiate în Graficu nr.1. Secția de Ortopedie a spitalului din Vâlcea pare să fi avut cea mai mare intensitate de îngrijiri pe ziua de spitalizare. În ceea ce privește cele două secții de Chirurgie, valoarea acestui indicator a fost dublă pentru secția din București (spital universitar) față de secția din Vâlcea (spital județean).

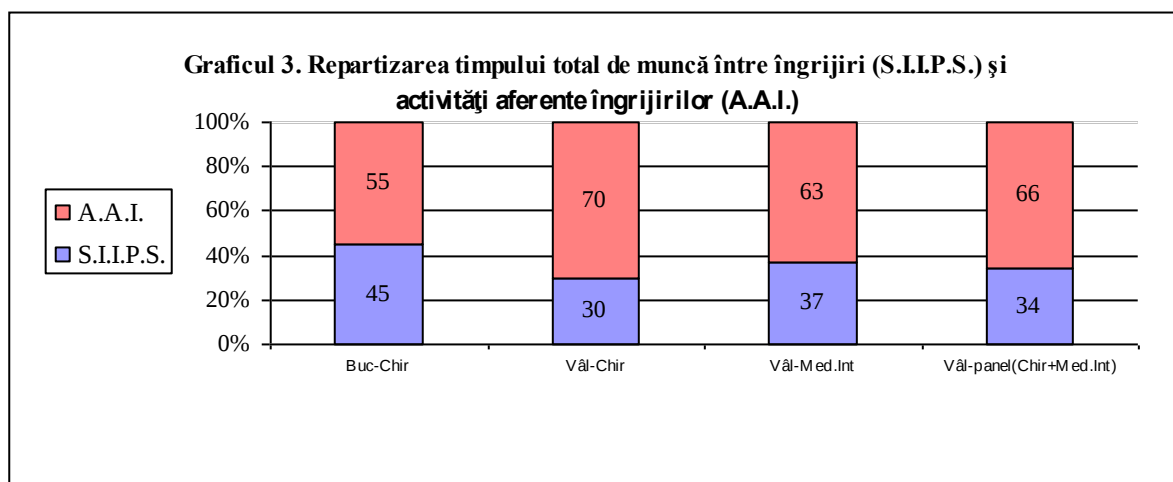


Plecând de la intensitatea îngrijirilor, a fost calculat un alt indicator care se numește “structura îngrijirilor” și care se exprimă procentual. Rezultatele arată că, în timpul spitalizării pacienților, au fost acordate cu predilecție fie îngrijiri de bază (I.B.), fie îngrijiri tehnice (I.T.). Singura secție unde îngrijirile relaționale și educative (I.R.E.) par să fi avut un volum la fel de mare ca cele de bază sau cele tehnice a fost secția de Neurologie a spitalului din Vâlcea.



3. Activitățile aferente îngrijirilor (AAI.)

Atât la spitalul din București, cât și la spitalul din Vâlcea, dintre toate activitățile aferente îngrijirilor, asistentele au consacrat cel mai mult timp activităților logistice și de comunicare – informații – relații, în timp ce infirmierele au consacrat cel mai mult timp activităților hoteliere și logistice. Ansamblul personalului (asistente și infirmiere) au alocat activităților aferente îngrijirilor mai mult de jumătate din timpul total de muncă (Graficul nr.3). La spitalul din Vâlcea, activitățile aferente îngrijirilor necesită mai mult timp comparativ cu spitalul din București. Probabil de aceea, personalului îi rămâne mai puțin timp pentru a asigura pacienților îngrijiri directe.



4. Dotarea cu personal

Rezultatul calculului personalului arată că în timpul lunii octombrie 2004, patru dintre cele cinci secții studiate au funcționat cu un deficit (posibilă penurie) de personal prezent față de personalul care ar fi fost necesar în decursul a 24h. Acest deficit ni se pare semnificativ în secția de

Ortopedie, cea de Neurologie și cea de Medicină internă din spitalul județean Vâlcea (Tabelul nr.4).

Tabelul nr. 4. – Rezultatele privind dotarea cu personal (*)

	BUCURESTI	VALCEA			
	Chirurgie	Chirurgie	Ortop.	Neurol.	Med. Int.
<i>Intensitatea cumulată a îngrijirilor (puncte SIIPS)/serviciu:</i>					
- în timpul lunii octombrie 2004	24897	15182	37598	64136	46585
- pe 24 h	803,1	489,7	1212,8	2068,9	1502,7
<i>Nr posturi îngrijiri (SIIPS) / 24h</i>	9,3	8,5	21	35,9	26,1
<i>Timp consacrat AAI. (minute) / secție (**)</i>					
- o săptămână	38574	57138	64291,5	64291,5	71445
- pe 24 h 24h	5510,6	8162,6	9184,5	9184,5	10206,4
<i>Nr posturi pentru AAI / 24 h</i>	7,7	17	19,1	19,1	21,2
<i>Nr posturi necesare / 24 h</i>	17	25,5	40,1	55	47,3
<i>Unități de personal prezent / 24h</i>	13,8	25,2	14	24,1	34,2
<i>Diferența între efectivul prezent și cel necesar</i>	-3,1	-0,3	-26,1	-30,9	-13,1
<i>Ratio între efectivul prezent și cel necesar</i>	81%	99%	35%	44%	72%

*) Calculul ține cont de faptul că o normă întreagă la nivelul secției de Chirurgie din București este de 720 minute, în timp ce la nivelul secțiilor de la Vâlcea aceasta este de 480 minute.

**) Pentru secția de Chirurgie București, Chirurgie Vâlcea și Medicină internă Vâlcea am luat în considerare timpul destinat activităților aferente de către personalul propriu acestor secții. Pentru secția de Ortopedie Vâlcea și secția de Neurologie Vâlcea, unde o evaluare a activităților aferente nu a fost făcută, am utilizat timpul destinat activităților aferente de către un panel constituit din personalul din secțiile de Chirurgie Vâlcea și Medicină internă Vâlcea împreună.

Concluzii

Diferențe între efectivele prezente și cele necesare în decursul a 24 h (posibilă penurie) au fost observate în patru dintre cele cinci secții spitalicești care au făcut obiectul studiului din România. Investind mai mult în arhitectura clădirilor și printr-o mai bună organizare a activității și a personalului la nivel de secție, probabil că acest deficit ar putea fi evitat sau redus. Totuși două dintre secții – cea de Ortopedie și 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 pacienților.

Oricum, chiar dacă rezultatele studiului nu pot fi generalizate, întrucât acesta a fost realizat numai în cinci secții, studiul sugerează faptul că actualele norme de alocare a personalului auxiliar mediu folosite de Ministerul Sănătății, bazate pe numărul de paturi, nu par să fie întotdeauna realiste, motiv pentru care ele ar trebui probabil să fie susținute și de alte instrumente manageriale.

Deși am recurs la indicatori standardizați acolo unde a fost posibil, comparația între volumul de îngrijiri furnizat în secțiile studiate trebuie privită cu prudență. Variabilitatea îngrijirilor poate avea o serie de determinanți, ca de exemplu: arhitectura și organizarea secției; caracteristicile pacienților (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 obținut 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 internațional care și-au demonstrat eficacitatea ca suport de decizie – alături de alte instrumente manageriale – în alocarea personalului auxiliar mediu în instituțiile de sănătate.

Catedra de Sănătate Publică și Management al Universității de Medicină și Farmacie „Carol Davila” București, care a fost unul dintre cei trei parteneri ai Proiectului-pilot, alături de Serviciul de Sănătate Publică al Cantonului Ticino (Elveția) și de Universitatea din Elveția 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 Europeană, 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 calității asistenței acordate de personalul medico-sanitar. Suprasolicitarea personalului din cauza penuriei are o serie de efecte periculoase: crește riscul erorilor profesionale, crește numărul și complexitatea situațiilor generatoare de tensiune și 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 și ale grupurilor, sunt disponibile și accesibile, răspund așteptărilor rezonabile ale celor tratați (este acceptabil), permit o coordonare eficientă între medicii de familie și specialiști (continuitate), se bazează pe un nivel înalt de cunoștințe în materie de management al serviciilor medicale de educație, prevenire, de diagnostic și tratament (competența profesională); și sunt furnizate într-un mediu care conferă siguranță fizică”. (45)

Particularitățile organizațiilor de sănătate și calitatea

Provocările pentru organizațiile de sănătate sunt foarte diferite de cele la care trebuie să răspundă alte organizații. De exemplu, un spital trebuie să se adapteze la mediu, să prevadă și să răspundă la nevoile unor grupuri populaționale variate, să reușească să țină pasul cu progresul științei și tehnologiei, să producă și să dezvolte competențe profesionale și sociale (învățare), să permită dobândirea unor cunoștințe noi prin cercetare, etc. În plus, el trebuie să concilieze acțiunile unor actori diferiți din interiorul (medici, asistenți medicali și alte categorii profesionale, personal de conducere și de suport) și exteriorul organizației (ministerul sănătății, companii de asigurări, etc.). Din cauza acestor particularități, organizațiile de sănătate se confruntă cu o serie de dificultăți în realizarea misiunii sale de a oferi populației îngrijiri de calitate, înțeleasă conform definiției de mai sus.

Domenighetti (2003) susține că o particularitate fundamentală a serviciilor sanitare – în special, a acelor bazate pe tehnologii complexe – este dificultatea, dacă nu chiar imposibilitatea, de a evalua în mod standardizat, consensual și fiabil calitatea (performanța) prestațiilor și serviciilor în ceea ce privește adecvarea la nevoi și rezultatele obținute exprimate sub forma de „câștig sau ameliorare” în ceea ce privește starea de sănătate. [59]

Cultura organizațională și calitatea

Cultura unei organizații cuprinde ansamblu de credințe și valori vehiculate într-o organizație care determină comportamentul membrilor, reflectând rațiunea acesteia de a exista și orientarea sa. Cultura organizațională este sinonimă cu filosofia de management, stilul și identitatea organizației, și reflectă modul de viață global al organizației. [60, 61] Cultura stă sub semnul unor valori dominante și norme comportamentale prestabilite. În organizațiile de sănătate pot fi constatate, relativ frecvent, divergențe între valorile vehiculate de grupuri de indivizi și cele ale organizației. Acestea pot duce la ineficacitatea echipei de îngrijiri și, în cele din urmă, la o diluare completă a eficacității unei organizații.

Motivarea și implicarea întregului personal (lucru în echipă) în proiectele pentru evaluarea și îmbunătățirea calității sunt elemente indispensabile culturii pro-calitate. Nevoile de autonomie ale profesioniștilor (mai ales medici) trebuie păstrate, pe cât posibil, în toate deciziile legate de proiectarea organizațiilor. Așadar mecanismele pentru coordonarea activității lor trebuie să fie flexibile. Mai mult, profesioniștii țin să participe la procesul de luare a deciziilor care influențează natura profesională a activității lor în prezent și în viitor. De aceea este necesară implicarea membrilor organizației, și mai ales a profesioniștilor, în dezvoltarea, implementarea și monitorizarea inițiativelor legate de productivitate și eficiență. [62]

Un alt element important pentru cultura organizațională pro-calitate este acceptarea comparării. *Benchmarking*-ul ajută adaptarea la inovații și la depășirea unor situații în care diversitatea intrinsecă și inalienabilă a fiecărei organizații determină rezistența la schimbare. [63]

În altă ordine de idei, uneori rezultatele negative pentru sănătatea pacientului pot fi consecința unor erori umane, inevitabile în organizații atât de complexe și particulare cum sunt cele de sănătate. În lumina noilor teorii privind rolul factorului uman în producerea erorilor [64], astăzi se vorbește tot mai mult de abandonarea culturii învinovățirii și pedepsirii, în favoarea culturii nevinovăției.

Cu alte cuvinte, atunci când au loc, erorile nu ar trebui ascunse, ci declarate spontan, astfel încât toți membrii organizației să poată trage învățăminte și să le poată evita pe viitor (*learning organization*).

În concluzie, asigurarea constantă a unor îngrijiri de calitate este dificil de realizat fără o cultură organizațională adecvată, prezentă la toate nivelurile organizației.

Managementul informațiilor și calitatea îngrijirilor

Managementul informațiilor se referă la crearea, utilizarea și păstrarea datelor sau informațiilor într-o organizație. Este un aspect critic pentru eficacitatea și eficiența activității spitalului. Pentru ameliorarea productivității și eficienței trebuie dezvoltate sisteme de management al informațiilor, care să satisfacă cerințe cum ar fi: acuratețea, utilitatea, rapiditatea. Astfel, asigurarea calității presupune inclusiv o bună programare a personalului și resurselor de suport (statisticieni, informaticieni, etc). [62] Pe de altă parte, un rol important în managementul informației revine tehnologiei informației. Uneori aceasta este un mijloc care permite evitarea erorilor. Se pare că introducerea dosarului electronic al pacientului reprezintă o bună investiție pentru îmbunătățirea managementului calității și reducerea costurilor non-calității. [11]

Rezultatele privind starea de sănătate și calitatea îngrijirilor

Ne-am aștepta ca, cu cât investim mai mult în asigurarea calității în organizațiile de sănătate, cu atât rezultatele privind starea de sănătate a populației deservite să fie mai bune, însă s-a dovedit că aceasta nu este o regulă general valabilă. De pildă, s-a observat că în țările industrializate

avansate, care garantează un acces echitabil la serviciile medico-sanitare, nu există o corelație între creșterea resurselor dedicate sănătății și creșterea speranței de viață. Analizând diferiți factori determinanți ai sănătății, s-a estimat că sectorul sanitar pur contribuie la longevitate (obiectiv 75 ani) în proporție de 10-15 %, în timp ce contribuția patrimoniului genetic a fost de 20-30%, a ecosistemului de 20% și cea a factorilor socio-economici de 40-50%. [59]

Pe de altă parte, lipsa unei investiții suficiente în calitate, poate, în unele cazuri să ducă la evenimente adverse grave, care să prejudicieze starea de sănătate a pacienților. Astfel, costurile non-calității pot fi cu mult mai mari decât ale calității: ele se pot traduce în zile suplimentare de spitalizare, pierderi de vieți omenești, despăgubiri platite părții lezate, etc. [30]

Ghidurile de practică și calitatea

Calitatea tehnico-profesională este și ea la fel de dificil de evaluat în organizațiile de sănătate. De obicei, în acest scop este analizat gradul de aderență la ghidurile de practică. Totuși, definirea calității ghidurilor de practică nu este evidentă. În principiu, un bun ghid de practică este acela care, în cele din urmă, conduce la îmbunătățirea rezultatelor pentru pacient. Ghidul trebuie să fie valid din punct de vedere științific, utilizabil și fiabil. Totuși 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, deși nu au drept finalitate să evalueze conținutul clinic sau calitatea dovezilor științifice care stau la baza ghidului, își propun să evalueze procesul de elaborare al ghidurilor și modul în care acest proces este documentat (transparență). Informațiile culese cu ajutorul acestui tip de instrumente: permit identificarea purtătorilor de interes implicați (cine sunt experții care au elaborat ghidul?; au fost implicați și pacienții?); arată cât a fost de riguros modul de elaborare (care a fost strategia de căutare a dovezilor științifice?; 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 independența editorială (declarație explicită că organizația finanțatoare nu a influențat recomandările finale). [65, 66]

Astfel ies la iveală acele ghiduri a căror elaborare a fost sponsorizată de diferite grupuri de interes din industrie (care își 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.

Pacienții și calitatea îngrijirilor

Pentru pacient, calitatea îngrijirilor înseamnă în mare măsură relația cu personalul, de aceea organizațiile care investesc în acest aspect au rate mari de satisfacție. Când pacientul se poate exprima și asupra alimentației sau confortului hotelier din spital, rata de satisfacție s-ar putea să se reducă. În ultimul timp, în încercarea de a obține opinia pacientului asupra unor dimensiuni mai complexe ale calității actului medical, pacientul este invitat să-și exprime satisfacția și în privința altor aspecte cum ar fi: managementul durerii, modul de planificare a externării sau consimțământul informat. [67]

Alături de chestionare, analiza reclamațiilor este un instrument important pentru evaluarea satisfacției pacientului. Lipsa plângerilor sau a reclamațiilor nu înseamnă neapărat satisfacția pacientului. Pe de altă parte, chiar dacă toți ar declara că sunt satisfăcuți, ei ar putea să o facă pentru că sunt obișnuiți cu o calitate slabă a serviciilor sau îngrijirilor. De aceea, este foarte important să descoperim ceea ce își doresc ei cu adevărat și care sunt așteptările lor de la o anumită organizație de sănătate. [45]

Certificarea, acreditarea, premiile de excelență și calitatea

Asigurarea calității presupune evaluarea sistematică a acesteia. Certificarea ISO, acreditarea JCI și premiul de excelență EFQM reprezintă unele dintre cele mai cunoscute programe de evaluare externă a calității organizațiilor de sănătate la nivel internațional. Aceste modele pot fi întâlnite chiar și simultan în aceeași țară.

Conform unui studiu al UE aceste programe au o serie de elemente în comun. Ele oferă un cadru legal și de valori prin descrierea elementelor calității, publică standarde valide, furnizând o bază obiectivă pentru evaluare. Cele trei programe se axează pe pacienți și includ procesele clinice și rezultatele acestora. Deși sunt programe de evaluare externă, încurajează auditul intern și antrenează auditorii. Oferă acces public la standardele pe care se bazează, la procesul de audit și la rezultatele acestuia. În fine, ele măsoară sistematic calitatea și cuantifică îmbunătățirea acesteia în timp. Diferențele dintre ele constau în obiectul evaluării care, în funcție de tipul de program, poate fi centrat pe pacient sau pe sistem. Certificarea ISO evaluează întregul management al calității dintr-o organizație și creează un cadru cuprinzător pentru dezvoltarea acesteia. Modelul JCI se bazează pe evaluarea tuturor sistemelor unei organizații, precum și a capacității organizației de a realiza un audit intern eficient. Modelul EFQM furnizează de asemenea cadrul de dezvoltare a sistemelor de management al calității și poate fi folosit ca instrument de audit atât intern cât și extern. [47, 48]

Personalul sanitar mediu și calitatea îngrijirilor

Evaluarea cantitativă și calitativă a îngrijirilor acordate de personalul sanitar mediu ajută la diviziunea muncii și îmbunătățirea calității proceselor și permite dimensionarea personalului în funcție de activitatea desfășurată. Instrumentele SIIPS, PRN și IEQOUS realizează o evaluare multidimensională și reprezintă un demers participativ, care permite valorizarea și recunoașterea 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 și activitatea de culegere a datelor. Aceste instrumente pot fi considerate pârgii ale schimbării și mijloace pentru stimularea și motivarea acestei categorii de personal. Ele sunt în același timp sursă de informații privind funcționarea organizației în trecut și în prezent, utile pentru a anticipa viitorul, și 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 assessment and 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 și planificarea în politicile de sănătate” în Vlădescu, Predescu M, Stoicescu E Sănătate publică și management sanitar, Centrul pentru Politici și Servicii de Sănătate, București, 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/hfadbf/>)
18. Ministerul Sănătății Publice: Ordinul Nr 914 din 26 iulie 2006 pentru aprobarea normelor privind condițiile pe care trebuie să le îndeplinească un spital în vederea obținerii autorizației sanitare de funcționare, Monitorul Oficial Nr 695 din 15 august 2006
19. Ministerul Sănătății Publice: Ordinul Nr. 1338 din 31 iulie 2007 pentru aprobarea Normelor privind structura funcțională a cabinetelor medicale și 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 Națională pentru Dezvoltare Durabilă a României Orizonturi 2013-2020-2030)

21. Parlamentul României: Legea 95 privind reforma din domeniul sănătății 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 componența, atribuțiile și modul de organizare și funcționare ale Comisiei Naționale de Acreditare a Spitalelor
Hotărâre nr. 1203/2009 M.O. Partea I nr. 683 din 12/10/2009, pentru modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 1.148/2008 privind componența, atribuțiile și modul de organizare și funcționare ale Comisiei Naționale de Acreditare a Spitalelor
23. Regulament *din 19/02/2008*, M.O. Partea I nr. 148 din 27/02/2008, de organizare și funcționare a comisiilor consultative ale Ministerului Sănătății Publice
24. Regulament *din 16/03/2009*, M.O. Partea I nr. 218 din 06/04/2009, de organizare și funcționare al Comisiei naționale de transparență
25. Ministerul Sănătății Publice: Planul Strategic al Ministerului Sănătății Publice pentru perioada 2008-2010
26. Jones T, Cawthorn S: *What is clinical audit?*, in „What is....” Hayward Medical Communications, 2002 (www.evidence-based-medicine.co.uk)
27. Earl MJ, Khan B: *How new is business process redesign?* European management journal 1994.12 (1): 20-30
28. Țereanu C: *Managementul riscului clinic: concepte, instrumente, experiențe internaționale*, 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. Țereanu C: *Măsurarea volumului de îngrijiri: necesitate sau modă?*, Viața Medicală XV (696): 4
31. Țereanu C: *Evaluarea îngrijirilor: un instrument de decizie pentru managerii în sănătate*, Medicina Modernă 2003. X (7): 381-384
32. Țereanu C: *Projet-pilote d'évaluation quantitative des soins infirmiers en Roumanie: Rapport final*, Sezione sanitaria, Bellinzona, 2005

33. De Pietro C, Țereanu C: *Carichi di lavoro e fabbisogno di personale nelle aziende del SSN: criticità e prospettive*, MECOSAN 2005. 55: 65-85
34. Ministerul Sănătății Publice: Ordinul Nr 1778 din 28 decembrie 2006 privind aprobarea normativelor de personal, Monitorul Oficial Nr 57 din 24 Ianuarie 2007
35. Țereanu C, Mincă DG, Hobeau D, Arhangel E, Busuioceanu E: *Este penurie de personal sanitar mediu in Romania?*, Medicina Modernă 2007, XIV (10): 548-557
36. Țereanu C, Lair ML, Pistre F, Mincă DG, Hobeau 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. Fărcășanu D, Vâlceanu D: Capitolul 2.1 Planificarea unui proiect în Fărcășanu D (coordonator) *Fundamentele abordării integrate a Serviciilor Medico-Sociale la nivel local*, Centrul Pentru Politici de Sănătate, București, 2006
42. Lomazzi: *Conoscere per migliorare: fare benchmarking nella Pubblica Amministrazione*, material didactic Net-MEGS, Universitatea din Elveția 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 Elveția Italiană, Lugano, 2004

45. Moga C, Marcu A, Mincă DG, Mihalcea Eliade O: Ghid de evaluare a satisfacției utilizatorilor de servicii medicale în: Comunicarea intra și interorganizațională: ghid de tehnici, ISPB București, 2003, pp 3:11
46. Degiorgi A: Costumer Satisfaction: La soddisfazione dei pazienti in azienda sanitaria, material didactic Net-MEGS, Universitatea din Elveția Italiană, Lugano, 2004
47. Samoilă M: *Experiența internațională în implementarea sistemelor de management al calității în instituțiile 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 îngrijirea 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 și 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. Țereanu C, Mincă DG: "Noi instrumente de evaluare a performanței spitalelor: Balanced Scorecard", Medicina Modernă 2005. XII (6): 329-35
53. Țereanu C: Managementul riscului clinic: profiluri de risc in spitalele din Romania, Medicina Moderna 2007. XIV(7): 383-89
54. Țereanu 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, Țereanu 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-Delalande 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, București, 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 Elveția 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, Țereanu C: Capitolul 1.7 Performanța organizației: eficiența și eficacitatea practică în Mincă DG, Voinea-Griffin A, Moga C, Rahman MA, Țereanu C: Noțiuni de bază ale managementului organizațional în sănătate, Editura Universitară "Carol Davila" București, 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>

SECȚIUNEA IV.

MANAGEMENTUL MARKETINGULUI DIN SISTEMUL DE SĂNĂTATE

AUTOR:

Dr. Ing. Victor Lorin PURCĂREA

- Inginer
- Doctor în științe tehnice
- Master în Managementul Sănătății Publice și al Serviciilor de Sănătate
- Conferențiar universitar UMF „Carol Davila”
- Disciplina Marketing și 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 CONȚINUTULUI SECȚIUNII

1.1. Conceptul de marketing

Este deja o realitate faptul că transformările avansate la nivelul economiei sunt dominate de către servicii. Procesul de revoluționare al acestora impune noi reguli de competiție, noi metode de organizare, noi angajamente referitoare la comunicare, noi provocări manageriale, economia, inteligența și dinamismul, inovația și tehnologia fiind considerate acum instrumente esențiale. [1]

Marketingul - preciza regretatul prof. Ion Smedescu, fondatorul prestigioasei Universități Româno-Americane - are o semnificație copleșitoare pentru economiile de piață moderne. Marketingul conduce la evitarea tentațiilor și capcanelor din perspectiva exigențelor economiei de piață, contribuie la asigurarea flexibilității și adaptabilității firmei în mediul social-economic în care se integrează. [2]

În condițiile concurențiale deosebit de active de astăzi câștigarea și mai ales menținerea unei poziții pe piață este din ce în ce mai dificilă, standardele calitative necesitate fiind din ce în ce mai ridicate.

Factorul esențial al succesului unei organizații îl reprezintă cunoașterea și satisfacerea consumatorilor vizați printr-o ofertă superioară, marketingul constituind acea funcție a organizației însărcinată cu definirea categoriilor de consumatori vizate și a celor mai bune modalități de a le satisface nevoile și dorințele la un nivel competitiv și profitabil. [3]

Conceptul actual de marketing reprezintă rezultatul unui amplu proces de sintetizări, delimitări și clasificări în ceea ce privește principiile și funcțiile marketingului.[4] Datorită evoluției sale exponențiale și a implicării sale tot mai solicitate în desfășurarea acțiunii de modelare continuă a mediului economic de către forțe din ce în ce mai puternice dar și din ce în ce mai diverse cum ar fi tehnologia, globalizarea, liberalizarea piețelor, privatizarea, etc., acțiunile sale au devenit din ce în ce mai complexe, sfera activităților din ce în ce mai mare, iar reconcilierea dintre acestea a devenit obiectul preocupărilor a din ce în ce mai mulți specialiști, disputele dintre aceștia generând profunde și utile dezvoltări teoretice.

Ca rezultat al cercetărilor și practicilor de marketing și a reflectării acestora pe plan ideatic, au apărut, firesc și definițiile, încadrările, caracteristicile și evoluțiile atribuite marketingului.

1.1.1. Definiții ale conceptului de marketing

Deși s-a format ca știință, în Statele Unite, încă din secolul al XX-lea, proces încă nefinalizat, marketingul nu a primit încă o definiție a sa acceptată unanim, existând în acest moment „atâtea definiții ale marketingului, câte cărți sunt pe acest subiect”. [5]

O definiție a marketingului, dată de Asociația Americană de Marketing în anul 1988, este considerată ca fiind definiția „cvasi-oficială”: *„Marketingul reprezintă procesul planificării și execuției conceptului, stabilirii prețului, promovării și distribuției ideilor, bunurilor și serviciilor, pentru a crea schimburi care să satisfacă obiective individuale și organizaționale”*[6],

Această definiție subliniază trei idei esențiale:

- se includ în domeniul marketingului atât bunuri materiale cât și servicii;
- marketingul înglobează și idei ce aparțin domeniilor nelucrative, ce nu comercializează bunuri sau servicii, deci nu generează profit;
- se conturează mix-ul de marketing compus din produs, preț, promovare, distribuție.

O definiție reprezentativă a fost dată de către „părintele marketingului”, Philip Kotler: *„Marketingul reprezintă un proces social și managerial prin care grupurile sau indivizii obțin ceea ce le trebuie sau își doresc prin crearea și schimbul de produse ori valori cu alte grupuri și indivizi.”* [7]

În România a fost prezentată o definiție semnificativă a conceptului de marketing în anul 1992 și aparține Academiei de Studii Economice din București: *„Marketingul reprezintă o concepție modernă în orientarea întreprinderilor concretizată într-un ansamblu coerent de activități practice programate și organizate prin utilizarea unor metode și tehnici științifice”*. [8]

Alte definiții acceptate, dar nu suficiente, pentru a defini domeniul:

- „Marketingul este un întreg sistem de activități economice referitoare la programarea, stabilirea prețurilor, promovarea și distribuirea produselor și serviciilor menite să satisfacă cerințele consumatorilor actuali și potențiali.” [9]
- „Marketingul vizează organizarea unei orientări simultane spre consumatori și spre profit, integrând eforturile organizației în această optică.” [10]
- „Marketingul reprezintă atât o orientare managerială – unii ar susține o filosofie în afaceri – cât și o funcție economică.” [11]
- „Marketingul cuprinde analiza permanentă a cererii, pe de o parte, și, pe de altă parte, stabilirea și punerea în acțiune a mijloacelor de satisfacere a acesteia, în condițiile unui profit optim.” [12]
- „Marketingul este o formă civilizată de luptă, în care majoritatea bătăliilor se câștigă folosind cuvinte, idei și gândire organizată.” [13]

1.1.2. Trăsăturile conceptului de marketing

Pe baza definițiilor prezentate mai sus se pot deduce următoarele trăsături ale marketingului:

- marketingul se integrează în orice tip de organizație alături de alte funcții tradiționale, completându-le;
- acțiunile marketingului trebuie adaptate tipului de public căruia i se adresează;
- realizarea acțiunilor de marketing corespunzătoare trebuie să se bazeze pe cunoașterea anticipată a nevoilor și dorințelor publicului țintă;
- acțiunile de marketing au ca finalitate satisfacerea dorințelor și nevoilor segmentului țintă la cel mai înalt nivel calitativ prin plasarea și distribuirea produselor acolo unde sunt consumate și prin informarea și comunicarea constantă cu consumatorii;
- organizația trebuie să aibă o comunicare internă corespunzătoare culturii sale;
- organizația trebuie să fie orientată spre profit astfel încât costurile sale de producție să fie reduse, iar stabilirea prețului sau valorii pe care consumatorul este dispus să o dea pe un produs să fie în concordanță cu oferta firmei ce îl oferă [14]

1.1.3. Curente conceptului de marketing

Unii specialiști împart domeniul marketingului în două curente redactate cu ajutorul unor teorii clasice și moderne, teorii bazate pe următoarele definiții:

- definiții clasice, referitoare la „vechiul” concept de marketing, ce se axează în principal pe activitatea comercială și pe mișcarea fizică a bunurilor și serviciilor, ignorând o serie de categorii puternic influențate de activitățile de marketing (grupuri de consumatori, sindicate, agenții guvernamentale etc.);
- definiții moderne, definiții care aparțin „noului” concept de marketing care extind sfera de influență a marketingului și asupra diverselor organizații non-profit, persoanelor și ideilor, raportează activitatea organizației la mediu și se referă la aspecte de natură socială. [3]

Pe cale de consecință, teoriile clasice cuprind schimburile fizice de bunuri și servicii și ignoră necesitățile principalelor categorii de consumatori din piață care sunt influențate direct de activitățile de marketing. Aceste teorii au la bază drept metodă tranzacția.

Teoriile moderne se axează pe concepte și idei sociale, cum ar fi cauzele susținute de organizațiile non-profit sau cele de mediu, și se bazează pe relațiile ce se stabilesc între ofertant și consumator.

Diferența dintre cele două curente este descrisă în următorul tabel.

Tabelul nr. IV.1. – Diferența dintre marketingul bazat pe tranzacții și cel bazat pe relații

Marketing bazat pe tranzacții	Marketing bazat pe relații
Accentul se pune pe vânzare	Accentul se pune pe fidelizarea clientului
Se face pe baza atributelor și proprietăților produselor	Se face în funcție de beneficiile clienților
Orizontul de referință este scurt	Orizontul de referință este lung
Contactul cu clienții este moderat	Contactul cu clienții este ridicat
Termenul de „calitate” se asociază cu producția	Termenul „calitate” se asociază cu întregul proces integrat de marketing
Concurență	Parteneriat
Profit pentru organizație	Profit în parteneriat
Consumatorul este pasiv	Consumatorul este activ
Independență	Dependență în cadrul rețelei formate în urma parteneriatelor

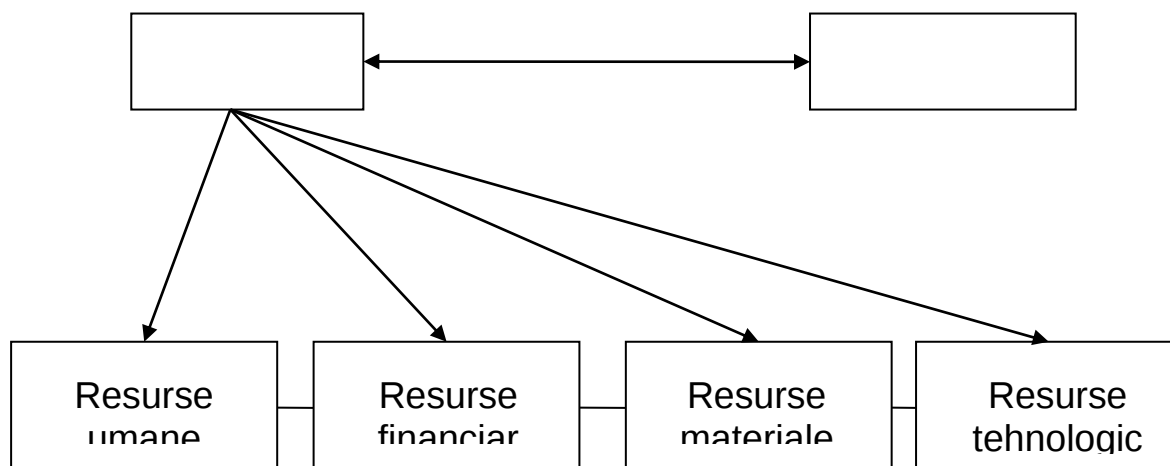
Sursă: Purcarea, V.L., Gheorghe, C., Gheorghe R., Radu, A. – Marketing-note de curs – Ed. Universitară "Carol Davila", București, 2010

1.1.4. Evoluția conceptului de marketing

Diferența dintre noțiunea de „marketing” și „concept de marketing” este foarte mică, dar marketingul indică o acțiune practică, iar conceptul de marketing indică o atitudine, o filosofie, un mod de gândire. Filosofia de marketing se bazează pe nevoi și dorințe ale oamenilor, precum și pe soluțiile necesare satisfacerii acestora prin instrumente, metode și tehnici științifice. Caracterul de știință se referă la faptul că se bazează pe instrumente, metode și tehnici, care au fundamente științifice și mai puțin face referire la ideea de a analiza marketingul ca o știință ce trebuie studiată pentru a dovedi partea practică.

Deci, termenul de marketing indică o funcție a unei organizații care dorește, pe baza unor metode, tehnici și instrumente să identifice nevoile și dorințele consumatorilor, precum și satisfacerea acestora în condițiile de exigență existente, prin alocarea optimă a resurselor organizației, îmbinând armonios și eficient modul de a acționa cu modul de a gândi.

Figura nr. IV.1. – Conceptul de marketing



Concepția de marketing – ale cărei elemente fundamentale au fost elaborate pe la jumătatea anilor '50 – reprezintă deci o filosofie de afaceri, care susține că soluția atingerii de către o organizație a obiectivelor proprii constă în determinarea nevoilor și dorințelor consumatorilor vizați și în furnizarea satisfacției așteptate într-un mod mai eficient și mai operativ decât concurența.[15]

Mult timp marketingul a fost confundat cu activitatea de vânzare desfășurată de o întreprindere, deoarece integrarea marketingului ca funcție de bază s-a făcut târziu, iar aceasta a fost atribuită departamentului de vânzări.

Profesorul Theodore Levitt este cel care a delimitat concepția 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-și transforma produsul în bani lichizi, marketingul se concentrează pe ideea de a satisface nevoile cumpărătorului cu ajutorul produsului sau serviciului și a întregului lanț de activități asociate conceperii, furnizării și consumului acestuia.

Prin urmare, concepția de marketing presupune o abordare dinspre exterior spre interior, pornind de la o piață bine definită, concentrându-se asupra nevoilor clienților și urmărind obținerea unui profit prin satisfacerea acestora, spre deosebire de concepția de vânzare care se concentrează asupra produselor și serviciilor organizației, apelând la o intensă activitate de vânzare și promovare pentru obținerea profitului din vânzări.[3]

Principala explicație a evoluției marketingului este reprezentată de dezvoltarea economico-socială, dezvoltare proporțională cu evoluția nevoilor și aspirațiilor societății omenești.

Marketingul de-a lungul evoluției sale a cunoscut, conform părerii unor specialiști, patru perioade importante de dezvoltare, fiecare perioadă fiind definită și caracterizată de câte o tendință:

- *orientarea spre producție* care a vizat un marketing de masă în care ofertantul a fabricat produse, pentru toți consumatorii, la prețuri și costuri pentru sine, mici;
- *orientarea spre vânzări* care a avut la bază ideea că managerii au fost preocupați să identifice clienți și piețe noi pentru o mai bună desfacere; în această perioadă activitatea de marketing a fost direcționată spre promovarea mai bună a produselor prin tehnici cât mai variate;
- *orientarea spre marketing respectiv spre client* este etapa în care organizațiile au adoptat propriile produse la nevoile fiecărui client în mod individual, căutând să îi satisfacă dorințele mai bine și mai prompt decât concurența; aceasta este etapa în care s-au definit funcțiile activității de marketing ce stau la baza desfășurării proceselor: de analiză a mediului, de adaptare constantă la evoluția mediului, de satisfacere a nevoilor consumatorilor, de maximizare a profitului, etc.
- *orientarea spre relații* este etapa care se caracterizează prin asumarea responsabilității sociale a organizațiilor, fără a dăuna mediului, și crearea de relații cât mai strategice de parteneriat, de fidelizare, de concurență 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 revoluționare a serviciilor” din care facem parte astăzi și care afectează toate sectoarele, inclusiv sectorul serviciilor de îngrijire medicală, impune noi reguli de competiție, noi metode de organizare, noi angajamente referitoare la procesul de comunicare și la relațiile interpersonale, noi provocări pentru managementul marketingului. Economia, inteligența și dinamismul, inovația și tehnologia sunt considerate instrumente esențiale în știință.

Aceste provocări lansate de către „Procesul de revoluționare a serviciilor” afectează toate segmentele marketingului – incluzând marketingul serviciilor medicale – care trebuie să se conformeze acestor schimbări și trebuie să utilizeze instrumentele esențiale (inteligența, dinamismul, inovația și tehnologia), fără de care, cu siguranță ar eșua. [1]

În prezent, serviciile se constituie ca parte integrantă a economiilor moderne, deservind colectivități, unități economice, instituții și persoane fizice, având totodată, o contribuție hotărâtoare la crearea produsului intern brut, la ocuparea forței de muncă și, implicit, la creșterea și dezvoltarea economiilor naționale. Expansiunea și diversificarea activităților de servicii este susținută de progresele tehnologice, de amplificarea diviziunii sociale a muncii, de creșterea cererii pentru servicii din partea firmelor.

Acest val al transformărilor economice, tehnologice și instituționale majore la care asistăm în prezent, în întreaga lume, este considerat a fi cea de-a treia revoluție industrială, reprezentând, am putea spune, o revoluție a serviciilor, întrucât aduce în prim plan recunoașterea rolului din ce în ce mai important al serviciilor în strategiile de dezvoltare.

Noul tip de economie, bazat pe preponderența activităților de servicii în crearea avuției naționale, care se prefigurează în mod treptat și în România, apare sub diferite denumiri sinonime și interschimbabile, cum ar fi: „economia serviciilor”, „societatea informațională”, „societatea cunoașterii”, „societatea post-industrială”, „al treilea val”, „societatea digitală”, „societatea virtuală”, fiind utilizate alternativ, în funcție de context și de preferințele diferiților autori. [3]

1.2.1. Definiții ale conceptului de serviciu

Creșterea ponderii și importanței practice a activităților de servicii au determinat, firesc, și o intensificare a preocupărilor teoretice în domeniu.

Eforturile economiștilor în direcția conștientizării importanței serviciilor în economiile contemporane, s-au concretizat în mai multe faze succesive [16]:

- prima etapă, debutul procesului de conștientizare a importanței serviciilor, s-a realizat la nivelul practicienilor, aceștia fiind obligați să înfrunte noile realități economice – materializate în numărul crescând de servicii din interiorul și din exteriorul industriei prelucrătoare – chiar și în lipsa unei teorii economice fundamentale în domeniul serviciilor;
- faza a doua se concentrează în jurul eforturilor unui grup de economiști – Orio Giarini, Jean Gadrey, Jaques Nusbaumer, Juan F. Rad – care, la sfârșitul anilor '70, au ajuns la concluzia că serviciile au devenit partea preponderentă a sistemelor de producție, în termenii alocării resurselor; punând bazele unui nou curent de gândire pe plan internațional, acest grup de specialiști susține importanța strategică a serviciilor în alocarea resurselor, contribuția la dezvoltarea economică în context național și internațional;
- faza a treia a procesului de sesizare a importanței serviciilor o constituie includerea serviciilor pe agenda negocierilor internaționale în cadrul GATT, la începutul anilor '80, fapt care a avut cel puțin două efecte benefice și anume: dobândirea de către servicii a unui

statut oficial în cadrul relațiilor internaționale și, de asemenea, impulsionează fără precedent a cercetării științifice în acest domeniu;

- etapa a patra este legată de intrarea în vigoare la finele anului 1995, a Acordului General privind Comerțul cu Servicii (GATS) și încorporarea comerțului internațional cu servicii în sistemul comercial global patronat de noua Organizație Mondială a Comerțului (OMC). GATS conferă avantajul liberalizării progresive a schimburilor internaționale cu servicii și, prin urmare, recunoașterea din partea comunității internaționale a problematicei serviciilor. Eficacitatea acestui acord a fost amplificată prin convenirea, în decursul anului 1997, a unor noi tratate multilaterale de liberalizare în domeniul serviciilor de telecomunicații și financiare. Specialiștii sunt de părere că viitoarele negocieri vor conduce la o liberalizare și mai accentuată a piețelor internaționale de servicii.

Cele patru etape corespunzătoare procesului de conștientizare a importanței strategice a serviciilor pentru economiile naționale reprezintă valoroase contribuții la crearea fundamentelor teoretice ale economiei moderne a serviciilor.

Importanța serviciilor este în același timp recunoscută și puternic contestată, între realitățile economice privind serviciile și recunoașterea unanimă a potențialului acestora existând încă o distanță semnificativă. De aceea, existenței unui cadru teoretic și conceptual este imperios necesar pentru omogenizarea pozițiilor specialiștilor în ceea ce privește importanța serviciilor. Pentru înțelegerea noilor realități privind serviciile în întreaga lor complexitate, cadrul teoretic actual nu este suficient pentru explicarea cerințelor atât de dinamice și de complexe ale domeniului și de aceea, sunt necesare noi concepte, noi teorii, noi instrumente, noi metode de culegere și analiză a datelor statistice. Necesitatea construirii unui cadru sistematic și riguros, respectiv a lărgirii cadrului teoretic existent, este confirmată de numeroasele preocupări ale cercetătorilor în direcția adoptării unei abordări interdisciplinare în domeniul serviciilor, care constă în dezvoltarea unor colaborări cu disciplinele înrudite sau apropiate de știința economică – cum sunt: marketingul, sociologia, psihologia, etc. [3]

Argumentele care susțin necesitatea unei abordări interdisciplinare în vederea evaluării și conceptualizării serviciilor, respectiv a încorporării unor elemente calitative în cadrul științei economice, se referă la:

- caracterul intangibil al serviciilor face ca evaluarea și cuantificarea producției și consumului de servicii să devină mult mai dificilă, etaloanele folosite în domeniul bunurilor tangibile nefiind relevante în cazul serviciilor [17];
- existența situațiilor în care serviciile pot fi evaluate numai într-un context social și instituțional;

- interacțiunea personală pe care o implică un serviciu este decisivă, valoarea serviciului pentru consumator fiind dependentă de personalitatea prestatorului/furnizorului serviciului respectiv; așadar, valoarea serviciilor nu poate fi estimată fără luarea în considerare a personalității participanților implicați într-o tranzacție cu servicii.

Toate aceste considerente ne îndreptățesc să afirmăm că, fără o înțelegere profundă a modului de funcționare a serviciilor, nu poate fi posibilă evaluarea schimbărilor din societățile moderne și nici elaborarea deciziilor și întreprinderea acțiunilor adecvate, pentru a răspunde provocărilor ridicate de aceste schimbări.

1.2.2. Trăsăturile conceptului de serviciu

Evidențierea și analiza principalelor trăsături caracteristice ale conceptului de serviciu este deosebit de importantă pentru înțelegerea conținutului activităților pe care acesta le poate include și mai ales, pentru delimitarea acestora de celelalte componente ale activității economice și sociale. Ambivalența serviciilor, ca produs sau rezultat al producției, pe de o parte, și 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 și determinarea unor trăsături caracteristice ale serviciilor definitorii în și pentru diversitatea lor existențială. Din bogata literatură de specialitate rezultă câteva trăsături caracteristice ale serviciilor. Acestea sunt:

- imaterialitatea sau intangibilitatea;
- nestocabilitatea;
- simultaneitatea producției și consumului serviciului;
- nondurabilitatea;
- inseparabilitatea serviciului de persoana prestatorului și a beneficiarului;
- eterogenitatea sau variabilitatea;
- lipsa proprietății.

Imaterialitatea sau intangibilitatea este trăsătura care determină dificultatea și subiectivismul în evaluare. Există și 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 conținut.

Nestocabilitatea este trăsătura serviciilor ce rezultă din caracterul nematerial al acestor activități. Ea se referă la faptul că, serviciile nu pot fi stocate și păstrate în vederea unui consum ulterior, neavând de regulă o formă materială. Această caracteristică determină unele neajunsuri în asigurarea echilibrului cerere-ofertă și în realizarea efectivă a serviciilor.

Simultaneitatea producției și consumului reprezintă o altă caracteristică importantă, care evidențiază inseparabilitatea producției și consumului serviciului. La fel ca și nestocabilitatea, ea determină ca orice neconcordanță de loc sau de timp să conducă la pierderi de ofertă sau cerere nesatisfăcută.

Nondurabilitatea este o trăsătură caracteristică majorității serviciilor, decurge din primele caracteristici, și se referă la faptul că efectele serviciilor sunt volatile, adică se consumă chiar în momentul în care sunt produse, neputând fi păstrate sau acumulate. Totuși, există și servicii care au caracter durabil, cum sunt asigurările, garanțiile financiare, protecția mediului, băncile de date, învățământul etc.

Inseparabilitatea serviciului de persoana prestatorului și a beneficiarului este caracteristica serviciilor care reclamă prezența clientului la locul prestației, precum și un contact direct între ofertant și beneficiarul serviciului, atât consumatorul cât și prestatorul constituind elemente componente ale procesului de prestare a serviciului. Această caracteristică conferă resurselor umane un rol aparte în cadrul procesului de producție a serviciilor, clientul având un rol activ în realizarea serviciului, fiind parte integrantă a procesului de producție.

Eterogenitatea sau variabilitatea serviciilor este caracteristica acestora de a diferi de la o prestație la alta, datorită circumstanțelor care concură la prestarea lor. În consecință, 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 reușind să reducă variabilitatea.

Lipsa proprietății se referă la faptul că un serviciu oferă consumatorului un avantaj sau o satisfacție fără a avea ca rezultat transferul proprietății asupra vreunui lucru. Din acest motiv, furnizorii fac eforturi speciale pentru a-și 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 și conceptualizării serviciilor este dificil de realizat datorită eterogenității pronunțate a acestor activități și, de asemenea, datorită caracterului polisemantic al termenului de „serviciu”. [19]

Cercetătorii recunosc că, până la ora actuală, nu există practic o definiție unanim acceptată a naturii activităților prestatoare de servicii, nici a indicatorilor utilizați pentru evaluarea diferitelor

servicii. De asemenea, nu există un consens autorizat nici în privința granițelor și nici în privința clasificării ramurilor de servicii.

Lipsa unei definiții unitare nu diminuează importanța serviciilor ca activități de producție și de consum, și 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 tradițională – sau reziduală – și abordarea modernă a serviciilor.

Abordarea clasică a serviciilor în care producția de bunuri materiale era considerată principala creatoare de valoare, de avere națională, iar serviciile constituiau opusul producției deoarece nu dispuneau de capacitatea de a fi acumulate. Reprezentanții școlii economice clasice nu au acordat suficientă atenție serviciilor, considerându-le neproductive – respectiv incapabile de a genera valoare nouă – și, mai ales, o frână în calea acumulării capitalului, a averii.

Abordarea tradițională - sau reziduală - a serviciilor se bazează pe diviziunea economiei naționale în sectoarele primar (agricultura), secundar (industria extractivă) și terțiar (industria prelucrătoare), încadrând serviciile în categoria activităților economice reziduale.

Abordarea reziduală a activităților de servicii bazată pe schema tradițională 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 și pe definiția reziduală a serviciilor, chiar dacă în paralel, se pot constata și încercările unor teoreticieni de a aduce inovații conceptuale abordării tradiționale – referitoare la extinderea sferei trisectoriale, cu un al patrulea sector, sectorul cuaternar – în scopul adaptării sale la realitățile economice contemporane [21].

De asemenea, este demn de menționat faptul că definiția reziduală a serviciilor este utilizată în prezent atât în sistemele statistice naționale, cât și în cele internaționale:

- Banca Mondială utilizează această abordare, considerând drept servicii toate activitățile economice care nu sunt incluse în agricultură și industrie;
- Organizația Națiunilor Unite utilizează definiția reziduală a serviciilor în scopul clasificării internaționale standard a tuturor activităților economice [16].

Cu excepția unor prejudecăți, care califică serviciile drept activități cu caracter inconsistent, fiind subordonate altor sectoare și dependente de acestea, majoritatea economiștilor au conștientizat,

În timp, rolul complex al activităților terțiare atât la nivel micro, cât și la cel macro și mondo-economic.

Abordarea modernă a serviciilor aparține susținătorilor teoriilor post-industriale privind evoluția societății, și partizanilor „societății neo-industriale”, care au considerat că societatea post-industrială este o societate de servicii, acestea constituind baza economiei și modificând fundamental structura socială și identificând trăsăturile esențiale ale societății post-industriale, și anume:

- marea majoritate a populației este angajată în domeniul serviciilor;
- primatul științei și a tehnologiilor bazate pe știință;
- societatea post-industrială este axată pe informație;
- proeminența clasei profesioniștilor și tehnicienilor prin mutația care are loc în sistemul de valori și în formele de gestiune a societății [22].

Și în literatura românească de specialitate sunt moduri interesante de abordarea referitoare la definirea serviciilor, pornind de la trei accepțiuni: 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 potențialul – generat de echipamente – , respectiv capacitatea ofertantului de a furniza anumite prestații consumatorului.

Abordarea din perspectiva proceselor aparține ideii că serviciile sunt înțelese ca procese cu efect material sau nematerial în care se combină factori interni (de exemplu: personal, spații, echipamente, amenajări) și externi (care nu se află în sfera de influență a organizației), cu scopul de a satisface nevoile terților.

Abordarea din perspectiva rezultatului pornește de la premisa că nu procesul în sine reprezintă conținutul serviciului ci rezultatul acestui proces. Prin urmare, ofertantul de servicii realizează combinarea factorilor cu scopul obținerii unor efecte utile, benefice asupra factorilor externi, oamenilor sau bunurilor aflate în posesia acestora (spre exemplu: frizura rezultată în urma tunsorii este esența serviciului și nu operațiunea în sine, cum și inspecția tehnică a autoturismului clientului reprezintă serviciul de bază).

În accepțiunea lui Ion Smedescu, serviciul reprezintă „rezultatul unei activități sociale utile, prestată de o persoană sau o întreprindere, menită să satisfacă anumite cerințe ale populației, organizațiilor economice și instituțiilor, fără a se materializa obligatoriu în produse sau obiecte cu existență de sine stătătoare”. [3]

Alți autori[24] definesc serviciile printr-o parte a caracteristicilor lor, având în vedere totodată și rezultatul sau finalitatea activităților prestatoare: în această optică „serviciile reprezintă ansamblul activităților ce pot fi oferite ca o marfă comercializabilă, pentru care producția și consumul au loc simultan și la care clientul participă direct, intangibilă, ce nu poate fi analizată sau experimentată înainte de achiziție, dar care permite satisfacerea unor dorințe și necesități ale clienților”.

Există încercări importante de definire a serviciilor prin desemnarea principalelor categorii care aparțin sectorului terțiar. În opinia specialiștilor de la Academia de Studii Economice București „serviciile reprezintă activități umane cu un conținut specializat, având ca rezultat efecte utile, imateriale și intangibile destinate satisfacerii unor nevoi sociale. Totodată, serviciile sunt activități de sine stătătoare, autonomizate în procesul adâncirii diviziunii sociale a muncii și sunt organizate distinct într-un sector denumit sectorul terțiar.” [25]

Având în vedere toate aceste considerente, putem concluziona că incertitudinea și paradoxul care guvernează încă sfera serviciilor accentuează confuzia conceptuală din acest domeniu economic, conceptul de „serviciu” nu poate fi definit și delimitat decât în termeni relativi, modificându-se continuu, în funcție de perspectiva din care sunt abordate serviciile în cadrul fiecărei lucrări în parte și, în consecință, este normal ca definițiile date serviciilor să rămână în practică ambigue și arbitrare.

1.2.4. Tipologia serviciilor

Diversitatea activităților de servicii generează o multitudine de clasificări a acestora, bazate pe criterii diverse, astfel că, un anumit serviciu, în funcție 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 prezenței beneficiarului, natura efectelor, forma de proprietate, funcția economică îndeplinită, modalitatea de procurare, posibilitățile de comercializare, modalități de furnizare, raportul capital/muncă.

După natura beneficiarului, serviciile se clasifică în:

- servicii intermediare – care participă la producția de bunuri sau la producția altor servicii;
- servicii finale – destinate consumului final al populației, atât la nivel individual (învățământ, sănătate, cultură, transport, hoteluri și restaurante, alimentație, închirieri de bunuri etc.), cât și la nivel colectiv (protecția mediului, apărare națională, ordine publică).

După natura prestatorului serviciile se clasifică în:

- servicii furnizate de producători privați – cuprind servicii care se adresează în general indivizilor sau familiilor acestora. În ultimul deceniu al secolului XX au fost liberalizate serviciile de transport și telecomunicații, ceea ce a avut efecte economice benefice.
- servicii furnizate de instituții, organisme și organizații publice – care se adresează comunităților și sunt finanțate de la buget (administrație, justiție, învățământ public).

După natura nevoilor satisfăcute:

- servicii private – destinate satisfacerii nevoilor particulare ale indivizilor;
- servicii publice – destinate satisfacerii nevoilor colectivităților umane, precum și cele care, deși satisfac nevoi individuale, sunt finanțate de la buget.

În funcție de necesitatea prezenței beneficiarului serviciului la locul de prestare:

- servicii în care prezența clientului este obligatorie (îngrijirea sănătății, transport de persoane, salon de coafură, salon de înfrumusețare, restaurant);
- servicii în care prezența beneficiarului nu este obligatorie (reparații și întreținere de echipamente, transport de mărfuri, curățătorii chimice).

După natura efectelor, serviciile se clasifică în:

- servicii materiale – sunt încorporate în bunuri, vizează direct producția materială (exemple: transport, distribuție, repararea și întreținerea echipamentelor industriale și 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 funcție de efecte dar și de natura beneficiarului direct al serviciilor:

- servicii care afectează persoanele, divizate în servicii care vizează condiția fizică sau intelectuală a acestora (îngrijirea sănătății, fitness-aerobic, transport de persoane, învățământ, comunicare);
- servicii care afectează bunurile (exemple: servicii de transport, curățătorie, reparații, întreținere de bunuri și locuințe);
- servicii care afectează atât bunurile, cât și persoanele (exemplu: serviciile financiare, asigurări, juridice, servicii de protecția mediului, de salubritate).

După forma de proprietate:

- servicii prestate de agenți economici din sectorul public (exemple: tribunale, spitale, poștă, agenții de forță de muncă)

- servicii prestate de agenți economici din sectorul privat (exemple: firme de asigurări, companii aeriene, organisme financiar-bancare, agenții de turism).
- servicii prestate de agenți economici din sectorul asociativ, constituit din organisme care asigură servicii de ajutor și asistență (biserici, muzee).

După funcția economică pe care o îndeplinesc – respectiv în circuitul producției sau în sferile reproducerii sociale – se pot distinge:

- servicii de producție (cercetare-dezvoltare, publicitate, contabilitate, asigurări).
- servicii de distribuție (transport, comunicații, comerț cu ridicata și amănuntul)
- servicii sociale (poștă, educație, servicii publice non-profit)
- servicii personale (servicii turistice, hoteluri-restaurante, coafură-frizerie, reparații).

În funcție de modalitatea de procurare:

- servicii marfă – care sunt procurate de pe piață la un nivel al tarifului stabilit la confluența cererii cu oferta. În această categorie sunt incluse: serviciile de piață prestate populației, serviciile pentru întreprinderi, serviciile publice pentru care piețele au fost liberalizate.
- servicii ne-marfă – includ serviciile publice colective, precum și serviciile publice de care beneficiază direct indivizii (învățământ de stat, ocrotirea sănătății, asistență socială), serviciile prestate de instituții non-profit, servicii de caritate, servicii religioase.

Din punctul de vedere al posibilităților de comercializare a serviciilor – care sunt influențate de caracteristicile acestora - acestea se divid în două categorii:

- servicii comercializabile (transferabile) – care pot fi schimbate la distanță, 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 existența unui suport material. Exemple: servicii editoriale (încorporate în cărți, reviste, ziare etc.), servicii cinematografice (încorporate în filme) sau servicii de telecomunicații, 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 modalităților de furnizare a serviciilor, se disting:

- servicii care necesită deplasarea producătorului (persoană fizică sau juridică)
- servicii care presupun deplasarea consumatorului la locul ofertei (exemplu: studenți, turiști etc.). Libertatea schimburilor internaționale, în acest caz, implică dreptul consumatorilor de a se deplasa în afara granițelor țării lor de origine.

În funcție de raportul capital/muncă care se formează în cadrul procesului de producție a serviciilor, putem distinge două categorii:

- servicii bazate pe personal – cele în care rolul primordial revine forței de muncă specializate sau mai puțin specializate.
- servicii bazate pe echipamente – rolul principal în cadrul procesului de prestare revine echipamentelor.

În afara clasificărilor menționate, există numeroase alte posibilități de clasificare a acestora:

- după momentul apariției în cadrul vieții economice și dezvoltării maxime, există: servicii tradiționale sau vechi (arhaice) și servicii moderne sau noi, avansate;
- după gradul de diferențiere: servicii standard și servicii individualizate;
- după motivația de cumpărare: servicii care satisfac nevoi personale și servicii profesionale.

Multitudinea clasificărilor existente cu privire la servicii demonstrează clar diversitatea lor tipologică și, totodată, complexitatea mecanismelor și legităților economice ce caracterizează funcționarea sectorului terțiar.

De asemenea, sunt necesare eforturi susținute în direcția elaborării sistem de clasificare a serviciilor:

- suficient de detaliat – pentru a permite identificare unui număr cât mai divers de activități terțiare,
- flexibil – care să permită integrarea în perspectivă a serviciilor moderne, performante care își fac apariția,
- operațional – care să permită "standardizarea" activităților și să satisfacă nevoia de evidențiere statistică a serviciilor, compatibil cu sistemele de clasificare internaționale. [18]

1.2.5. Evoluția conceptului de serviciu

Noul tip de economie, bazat pe preponderența activităților terțiare în crearea avuției națiunilor, la care asistăm în prezent, este dependent proporțional de dezvoltarea masivă a tehnologiilor informaționale, a inovațiilor, a sistemelor de comunicare, de modul în care fiecare executiv își gândește și realizează dezvoltarea economică.

Necesitatea ajustării structurale a economiilor naționale la mutațiile survenite în cadrul relațiilor economice internaționale este evidentă, aceasta constituind de fapt condiția indispensabilă a integrării în economia mondială contemporană.

Expresia cea mai elocventă a mutațiilor corespunzătoare fenomenului serviciilor o reprezintă transformarea economiilor dezvoltate în economii de servicii. Infrastructura de servicii coordonează ansamblul activităților economice în sistemul economiei de piață, existența unei vaste rețele de servicii condiționând însuși procesul de organizare a pieței și de funcționare eficientă a acesteia [18].

Serviciile au devenit indispensabile în procesul de realizare a produselor de bază.

Premisa creșterii susținute a activităților de servicii, atât în interiorul sectorului tradițional de servicii, cât și în cadrul celorlalte sectoare economice, se regăsește în însăși evoluția tehnologică, economică și socială contemporană.

Războaiele informaționale domină astăzi economia mondială. Ele demonstrează existența la toate nivelele (la nivelul standardelor globale pentru televiziune și telecomunicații, la cel al casei de marcat a detailistului, la nivelul teller-ului automat și al cartelei de credit, la cel al rețelelor electronice extra inteligente, la al informației competitive și al contrainformației și până la acest indispensabil și căutat nivel al sănătății), a luptei pentru controlul celei mai cruciale resurse, informația.[26] Dat fiind faptul că trăim în era computerelor și a telecomunicațiilor, informația ca atare a devenit element de susținere a numeroase activități de servicii [27]. În prezent, datorită schimbărilor economice dinamice, informația devine extrem de perisabilă ceea ce conduce la creșterea potențialului creator de valoare al serviciilor moderne de informatică. Fluxul continuu de informații, generat de computere și transmis prin rețelele de telecomunicații, furnizează o sursă de valoare continuă și regenerabilă la nesfârșit, prin intermediul sistemelor avansate de informații, rolul serviciilor extinzându-se până la linia de producție. Procesul de expansiune a activităților de servicii în economiile moderne este ireversibil și se constituie într-o necesitate obiectivă, întrucât condiționează atât eficiența și competitivitatea la nivel de firmă sau de țară, cât și crearea unei legături mai flexibile între necesitățile economice și aspirațiile sociale. Acest proces presupune o tranziție de mare anvergură spre noi structuri și forme de organizare tehnico-productive, noi structuri economice și sociale, spre o nouă configurație a economiilor naționale și a legăturilor dintre ele.

Transformarea economiilor dezvoltate în economii de servicii – adică în economii în care predomină producția și consumul de servicii – modifică în mod fundamental „ceea ce se produce” și „cum se produce” în aceste țări. Prin urmare, tranziția spre o economie în care prevalează activitățile de servicii vizează: piețele, produsele, organizarea muncii, locurile de muncă și pregătirea profesională, interfața dintre sectorul privat și cel public, competiția internațională și specializarea și, de asemenea, modul de viață și standardul de viață al oamenilor [28].

Această mutație economică este stimulată în mod considerabil de circulația intensă și neîngrădită a serviciilor peste granițele naționale și, implicit, de cunoștințele, informațiile și ideile pe care le înglobează acestea. Urmare a interconexiunii electronice înlesnite de noile mijloace tehnologice, extinderea noilor rețele infrastructurale și de servicii – și, pe baza acestora, a noi tipuri de servicii – crește productivitatea muncii și ieftinirea continuă a produselor rezultate.

Sintetizând, putem aprecia că, procesul de terțiarizare a economiilor dezvoltate – care se fundamentează pe însăși dezvoltarea tehnologică, economică și socială contemporană – se referă la schimbări majore în configurația realităților contemporane, determinate de rolul vital al ponderii serviciilor.

1.3. Marketingul serviciilor

Nivelul cercetării științifice contemporane impune înțelegerea deplină a implicațiilor serviciilor asupra creșterii și dezvoltării economiilor contemporane și de aceea se află într-un proces de perfecționare continuă. Analiza schimbărilor structurale din economiile dezvoltate arată că elementele determinante sunt: creșterea cererii pentru servicii a consumatorilor individuali, schimbarea tehnologică și organizațională, cererea crescută a serviciilor pentru întreprinderi și externalizarea, modificări în modelele internaționale ale avantajelor competitive.

Serviciile intensive în cercetare, cunoaștere, în inteligență influențează decisiv creșterea economică, în prezent, nivelul cercetării științifice de care aminteam fiind hotărâtoare în acest sens. Serviciile bazate pe cunoaștere (industria de software) presupun, la rândul lor, existența unor servicii moderne și competitive – bazate pe existența de specialiști cu înaltă calificare în domeniul IT (și pe o industrie software în continuă creștere) și sprijinit de un efort guvernamental constant. Condiția esențială în procesul de valorificare a acestui potențial o constituie dezvoltarea continuă a infrastructurii informaționale și de comunicații, însoțită de creșterea nivelului de instruire a întregii populații în acest domeniu.

Industria de software și serviciile informaționale trebuie să beneficieze de resurse informaționale de înaltă calificare – numărul de informaticieni fiind în continuă creștere – însă se constată un fenomen de emigrare masivă în rândul acestora, explicabil prin cererea de pe piața forței de muncă IT în țările dezvoltate și prin salariile comparativ mici oferite în restul țărilor. Numărul specialiștilor în domeniul TIC (Tehnologiei Informației și Comunicațiilor) care lucrează în sectorul privat a crescut în ultimii doi ani cu 82%. De asemenea, 39,34% din totalul forței de muncă este implicată în activități de TIC. Sectorul TIC este unul dintre cele mai dinamice cunoscând o rată de

creștere medie 8% pe plan mondial și contribuind la creștere economică și la crearea de locuri de muncă.

1.3.1. Elemente definitorii

Expansiunea activităților de servicii în țările dezvoltate ale lumii, respectiv transformarea serviciilor într-o componentă majoră a economiilor performante reprezintă factorul esențial al apariției marketingului serviciilor, dezvoltarea masivă a sectorului terțiar impunând particularizarea și adaptarea serviciilor la domeniul marketingului.

Deși marketingul – ca disciplină – a apărut și 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 și utilizând o serie de metode și tehnici specifice. Intensificarea spectaculoasă a concurenței atât între producătorii de bunuri și prestatorii de servicii, cât și între firmele ofertante servicii între ele, a condus la apariția nevoii acute de diferențiere a produselor și serviciilor între ele și la necesitatea de a apela la experți în domeniul marketingului pentru identificarea criteriilor competitivității. În aceste condiții, în care piața este controlată mai mult de cerere decât de ofertă, consumatorul are pretenția de a fi tratat excelent, de a beneficia de atenție totală din partea prestatorului, în caz contrar el renunțând la oferta întreprinderii, îndreptându-se spre concurență. În mod evident, concurența acerbă a reprezentat un factor important în dezvoltarea marketingului serviciilor, deoarece managerii întreprinderilor prestatoare de servicii au solicitat soluții noi pentru satisfacerea mai bună a necesităților clienților, crearea unei imagini favorabile în rândul consumatorilor, formarea și perfecționarea personalului care intră în contact direct cu clientela, organizarea activităților în interiorul întreprinderii.[3]

Evolutiv, marketingului serviciilor, din punct de vedere conceptual, a cunoscut șapte 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 și comunicații” – în centrul atenției se află activitatea de publicitate, iar marile firme prestatoare de servicii apelează deja la serviciile agențiilor de publicitate specializate;
- Etapa a III-a (până în 1980): „orientare spre dezvoltarea produsului” – se intensifică activitatea de inovare și dezvoltare a produselor noi, se produce o diversificare extraordinară, se realizează segmentarea pieței și se elaborează variante de produse pentru segmente clar definite;

- Etapa a IV-a (începutul anilor 1980): „accent pe diferențiere și pe analiza concurenței” – sunt realizate analize strategice, se trece la poziționarea serviciilor, se diversifică strategiile, iar segmentarea pieței devine din ce în ce mai profundă;
- Etapa a V-a (mijlocul anilor 1980): „focalizare pe servirea clienților” – în centrul atenției se află perfecționarea procesului de servire a clienților, sunt acordate diverse facilități anumitor categorii de clienți;
- Etapa a VI-a (începutul anilor 1990): „orientare spre calitatea servirii” – se intensifică studiile cu privire la calitatea serviciilor, se cercetează gradul de satisfacție al consumatorilor, contribuția consumatorilor la realizarea serviciilor de calitate;
- Etapa a VII-a (după 1990): „accent pe marketingul relațional, pe crearea de relații preferențiale cu clientela” – accentul se pune pe cultivarea relațiilor pe termen lung, reciproc avantajoase cu clientela, care conferă avantaje substanțiale atât consumatorilor, dar și prestatorilor.

În literatura autohtonă, se apreciază că procesul evolutiv al marketingului serviciilor se caracterizează prin dezvoltarea acestuia pe cale intensivă și extensivă [30].

Dezvoltarea intensivă a marketingului serviciilor se referă la utilizarea consecventă în acest domeniu a unor metode și tehnici de marketing științifice, fundamentarea unui cadru conceptual special, precum și 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 și tehnici specifice marketingului serviciilor: marketingul intern, marketingul interactiv și marketingul extern [31].

Dezvoltarea extensivă a marketingului serviciilor constă în adoptarea și utilizarea consecventă a acestuia de către un număr din ce în ce mai mare de organizații, ramuri și domenii ale serviciilor. În acest sens, prin specializare, se delimitează și ia amploare marketingul turistic, marketingul financiar-bancar, al transporturilor și al telecomunicațiilor. De asemenea, în prezent asistăm la o intensificare a preocupărilor de marketing în domeniul medical, cultural, educațional.

Deși în principiu, marketingul serviciilor operează cu aceleași instrumente și tehnici, îndeplinind aceleași funcții ca și marketingul bunurilor materiale, totuși acesta prezintă o serie de trăsături specifice, care pot fi sintetizate astfel:

- marketingul influențează mai puțin decizia de cumpărare a serviciilor decât a bunurilor materiale. Dacă în cazul bunurilor, prin intermediul marketingului poate fi influențată preferința consumatorului pentru o anumită marcă, utilizând instrumente ca ambalajul,

prețul, promovarea, distribuția etc., în situația 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 producție a serviciilor;
- perceperea riscului de către consumatorii de servicii este mult mai ridicată datorită caracterului intangibil al acestora, care face imposibilă analiza serviciilor înainte achiziției. Astfel, testarea serviciilor poate fi realizată numai în timpul sau după finalizarea procesului de producție și consum.
- satisfacția consumatorului de servicii depinde într-o foarte mare măsură de modul în care este tratat de către personalul de contact care îndeplinește rolul de personal de vânzare. Atitudinea, comportamentul și întreaga activitate a personalului „din prima linie” influențează decizia consumatorului de a apela sau nu la serviciile companiei prestatoare de servicii;
- demersul de marketing în domeniul serviciilor urmărește 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 și formarea și consolidarea de relații preferențiale pe termen lung.

Având în vedere aspectele menționate anterior, este evident faptul că rezultatul prestației și satisfacția 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 și marketingul interactiv [32].

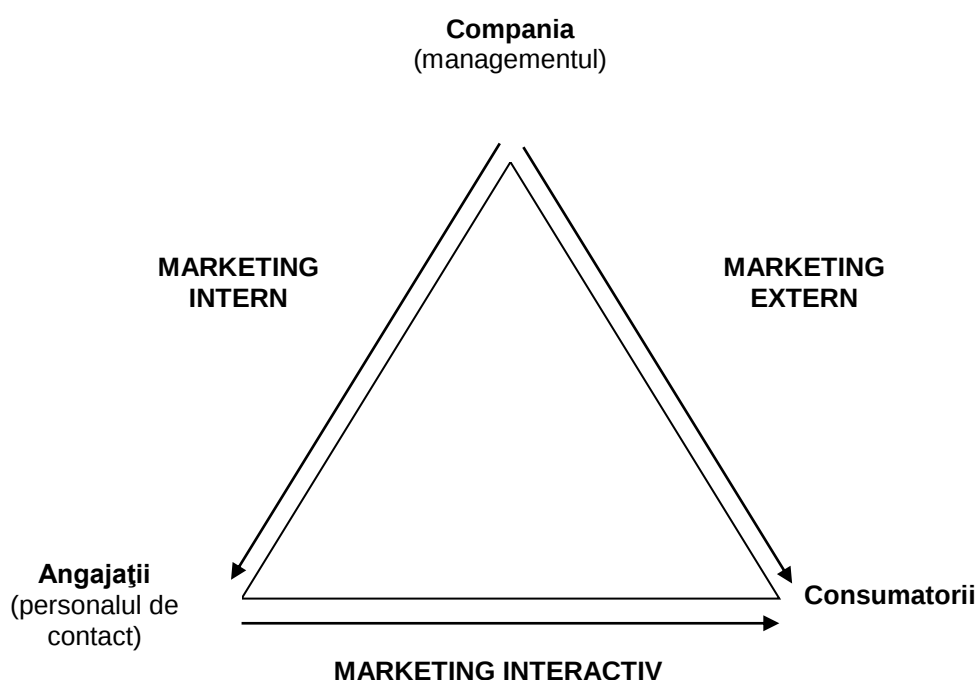
Marketingul extern are în vedere activitățile obișnuite pe care le realizează o companie prestatoare de servicii: de pregătire, stabilire a tarifului, distribuție și promovare a serviciului către consumatori.

Marketingul intern corespunde activităților de pregătire, instruire și motivare a angajaților în scopul servirii corespunzătoare a clienților. În acest sens, se consideră că principala atribuție a marketingului este de a-i determina pe toți membrii organizației să acționeze în spiritul marketingului. Marketingul intern se fundamentează pe un sistem de comunicație internă eficientă între managementul companiei prestatoare și personalul care participă la furnizarea serviciului

către consumator, în vederea realizării acestuia la nivelul promis și acceptat. Totodată, este cunoscut faptul că relațiile cu angajații au efecte covârșitoare asupra relațiilor cu clienții.

Marketingul interactiv se referă la activitățile care se desfășoară în momentul contactului dintre prestator și beneficiarul serviciului, reflectând capacitatea angajaților de a furniza servicii performante clienților. Ținând cont de faptul că, evaluarea calității unui serviciu de către consumatori depinde de un complex de factori – cum ar fi: prețul, prestația personalului, calitatea echipamentelor, imaginea companiei etc. – prestatorul trebuie să fie preocupat pentru ca serviciul să devină cât mai palpabil și 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 și procedurilor care orientează activitatea de marketing a întreprinderii pe piața sa țintă.

O strategie coerentă trebuie să se bazeze pe elementele de sprijin: buget (corespunzător, în general, unui procent din cifra de afaceri și dublului segmentului de piață sperat a se obține), marketing-mix (care integrează ansamblul variabilelor de care dispune organizația pentru a influența piața țintă, respectiv cei „4P” al lui McCarthy), procedura de repartitie (maniera în care bugetul va afecta diferitele produse, segmente de clientelă și teritorii de vânzare, în efortul de a maximiza rentabilitatea investițiilor de marketing pe termen lung) și să ia în calcul obiectivele

propușe: evaluarea nevoilor și motivațiilor consumatorului (care este versatil, cel mai inteligent lucru este să-l fidelizezi); înțelegerea nevoilor și dorințelor consumatorului (creativitatea și perspicacitatea constituie elementele de bază care asigură succesul strategiei de marketing); dezvoltarea pieței (se țintește o nouă piață și nu se abandonează până nu se cucerește; se evaluează însă riscurile și se evită erorile culturale); evaluarea cotei de piață și reflectării într-o manieră strategică (se alege unitatea de valoare și măsură cea mai adaptată produsului și în funcție de facilitatea deținerii datelor; urmează apoi creșterea părții de piață care să corespundă unui beneficiu asupra returului investiției); delimitarea categoriei căreia îi aparține produsul (chestiunea strategică cea mai importantă care trebuie pusă; este determinată de maniera în care consumatorul percepe categoria căreia îi aparține produsul) și definirea pieței globale (respectiv, toate categoriile de produse) [33].

Problema strategică esențială 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 direcționarea strategiei către problemele practice puse de un plan de acțiune clar și precis, grație cunoașterii interlocutorilor de pe piața țintă și a motivațiilor lor. Strategia are sens numai dacă este acceptată de consumatori.

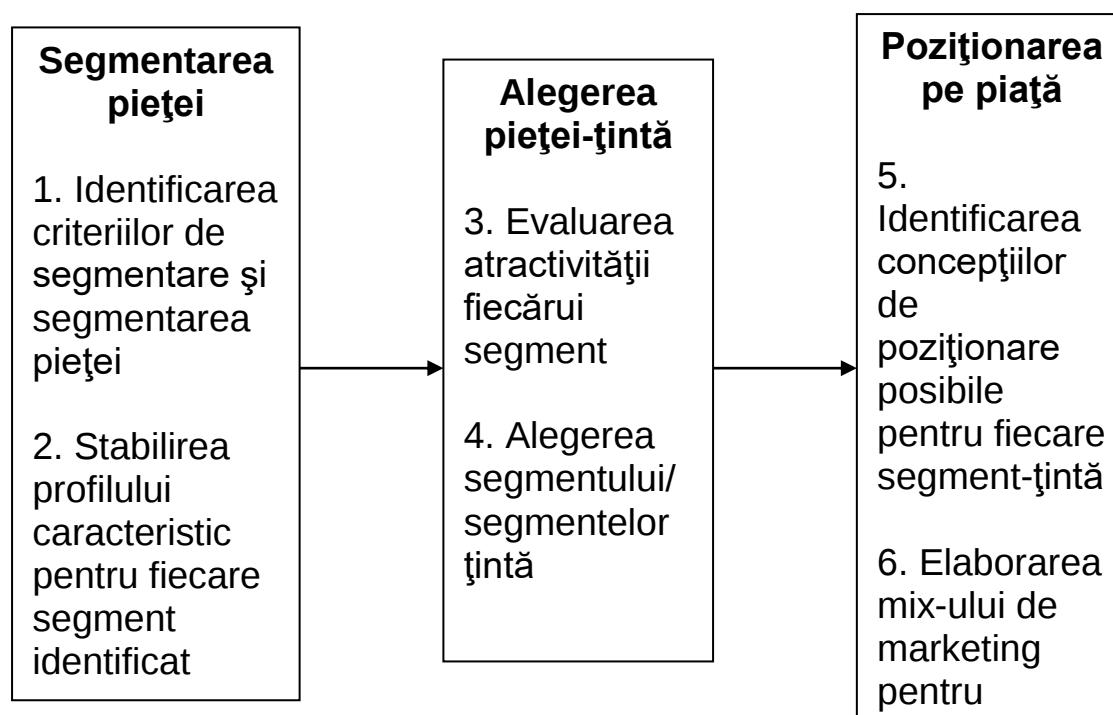
Nucleul strategiei de marketing este reprezentat de calitatea serviciilor, care rezultă la rândul său din: corectitudine în prestare, promptitudine, profesionalismul angajaților, amabilitate și politețe față de pacienți. Fundamentarea și implementarea unei strategii coerente, precum și definirea sistemului de valori al organizației sanitare constituie o necesitate de prim rang pentru organizațiile care își propun realizarea unor servicii de sănătate excelente. Organizațiile de succes din sectorul serviciilor de îngrijire a sănătății trebuie să aibă o strategie precisă, clară, competitivă, care să le impulsioneze continuu și care să definească în ultimă instanță 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 așteptările pacienților;
- determinarea celor mai importante caracteristici, unde concurența este vulnerabilă;
- definirea capacităților prezente și potențiale ale organizației sanitare, a competențelor și incompetențelor, a punctelor tari și a celor slabe, fundamentarea sistemului de valori al organizației;
- elaborarea unei strategii a serviciului care se adresează necesităților și exigențelor pacienților, care speculează vulnerabilitatea concurenței și valorifică potențialul organizației sanitare.

Strategia de marketing în domeniul serviciilor de îngrijire a sănătății reprezintă de fapt atitudinea organizației sanitare față de mediul de marketing și, totodată, comportamentul său în raport cu componentele acestuia. Abordarea strategică a activității de marketing sanitar și adaptarea organizației la mediul presupune segmentarea pieței, alegerea pieței – țintă, poziționarea serviciilor pe piață și elaborarea strategiei de marketing. Segmentarea pieței constituie un efort de sporire a preciziei de orientare a organizației 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 acțiuni ulterioare celei de segmentare, alegerea piețelor-țintă și apoi poziționarea pe piață (Figura nr. IV.3.) [3].

Figura nr. IV.3. – Etapele procesului de adaptare a organizației la mediul de marketing



O organizație sanitară poate adopta mai multe alternative strategice, acestea diferențiindu-se în funcție de diverse criterii:

- raportul cerere-ofertă;
- conținutul relațiilor de mediu;
- poziția firmei față de concurență;
- structura pieței sau furnizării de forță de muncă (Tabelul nr.IV.2.).

Tabelul nr.IV.2. – Tipologia strategiilor de marketing în domeniul serviciilor

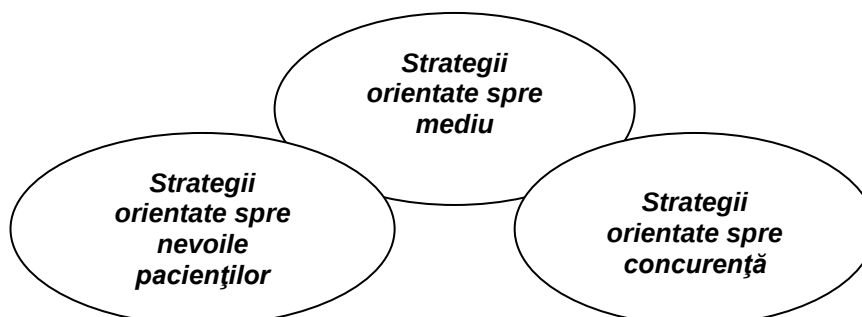
STRATEGII GENERALE		STRATEGII SPECIFICE		
Raport cerere-ofertă	Conținutul relațiilor de mediu	Poziția companiei față de:		
		Concurenți	Structura pieței	Furnizorii de forță de muncă
1. diferențiere temporală: -stimularea cererii -descurajarea cererii 2. nediferențiată sau insuficient diferențiată	1. relații de parteneriat -preferențiale -de toleranță -de cooperare 2. relații concurențiale	1.diferențiere 2.nediferențiere	1.diferențiată 2.nediferențiată 3.concentrată	1. pregătire în sistem propriu 2. pregătire în unități de învățământ specializate

Sursa: Olteanu, Valerică – Marketingul serviciilor – o abordare managerială

Editura Ecomar, București, 2003, p.173

Definind conceptual concurența din sistemul de sănătate – public și, mai ales, privat – ca pe o luptă permanentă a organizației sanitare (spitalului, clinicii, cabinetului) pentru a forma, menține și a amplifica avantajul competitiv față de orice altă componentă similară din sistemul de sănătate, a apărut o nouă optică de gestionare a activității sanitare, axată pe trei grupe de strategii secvențiale care potențează împreună strategia de marketing conturată pe ansamblul unității sanitare: strategii orientate spre nevoile pacienților, strategii orientate spre mediu, strategii legate de concurența din sistemul de sănătate [34].

Figura nr. IV. 4. – Strategii care potențează strategia de marketing



Considerat „secol al serviciilor”, secolul XX, confruntat cu universalitatea marketingului, a impus identificarea diferențierilor în abordarea de marketing a serviciilor (SUA - 1981, Franța - 1989), ca domeniu specializat. Astfel, relevant pentru distincția 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 atenție considerabilă, în cadrul marketingului serviciilor. El oferă un mecanism de organizare simplu, prin care se pot înțelege problemele rezultate din preocupările organizațiilor prestatoare de servicii. Mix-ul lărgit s-a dezvoltat și ca o soluție parțială la unele dintre problemele deosebite cu care s-au confruntat managerii pe linia controlului de calitate și a relației cu clientul în procesul de prestare a serviciului. Mix-ul lărgit recunoaște în mod explicit rolul personalului și al clienților în procesul furnizării serviciului, subliniind rolul de marketing jucat de ambele părți. [3]

Tabelul nr. IV. 3. – Mix-ul de marketing în domeniul serviciilor

Cei „7P”	Mix-ul de marketing al serviciilor
1. Produs („Product”) 2. Preț („Price”) 3. Distribuție („Place”) 4. Promovare („Promotion”)	Mix tradițional (McCarthy, 1960)
5. Evidența fizică („Physical evidence”)	Mediul în care ia naștere serviciul și în care organizația intră în relație directă, precum și orice bunuri materiale care facilitează crearea sau transmiterea serviciului.
Participanți - personalul organizației, alți clienți („Participants”)	Toate persoanele care joacă un rol în furnizarea serviciului și influențează, astfel, percepțiile cumpărătorului, mai concret, personalul firmei și alți clienți din mediul serviciului respectiv.
6. Proces („Process”)	Toate procedurile, mecanismele și fluxul de activități prin care se creează și se prestează serviciul.

1.4. Marketingul sistemului de sănătate

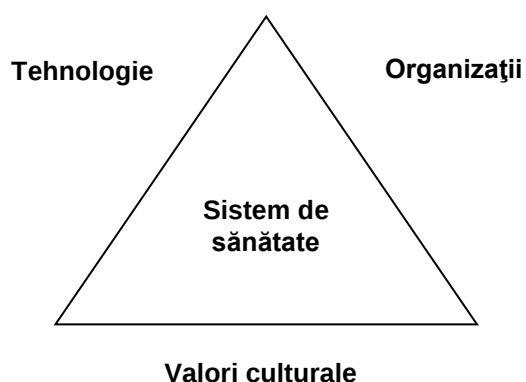
Marketingul în domeniul sănătății este, prin specificul său, un domeniu interdisciplinar, deoarece utilizează o serie de concepte, metode și tehnici de marketing specifice atât marketingului serviciilor, cât și marketingului social. Pe lângă aceasta, nevoia pe care o satisface serviciul de sănătate, plasează acest domeniu la limita dintre economic și social, dintre orientarea spre profit și cea non profit.

Sănătatea a adoptat marketingul după toate celelalte industrii, iar acceptarea marketingului de către specialiștii în domeniu a fost făcută după 1980. Aceasta nu înseamnă că anumite organizații de sănătate, mai ales cele din sectorul de distribuție, nu au fost implicate în activități care pot fi considerate din sfera marketingului. Fiecare spital și multe alte organizații furnizoare de servicii de sănătate aveau printre activitățile curente și pe cea de relații publice, activitate ce presupunea difuzarea de informații referitoare la organizația sanitară și anunțarea noilor evenimente (modificări ale personalului, cumpărarea de noi echipamente). De asemenea, multe organizații și-au înființat departamente de relații cu guvernul, departamente care erau responsabile cu urmărirea modificărilor legislative care le puteau afecta activitatea curentă. Activitatea de comunicare prezentă în majoritatea organizațiilor de sănătate demonstrează existența unor precursori ai marketingului. Pe lângă toate aceste tehnici, multe organizații se implicau în activități informale de marketing prin sponsorizarea de seminarii educaționale sau participarea la diverse evenimente ale comunității. [14]

1.4.1. Conceptul de sistem de sănătate

Sistemul de sănătate este compus din ansamblul componentelor care participă la realizarea și asigurarea stării de sănătate socială și familială. Sistemul de sănătate de asemenea poate fi definit ca ansamblul resurselor ce oferă îngrijiri medicale și promovează un stil de viață sănătos, incluzând și relațiile dintre ele. Dezvoltarea unui sistem medical este direct influențată de politicile de îngrijiri adoptate, dependente la rândul lor de finanțare, structura populației și dezvoltarea socio-economică a regiunii geografice respective, de relațiile cost-rezultate și totodată de atitudinea și așteptările pacienților.

Figura nr. IV. 5. – Sistemul de sănătate ca produs al interacțiunii dintre valorile culturale naționale, tehnologie și organizații



Sursa: Mincă D.G., Marcu M. G. – Sănătate Publică și Management sanitar – Ed.Universitară „Carol Davila”, București, 2004

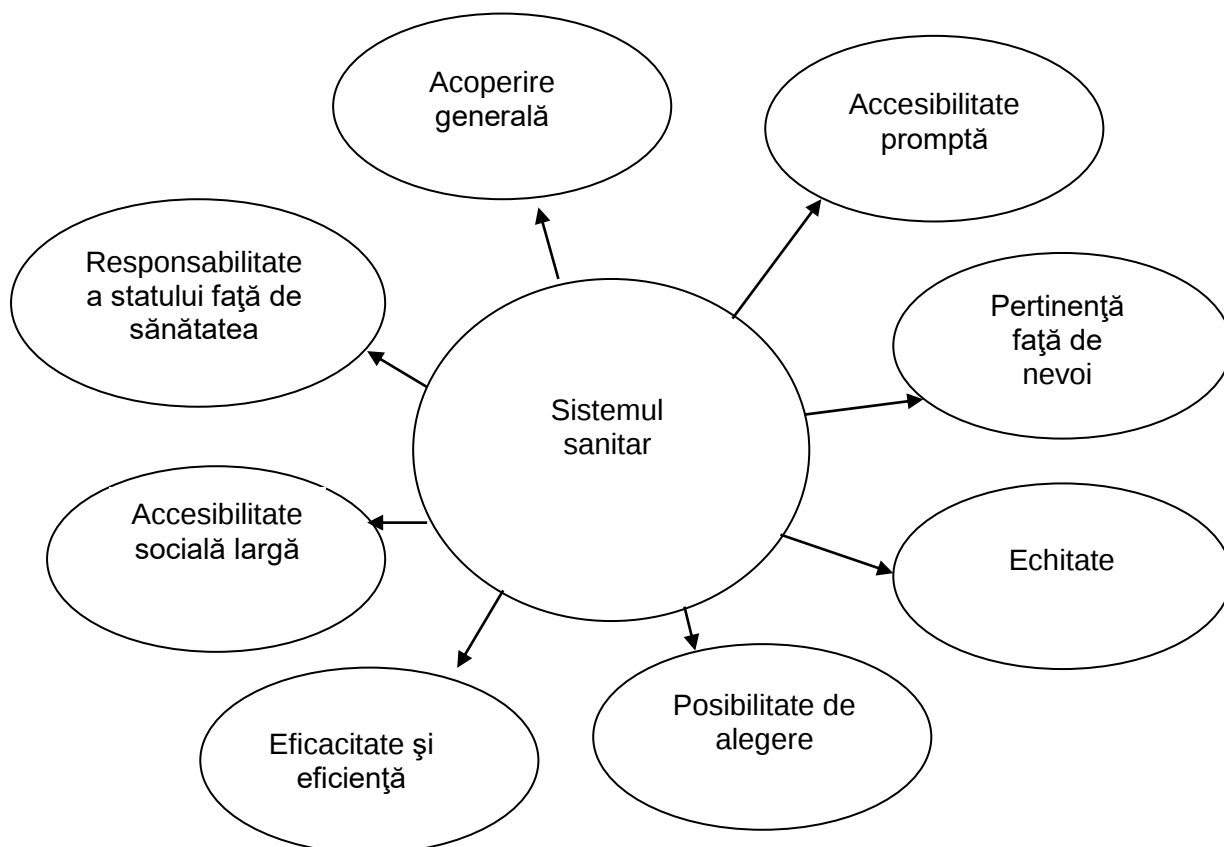
Un sistem de sănătate are ca principale obiective: îmbunătățirea stării de sănătate a populației precum și ținerea sub control a epidemiilor; oferirea de servicii de sănătate la standarde înalte și asigurarea accesului echitabil la serviciile medicale de către toată populația.

Sistemul de sănătate reprezintă ansamblul organizațiilor de sănătate care îl compun și care sunt diferite din punctul de vedere al structurii organizatorice, al logisticii, al scopului propus, al culturii organizaționale, dar au un numitor comun: pacientul.

Elementele particulare ale unui sistem medical se referă la: serviciile direcționate către pacient, ca scop principal al sistemului; creșterea calității serviciilor de sănătate oferite; responsabilitatea conducerii în domeniul resurselor umane și materiale; implicarea grupurilor de interes interne (medici, salariați) și externe (Ministerul Sănătății, pacienți), în realizarea obiectivelor propuse de unitatea medicală respectivă.

Principalele condiții pe care trebuie să le îndeplinească un sistem performant se referă la: acoperirea generală; accesibilitate promptă; relevanța față de nevoi; echitatea; posibilitatea de alegere; eficacitatea; eficiența înaltă; accesibilitatea socială largă; responsabilitatea statului față 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 revoluție în ceea ce privește așezarea valorilor în sistemul de sănătate pe baza exploziei informaționale existente, din care nu poate fi exclusă importanța mutației fundamentale apărută încă de la sfârșitul secolului trecut, respectiv a captării, selectării și interpretării judicioase a informațiilor din domeniu. Acest fenomen necesită o modificare a mentalităților de gestionare a acestora și implicit a consumatorilor de servicii și medicamente.

Fenomenul semnalat are semnificații largi și complexe, însemnând schimbări în stilul de viață sau obiceiuri de consum și de medicație ale pacienților. Atragerea pacienților în actul medical are implicații uluitoare. Pe măsura evoluției acestui proces, schimbarea se repercutează asupra scopului fundamental al existenței noastre: viața. Aceasta va purta indubitabil amprenta modului în care se va armoniza relația: oferta de sănătate – nevoia de sănătate.

Accelerarea schimbărilor conjuncturale impune sistemelor de sănătate să se orienteze accelerat către viitor, fără a ignora necesitățile actuale. Iar strategia de viitor nu poate fi gândită și realizată fără capacități de management și marketing cu adaptabilitate rapidă la schimbări și decizii prompte, eficient orientate spre satisfacerea cât mai completă a nevoilor pacienților.

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 populației și răspunsul sistemului la aceasta.

Reforma sistemului de sănătate cuprinde o multitudine de direcții care fac obiectul programelor de dezvoltare stabilite și implementate sau în curs de implementare, dar, cu titlu de generalizare, se poate afirma că are două componente majore, și anume:

- cadrul instituțional;
- serviciile medicale.

Principiul care stă la baza reformei din sistemul nostru medical este: *serviciile de sănătate trebuie să fie un bun comun, accesibil tuturor cetățenilor României, indiferent de posibilitățile materiale și având la bază accesul liber la serviciile sanitare.*

Principalul obiectiv al reformei este să îmbunătățească starea de sănătate a populației prin reducerea numărului de boli posibil de prevenit, a frecvenței și gravității cazurilor, asigurând:

- accesul egal la serviciile de sănătate;
- contribuții generale la finanțarea sistemului sanitar;

- posibilitatea alegerii libere a medicilor de către pacienți;
- servicii sanitare eficiente;
- corelarea finanțării sectorului cu nivelul de dezvoltare economică;
- îmbunătățirea capacității Ministerului Sănătății de dezvoltare a politicii de sănătate prin reducerea intervenției sale în administrarea directă a unor activități și instituții.

Implementarea în sistemul medical a acestui amplu proces de reformă, presupune ameliorarea operaționalizării sistemului de asigurări de sănătate, descentralizarea serviciilor (creșterea importanței serviciilor de sănătate de la nivel local), redefinirea cadrului legal de furnizare a serviciilor sanitare, elaborarea și implementarea normelor specifice de asigurare a calității 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 regăsește 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 și pe categorii de servicii – și controlul costurilor;
- îmbunătățirea gradului de satisfacție a furnizorilor și beneficiarilor de îngrijiri medicale;
- reducerea discrepanțelor în ofertă și 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 competiției controlate (între furnizorii publici și privați și companiile de asigurări);
- recompensarea medicilor și a instituțiilor pe baza criteriilor de performanță;
- introducerea metodelor manageriale moderne în conducerea serviciilor de sănătate;
- descentralizarea sistemului îngrijirilor de sănătate prin deconcentrarea și delegarea autorității.

Restructurarea sectorului sanitar presupune nu numai măsuri de ordin organizatoric, dar și pregătirea personalului pentru a asigura gestiunea resurselor existente în concordanță cu cerințele eficienței economice și cele impuse de specificul sectorului sanitar.

Rolul managerului în sistemele de sănătate este de a asigura o relație pacient-medic-organizație medicală optimă, dar cea mai importantă responsabilitate a sa rămâne asigurarea condițiilor

necesare pentru o calitate înaltă a actului medical. Atât organizația medicală, cât și medicul, au, în cadrul acestei relații, o serie de responsabilități și trebuie să se ghideze după anumite principii.

Principalele responsabilități ale organizațiilor medicale se referă la: asigurarea dezvoltării unei relații optime medic-pacient astfel încât acesta din urmă să beneficieze de servicii medicale optime; sprijinirea medicului pentru ca el să aplice cele mai adecvate cunoștințe și cea mai performantă tehnică în vederea asigurării unei îngrijiri de calitate a pacientului; stabilirea structurilor manageriale care să asigure atât pacientul, cât și medicul, că tratamentul este cel mai eficient, adecvat.

Principiile după care trebuie să se orienteze organizațiile medicale prin managerii acestora, constau în: medicul are responsabilitatea legală pentru diagnosticarea și tratamentul pacienților; managerul trebuie să asigure structura organizatorică și dotarea tehnică necesare îngrijirii optime a pacientului; scopul muncii în echipă este atingerea obiectivelor organizației sanitare; managerul trebuie să întrețină o atmosferă în care medicul să se simtă implicat, respectat, să fie stimulat să colaboreze, să-și dezvolte abilitatea de a implementa o schimbare benefică în organizația sanitară respectivă [36].

Marketingul serviciilor de sănătate poate fi definit ca acea funcție a unității sanitare însărcinată cu definirea categoriilor de public vizate și a celor mai bune modalități de a le satisface nevoia de sănătate la un nivel competitiv și profitabil. El vizează atât persoana sănătoasă cât și bolnavul, ceea ce presupune folosirea, utilizarea unor strategii diferențiate și chiar apariția unor strategii anti-marketing, ca de exemplu: producătorii de alcool și țigări fac reclame pentru consumarea acestor produse, iar societatea încearcă combaterea consumului acestor produse. Specific marketingului serviciilor de sănătate este faptul că există produse, piețe, dar nu există echivalent bănesc. Eficiența strategiilor de marketing din sistemul de sănătate se regăsește în imaginea unei populații 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 și în domeniul sanitar a fost impusă de problemele apărute în sănătatea societății umane.

Potrivit conceptului de marketing al sistemului de sănătate, pacientul este considerat principala sursă de venit a organizației sanitare, profiturile fiind direct influențate de gradul de satisfacere a nevoilor și exigențelor pacienților.

Un demers de marketing performant presupune investigarea în profunzime a nevoilor pacienților, identificarea unor nevoi latente și oferirea unor servicii sanitare noi, pe care pacienții nu le-au solicitat în mod explicit.

1.4.4. Particularitățile marketingului sistemului de sănătate

Aplicarea marketingului în sistemul de sănătate se diferențiază de alte domenii datorită particularităților acestuia, particularități determinate de caracteristicile pieței, produselor, organizațiilor, personalului și consumatorilor. [3]

Piața: existența unei piețe reale, în sens economic, în domeniul sănătății este discutabilă deoarece o creștere a ofertei de servicii de sănătate nu înseamnă, în majoritatea cazurilor, o scădere a prețului, și nici o creștere a cererii nu determină o creștere a prețului. Deci, modificarea cererii și a ofertei în domeniul sănătății, în majoritatea cazurilor nu determină modificarea prețului. Oferta depinde de politica guvernului și de alte restricții, iar cererea este determinată de nivelul asigurărilor, disponibilitatea resurselor și activitatea medicilor de familie, și mai puțin de nivelul îmbolnăvirilor în rândul populației. Furnizorii de servicii de sănătate intră în relații de concurență, iar această concurență determină prețul bunurilor și serviciilor oferite populației, situație care nu e specifică serviciilor sanitare.

Organizațiile: în timp ce majoritatea sectoarelor de activitate își stabilesc obiective în termeni de profit, multe organizații sanitare sunt forțate să accepte clienți care nu sunt capabili să plătească. Chiar dacă anumiți prestatori își rezervă dreptul de a nu primi pacienți ale căror probleme de sănătate nu sunt așa de grave, sunt unități sanitare – precum spitalele de urgență – care nu pot să nu primească pacienți cu probleme grave de sănătate. Cele mai multe dintre organizațiile din sănătate au o dublă ierarhizare a puterii [37], pe de o parte specialiștii din medicină (medici, dentiști, chirurgi), iar pe de altă parte administratorii (conducerea), fiecare dintre aceștia urmărind obiective diferite. Un rol important în domeniul sănătății au jucat întotdeauna organizațiile non-profit care creează un mediu diferit față de alte domenii de activitate. Un alt aspect care diferențiază organizațiile sanitare de organizațiile din alte domenii de activitate este faptul că de cele mai multe ori, decizia de a apela la o organizație sau alta aparține consumatorului final, dar poate fi influențată de furnizor (recomandarea medicală).

Produsul: în sănătate, există o gamă largă de servicii, oferite de cele mai multe ori grupat și pentru care nu există produse substituibile ca în cazul altor tipuri de servicii.

Personalul: organizațiile sanitare sunt dominate de personal medical și mai puțin 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 performanță direct legate de suportul tehnologic pe care echipa managerială trebuie să-l ofere pentru desfășurarea activității. Medicii iau de obicei deciziile în interesul pacienților, în timp ce managerii sunt tentați să ia deciziile

în interesul organizației pe care o conduc, în termeni de profit. Se creează astfel un conflict între obiectivele medicilor și ale managerilor, situație rar întâlnită în celelalte domenii de activitate.

Consumatorii: diferă de cei ai altor bunuri și servicii, chiar dacă uneori pot fi aceeași, dar cu moduri de interacționare, de solicitare și de receptare a serviciului cu totul surprinzătoare, ei fiind concomitenți și beneficiari.

2. ORGANIZAREA MANAGEMENTULUI DIN SISTEMUL DE SĂNĂTATE

2.1. Strategii de marketing în sistemul de sănătate

Cererea crescândă de servicii de sănătate a populației, precum și intensificarea competiției în domeniul serviciilor medicale din România stau la baza premiselor pentru introducerea unei noi orientări în unitățile de profil medical, urmărindu-se atât satisfacerea cererii manifestate, cât și inducerea cererii pentru alte servicii de îngrijire a sănătății.

Din această perspectivă putem constata un comportament semnificativ diferit la nivelul instituțiilor private, față de cele de stat. Primele sunt mult mai receptive în acceptarea eforturilor de marketing pentru buna desfășurare a activității lor, în timp ce instituțiile de stat, obișnuite încă să acționeze sub protecția ideii de monopol, deplasarea spre acceptarea marketingului se realizează mai lent.

Managementul marketingului reprezintă activitatea de analiză, planificare, implementare și control a programelor care vizează crearea, promovarea și menținerea avantajelor rezultate în urma schimburilor menite să satisfacă obiectivele organizației.

Managementul marketingului vizează atingerea obiectivelor de marketing, având în vedere resursele organizației și situația pieței, precum și planificarea și execuția activităților necesare pentru atingerea obiectivelor. Dacă acestea sunt îndeplinite corespunzător, nevoile consumatorilor sunt satisfăcute în condiții superioare, având loc totodată și eficientizarea activității organizației.[14]

Pe lângă cele două funcții de bază ale managementului, organizarea și execuția, managementul marketingului are două funcții distincte: vânzarea produselor și dezvoltarea și implementarea noilor produse. Ambele sunt importante, dar pentru ca organizația să desfășoare o activitate profitabilă, cele două funcții trebuie să se dezvolte simultan, pe fondul scanării mediului concurențial pentru identificarea potențialelor noi intrări de produse sau servicii similare.

Managementul marketingului în noul context mai presupune identificarea factorilor cheie de succes pe piața relevantă (inovativitate, putere financiară, asistență tehnică pentru clienți, calitate a produsului, calificare a forței de muncă, acces la canale de distribuție), o monitorizare continuă a strategiilor de poziționare a concurenților, cunoașterea istoriei, tradițiilor și personalităților manageriale ale concurenților, identificarea gradului variabil al vizibilității acțiunilor de marketing ale concurenței, conștientizarea posibilității existenței capriciilor manageriale, etc.

În lucrarea „Managementul marketingului – analiză, planificare și control”, Kotler identifică cinci etape distincte ale implementării strategiilor de marketing:

- Marketingul este reclamă, promoții și publicitate.
- Marketingul este când zâmbești și ai o atmosferă prietenoasă în jur.
- Marketingul este inovație.
- Marketingul este poziționare pe piață.
- Marketingul este analiză, planificare și control.

În acest sens, Kotler postulează: „chiar și după ce este implementat într-o organizație un proiect puternic de marketing ce se dezvoltă și se maturizează, managerul de marketing nu trebuie să uite niciodată principiile de bază” [38].

Philip Kotler apreciază că managementul marketingului este arta și știința alegerii piețelor țintă și câștigării, menținerii și sporirii clienților prin crearea, livrarea și comunicarea unei valori superioare către client, care are însă în multe cazuri preferințe nedefinite, ambigue sau chiar conflictuale.

Managementul marketingului sanitar – ca răspuns la o dorință de schimbare motivată de piață – presupune patru etape asemănătoare cu cele menționate de Kotler, și anume:

- Marketingul orientat intern;
- Marketingul prin promovare de imagine;
- Marketingul tactic integrat;
- Marketingul orientat extern.

În primele două etape necesitățile organizației sanitare motivează aproape în totalitate deciziile și acțiunile de marketing, în timp ce în celelalte două nevoile pacienților sunt puse pe primul loc. Acest proces de evoluție de la o motivare internă la una externă constituie metoda operațională 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” corelația dintre mix și criteriile de alegere cu care operează clienții. Alegerea clienților va depinde de

crearea unei valori ceva mai mare comparativ cu concurența, „extra valoarea” respectivă fiind adăugată prin stabilirea unui avantaj concurențial, urmărirea echilibrului între orientarea spre client și cea spre concurență fiind esențială. [3]

Pentru implementarea strategiei de marketing este nevoie deci de analiza concurenților – identificarea punctelor tari și slabe, obiective, strategii, moduri de reacție – evitând de la bun început „miopia concurențială” (ignorarea celor care achiziționează produse sau servicii substituibile care îndeplinesc o funcție similară).

Adoptarea conceptului de marketing modern trebuie să îmbunătățească performanța afacerii. Proba va consta în efectul obținut în materie de profitabilitate și cotă de piață.

Succesul unei organizații depinde în mare parte de avantajele sale concurențiale în raport cu concurenții săi. Nevoia de a evalua poziția concurențială a întreprinderii de o manieră permanentă este esențială din două motive. În primul rând, pentru a evalua propria sa capacitate de a satisface criteriile de succes necesare pentru a se stabili și a se menține pe piață. În al doilea rând, pentru a se situa într-o poziție favorabilă față de concurenții săi.

Peter Drucker a indicat opt zone de performanță care sunt determinante pentru succesul pe termen lung al unei organizații: poziția pe piață; inovația; productivitatea; resursele fizice și financiare; rentabilitatea; performanța și dezvoltarea managerilor; performanța și atitudinile salariaților și responsabilitatea publică. Aceste opt zone pot să formeze baza unui audit al poziției concurențiale a organizației.

Conceptul criteriilor de succes este o recunoaștere pozitivă a capacității firmei de a-și menține și a ameliora poziția concurențială. Necesitatea de a identifica criteriile de succes este o opțiune 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 concurențiale ale organizației;
- analiza resurselor;
- caracteristicile pieței

Dacă acceptăm să definim conceptual concurența și în sistemul de sănătate ca pe o luptă permanentă a organizațiilor din sănătate pentru a-și forma, a-și menține sau a-și spori avantajul față de celelalte organizații, trebuie să acceptăm existența celor trei grupe de strategii secvențiale: strategii legate de mediul general, strategii legate de nevoile clientelei, strategii legate de reacțiile concurenților. Orice manager trebuie să-și pună întrebări asupra avantajelor care i-au permis

succesul în trecut, asupra celor care îi susțin 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 educație superioară și așteptările 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 așa. Ținând cont de faptul că în prezent cerințele consumatorilor sunt din ce în ce mai rafinate și exigențele lor din ce în ce mai ridicate, se impune ca organizațiile inclusiv cele din sănătate, să aibă capacitatea, bazându-se pe un minimum de efort din partea consumatorilor, de a satisface aceste nevoi. În aceste condiții ele au nevoie de un nou mod de gândire: succesul final va aparține celor care vor pune în centrul activității clientul, oferindu-i o valoare superioară. Aceste firme se vor specializa pe crearea clienței – nu numai pe crearea produselor și serviciilor – și își vor dovedi capacitatea de creatori de cerere nu doar creatori de produse și servicii [39].

Concentrarea pe client se realizează utilizând instrumente și tehnici relevante, recunoscând relația strategică pe care o dorește acesta. Concentrarea adecvată a eforturilor este posibilă doar grație unui set distinct de capacități care permit cunoașterea și decodificarea comportamentelor clienților. Aceasta în contextul în care resursele umane implicate în realizarea bunurilor sau serviciilor sunt responsabile pentru promisiunea făcută în numele brandului organizației. Este bine știut că experiența clientului are de suferit în lipsa conexiunilor între cei care fac promisiunea și cei care trebuie să și-o păstreze.

Marketingul poate fi eficient doar în condițiile în care diferitele compartimente și angajații acestora alcătuiesc o echipă unită, al cărei obiectiv constă în elaborarea și implementarea unui sistem competitiv de satisfacere a consumatorului prin valoarea creată. Devine evident faptul că, „apropierea de clienți” reprezintă o necesitate pentru companiile care urmăresc succesul, dar și pentru cele care nu vor să fie eliminate de pe piață. Clienții vor alege din multitudinea de oferte existente pe piață, pe aceea care le maximizează valoarea în raport cu costurile implicate de căutarea unui produs și cu mobilitatea, cunoștințele și veniturile limitate de care dispun. Prin urmare, clienții vor aprecia dacă oferta atinge nivelul valorii așteptate, ceea ce le va influența satisfacția și probabilitatea de a cumpăra și în viitor.

Pentru companiile orientate către clienți, satisfacția acestora reprezintă un obiectiv și un instrument de marketing în același timp. Prin urmare, se recomandă ca firma să se orienteze spre oferirea

unui nivel înalt de satisfacție consumatorilor, cu condiția să asigure un nivel acceptabil de satisfacție celorlalte persoane implicate în activitatea acesteia. [40]

În centrul tuturor operațiunilor de comercializare specifice trebuie să se afle clientul. Mesajul brandului trebuie să reliefeze centralitatea clientului. Calitatea produselor și/sau serviciilor trebuie să fie situată în inima strategiei de comercializare a organizațiilor. Produsele sau serviciile oferite trebuie să reprezinte exact soluțiile așteptate de clienți. Punctele de contact cu clienții trebuie stăpânite foarte bine pentru a-i convinge pe aceștia să accepte soluțiile propuse. Firmele trebuie să fie capabile să privească dincolo de comportamentul consumatorului sau de achiziționarea unui produs sau serviciu.

Mecanismelor procesului de anticipare a acțiunilor viitoare ale organizației sanitare (previziune și reactivitate) li se poate asigura un cadru de evoluție și puncte precise de aplicare printr-un „demers proactiv”, complementar, determinant. Element central al unui sistem global de dezvoltare a organizației sanitare, strategia poate – în opinia unor specialiști – să devină o variabilă – funcție transversală a organizației, în interacțiune cu toate celelalte funcții și totodată pilot al dinamicii sale.

Pornind de la intuiția managerilor săi, viziunea sistematică a organizației (ca instrument privilegiat) aduce o soluție de analiză care permite elaborarea unui demers strategic, funcțional, „proactiv”: intuiție – miză - simulare – planificare – reacție.

Strategia antrenează un mixaj de resurse – care determină el însuși o funcție a organizației – și se prelungește în mod logic cu tactica (strategia și tactica se pot derula aproape în același timp). Ansamblul de mecanisme strâns legate între ele condiționează capacitățile organizației de satisfacere a nevoilor interne și externe printr-o bună optimizare a resurselor (în capital, în echipamente, umane, naturale, informaționale) alocate într-un perimetru de activitate fixat și în condițiile unei politici manageriale date constituie sistemul strategic al organizației.

Trebuie reținut că „fără zăcămintul extern” (nevoia de sănătate, piața, pacienții – resurse naturale ale organizației) nu ar fi nimic posibil din punct de vedere strategic, studiul acestuia, în măsura în care se dovedește a fi pozitiv, permițând crearea unui „produs – serviciu de sănătate”, iar ansamblul „produs – serviciu”, respectiv „producție – productivitate”, reprezentând mijloace de marketing, tehnice și organizaționale obținute din resursele în echipamente, cele umane și informaționale ale organizației sanitare [41].

În condițiile definite prin strategie, filiera tehnologică, sistemul de furnizare și logistică globală sunt sisteme determinante pentru ca organizația sanitară să ajungă la pacienți. Prețul, condițiile de

furnizare a serviciilor și rentabilitatea sunt determinate cu prioritate de resursele financiare ale organizației.

În condițiile trecerii de la „complicat” (care permitea revenirea la starea inițială), la „complex” (care nu permite acest lucru din cauza unui joc de interacțiuni), dinamica organizației face obiectul unei analize aprofundate, interactive.

Organizația sanitară trebuie să-și delimiteze „câmpul de luptă concurențial”, identificând și 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 pacienți, mijlocul căutat oprind procesul „imagine – reacție – modificare”. Organizația poate deschide astfel, prin inovație provocată, propria sa piață și perturbă în avantajul său jocul concurențial cu o nouă forță de substituție. Transpunerea în practică a demersului competitivității organizației sanitare presupune respectarea unor considerații operaționale.

Cel mai sigur drum către competitivitate este acela care asociază în mod armonios productivitatea (capacitatea de a produce mai mult cu mai puține mijloace) și eficacitatea (capacitatea de a răspunde mai bine la așteptările mediului, în special ale clienților). [42]

Îmbunătățirile necesare în procesele și sistemele pentru managementul și optimizarea acestor rețele vor constitui o provocare chiar și pentru liderii acestei piețe în următorii ani.

2.3. Politicile de marketing din sistemul de sănătate

Opțiunile de acțiune a unei organizații 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 și materiale ale sistemului și 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 și dorințelor pacienților și o mai bună comunicare cu aceștia.

Mixul de marketing este compus din: politici de produs; politici de preț; politici de distribuție; politici de promovare și politici de personal.

2.3.1. Politica de produs

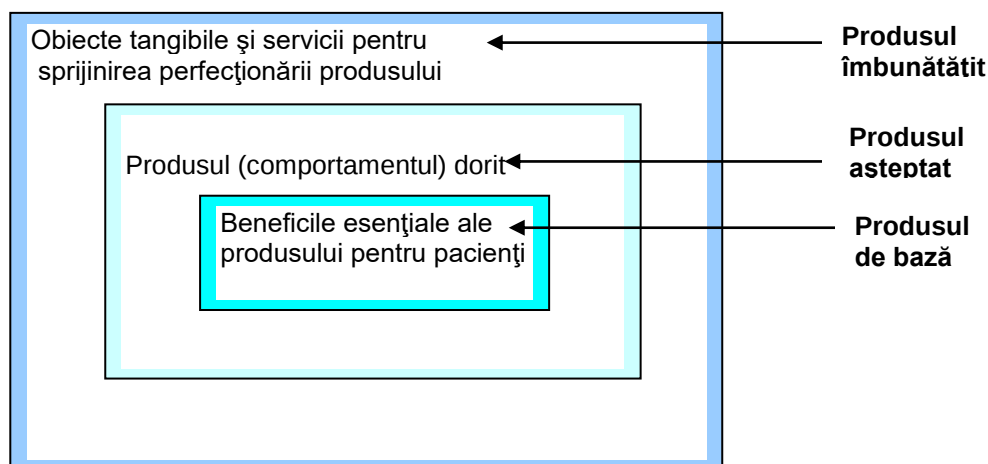
Politica de produs în domeniul îngrijirilor de sănătate – componenta cea mai importantă a mix-ului de marketing – reprezintă conduita pe care o adoptă organizația sanitară referitor la dimensiunile, structura și evoluția gamei de servicii ce fac obiectul propriei activități, ținând cont de cerințele mediului de piață și de tendințele manifestate de ceilalți concurenți.

Oferta de servicii în cadrul sistemului de sănătate cuprinde următoarele categorii: servicii de diagnostic și tratament, consultații medicale, servicii de recuperare medicală, servicii de prevenire, educație pentru sănătate, servicii de promovare și instruire, servicii de reglementare, servicii de cercetare medicală, și un număr mare de servicii sociale asociate. Pe lângă acestea, există și 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 sănătății, marketingul produselor tangibile nu diferă foarte mult de marketingul produselor comerciale tradiționale.

În marketingul sanitar, produsul constă în ceea ce se vinde (se oferă) consumatorilor de îngrijiri de sănătate (pacienților), comportamentul scontat al furnizorilor din sănătate și beneficiile asociate acestui comportament.

În sectorul serviciilor de îngrijire a sănătății, produsul apare ca un produs global alcătuit din o serie de elemente unitare – care pot fi grupate în: elemente de bază, așteptate sau dorite și îmbunătățite – 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 sănătății



Pentru stabilirea strategiilor de produs, este utilă identificarea celor trei niveluri ale produsului global de îngrijire de sănătate. Produsul global de îngrijire a sănătății este conceput și realizat în raport de necesitățile și exigențele unui anumit grup de pacienți, vizează un anumit segment bine definit și stabilit de audiență.

Consumatorii de servicii de îngrijire a sănătății tind să considere serviciul global ca reprezentând un pachet de avantaje care le va satisface cerințele, nu doar un ansamblu de atribute.

În prezent, concurența se manifestă în general la nivelul produsului îmbunătățit, organizațiile de succes reușind să ofere avantaje care nu numai că satisfac, ci și încântă audiența. Întrucât avantajele specifice ultimului nivel de structurare a produsului tind să devină avantaje așteptate de către pacienți, organizațiile sanitare competitive trebuie să identifice noi caracteristici și avantaje care să le distingă oferta. [3]

Principalele obiective pe care organizațiile sanitare le urmăresc în cadrul politicii de produs se referă la: consolidarea poziției în cadrul actualelor segmente de consumatori; diferențierea față de oferta altor concurenți; poziționarea mai bună în cadrul mediului concurențial; atragerea de noi consumatori de servicii de sănătate; echilibrarea acțiunilor orientate către consumatori cu cele orientate către piață.

Opțiunile strategice privind politica de produs au la bază trei criterii: calitatea, gradul de diversitate și productivitatea. Natura și caracteristicile serviciilor de sănătate își pun amprenta asupra celor trei opțiuni prin aceea că strategiile calității dețin o poziție dominantă în raport cu celelalte. Această poziție se datorează în special faptului că, în domeniul marketingului serviciilor calitatea prestațiilor este considerată a fi elementul cheie.

Îmbunătățirea calității serviciilor de sănătate reprezintă un obiectiv dificil de realizat, care presupune câștigarea și menținerea încrederii atât a pacienților, cât și a angajaților care contribuie la furnizarea serviciilor de îngrijire a sănătății. Aceasta implică îndeplinirea promisiunilor și prestarea la un nivel înalt a serviciului de bază. Este esențial ca serviciul de sănătate să se ridice la înălțimea așteptărilor și exigențelor clientelei, dacă nu chiar să le depășească. În plus, aspectele referitoare la etica profesională – corectitudinea, cinstea, încrederea inspirată de organizația sanitară (spital, clinică, cabinet medical) etc. – precum și gradul de implicare al personalului de contact sunt elemente inseparabile de calitatea unui serviciu de sănătate, în viziunea pacienților.

Diversificarea reprezintă un mijloc de poziționarea a produsului de sănătate global pe piață și se poate aplica de către organizațiile sanitare fie prin adăugarea unor caracteristici originale ofertei

actuale, fie prin angajarea unui personal mai performant și mai capabil decât cel al concurenței, fie prin diferențierea imaginii.

Productivitatea este necesară pentru a se menține competitivitatea în cadrul mediului concurențial, și de aceea organizațiile medicale trebuie să urmărească păstrarea costurilor la un nivel cât mai scăzut. Acest obiectiv poate fi realizat prin adoptarea uneia din următoarele strategii: perfecționarea pregătirii angajaților implicați în furnizarea serviciilor de sănătate, standardizarea serviciilor prin utilizarea echipamentelor performante și implementarea de tehnologii moderne, creșterea volumului de îngrijiri de sănătate furnizate ș.a. Indiferent de strategia adoptată sau de combinațiile de strategii pentru care optează un prestator de servicii, acesta trebuie să fie conștient de faptul că serviciul global reprezintă axul central al întregii politici de marketing.

Strategiile de produs, pentru a fi eficiente trebuie orientate spre piață, spre consumator în ideea formării unei imagini favorabile, sporirii încrederii consumatorilor, siguranța în prestarea serviciului.

2.3.2. Politica de preț

Prețul produselor din domeniul sănătății este reprezentat de suma (costul) pe care piața țintă îl asociază cu produsul oferit de organizația sanitară. Prețul constituie unul dintre elementele principale ale mix-ului de marketing, având implicații directe asupra tuturor activităților și acțiunilor de marketing ale organizației sanitare. El reprezintă valoarea de schimb a serviciului de îngrijire a sănătății, respectiv suma de bani necesară – pentru obținerea 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 și serviciile atașate produsului îmbunătățit. Costurile nemonetare sunt intangibile, dar reale pentru audiența țintă – respectiv, pacienți; acestea sunt reprezentate de: timpul, efortul și 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 resimțit (suportat) de pacient.

Importanța prețului în cadrul mix-ului de marketing decurge din influența pe care o are asupra modului în care consumatorul percepe serviciul și care se materializează în cifra de afaceri și în profit. Pe lângă acest rol, prețul susține, de asemenea, toate celelalte componente ale mix-ului de marketing. Întrucât prețul unui serviciu sanitar reprezintă valoarea tuturor variabilelor tangibile și intangibile aferente acestuia, planificarea prețului este implicit legată de planificarea produsului, distribuției și promovării. Prin urmare, prețul poate spori eficiența componentelor mix-ului de marketing în realizarea obiectivelor de marketing.

Modul în care pacienții percep valoarea serviciului de sănătate și alte elemente pe care aceștia le urmăresc și care contribuie la luarea deciziei de cumpărare constituie factori importanți de care organizațiile sanitare trebuie să țină seama în vederea stabilirii unui nivel corect al prețului. Valoarea unui serviciu este definită de consumatori în diverse moduri: „*valoarea reprezintă un preț scăzut*”; „*valoarea reprezintă ceea ce plătesc pentru prețul pe care îl plătesc*”; „*valoarea reprezintă ceea ce doresc de la un serviciu*”. Dacă prețul plătit pentru un serviciu de sănătate este mai mare decât beneficiul obținut, pacientul va percepe negativ valoarea serviciului respectiv și 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 utilității nete a serviciului, reprezentată de diferența dintre suma avantajelor primite și suma costurilor. Un nivel eronat al prețurilor poate fi cauzat de neînțelegerea modului în care pacienții definesc valoarea sau de sugerarea unei calități necorespunzătoare a serviciilor prin prețuri neadecvate.

Obiectivul de preț în marketingul serviciilor de sănătate este asemănător teoriei schimbului, respectiv ceea ce este oferit pieței țintă – adică beneficiile – trebuie să fie egal sau mai mare decât ceea ce ea trebuie să plătească.

În elaborarea strategiei de preț, organizațiile sanitare trebuie să ia în considerare următoarele elemente: costurile ce trebuie acoperite, utilitatea serviciului de sănătate oferit care se bazează pe un minim de cerințe ce trebuie îndeplinite și prețurile practicate de concurență[44]. Prin optimizarea acestor coordonate va rezulta strategia de preț corectă și eficientă. Strategiile de preț trebuie la rândul lor formulate pe baza următoarelor elemente: strategii în funcție de cererea de pe piață și ciclul de viață al serviciului, strategii în funcție de concurență, strategii în funcție de costuri, strategii în funcție de timp.

2.3.3. Politica de distribuție

Distribuția serviciilor din sistemul de sănătate reprezintă un proces complex care presupune decizii privind locul, timpul și modalitatea de furnizare a acestora. Ea cuprinde ansamblul activităților prin care se asigură accesul pacienților la serviciile de îngrijire a sănătății din sistem împreună cu complexul de relații care se stabilesc între furnizori, pacienți și alți intermediari. Distribuția cuprinde în domeniul îngrijirilor de sănătate, totalitatea activităților care au loc în spațiul și timpul ce separă furnizorul de servicii de îngrijiri de sănătate de pacient [45].

Reprezentând un element important al mix-ului de marketing distribuția serviciilor de sănătate contribuie în mod decisiv la finalizarea efectivă a activității organizațiilor de sănătate și, totodată, la realizarea scopului marketingului sistemului de sănătate – de satisfacere a nevoilor de sănătate

ale pacienților. Distribuția serviciilor de sănătate se realizează fie prin deplasarea pacientului la organizația 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 pacienților nedeplasabili care solicită îngrijiri la domiciliu. Totodată, un element important care trebuie menționat se referă la faptul că între serviciile de sănătate și sistemul de distribuție a acestora există o legătură puternică datorită impactului pe care livrarea o are asupra pacientului.

Rețeaua de distribuție a serviciilor de sănătate este constituită din totalitatea locurilor în care sunt dispuse unitățile sanitare – spitale, clinici, centre de diagnosticare și tratament, dispensare etc. – prin care se realizează furnizarea serviciilor către pacienți. În sectorul serviciilor de sănătate rețelele de prestație (respectiv totalitatea locurilor în care sunt amplasate unitățile sanitare și echipamentele în care se desfășoară crearea și furnizarea serviciilor de sănătate) și de vânzare (destinate comercializării ofertelor potențiale) nu sunt separate, fiind dispuse în același loc. [3]

Trebuie menționat că, pentru organizațiile de sănătate, a căror activitate presupune relații directe cu pacienții, personalul din prima linie și mediul ambiant au o importanță decisivă în cadrul sistemului de distribuție a serviciilor, determinând imaginea organizației sanitare în rândul clientelei țintă. Având în vedere faptul că distribuția vizează alegerea unor variante care să faciliteze contactul cu pacientul, atât amplasarea unităților sanitare în teritoriu, cât și numărul personalului din domeniu și pregătirea acestuia reprezintă elemente decisive pentru buna derulare a procesului de distribuție.

Obiectivul fundamental al strategiei de distribuție este ca serviciul de sănătate oferit să fie cât mai plăcut și convenabil pentru publicul țintă. Strategiile disponibile sunt asemănătoare cu cele utilizate în marketingul bunurilor, incluzând amplasamente ale unităților sanitare, ore, unități sanitare mobile, ambianță, timp de așteptare, facilități de parcare. Definirea obiectivelor strategiei de distribuție presupune luarea în considerare a informațiilor rezultate din cercetările de marketing referitoare la exigențele pacienților privind serviciile oferite și, de asemenea, a obiectivelor de marketing ale organizației sanitare.

Analiza nevoilor și a comportamentului pieței țintă constituie punctul de plecare în proiectarea unui sistem de distribuție. Identificarea așteptărilor pacienților în ceea ce privește nivelul serviciilor contribuie la alegerea celor mai eficiente modalități de distribuție.

Mijloacele de eficientizare a costurilor trebuie explorate pentru a face locațiile cât mai plăcute, pentru extinderea orarelor de funcționare și pentru a face obținerea serviciului de sănătate așteptat mai convenabilă decât ceea ce oferă concurența din domeniu.

Strategia de distribuție vizează în egală măsură selectarea intermediarilor și a partenerilor, corelate cu strategia globală a organizației sanitare și cu celelalte componente ale mix-ului de marketing. Opțiunea pentru o anumită variantă strategică trebuie să fie rezultatul unei abordări sistematice ce are ca scop îmbinarea armonioasă a tuturor activităților solicitate de desfășurarea în condiții optime a procesului de distribuție a serviciilor de îngrijire a sănătății. În acest sens, procesul de formulare a strategiei de distribuție, presupune parcurgerea următoarelor etape: analiza cerințelor pacienților care constituie piața țintă, privind nivelul serviciilor de distribuție; definirea obiectivelor strategiei de distribuție; elaborarea variantelor strategice de distribuție; stabilirea criteriilor de selecție (criterii economice, de control, de adaptabilitate) și evaluarea variantelor strategice; selectarea celei mai adecvate variante strategice de distribuție.

Întrucât distribuția reprezintă o componentă dinamică a mix-ului de marketing, strategia de distribuție trebuie reformulată[46] și ajustată periodic – în funcție de modificarea obiectivelor organizației sanitare, faza pe care o parcurge organizația în procesul ei de evoluție, schimbările care au loc la nivelul pieței țintă și apariția unor forme de distribuție mai performante. Prin ajustarea politicii sale de distribuție organizația sanitară trebuie să vizeze valorificarea întregului potențial al distribuției ca variabilă a mix-ului de marketing, în corelație cu celelalte elemente componente.

2.3.4. Politica de promovare

Politica de promovare sau de comunicare are rolul de a informa, convinge, influența și de a reaminti. Comunicarea este importantă pentru o organizație, deoarece menține legătura cu mediul său. De exemplu, un pacient nu poate apela la serviciile unui spital de care nu a auzit și nici nu poate cumpăra acel serviciu.

Consumatorii trebuie convinși prin argumente solide de avantajele ce le vor avea în urma încercării serviciului.

Atunci când o organizație vrea să comunice ceva clienților o poate face în două moduri:

- în exterior prin publicitate, promovarea vânzărilor, relații publice și marketing direct;
- în interior prin intermediul angajaților, în timpul prestării serviciilor.

Metodele utilizate sunt forțele de vânzare și informare și prin marketing online.

Una din formele comunicării este promovarea. Diferența 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 organizația niciodată nu va putea oferi.

Principalele obiective ale strategiilor de comunicare si promovare sunt: creșterea notorietății; creșterea credibilității organizației; formarea unei imagini favorabile; îndemnul și încurajarea consumatorilor de a achiziționa serviciile oferite.

În funcție de forma utilizată de transmitere a informațiilor, se vor aplica și strategii caracteristice acestora.

Promovarea se poate face prin: publicitate, prin forțe de vânzare, prin promovare de vânzări, prin vânzări personale, relații publice, internet, târguri și expoziții de profil și 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 organizații din sistemul de sănătate caută să angajeze oameni cât mai performanți astfel încât productivitatea lor să fie la cote maxime. Pentru a atrage o resursă umană solidă, organizația trebuie să își creeze în primul rând o cultură organizațională prin care să își exprime valorile, misiunea și să își structureze activitatea pe înțelesul tuturor. Apoi trebuie să găsească modalitățile potrivite prin care să își motiveze personalul.

Strategiile de management se aplică pe tot parcursul angajării în funcție de ce se dorește. Astfel etapele unui proces de angajare al unei persoane constă în:

- a. etapa de recrutare - recrutarea fiind acea activitate de căutare și atragere în organizație a persoanelor capabile și interesate de locurile vacante puse la dispoziția acestora. Recrutarea asigură persoanele din rândul cărora se vor selecta candidații corespunzători descrierilor posturilor. Printre formele anunțurilor de recrutare se numără și publicitatea și rețeaua de cunoștințe.
- b. etapa de selectare – selecția candidaților presupunând alegerea acelor candidați care corespund cerințelor postului vacant.
- c. etapa de angajare;
- d. etapa de integrare profesională – etapa în care angajații sunt îndrumați și monitorizați pentru a se familiariza cu noile condiții de muncă, stabilirea unui mod de comunicare, crearea unei atmosfere de siguranță, prezentarea celorlalți angajați, etc.
- e. etapa de formare și evaluare profesională – este etapa care permite angajatorilor să determine gradul în care angajații îndeplinesc eficient sarcinile și se achită corect și complet de responsabilitățile ce le-au fost date. Procesul implică atât evaluarea intelectuală

cât și cea fizică. Evaluarea se poate face de către manageri, șefi, colegi sau angajați ai firmelor de resurse umane.

- f. etapa de motivare – motivarea reprezintă suma energiilor interne și externe care inițiază și 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 angajaților săi astfel încât aceștia să simtă că sunt răsplătiți pentru ceea ce fac. Căile de motivare ale angajaților sunt numeroase însă cea mai întâlnită metodă este remunerarea corespunzătoare. Alte metode ar fi prin oferirea de beneficii: mașină de serviciu, telefon de serviciu, birou propriu; oferirea de formare profesională, oferirea unui mediu de a se dezvolta, recunoașterea performanțelor, 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 știe ce se dorește) – ținând cont de eventuala nevoie de asistență a clienților în formarea și exprimarea preferințelor lor (oamenii de marketing și clienții având nevoie să lucreze împreună pentru a descoperi cum poate firma să-i satisfacă într-o manieră cât mai completă pe clienți).

În urma cu un an, Philip Kotler, aflat la București, atrăgea atenția asupra imperativului „dezvoltării unor mai bune abilități în inovație, diferențiere, branding și service, evidențiind, printre altele, necesitatea recurgerii la un marketing lateral, concepând noi idei de produs și serviciu”. [47]

Conceptul de marketing modern poate să fie exprimat ca realizare a scopurilor organizației prin întâlnirea și depășirea nevoilor clienților mai bine decât concurența.

În acest sens profesorul britanic David Jobber („Principles and Practice of Marketing”, McGraw-Hill Book Company Europe, England, 1995) evidențiază necesitatea îndeplinirii a trei condiții: orientarea către client, efortul integrat și realizarea scopului.

Dacă o organizație eficientă produce bunuri în mod economic, o organizație eficace trebuie să atragă și să mențină clienții. Realitatea vieții comerciale arată că este mult mai costisitor să atragi noi clienți decât să-i păstrezi pe cei existenți.

Pentru implementarea strategiei de marketing este nevoie deci de analiza concurenților – identificare, puncte tari și slabe, obiective, strategii, moduri de reacție – evitând de la bun început „miopia concurențială” (ignorarea celor care achiziționează produse sau servicii substituibile care îndeplinesc o funcție similară).

Adoptarea conceptului de marketing modern trebuie să îmbunătățească performanța afacerii. Proba va consta în efectul obținut în materie de profitabilitate și cota de piață.

Așa cum se precizează cu rigurozitate în literatura de specialitate, traseul parcurs de la conceptul de marketing clasic până la apariția și dezvoltarea conceptului de managementul marketingului comportă următoarele etape:

- a - prima etapă este corespunzătoare “vechiului concept de marketing” și corespunde primei jumătăți a sec. XX. Ea includea procese și relații referitoare la activitățile încorporate în cadrul funcțiunii comerciale a firmei, fiind denumit conducerea (managementul) activității comerciale.
- b - a doua etapă corespunde revizuirii conceptului de marketing, în cea de-a doua jumătate a secolului XX și a reflectat mutațiile care avuseseră loc în practică, concretizate în delimitarea unor activități specifice prin care se modificau raporturile firmei cu mediul.
- c - a treia etapă corespunde apariției unui nou concept „management-marketing”, care a mai primit și alte semnificații: conducere în marketing, conducere a activității de marketing, managementul marketingului. Odată cu apariția noului concept se modifică sistemele tradiționale ale managementului, astfel:
 - * sistemul metodologic asimilează instrumentarul științific 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 informațional – se completează cu un nou flux primar, cel al cercetărilor de marketing, care constituie un subsistem specific, sistemul informațional de marketing
 - * sistemul decizional – pune în centrul mecanismului său piața și clientul, ca elemente de raportare a întregii activități desfășurate de către firmă.
- d - a patra etapă corespunde conceptul de marketing integrat, cel mai avansat stadiu al evoluției marketingului regăsit în rolul integrator conferit funcției de marketing. A modificat conținutul managementului marketingului, generând două categorii de procese și relații: procese și relații derulate la nivelul întregii firme, generate prin încorporarea marketingului în toate activitățile firmei și, a doua categorie, procese și relații derulate la nivelul funcțiunii de marketing.

3.1. Marketingul orientat intern

Dacă inițial marketingul era orientat exclusiv către exterior: cum să segmentezi piața, cum să promovezi ofertele, cum să îți atragi clienții, astăzi, marketingul înseamnă cunoașterea și mobilizarea tuturor forțelor pozitive ale organizației și deci și multă orientare către interiorul organizației.

Marketingul orientat intern reprezintă prima etapă a managementului marketingului sanitar și constă în planificarea și implementarea unei serii de activități focalizate pe identificarea necesităților interne ale organizației sanitare – spitalului, clinicii, cabinetului medical etc.

Această abordare este cea mai accesibilă și de aceea este frecvent aleasă de managerii fără experiență, din sănătate, în implementarea unor proiecte de marketing sanitar: „ceea ce este bun pentru organizația sanitară, este bun și pentru pacienți, iar managerul este cel mai în măsură să decidă ce este potrivit pentru organizația sanitară”.

Această abordare este considerată justificată numai în situația în care managerul de marketing deține un grad înalt de expertiză profesională în experiența lui, iar pregătirea academică îi validează deciziile luate în numele pacienților și 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 activități de cercetare pentru orientarea strategiilor de marketing, deoarece toate deciziile sunt motivate de necesități personale sau instituționale;
- informațiile despre factorii externi care ar putea influența organizația sanitară nu sunt necesare și, de obicei, nu sunt nici dorite de către managerii de marketing;
- decidenții strategiilor de marketing sunt reprezentați cel mai adesea de directorul executiv (CEO) și, eventual, de directorul financiar (CFO). Fiind întrebați ce strategii de marketing aplică, aceștia răspund, cel mai adesea, că organizația sanitară nu adoptă „strategii speciale de marketing”. Aceste afirmații demonstrează slaba înțelegere a nevoii de management de marketing în instituția 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 activităților de PR – public relations – sau de promovare de imagine. Aceste activități se bazează pe înțelegerea conceptului de informare a pacienților asupra deciziilor care le afectează îngrijirile de sănătate. [3]

Totuși, activitățile de PR sunt conduse cu scopul de a comunica pacienților deciziile managerilor, decizii care sunt în continuare bazate în mare parte pe considerente personale sau instituționale. Aceasta este o abordare simplistă.

Promovarea imaginii organizației reprezintă domeniul în care se interferează reclama, publicitatea, utilizarea liderilor de opinie și tehnicile de creare a evenimentelor. Spațiul de convergență și interferență a acestora este posibil datorită semnificației mesajelor transmise, care urmăresc promovarea unei imagini multidimensionale, dar unitare, pe următoarele coordonate:

- evidențierea rolului organizației (locul și rolul organizației în ierarhia organizațiilor de același tip; locul și rolul atribuit de mediul-sarcină și de comunitatea locală sau globală; trăsăturile definitorii ale organizației; interacțiunile cu alte organizații, pe verticală și pe orizontală; tradițiile și realizările organizației; avantajele și protecția consumatorilor, clienților și partenerilor; perspectivele apropiate și îndepărtate ale organizației);
- evidențierea activităților organizației (activitățile specifice organizației, scopul și importanța lor; activități în folosul propriilor membri: educaționale, recreative; activități în folosul comunității: umanitare, culturale, de creștere a calității vieții etc.);
- evidențierea rolului membrilor organizației (rolul membrilor marcanți ai organizației; drepturile și obligațiile membrilor; profesionalismul, competența și onestitatea personalului; contribuția membrilor la realizarea scopului organizației; participarea membrilor organizației la acțiuni naționale și internaționale de prestigiu etc.);
- evidențierea evenimentelor importante ce au loc în interiorul organizației, cu semnificație și de interes pe plan local, regional, global (intern și internațional). [14]

Obiectivul principal al cercetărilor de marketing realizate este evaluarea eficienței serviciilor sanitare. Acest tip de cercetare ce reflectă dorința managerului de a furniza cele mai bune servicii medicale posibile în cadrul organizației sanitare, ce aduce cele mai mari beneficii, include:

- studierea caracteristicilor demografice ale pacienților din unitatea sanitară;
- administrarea de chestionare de evaluare a satisfacției pacienților.

Printre decidenții strategiilor de marketing pentru această etapă, se înscriu: directorul de PR – acesta fiind singurul responsabil pentru luarea deciziilor privind activitățile de promovare a imaginii organizației sanitare; directorul executiv și directorul financiar – care sunt responsabili cu alte decizii de management al marketingului în organizația sanitară.

3.3. Marketingul tactic integrat

Marketingul tactic integrat constă într-o serie de activități complexe care sunt motivate de nevoia de a satisface nevoile pacienților [47]. Marketingul în această etapă se bazează pe două premise:

- pacienții au nevoi care pot fi identificate și măsurate;
- activitățile 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 tradițional 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 activității unei organizații sanitare este satisfacția pacienților și nu nevoile instituționale”.

Totuși, schimbările, oricât de benefice ar fi, sunt implementate cu dificultate în orice organizație, mai ales în instituții atât de complexe cum sunt cele din domeniul sănătății.

Deși managerii de marketing au în această etapă o mare libertate de decizie în gândirea metodelor de satisfacere a pacienților, această libertate este limitată la nivelul tactic și nu atinge nivelul strategic al procesului decizional. Deși managerul poate decide în privința promovării de imagine, locațiile alese, pachetul de servicii pentru pacienți și uneori chiar și în privința prețurilor practicate, toate activitățile trebuie să respecte strategiile pe termen lung ale organizației sanitare.

Managerii realizează importanța marketingului ca instrument pentru atingerea rezultatului dorit în confruntarea cu piața relevantă, dar nu pot folosi întreaga lui valoare [48].

Cercetările de marketing realizate în această etapă, evidențiază în mod pregnant orientarea organizației sanitare către exterior, către piața relevantă.

O nevoie tot mai crescută de informații relevante pentru luarea deciziilor, conduce adesea la înființarea în cadrul unității sanitare a unui sistem de informații pentru marketing. În forma cea mai uzuală, sistemul informațional pentru managementul marketingului (SIMM) este format dintr-un set

de proceduri, resurse de personal și bugetare, orientat către colectarea, analizarea și raportarea informației relevante către factorii de decizie din organizația sanitară respectivă.

SIMM este frecvent ajutat de chestionare administrate medicilor, potențialilor beneficiari, pacienților, furnizorilor de materiale și medicamente sau chiar publicului general. Scopul acestor activități de cercetare prin SIMM este identificarea nevoilor pacienților și satisfacerea acestora respectând strategiile pe termen lung ale instituției sanitare.

O caracteristică inedită a acestei etape de management al marketingului sanitar este apariția managerului de marketing de nivel superior (Chief Marketing Officer – CMO). Acesta poate fi chiar unul dintre vicepreședinți, în organizațiile ce consideră marketingul ca o parte importantă a activității lor [47].

Responsabilitățile CMO includ toate ariile tradiționale tactice de marketing:

- prețul;
- promovarea de imagine;
- poziționarea pe piață;
- pachetele de servicii furnizate.

Cu toate acestea, poziția managerului de marketing de nivel superior este doar participativă în ceea ce privește procesele de decizie strategică, atât de importante în cadrul organizațiilor sanitare.

3.4. Marketingul orientat extern

Marketingul orientat extern reprezintă o formă superioară de management al marketingului și constă într-o serie de decizii și activități tactice, dar mai ales strategice, care au ca scop identificarea și satisfacerea nevoilor pacienților/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 pacienți este bun și pentru instituția sanitară, iar pacienții (împreună cu medicii curanți) sunt cei mai în măsură să decidă ceea ce este bine pentru ei.”* Operaționalizarea strategiei este componenta principală a managementului marketingului prin planificarea strategică pe termen lung.[3] Departamentul de marketing, prin studiile și cercetarea întreprinse, va decide pentru medici și managerii medicali, dar și pentru personalul însărcinat cu asigurarea satisfacției

pacientului, ce se dorește de la un anumit serviciu medical, cât este dispus să plătească pentru el și când și unde și cum va fi livrat acesta.

Managerul de marketing are drept de decizie în planificarea operațională, planificarea serviciilor și în privința achizițiilor de materiale și servicii.

Organizațiile sanitare cu o abordare managerială a marketingului orientat extern sunt continuu influențate pe piața relevantă și sunt într-o permanentă adaptare. Un SIMM bine dezvoltat caracterizează această etapă, dar acesta este susținut de studii de segmentare de piață și de studii referitoare la potențialii cumpărători de servicii de sănătate.

Principalul avantaj al abordării orientate extern este că, CMO aduce în procesul decizional strategic perspectiva externă a organizației sanitare. Orientarea organizației sanitare este astfel spre piața relevantă și nevoile acesteia ținând seama constant de capacitățile organizației sanitare și poziția competitivă pe piață a acesteia.

Această abordare a managementului marketingului sanitar implică o planificare strategică organizațională care este susținută de acordarea unei importanțe crescute opiniei și dorințelor beneficiarilor de servicii medicale.

În această etapă managerul de marketing (CMO):

- are atât responsabilitățile tactice cât și strategice de marketing;
- coordonează cercetarea de marketing atât la nivel strategic cât și operațional;
- definește targetul cu privire la piața relevantă;
- are responsabilități de decizie la nivel înalt.

O analiză a tipurilor de marketing întâlnite în organizațiile 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 piață se află 17,5% dintre organizațiile sanitare (faza a III-a) și 7,5% în cea superioară.

Caracterul dinamic al sistemului sanitar a fost evidențiat de Brown prin organizarea de interviuri cu CMO din organizațiile sanitare. Acestea au arătat că eforturile de segmentare a pieței prin analiza acesteia sunt importante în organizațiile sanitare pe care le conduc. Acest concept de împărțire a pieței prin dirijarea eforturilor spre segmente bine definite pentru a maximiza beneficiile oferite de cheltuielile de marketing denotă o profundă înțelegere a necesității aplicării marketingului în cadrul organizațiilor sanitare. În mod așteptat, managerii care folosesc acest procedeu fac parte din

personalul organizațiilor sanitare cu stilul de management de tip IV. Tot aceștia, beneficiază și de puternice studii și cercetări de marketing [49].

Modificările strategiilor de marketing în organizațiile sanitare conduc la multiplicarea responsabilităților managerilor de nivel de superior (CMO) în luarea deciziilor tactice cu privire la includerea de noi servicii sau la programe de îmbunătățire a serviciilor anexe, non-medicale.

Cele două arii în care CMO încă nu reprezintă un factor important de decizie sunt: stabilirea prețului serviciilor oferite; renunțarea la serviciile neperformante.

4. MANAGEMENTUL PROIECTELOR DE MARKETING DIN SISTEMUL DE SĂNĂTATE

Succesul unei organizații depinde în mare parte de avantajele sale concurențiale în raport cu concurenții săi. Nevoia de a evalua poziția concurențială a întreprinderii de o manieră permanentă este esențială din două motive. În primul rând, pentru a evalua propria sa capacitate de a satisface criteriile de succes necesare pentru a se stabili și a se menține pe piață. În al doilea rând, pentru a se situa într-o poziție favorabilă față de concurenții săi. Peter Drucker a indicat opt zone de performanță care sunt determinante pentru succesul pe termen lung al unei organizații: poziția pe piață; inovația; productivitatea; resursele fizice și financiare; rentabilitatea; performanța și dezvoltarea managerilor; performanța și atitudinile salariaților și responsabilitatea publică.

În prezent sunt introduse noi instrumente pentru a ajuta organizațiile de marketing să-și conducă proiectele, programele, resursele și abilitatea de livrare. Aceasta deoarece în ultimii ani, conform aprecierilor Asociației 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 și recunoaștere) indică faptul că a motiva doar performerii de top nu ridică și linia de jos a organizației. Performerii de nivel mediu prosperă atunci când știu că au ceva de lucrat în această direcție și trebuie să li se dea așa ceva. Un procent de 52% dintre respondenții care se califică pentru stimulente la companiile lor (care recompensează în mod tipic 10% din angajați) simt că au doar puține șanse sau deloc să câștige o răsplată, ceea ce este departe de a fi motivant.

Managerii trebuie să recunoască și să răsplătească pe aceia care nu performează la nivel de vârf, dar performează în mod consistent. Pentru a nu-i afecta pe aceștia din urmă se recomandă:

- claritatea obiectivelor (stimulent pentru „cel mai îmbunătățit”),
- promovarea planului (toți participanții trebuie să știe că sunt în program),
- implicarea (în orice program de stimulare rolul managerului de vânzări este critic; chiar dacă sunt independenți, oamenilor de vânzări le este indicată direcția de către manager),
- stabilirea scopurilor (trebuie lucrat cu cei care performează în mod consistent, stabilindu-se scopuri individuale pentru realizare și recunoaștere),
- crearea unui program „Mentor” (de consiliere, de împărtășire a ponturilor pentru succes).

Creșterea prosperității entităților integrate constituie cel mai important obiectiv al integrării economice, al cărei principiu de bază este libera circulație a bunurilor și a serviciilor. Considerat un moment crucial în istoria integrării europene, „Actul Unic European” (adoptat în iunie 1985 și ratificat de „cei 12” în intervalul 1986-1987 a intrat în vigoare la 1 iulie 1987, fiind primul document juridic care modifică și completează Tratatul de la Roma intrat în vigoare în 1958; este cel care a pus la punct conceptul de „piață unică internă”) a introdus „piața unică” cu care operăm astăzi și care presupune, în primul rând (unul din zece) libera circulație a capitalului, a persoanelor/forței de muncă, a serviciilor și a bunurilor. [50]

Pentru a interveni în procesele economice se pot utiliza instrumente alternative (politici de ajustare structurală, proceduri administrative etc.), acestea reprezentând rațiuni politice pentru debutul unor procese de integrare cu piața bunurilor, de exemplu. [51]

Esența integrării economice (integrarea pieței și a politicii economice) este dată de integrarea pieței, politicile economice referindu-se în general direct la comportamentul pieței sau la rezultatele structurale, de performanță sau distributive ale piețelor. Creșterea concurenței este ceea ce conferă integrării economice importanța fundamentală, bunăstarea fiind cel mai bine servită de combinația optimă între unitate și diversitate. [52]

Dacă esența economiei de piață este însuși schimbul (F. A. Hayek), schimbul este conceptul cheie de marketing (P. Kotler „părintele marketingului”), oamenii de marketing analizând ceea ce așteaptă fiecare parte din tranzacție în scopul realizării unor schimburi de succes, succes dependent de relația 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 cunoaștere, 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 organizație”).

În actualul context socio-economic, organizațiile au nevoie de viziuni adecvate implicând mai mult decât furnizarea unui training adecvat, implementarea metodologiei potrivite necesitând ca toți cei implicați să-și schimbe modul în care își fac treaba. Specialiștii trebuie mai întâi să înțeleagă semnificația unei analize SWOT, și 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 evidențiate în celebrele serii „Harvard Business Essentials” [54]: a face lucrurile la timp și încadrându-te în bugetul alocat (conferind astfel predictibilitate demersului); micșorarea 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 irosește banii sau timpul lucrătorilor valoroși).

5. PERFORMANȚA ȘI EFICIENȚA ÎN MARKETINGUL DIN SISTEMUL DE SĂNĂTATE

Conceptul criteriilor de succes este o recunoaștere pozitivă a capacității firmei de a-și menține și a ameliora poziția concurențială. Necesitatea de a identifica criteriile de succes este o opțiune determinantă în managementul strategic, care asigură cea mai bună calitate a deciziilor la toate nivelurile manageriale. Iar dacă acceptăm să definim conceptual concurența ca o luptă permanentă a organizației pentru a forma, a menține sau a spori avantajul ei diferențial față de celelalte organizații, trebuie să acceptăm optica de a gestiona o afacere axată pe cele trei grupe de strategii secvențiale care, împreună, potențează strategia de marketing conturată pe ansamblul organizației: strategii legate de mediul general, strategii legate de nevoile clientelei și strategiile legate de reacțiile concurenților.

Avantajele concurențiale se pot măsura prin:

- avantajele de costuri, care permit organizațiilor să obțină marje mai ridicate decât concurenții lor, chiar dacă ele își fixează prețurile în jurul sau sub nivelul prețurilor pieței;
- diferențiere, care are ca scop asigurarea percepției de către cumpărători a produsului sau serviciului oferit de întreprindere ca fiind unic pe piață;
- focalizare de piață, respectiv capacitatea de a acoperi o piață întinsă sau o nișă bine individualizată.

Pentru fiecare din aceste trei alternative, care dau conținut avantajului concurențial, 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-și pună întrebări asupra avantajelor care i-au permis succesul în trecut, asupra celor care îi susțin afacerea în prezent, pentru ca astfel să poată judeca avantajele care îi vor asigura succesul în viitor și mai ales să anticipeze direcțiile de evoluție în confruntarea cu impactul globalizării asupra identității locale, cu saturarea piețelor economiilor țărilor dezvoltate, cu rolul întreprinderilor mici și mijlocii pe piețele dominate de producători și distribuitori de talie mondială, cu reducerea distanței dintre furnizori și clienți în societatea electronică, cu existența oligopolurilor publicității, și mai ales cu necesitatea înțelegerii superioare a pieței ca mediu de către managerii de marketing, care trebuie să demonstreze că pot și vor să contribuie la lupta de menținere și promovare a societății, a firmei, cu mediul în schimbare ș.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 informaționale domină economia mondială. Pe măsură ce cunoașterea ocupă un loc tot mai central în crearea avuției, întreprinderea este considerată un amplificator al cunoașterii. Războaiele totale ale informațiilor nu se rezumă însă la colecționarea de date pasive, întinzându-se angajările în acțiuni comerciale acoperite, fapt reflectat în bătăliile-balansoar, între ofensivă și defensivă, care demonstrează existența la toate nivelele afacerilor (la nivelul standardelor globale pentru televiziune și telecomunicații, la cel al casei de marcat a detailistului, la nivelul tellerului automat și al cartelei de credit, la cel al rețelilor electronice extra-inteligente, la al informației competitive și al contrainformației etc.) a luptei pentru controlul celei mai cruciale resurse – informația. [26]

5.1. Sănătatea, dar și satisfacția pacientului

După cum remarcă Peter Drucker cu mult timp în urmă, primul obiectiv al unei companii este „să își creeze propriul client”. Clienții vor alege, din multitudinea de oferte prezente pe piață, 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 cunoștințelor cât și salariilor pe care le au. Prin urmare, clienții vor aprecia dacă oferta va atinge nivelul de valoare așteptat, lucru ce va influența satisfacția și va mări probabilitatea de a mai cumpăra anumite produse în viitor.

Extrapolând, pentru organizațiile din sistemul de sănătate clientul trebuie să se afle în centrul tuturor operațiilor specifice de marketing. Mesajul brandului ar trebui să reflecte interesul pentru client. Calitatea produselor și a serviciilor ar trebui să fie prioritatea principală în strategia

comercială a organizației. Gama de produse și servicii medicale oferite trebuie să reprezinte exact soluțiile pe care le așteaptă clienții. Punctele de contact ale clienților (stakeholderilor) trebuie cunoscute foarte bine pentru a-i putea convinge să accepte soluțiile propuse. Furnizorii serviciilor de îngrijire medicală trebuie să fie capabili să privească dincolo de comportamentul consumatorului său de serviciul de îngrijire medicală specific achiziției produsului.

Profitul și creșterea notorietății organizației sanitare apar numai după ce au fost înțelese doleanțele pacienților, după ce le-au fost identificate nevoile și după ce le-a fost oferit ceea ce au dorit. Acest lucru poate fi pierdut cu ușurință 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 împărtășească această dorință de a asculta, de a dezvolta și de a furniza informații, prezente la fiecare nivel al unei organizații. [55]

Experiența clienților se concentrează pe elemente reale, constatate direct: atitudinea și comportamentul personalului medical, existența unor medicamente indispensabile, calitatea și modernitatea echipamentelor și aparaturilor medicale, așternuturi curate și alte lenjerii, precum și camere potrivite pentru fiecare pacient.

Este bine cunoscut faptul că strategiile construite pe baza feedback-ului consumatorilor au mai multe șanse de succes decât cele bazate pe intuiția 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 selecției, care depinde de analiza structurală a pieței, de poziția companiei pe piață (image, comunicare de marketing), de produs și de dezvoltarea serviciilor. În ciuda faptului că marketingul modern se concentrează pe strategii (mixuri de marketing) care dau un impuls vânzărilor și atragerii de noi clienți, cea mai eficientă armă de apărare a unei companii este menținerea clientelei. Cea mai eficientă metodă de a atinge acest obiectiv este să îi asiguri clientului o satisfacție majoră, iar acest lucru va duce la un proces îmbunătățit de fidelizare a clienților. În acest context, trebuie menționate părerile a doi autori prestigioși care consideră că managementul relației cu clienții reprezintă cea mai importantă etapă din strategia companiei. În acest sens, ei au analizat cele patru procese esențiale în procesul de management al clienților: selectarea clienților, achiziția, reținerea și creșterea/dezvoltarea. Acest lucru se datorează faptului că relația presupune menținerea unui contact pe termen lung cu clienții, mulțumită unei abordări proactive care integrează în mod strategic cele patru procese – tratând fiecare proces individual – și astfel, mărind valoarea clientului și valoarea creației în general. [56]

Dacă pacientul este mulțumit de serviciul primit, care se află în concordanță cu așteptările sale, va rămâne loial furnizorului de servicii de asistență medicală, care a aplicat, în acest caz, strategii de

marketing adecvate (a îmbunătățit calitatea serviciilor; a îmbunătățit sistemul de diferențiere a serviciilor în comparație cu cele ale competiției, a îmbunătățit distribuția și diferența de imagine, a crescut productivitatea serviciului și a motivat personalul pentru a veni în ajutorul clienților). Este mult mai probabil ca pacienții satisfăcuți în totalitate să devină pacienți loiali, chiar avocați sau PR pentru furnizorii serviciilor de îngrijiri de sănătate. În ciuda faptului că organizațiile din sistemul de sănătate investesc sume enorme de bani și efort în programele de fidelizare, în cele mai multe cazuri nu reușesc să construiască strategii credibile de fidelizare a pacienților. Principalele metode prin care ele pot verifica satisfacția pacienților și loialitatea acestora fac referire la: înțelegerea factorilor care pot conduce firma la eșec, concentrarea pe problemele controlabile, gestionarea așteptărilor pacienților, oferirea unor garanții de satisfacție, implementarea unui program simplu de depunere a plângerilor, crearea unor programe de relație, transformând programul de măsurare a satisfacției pacienților într-o prioritate în curs de desfășurare.

Măsurarea loialității pacienților și dezvoltarea unei strategii de fidelizare a acestora sunt două elemente cheie care garantează succesul organizației. Organizația care înțelege și gestionează loialitatea pacienților va fi cu un pas înainte în fața competiției. Este foarte important să se găsească cele mai bune strategii pentru dezvoltarea loialității acestora. [55]

Experiența pozitivă a pacienților vine de la companiile care arată că le pasă de clienți.

Considerăm că două din cele mai importante lucruri pentru asigurarea unei experiențe memorabile, care să se întipărească în mintea pacienților, sunt: un produs sau serviciu foarte bun, care se conectează cu ei din punct de vedere emoțional și satisface o nevoie stringentă sau o dorință și înțelegerea profundă a pacienților, un proces ce îi permite companiei de asistență medicală să anticipeze nevoile corecte ale pacienților și să le satisfacă în cel mai scurt timp posibil.

Pentru a îmbunătăți experiența pacienților, companiile care activează în domeniul serviciilor de asistență medicală sunt sfătuite să urmeze câteva inițiative-cheie (reguli) [57]

- reacționarea la feedback;
- proiectarea proceselor din exterior în interior;
- acționează ca și cum ai fi singura organizație care asigură consistența serviciilor;
- fiți deschiși;
- personalizați serviciile și experiențele serviciilor de asistență medicală;
- efectuarea unor schimbări în atitudinea și comportamentul companie;
- implementarea unei experiențe complete a clientului.

Devine din ce în ce mai evident faptul că acele companii care doresc să aibă succes, dar chiar și cele care doresc să supraviețuiască, au nevoie de un nou mod de a gândi: succesul final aparține

celor care vor așeza pacienții în centrul activității și astfel îi vor oferi o valoare superioară. Aceste companii se vor concentra să creeze proprii lor pacienți, nu doar produse și servicii de asistență medicală.

5.2. Managementul experienței pacientului

Se depun eforturi din ce în ce mai mari pentru creșterea profiturilor pe căile sigure ale îmbunătățirii procesului de orientare către pacienți, printr-o mai bună înțelegere a interacțiunilor cu ei sau a touchpoint-ului. Numit „Managementul Touchpoint-ului Clientului” (MTC), scopul principal al acestei noi mișcări este să îmbunătățească experiențele clientului, și, prin urmare, să îmbunătățească relațiile cu acesta. Prin procesul de îmbunătățire a relațiilor cu clientul organizațiile de asistență medicală cresc cota pe piață, vânzările și loialitatea și susținerea atât a clientului cât și a angajatului. [55]

Un touchpoint înglobează tot procesul de comunicare, interacțiunile umane și fizice pe care clienții le experimentează în timpul ciclului relațional cu o organizație de servicii de asistență medicală. Touchpoint-urile sunt importante, deoarece clienții își formează părerile despre organizația de asistență medicală și despre brand, bazându-se pe cumulum lor de experiențe în domeniu. Organizațiile orientate către MTC știu că pot întări relațiile cu clienții serviciilor de asistență medicală prin îmbunătățirea touchpoint-urilor în întreg sistemul organizațional.

Cheia succesului în oferirea unor experiențe remarcabile clienților este îmbunătățirea calității și a consistenței touchpoint-urilor: calitate în ceea ce privește întrunirea nevoilor și consistență în satisfacerea și interpretarea lor. Iar cheia pentru îmbunătățirea calității și consistenței touchpoint-urilor este stabilirea unor standarde specifice acestora și punerea lor în aplicare, îmbunătățirea calității și a consistenței touchpoint-urilor, sporirea experienței clientului serviciilor de asistență medicală.

Aceste standarde formează procesul de management al experienței clientului (pacientului) din sectorul serviciilor de asistență medicală.

Stabilirea unor standarde duce la performanța așteptărilor. Angajații trebuie să înțeleagă care sunt standardele pentru a-și îndeplini sarcinile consistent. În lipsa standardelor calitatea touchpoint-urilor este lăsată la latitudinea unui singur angajat. Cu alte cuvinte, fără standarde prestabilite, calitatea experienței clientului poate ajunge pe mâna celui mai slab pregătit angajat al firmei.

Ținând cont de aceste lucruri, putem defini Managementul Experienței Clientului drept un efort susținut pentru a îndeplini anumite scopuri prin îmbunătățirea calității și consistenței interacțiunilor cu clienții, sau a touchpoint-urilor. Utilizând această strategie, o companie de servicii de asistență medicală poate avea avantaje importante precum: experiențe pozitive constante din partea clienților, dobândirea diferențierii față de alte companii, fidelizarea clienților și referințe din partea acestora.

5.3. Valoarea pentru pacient

Un specialist în psihologie, Martin H. Fischer, spunea că: „pacientul nu este interesat de cunoștințele științifice ale medicului, ceea ce vrea el să știe este dacă medicul îl poate vindeca”. În livrarea de îngrijire a sănătății, valoarea pentru pacient poate fi înțeleasă doar la nivelul condițiilor medicale, aceasta:

- depinzând preponderent de maniera de livrare a serviciului în condițiile date;
- rezultând din setul complet de activități și specializări implicate (nu contează rolurile individuale, abilitățile sau funcțiile, ci rezultatul general);
- fiind determinată pentru fiecare aspect al îngrijirii de armonizarea abilităților și funcțiilor necesare. [3]

În chirurgie, de exemplu, valoarea depinde nu numai de chirurg, ci și de anestezist, asistente medicale, radiolog, tehnicieni abilitați etc. toți 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 acuratețe problema acestuia; acesta nu este pregătit în mod adecvat; refacerea și reabilitarea pacientului nu sunt conduse corespunzător. Impactul ciclului de îngrijire poate fi mai mare, fără intervenție chirurgicală și tratând cazul într-un mod diferit sau chiar și mai mare, dacă sunt furnizate îngrijire preventivă și monitorizare în timp așa încât să nu mai fie necesar un tratament chirurgical.

Prin urmare, afacerea relevantă în livrarea de îngrijire a sănătății este condiția medicală văzută peste ciclul complet de îngrijire. S-a preferat termenul de “condiții medicale” (acestea reprezintă unitatea analitică de bază pentru gândirea despre valoare în îngrijirea sănătății și sunt centrate pe pacient și nu pe furnizor), mai degrabă decât boli, îmbolnăviri sau alte circumstanțe ale pacientului, pentru că s-a considerat că termenul este mai general. Definirea setului potrivit de condiții medicale în jurul cărora să organizezi îngrijirea sănătății, apreciază Porter, implică uneori judecăți cum ar fi unde să începi și să sfârșești ciclul de îngrijire. [1]

Nu trebuie uitat niciodată că ultimul arbitru în definirea adecvată a condiției medicale este valoarea pentru pacient (fiecare furnizor trebuie să definească apoi clar și explicit setul de condiții medicale în care participă, fiecare dintre aceste condiții fiind localizate în ciclul de îngrijire; apoi urmează conceperea unei strategii, organizarea livrării îngrijirii și evaluarea rezultatelor).

Pe de altă parte însă, cercetarea rezultatului clinic necesită o dezvoltare și o mai bună integrare cu îngrijirea pacientului. După cum definirea afacerii implică întotdeauna o componentă geografică, un furnizor trebuind să înțeleagă piața geografică sau aria de serviciu pe care trebuie să concureze (chiar dacă unele servicii trebuie să fie furnizate local, piața relevantă pentru majoritatea condițiilor medicale trebuie să fie regională sau chiar națională). Vulnerabilitatea în fața concurenței crește dacă nu se au în vedere aceste aspecte, cu atât mai mult cu cât se ratează oportunitățile de creștere și de formare de parteneriate de-a lungul pieței geografice.

Porter considera că:

- stabilirea serviciilor care vor fi livrate constituie probabil strategia fundamentală pentru fiecare furnizor (acesta trebuind: să aleagă setul de condiții medicale în care poate realiza adevărata excelență în termeni de valoare pentru pacienți, ținând cont de mixul lui particular de pacient, abilități și alte circumstanțe; să decidă ce rol va juca în ciclul de îngrijire a sănătății și ce servicii să ofere pentru a asigura rezultatele generale ale pacientului);
- parte a alegerii strategice a liniilor de servicii constă în potrivirea complexității și acuității condițiilor diagnosticate și tratarea acestora cu abilitate (dacă nu poți să oferi servicii de rutină sau simple la un cost competitiv, atunci nu le oferi; dacă nu ai experiența și capacitățile să oferi rezultate excelente, nu oferi servicii complexe și neuzuale).

Problema esențială în afaceri constă în concentrarea pe produse și servicii care creează valoare unică, ceea ce presupune în cazul spitalelor și altor furnizori de îngrijire a sănătății o schimbare semnificativă în materie de gândire a tratării pacientului care-ți trece pragul. Martin H. Fischer spunea, de altfel, că: *„unicul element care lipsește 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 sănătății, argumentează Porter, nevoia pentru alegere strategică a serviciilor a fost evitată din cauza lipsei de informație și a lipsei de contabilitate a rezultatelor. Concentrarea strategică nu înseamnă însă o specializare îngustă, ci urmărirea excelenței și penetrarea profundă a domeniilor alese. De altfel, semnificative dezbateri [58] privind dezvoltările în materie de marketing au conturat și formularea ca “viitorul real al marketingului este în contabilitate” (Alexander Black, de la Chicago Business Consulting Group Inc., cu ocazia Conferinței “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 și interdependentă), ci maximizarea profiturilor prin creșterea valorii clientului pe termen lung.

5.4. Competiția la nivelul condiției medicale

Competiția în materie de valoare pentru consumatorul de sănătate presupune ca furnizorii de sănătate să îmbrățișeze o serie de imperative strategice și organizaționale (redefinirea afacerii în jurul condițiilor medicale; alegerea gamei și tipurilor de servicii furnizate; organizarea unităților de practică medicală integrată; crearea unei strategii distincte în fiecare unitate de practică; măsurarea rezultatelor, a experienței, a metodelor și a atributelor pacienților pe unitate de practică; trecerea la facturi unice și noi abordări de stabilire a prețurilor; prestarea de servicii de piață bazate pe excelență, unicitate și rezultate; creșterea locală și geografică în zone de puncte tari). S-a constatat că un număr în creștere de furnizori au început să se adreseze mai multor imperative, sunt însă foarte puțini 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 pacienți (Profesorul Porter recomanda celor care simt disconfort la utilizarea noțiunii de afacere să recurgă la înlocuitorul “linii de serviciu” – facilități între sistemul de distribuție și punctul de livrare către client). Este foarte important să se înțeleagă acest lucru, care orientează gândirea organizațională despre: cine este clientul, ce nevoi se încearcă să se întâlnească, cum este creată valoarea pentru client (alinierea viziunii organizației despre valoare cu valoarea actuală este o condiție pentru performanța excelentă), cum ar trebui să organizeze.

O definiție mai largă a afacerii de „îngrijire a sănătății” agreată de experții în politica de sănătate i-a condus la favorizarea sistemelor de sănătate mari, exprimându-și convingerea că sănătatea este cel mai bine organizată combinând livrarea de asigurare și îngrijire de sănătate într-un sistem de linie completă integrat vertical. Există și furnizori (incluzând majoritatea practicilor medicale) care definesc afacerea lor în raport cu funcții specifice sau specializări (anestezie, nefrologie, medicină internă, radiologie, urologie, chirurgie etc.).

Michael Porter consideră că ambele definiții, prevalente în materie de îngrijire a sănătății, reprezintă obstacole pentru crearea valorii, fiind centrate pe medic, procedură sau instituție și nu pe pacient, nealiniat cu modul în care este creată acum valoarea.

Dacă este corect plasată în îngrijirea sănătății, concurența poate reduce costurile, îmbunătăți performanța medicului și crea mai bune rezultate pentru pacient [59]. În momentul de față, în țările dezvoltate, în confruntarea cu realitatea că sistemul de îngrijire a sănătății nu este aliniat să conducă valoarea pentru pacient, s-a dat startul competiției în a deveni mai eficient, în a obține o mai mare satisfacție a pacientului, în a te simți mai mândru, ca practician al îngrijirii sănătății, de ceea ce faci. Se consideră că guvernele pot face mai mult prin modificarea și dezvoltarea politicilor cheie și în mod particular în domeniul informației de rezultate și al îndepărtării impedimentelor restrictive și nenesare pentru concurență.

Dezbateri de specialitate, care au avut loc în toamna anului 2006, la nivelul OECD, [60] au permis desprinderea unor aspecte semnificative, cum sunt:

- rolul concurenței în oferta serviciilor spitalicești: mecanismele de piață pot ajuta la reducerea costurilor ofertei de servicii spitalicești (fondurile limitate alocate îngrijirilor de sănătate pot avea un mai mare impact), introducerea acestor mecanisme fiind pe deplin compatibilă cu un acces larg și echitabil la îngrijirile de sănătate;
- condițiile prealabile necesare aranjării mecanismelor de piață: sprijinul financiar de care beneficiază un spital trebuie să fie legat de numărul de pacienți tratați și de tratamentele propuse (spitalele să fie incitate să trateze mai mult pacienții); contractul selectiv trebuie să fie autorizat (cumpărătorii de servicii spitalicești să nu fie obligați să cumpere servicii la toate spitalele; spitalele oferind servicii de nivel mai înalt pentru un nivel de finanțare dat să poată să primească mai mulți pacienți); alți furnizori posibili trebuie să fie prezenți și trebuie să aibă capacitatea de a absorbi volumele crescânde de pacienți (eliminându-se puterea de monopol); trebuie să fie adunate informații suficiente pentru a judeca cu precizie serviciile furnizate de spitale (incluzând indicatorii calității îngrijirilor);
- eterogenitatea serviciilor spitalicești: anumite servicii spitalicești beneficiază de mai multă concurență decât altele și aceasta nu vine în mod necesar din partea spitalelor. Serviciile de sănătate, incluzând serviciile spitalicești, combină caracteristici neobișnuite care pot antrena cheltuieli excesive dacă s-ar adopta o abordare de piață totalmente liberă;
- efect diferit al concurenței pentru spitalele din zonele rurale și pentru serviciile extrem de complexe: spitalele nu sunt toate susceptibile de a beneficia în mod egal de forțele pieței;
- restricțiile anticoncurențiale în utilizarea mâinii de lucru: o mai mare flexibilitate pentru anumite sarcini poate îmbunătăți mult productivitatea personalului;
- mobilitatea și alegerea consumatorilor: atunci când listele de așteptare sunt lungi este recomandabilă adoptarea principiului „banii urmează pacientul” (contribuie la reducerea listelor de așteptare și la creșterea producției);
- politica de concurență aplicată spitalelor: introducerea mecanismelor de piață necesită ca puterile publice să acorde atenție structurii de piață (prin controlul fuziunilor) și coordonării între furnizori (prin măsuri de luptă contra înțelegerilor anticoncurențiale).

Se impune astfel conceperea unor planuri adecvate (și nu doar de a pune mai mulți bani în sistem) și de îngrijire de înaltă calitate a sănătății (evitând: diagnosticarea incorectă; erori de prescriere a medicamentelor; complicații nenecesare; eșecuri de tratamente etc.), pentru că îngrijirea sănătății este, punctează Porter, ceva special, foarte diferit mai ales astăzi când tratăm deja în mod virtual fiecare condiție medicală într-un anumit fel.

În majoritatea timpului, cea mai bună îngrijire de calitate a sănătății a însemnat și îngrijirea cu costul cel mai scăzut, rațiunea fiind că atunci când pacientul rămâne sănătos sau se face sănătos mai repede rezultă costurile cele mai scăzute (dacă este pus un diagnostic corect eviți tratamentul nenecesar/irosit și costurile merg în jos; la fel în cazul evitării greșelilor sau al chirurgiei excelente care permite pacientului să meargă acasă mai curând ș.a.m.d.). Ceea ce este important, prin urmare, este ca modul în care conduci costurile în jos în materie de îngrijire a sănătății să permită conducerea în sus a calității serviciului. Porter argumentează că singura cale care funcționează în această privință este măsurarea rezultatelor [3] (dincolo de concentrarea pe metode sau procese de îngrijire a sănătății), ceea ce implică:

- crearea competiției în materie de rezultate la nivelul condiției medicale;
- depășirea stării de teamă că informația poate fi utilizată în procesul de mal practică (depășirea fazei de a presupune că un rezultat rău înseamnă că practicianul nu și-a făcut bine datoria);
- înțelegerea faptului că este posibil să faci ajustări sofisticate pentru a reduce riscul pacientului;
- îmbunătățirea procesului de măsurare a rezultatelor este benefică pacienților.

Raționamentele expuse vin, de altfel, pe fondul creșterii preocupării de căutare a unor noi metode și noi modele pentru reducerea risipei și îmbunătățirea eficienței (“Accountable Marketing is the new rulebook for that new world” [61]).

Mișcarea de calitate în îngrijirea sănătății este considerată astăzi un pas binevenit în direcția corectă, dacă se concentrează pe rezultate. Deplasarea pacienților către furnizorii de excelență în adresarea către condiția medicală reprezintă un stimulent puternic, care alimentează ciclul virtuos de îmbunătățire a valorii din volum și experiență.

Sunt imperios necesare planuri de sănătate care să integreze toate nevoile de sănătate individuale, în condițiile existenței concurenței atât la nivelul furnizorilor, cât și al condiției medicale. Un sistem bazat pe valoare pentru pacient, evidențiază Porter, ține planul de sănătate separat de furnizor (separă planul de sănătate de furnizor), iar furnizorii concurează la nivelul condiției 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 și standarde pentru diseminarea rapidă a înregistrărilor medicale electronice pentru toți 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 soluție pentru problema livrării de îngrijire a sănătății (automatizarea proceselor de livrare a îngrijirii curente va avea beneficii limitate; în același timp trebuie ținut cont că mai sunt multe de făcut pentru a îmbunătăți în mod radical valoarea fără înregistrări electronice complete).

O altă problemă deosebită în materie de îngrijire a sănătății este cea a asigurării medicale pentru cei neasigurați, 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-și plăti costurile dacă se îmbolnăvesc. Asigurarea obligatorie și cea universală trebuie să meargă împreună, cu subsidii pentru cei care au nevoie. Asigurarea universală este însă și ea doar un mijlocitor pentru soluție, nu soluția. Singura soluție la problemele de îngrijire a sănătății, apreciază Porter, este îmbunătățirea dramatică a valorii obținute pentru banii pe care-i cheltuim.

Îngrijirea sănătății, concluzionează Michael Porter, reprezintă o coproducție a medicului și pacientului. Neparticiparea pacientului înseamnă limitarea a ceea ce medicul poate să îndeplinească, ca atare pacientul sau se angajează sau suportă consecințele. Chiar și angajatorii, din ce în ce mai mulți, încep să conștientizeze aceasta situație și solicită angajaților participarea la evaluarea riscurilor de sănătate și la managementul îmbolnăvirilor.

Pentru o întâlnire în mod eficace cu nevoile clienților serviciilor de îngrijire a sănătății, este necesară dobândirea abilităților de marketing și înțelegerea pacienților, identificându-le dorințele și nevoile și construind încrederea, care va determina acceptarea soluțiilor propuse într-o optică europeană (vizând îmbunătățirea securității sănătății cetățenilor, generarea și diseminarea cunoștințelor în materie de sănătate, promovarea sănătății pentru a îmbunătăți prosperitatea și solidaritatea), în strădania (efortul) de a oferi: un răspuns eficient la amenințările la adresa sănătății, un ajutor pentru prevenirea bolilor, o creștere a cooperării între sistemele de sănătate pentru adaptarea la aspectele cheie din sănătate, ca și la cele care pot apărea în mod neașteptat și care necesită atenție urgentă.

Schimbarea din lumea medicală necesită într-adevăr menținerea unui sens al direcției, acționând la momentul potrivit, iar acum – în contextul în care înalta calitate a serviciilor de îngrijire a sănătății, răspunzând așteptărilor clienților sistemelor de sănătate, constituie o prioritate recunoscută pentru cetățenii Europei – a sosit momentul recurgerii la marketing ca noua metodă pentru identificarea oportunităților de inovare în prestarea serviciilor de îngrijire a sănătății. În fond,

suntem în plin proces de aplicare a noii Strategii Europene privind Sănătatea, care vizează servicii de sănătate sigure, de înaltă calitate și eficiente.

BIBLIOGRAFIE:

1. Popa F., Purcarea Th., Ratiu MP, Purcarea VL. - **Current Challenges for Healthcare Services and the Opportunities Created by Marketing Abilities** - Journal of Medicine and Life, vol1, No1, January-March 2008, "Carol Davila"University Press
2. Smedescu I. – **Marketing** - Editura Universitară, București, 2005
3. Popa F., Purcarea Th., Ratiu MP, Purcarea VL - **Marketingul serviciilor de îngrijire a sănătății** - Editura Universitară "Carol Davila", București.
4. Purcarea AA - **Marketing, definitii, clasificari,scheme** - Editura IVEX, 2002
5. Bnell V., citat în Florescu C. (coordonator) – **Marketing** - Editura Marketer, București, 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, București, 1999
8. Florescu C. (coordonator), Balaure V., Boboc Ș., Cătoi I., Olteanu V., Pop, N.A. **Marketing** - Editura Marketer, București, 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 pratique du marketing** Editions J Delmas, Paris, 1971

13. Ries Al., Trout, J. **Marketingul ca război** Editura Antet, București, 1997
14. Purcarea V.L., Gheorghe C., Gheorghe R., Radu A. **Marketing-note de curs**- Ed.Universitară "Carol Davila", București, 2010
15. McKitterick John B. – **What is the Marketing Management Concept** American Marketing Association, Chicago, 1957, citat în Rațiu MP
16. Ghibuțiu Agnes – **Serviciile și dezvoltarea. De la prejudecăți la noi orizonturi**, Editura Expert, București, 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. Rațiu Monica Paula – **Marketingul serviciilor. Abordare teoretică și instrumentală** Editura ProUniversitaria, București, 2006
20. Cristureanu Cristiana – **Economia imaterialului: tranzacțiile internaționale cu servicii** Editura All Beck, București, 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 clienți – temelia afacerii de succes** Editura Economică, București, 2001
24. Zaiț Adriana – **Marketingul serviciilor** Editura Sedcom Libris, Iași, 2002
25. Ioncică Maria, Minciu Rodica, Stănciulescu Gabriela – **Economia serviciilor** Editura Uranus, București, 1997

26. Purcarea V.L. - **Managementul sistemului informational spitalicesc** Editura Universitară "Carol Davila, București, 2007
27. Drucker Peter F. – **Realitățile lumii de mâine** Editura Teora, București, 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, București, 2004
31. Kotler Ph. – **Managementul marketingului** Editura Teora, București, 2005
32. Grönroos 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, București, 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 satisfacției oferite de calitatea serviciului prestat (I)** în: „Monitorul Comerțului Românesc”, nr. 9-10/1994
36. Mincă DG, Marcu MG. - **Sănătate Publică și Management sanitar** - Ed.Universitară „Carol Davila”, Bucuresti, 2004
37. Rădulescu V - **Marketingul serviciilor de sănătate** - Editura Uranus, București, 2008
38. Purcărea Th., Marinescu R. – **Marketing. Pregătirea drumului către competitivitate** Editura Expert, București, 2001
39. Kotler Ph. – **Principiile marketingului** Editura Teora, București, 2005
40. Purcarea Th, Ratiu M,P.- **Comportamentul consumatorului - o abordare de marketing** Ed.Universitară „Carol Davila”, București, 2007.

42. Niculescu, M., Lavalette, G. - **Strategii de creștere** - Editura Economică, București, 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 și studii de caz** Editura Uranus, Bucuresti, 2004.
45. Olteanu Valerică – **Marketingul serviciilor. Teorie și practică** Editura Uranus, București, 2002
46. Balaure V. (coord.) – **Marketing** Editura Uranus, București, 2004
47. Purcarea Th.– **Marketing. Inovație și alternativă** Editura UTM, Chișinău, 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** Editura Universitară "Carol Davila", București, 2007
50. Purcarea VL (coordinator) - **Managementul proiectului de accesare a fondurilor structurale ale uniunii europene** - Ed. Universitară "Carol Davila" București, 2007
51. Miron Dumitru, Folcuț Ovidiu – **Economia integrării europene** Ed. Universitară, 2008
52. Pelkmans Jacques – **Integrare europeană. Metode și analiză economică** Ediția a doua, Pearson Education Limited, 1997, 2001, Institutul European din Romania, 2003
53. Purcărea Th - **Economistul la ora dezbaterii reale** în Convorbiri Economice, Clubul Economiștilor Brașoveni, 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 Customers**, 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