Coordonator:
Prof. Dr. Cristian Vlădescu

SĂNĂTATE PUBLICĂ
ŞI
MANAGEMENT SANITAR

Cartea™ Universitară
Bucureşti 2004

Autori:

Prof. Dr. Cristian Vlădescu
Sef de lucrari Dr. Sorin Ursoniu
Sef de lucrari Dr. Virgil Ciobanu
Dr. Adina Bucur
Dr. Radu Ion
Dr.Aurora Dragomiristeanu
Dr.Dana Farcasanu
Dr. Emanuil Stoicescu
Dr.Daniela Valceanu
Dr. Paul Radu
Dr. Mona Moldovan
Dr. Cassandra Butu
Ec. Constanta Mihaescu-Pintia
Dr. Silviu Radulescu
Dr. Victor Olszavsky
Dr. Mihai Vasile

Editura Cartea Universitară
Str. Prof. Ion Bogdan, nr.11 A, sector 1, Bucureşti
Tel: 021-211 01 54, Fax: 021-211 58 47
Email:cartea.universitara@pcnet.ro
www.carteauniversitara.ro

Editură acreditată de Ministerul Educaţiei şi Cercetării prin Consililul Naţional al Cercetării Ştiiţifice din Învăţământul Superior

Descriere CIP a Bibliotecii Naţionale a României
VLĂDESCU, CRISTIAN
Sănătate publică şi management sanitar /
Cristian Vlădescu. – Bucureşti : Cartea Universitară, 2004
Bibliogr.
ISBN 973-731-073-X

614
65.012.:614

ISBN

CUPRINS

Cuvânt Înainte..... 7

PARTEA I
NOȚIUNI FUNDAMENTALE DE SĂNĂTATE PUBLICĂ

CAPITOLUL I
RELAȚIA DINTRE SĂNĂTATE-BOALĂ ȘI
ÎNGRIJIRILE DE SĂNĂTATE..... 11
Performanța sistemelor de îngrijiri de sănătate..... 16
CAPITOLUL II
METODE EPIDEMIOLOGICE IN SĂNĂTATEA PUBLICĂ..... 19
I. Principiile generale ale cercetărilor clinice..... 19
A. Tipuri de studii..... 19
B. Scop..... 19
C. Principiile de proiectare a unui studiu..... 19
D. Principii folosite în evaluarea datelor studiului..... 21
II. Proiectarea unor studii..... 21
1. Studii observaționale..... 21
2. Studii experimentale..... 30
Strategii privind alegerea: când și ce metodologie se utilizează..... 34
Meta-analiza..... 34
Erori potențiale în studiile epidemiologice..... 35
III. Screeningul..... 37
CAPITOLUL III
ANCHETA MEDICO-SOCIALĂ..... 45
I. Problematica socială și medico-socială în sănătatea publică..... 45
II. Tipuri de abordare..... 45
III Etapele realizării unei anchete sociale..... 46
IV. Metode de administrare a chestionarului..... 46
V. Etapele realizării unui chestionar..... 47
VI. Alte metode de culegere a datelor..... 49
VII. Formele de anchetă medico-socială..... 51
VIII. Asistență socială..... 52
CAPITOLUL IV
NOTIUNI DE DEMOGRAFIE..... 54
1. Istoric și definiție..... 54
2. Teorii asupra populației..... 55
3. Tranziția demografică..... 60
4. Statica populației..... 60
5. Dinamica populației..... 66
6. Durata medie de viață..... 78
MORBIDITATEA..... 78
DEZVOLTAREA FIZICĂ..... 82
CAPITOLUL V
PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII ȘI EDUCAȚIA PENTRU SĂNĂTATE..... 84
1. Promovarea sănătății..... 84

2. Educaţia pentru sănătate 86
APENDIX NR.1
GLOSAR DE TERMENI FOLOSIŢI ÎN PROMOVAREA SĂNĂTĂŢII..... 100
APENDIX NR.2
PROIECTAREA UNUI PROGRAM DE PROMOVARE A SĂNĂTĂŢII..... 101
CAPITOLUL VI
ETICĂ MEDICALĂ ŞI DREPTURILE PACIENŢILOR..... 103
I. Context general..... 103
II. Etica medicală: teorii, principii, reguli şi judecăţi..... 105
III. Analia etică..... 109
IV. Utilizarea resurselor limitate şi triajul medical..... 110
V. Cercetarea medicală şi învăţământul medical..... 112
CAPITOLUL VII
MEDICINA BAZATA PE DOVEZI SI GHIDURILE DE PRACTICA..... 124
I. Introducere..... 124
II. Ce înţelegem prin Medicină Bazată pe Dovezi ?..... 124
III. De ce avem nevoie şi de simţ clinic şi de dovezi ştiinţifice?..... 125
IV. Necesitatea apariţiei MBD..... 127
V. Etapele practicării MBD..... 130
VI. Moduri de practică a MBD..... 146
VII. Aspecte etice ale Medicinii Bazate pe Dovezi..... 146
CAPITOLUL VIII
STAREA DE SĂNĂTATE IN ROMANIA..... 148
I. Morbiditate..... 151
II. Determinanţii stării de sănătate..... 152
CAPITOLUL IX
SĂNĂTATEA PUBLICĂ SI INTEGRAREA EUROPEANĂ..... 154
I. Libera circulaţie a specialiştilor în Uniunea Europeană..... 157
II. Cadrul legal---------- 158
III. Medicii generalişti---------- 159
IV. Specialiştii---------- 160
V. Măsuri de protecţie---------- 160
VI. Directivele în vigoare---------- 160
VII. Implicaţiile pentru asistenţa medicală---------- 161
VIII. Aquisul comunitar---------- 162

PARTEA A II-A
POLITICI ŞI SISTEME DE SĂNĂTATE

CAPITOLUL X
POLITICA DE SANATATE VERSUS POLITICA INGRIJIRILOR DE SANATATE---------- 169
CAPITOLUL XI
POLITICA ŞI PLANIFICAREA SANITARĂ: DEFINIŢIE, PROCES SI ACTORI---------- 175
CAPITOLUL XII
TENDINŢE IDEOLOGICE ŞI GRUPURI DE INTERESE ÎN POLITICILE SANITARE---------- 206
I. Raţionalizarea serviciilor de sănătate---------- 212

CAPITOLUL XIII
STATUL ŞI SECTORUL SANITAR..... 221
CAPITOLUL XIV
DESCENTRALIZAREA LA NIVELUL SISTEMELOR SANITARE: FORME ŞI MECANISME DE IMPLEMENTARE..... 229
1. Deconcentrarea..... 232
2. Devoluţia..... 233
3. Delegarea..... 234
4. Privatizarea..... 235
CAPITOLUL XV
TIPOLOGII ŞI CARACTERISTICI ALE SISTEMELOR DE SĂNĂTATE..... 239
1. Modelul cu plată voluntară – "Din buzunar"..... 239
2. Modelul de asigurare obligatorie cu integrare între furnizare şi asigurare..... 244
CAPITOLUL XVI
FINANŢAREA SERVICIILOR DE SĂNĂTATE..... 254
Opţiunea 1 – Finanţarea de la bugetul de stat..... 255
Opţiunea 2 – Asigurări private de sănătate..... 258
Opţiunea 3 – Asigurări sociale de sănătate..... 261
Opţiunea 4: Plata directa de către consummator..... 263
Alte modalităţi de colectare a fondurilor pentru finanţarea serviciilor de sănătate..... 268
1. Managed care..... 268
2. Concurenţa dirijată ("managed competition")..... 269
3. Depozite bancare de economii pentru sănătate..... 270
4. Mecanisme de alocare a resurselor: ramburs are şi remunerare..... 270
Structura sistemelor de plată..... 272
Alocarea resurselor orientată către populaţie..... 273
Mecanisme de plata..... 277
Plata per serviciu..... 277
Plata bazată pe diagnostic..... 280
Capitaţia..... 283
Bugetul global..... 283
Salariul..... 283
Plata după timpul lucrat..... 284
Principalele consecinţe ale diferitelor mecanisme de plată..... 284
Principii de realizare a sistemelor de plată..... 285
CAPITOLUL XVII
COMPONENTE DE BAZA IN POLITICA MEDICAMENTULUI..... 289

PARTEA A III-A
MANAGEMENT SANITAR

CAPITOLUL XVIII
MANAGEMENT GENERAL..... 301
I. Introducere în management..... 301
II. Managementul ca un sistem..... 301
III. Funcţiile managementului..... 302
IV. Rolurile manageriale..... 303
V.Managementul organizaţional..... 314

VI. Managementul echipei –componentă a managementului culturii..... 323
VII. Managementul flexibilității..... 324
VIII. Managementul timpului de lucru..... 325
IX. Managementul schimbării..... 326
X. Managementul proiectelor..... 334
XI. Evaluarea – concepte şi metode..... 340
XII. Evaluarea interrelațiilor dintre componentele unui program de sănătate..... 346
CAPITOLUL XIX
MANAGEMENTUL RESURSELOR UMANE..... 353
I. Locul managementului de resurse umane în cadrul organizației..... 353
II. Procesul de planificare a resurselor umane..... 358
III. Recrutarea şi selectarea resuselor umane..... 361
IV. Angajarea..... 366
V. Integrarea profesională..... 367
VI. Pregătirea profesională..... 367
VII. Dezvoltarea resurselor umane..... 371
VIII. Remunerarea..... 384
IX. Lucrul în echipă într-o organizație..... 388
CAPITOLUL XX
COMUNICAREA MANAGERIALĂ..... 390
I.Introducere..... 390
II. Conceptul de comunicare şi aplicabilitatea sa la nivelul unei organizații din sectorul sanitar..... 390
III. Concluzii..... 406
CAPITOLUL XXI
NEGOCIEREA ŞI MANAGEMENTUL CONFLICTELOR..... 408
I. Tipurile fundamentale de negociere..... 409
II. Stilurile de negociere..... 412
III. Atitudinea față de conflict în procesul de negociere..... 413
IV. Argumentarea pozițiilor de negociere..... 414
VII. Managementul conflictelor..... 418
CAPITOLUL XXII
MANAGEMENTUL CALITĂȚII..... 420
I. Conceptul de calitate..... 420
II. Ipostazele calității..... 420
III. Definirea calității îngrijirii..... 421
IV. Managementul calității serviciilor medicale..... 421
CAPITOLUL XXIII
PRINCIPII DE ECONOMIE SANITARA PENTRU MANAGERI 444
I. Introducere în economia sanitară..... 444
II. Sistemul pieței libere..... 444
III. Piața îngrijirilor de sănătate..... 448
IV. Cumpărarea şi contractarea serviciilor..... 451
V.Evaluarea economică a îngrijirilor de sănătate..... 454
Bibliografie..... 460

Cuvânt Înainte

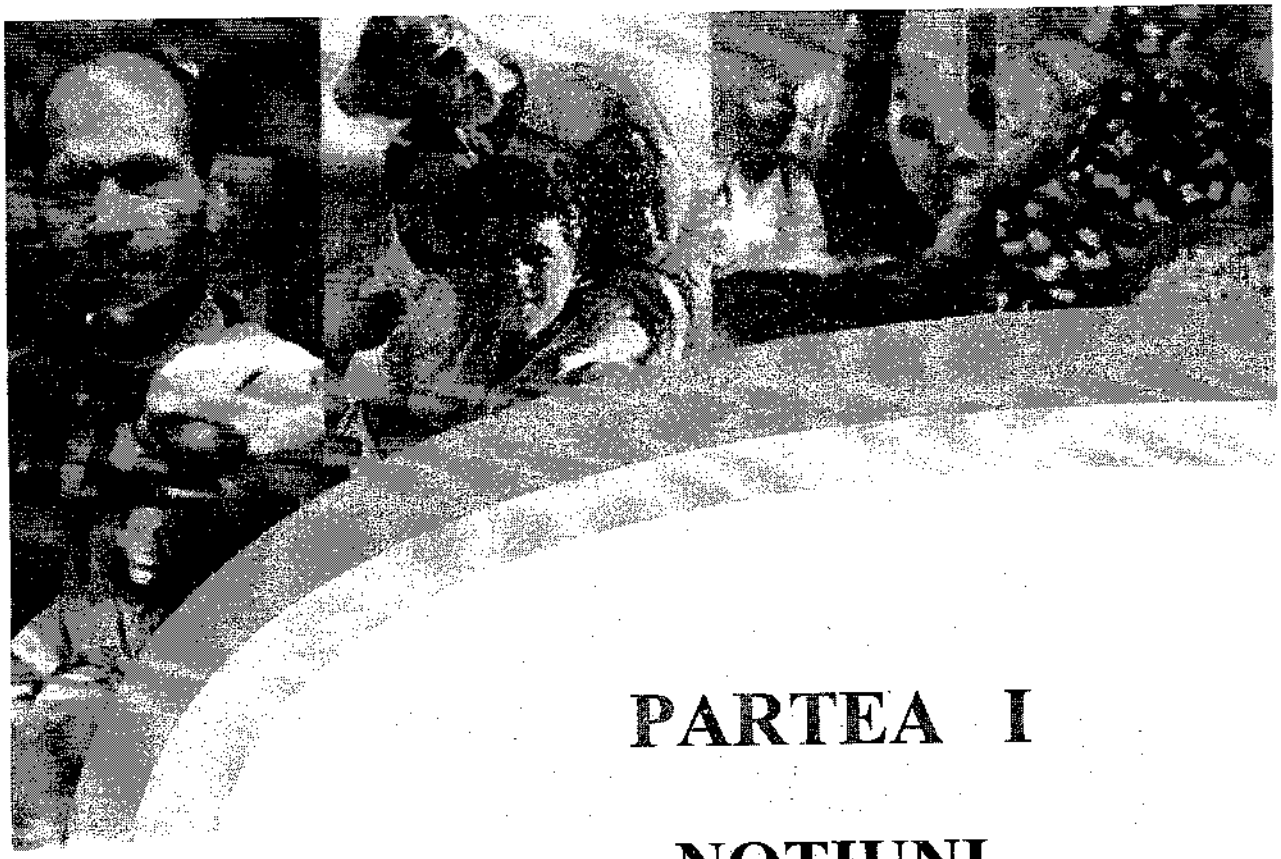
Sănătatea publică este un concept a cărui semnificaţie a evoluat de-a lungul timpului de la preocuparea strictă asupra controlului bolilor infecţioase, sănătăţii mediului, ocrotirii sănătăţii grupelor defavorizate şi educaţiei pentru sănătate la o abordare comprehensivă a stării de sănătate a populaţiei.

Prezentul manual ia în considerare conceptul cunoscut sub denumirea de "noua sănătate publică" care se referă, conform definiţiei lui Frenk (1993) la "identificarea nevoilor de sănătate şi organizarea de servicii de sănătate comprehensive la nivel populaţional, incluzând astfel procesul de informare în vederea caracterizării stării de sănătate a populaţiei şi mobilizarea resurselor necesare pentru a interveni asupra acestei stări. Deoarece esenţa sănătăţii publice este starea de sănătate a populaţiei, aceasta include organizarea personalului şi a unităţilor medicale în vederea furnizării tuturor serviciilor de sănătate necesare pentru promovarea sănătăţii, prevenirea bolilor, diagnosticarea şi tratamentul bolilor şi reabilitarea fizică, socială şi profesională".

Pe parcursul manualului sunt trecute in revista atat notiunile fundamentale clasice ale sănătătii publice, i.e. epidemiologie, demografie, promovarea sănătătii si educatia pentru sănătate, determinantii starii de sănătate, cat si aspecte legate de concepte care au inceput sa fie considerate parte a noii sănătati publice din ultima parte a secolului trecut, precum managementul serviciilor de sanatate, medicina bazata pe dovezi sau politicile sanitare. Un capitol separat este dedicat explicarii implicatiilor aderarii Romaniei la Uniunea Europeana, din punctul de vedere al sanatatii publice; avand in vedere faptul ca acesta este, dupa stiinta noastra, prima incercare de acest fel in cadrul invatamantului medical romanesc, capitolul respectiv se doreste mai mult o introducere in tematica vasta a implicatiilor apartenentei la UE, cei interesati urmand a putea intra in mai multe detalii (si) pe baza referintelor bibliografice. In fine, cum scopul invatamantului medical in general si al celui legat de disciplina de sanatate publica in particular, este de a fi inteles si apoi aplicat intr-un anumit context specific, un capitol separat este alocat prezentarii principalilor indicatori ai starii de sanatate din Romania.

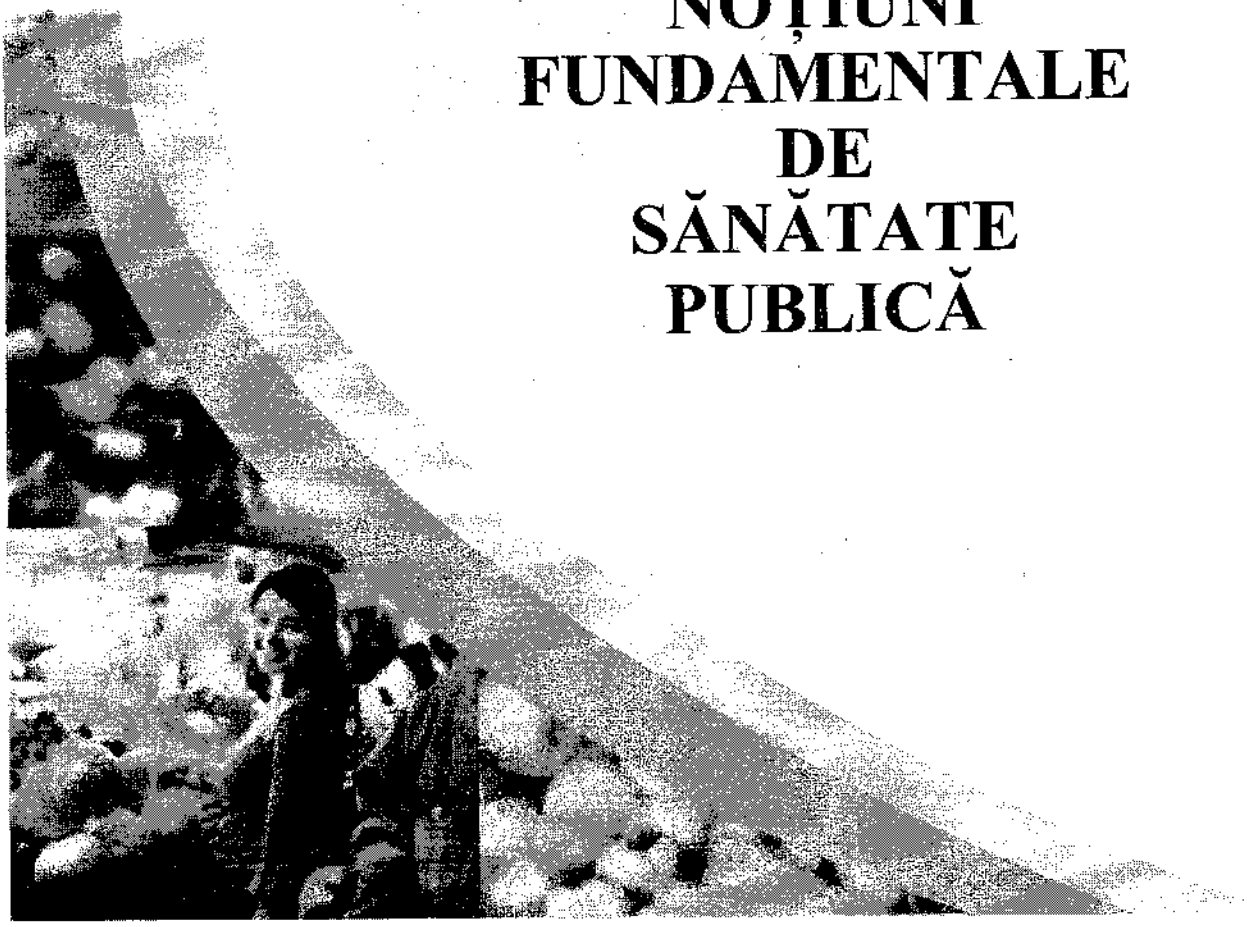
Prezentul manual se doreste a fi util atat studentilor din invatămantul universitar medical general, cat si celor care urmează diferite forme de invătamant postuniversitar, in care sanatatea publica este obiect de studiu, de la cursurile de educatie medicala continua si masterate pana la doctorate.

Prof. Dr. Cristian Vlădescu,
Medic Primar în Sănătate Publică şi Management
Şeful Disciplinei de Sănătate Publică, U.M.F. Victor Babes, Timişoara



PARTEA I

NOȚIUNI FUNDAMENTALE DE SĂNĂTATE PUBLICĂ



CAPITOLUL I

RELAȚIA DINTRE SĂNĂTATE-BOALĂ ȘI ÎNGRIJIRILE DE SĂNĂTATE

Analiza sistemelor şi politicilor de sănătate publica are la bază înțelegerea noțiunilor de sănătate şi boală, precum şi a relației acestora cu îngrijirile de sănătate şi alți factori care le influențează. Motivația acestui exercițiu este dată atât de interesul pe care starea de sănătate sau boală le prezintă pentru individ, colectivitate sau societate în ansamblu cât şi de volumul ridicat al resurselor pe care societățile moderne le alocă producerii de îngrijiri de sănătate, percepute ca având o influență mare asupra sănătății.

Organizația Mondială a Sănătății definea în urmă cu peste 50 de ani sănătatea ca "bunăstare completă fizică, psihică şi socială, şi nu doar absența bolii sau handicapului". Abordarea OMS are meritul de a surprinde caracterul pozitiv şi parțial subiectiv al conceptului de sănătate. Această abordare reflectă percepția conform căreia sănătatea reprezintă mai mult decât simpla înşiruire a unor negații – absența unor stări nedorite, definite în mod obiectiv ca boli de către experți. Principalul dezavantaj al definiției OMS este lipsa de specificitate – pe de o parte se şterge limita dintre intervenții şi politici în domeniul sănătății şi ansamblul politicilor bunăstării, pe de altă parte se amestecă atribute individuale, fizice şi psihologice, ale sănătății, cu condiții sociale, care sunt mai curând factori determinanți ai sănătății. De asemenea, este surprins numai un pol al unui continuum de înțelesuri ale noțiunii de sănătate, care se întinde de la definiția atotcuprinzătoare a OMS până la simpla absență a unor stări biologice indezirabile – boală, durere, incapacitate, moarte. În fine, definiția OMS pune probleme din punct de vedere al aplicării practice – chiar dacă au devenit disponibile în ultimele trei decenii unele instrumente de măsurare ale dimensiunilor pozitive ale sănătății, există posibilități mult mai mari şi mai puțin costisitoare de a valorifica informații de morbiditate şi mortalitate pentru fundamentarea politicilor de sănătate. Chiar şi în cele mai bogate societăți, aspectele negative ale sănătății vor mai rămâne încă pentru mult timp principalul obiect al intervențiilor din domeniul sănătății. În acelaşi timp însă, creşte importanța definirii, măsurării şi influențării sănătății din perspectiva percepției subiective a indivizilor şi a capacității funcționale, influențate atât de elemente biologice obiective cât şi de percepții.

Oricare ar fi nivelul de definire al sănătății, este important să se diferențieze această discuție de problema factorilor determinanți ai sănătății. Tendința de a restrânge definiția sănătății la dimensiunile negative, de absență a bolii, asociată cu succesele înregistrate începând cu mijlocul secolului XIX de demersul "ştiințific" de investigare aplicat în medicină, au conferit serviciilor medicale un rol primordial în aplicarea practică a metodelor bazate pe noile descoperiri.

Impactul major asupra combaterii bolii, avut de introducerea antisepsiei, vaccinurilor, terapiei antibiotice şi chimioterapiei a susținut generalizarea concepției că îngrijirile medicale reprezintă principalul instrument de îmbunătățire a stării de sănătate. Succesul medicinei ştiințifice în reducerea frecvenței şi consecințelor multor boli sau chiar eliminarea unora dintre ele, în special din categoria bolilor transmisibile, a servit ca bază pentru influența enormă, intelectuală şi instituțională, pe care furnizorii de servicii de sănătate au reuşit să o exercite asupra restului societății, în țările dezvoltate economic, în special după al doilea război mondial. În acea perioadă lumea medicală domina dezbaterea în legătură cu ceea ce se înțelege prin sănătate şi modul în care poate fi îmbunătățită aceasta. Influența viziunii medicalizate asupra sănătății a legitimat alocarea unei proporții în creştere din avuția societăților către serviciile de sănătate. Rolul societății în ansamblu, al instituțiilor statului în special, rămânea în acest context doar acela de a pune la dispoziția medicinei ştiințifice triumfătoare suficiente resurse materiale pentru a aduce întreaga societate la starea de sănătate ideală. Acest triumf este exprimat între altele prin creşterea proporției din produsul intern brut alocate serviciilor de sănătate – în majoritatea țărilor OECD de la 3-5% la începutul anilor 60 la 6-10% la începutul anilor 80.

În mod paradoxal însă, succesul extraordinar al medicinei ştiinţifice atât în privinţa îmbunătăţirii stării de sănătate cât şi pe plan economic, a provocat o reexaminare critică, mai atentă a influenţei serviciilor medicale asupra sănătăţii. Evenimentele cele mai importante care au provocat tranziţia la ceea ce unii autori (APC, 94) denumesc etapa "medicinei contestate" au fost următoarele:

- Incapacitatea serviciilor medicale curative de a stăvili singure decesele şi incapacitatea datorată "epidemiei" bolilor netransmisibile, cronice, în special bolile cardiovasculare şi cancerul. Aceste boli au trecut în ultima jumătate de secol în prim-planul tabloului morbidităţii şi mortalităţii în ţările cu o economie dezvoltată, în care stăpânirea bolilor transmisibile, cauzatoare de decese la vârste tinere, precum şi îmbunătăţirea condiţiilor de viaţă în general au dus la o prelungire semnificativă a duratei vieţii. Creşterea frecvenţei şi impactului acestor boli a devenit foarte evidentă, contrar aşteptărilor factorilor de decizie şi ale populaţiei, aproximativ în aceeaşi perioadă (în special anii 60) în care în ţările cu o economie dezvoltată a crescut cel mai rapid volumul resurselor financiare, umane şi materiale pentru servicii medicale, care se presupunea că vor "învinge" bolile şi decesele premature.
- Constrângerile macroeconomice provocate de şocurile petroliere de al începutul anilor '70 – aceste şocuri au stopat sau au încetinit expansiunea economică înregistrată până atunci de economiile din OECD şi CAER, expansiune pe fondul căreia fusese posibilă până atunci şi creşterea relativ rapidă a proporţiei din resursele societăţii alocate sănătăţii.
- Evoluţia demersului ştiinţific, prin apariţia rezultatelor unor studii care demonstrau existenţa unor factori diverşi (de mediu, comportamentali, genetici, sociali) în legătură cauzală cu declanşarea unor boli. Exemplele cele mai notabile sunt legate de rolul fumatului în apariţia cancerului bronhopulmonar şi afecţiunilor cardiace ischemice sau de intervenţia hipercolesterolemiei şi hiperglicemiei (determinate de comportamentul alimentar sau de factori genetici), consumului de sare, exerciţiului fizic în etiopatogenia afecţiunilor cardiovasculare.
- Acumularea rezultatelor unor studii asupra eficacităţii, eficienţei şi variabilităţii serviciilor medicale. Acestea studii au arătat că uneori tratamente utilizate în practică nu obţin rezultatele pe care se presupune că ar trebui să le obţină, că rezultate similare în privinţa îmbunătăţirii stării de sănătate pot avea costuri foarte diferite şi că frecvenţa multor intervenţii diagnostice sau terapeutice diferă sensibil între diferite regiuni. Diferenţele observate sunt mult mai mari decât cele care ar putea fi explicate de diferenţe de structură sau morbiditate a populaţiei şi reflectă cel mai probabil incertitudinea existentă în numeroase situaţii asupra practicii medicale optime (Wennberg). Unul dintre întemeietorii curentului "medicinei bazate pe dovezi" (evidence based medicine) aprecia că la nivelul mijlocului anilor '80 numai aproximativ 15% dintre procedurile diagnostice şi terapeutice curente aveau la bază evaluări ştiinţifice robuste metodologic. Aceasta nu înseamnă că restul procedurilor nu dau rezultate, sunt dăunătoare sau risipesc resurse, ci numai că nu există suficiente date care să susţină sau dimpotrivă să respingă aceste posibilităţi.

Toate acestea au dus la reconsiderarea relaţiei dintre serviciile medicale şi sănătate, precum şi la elaborarea unor noi modele pentru înţelegerea relaţiilor diferitelor categorii de factori cu starea de sănătate.

Primul exemplu de fundamentare a unei strategii de sănătate pe un model care să recunoască influenţa majoră asupra sănătăţii a altor factori în afară de serviciile medicale, a apărut în 1974, în documentul "O nouă perspectivă asupra sănătăţii canadienilor", mai bine cunoscut ca Raportul Lalonde (după numele ministrului canadian al sănătăţii de la acea vreme). Modelul conceptual susţinut de acest raport de referinţă a propus clasificarea determinanţilor sănătăţii în patru categorii: comportamente, mediu, biologia umană şi îngrijiri de sănătate (fig.1.1)

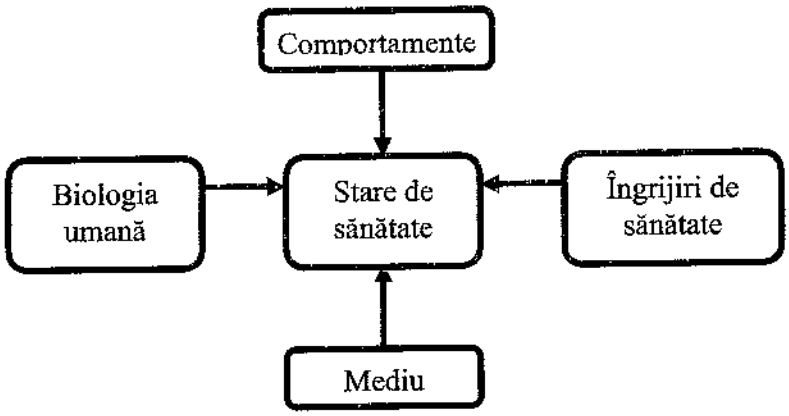


Figura 1.1 Modelul celor patru categorii de determinanţi ai stării de sănătate

Acest model impune o diferenţiere între sistemul de sănătate şi sistemul îngrijirilor de sănătate. Dacă prin sistem de sănătate se înţelege ansamblul elementelor şi relaţiilor care influenţează starea de sănătate a indivizilor şi populaţiilor (fig.1.2), sistemul îngrijirilor de sănătate reprezintă doar un subsistem al acestuia, cuprinzând ansamblul resurselor umane, materiale, financiare, informaţionale şi simbolice utilizate în combinaţii variabile pentru a produce îngrijiri şi servicii care au ca scop îmbunătăţirea sau menţinerea stării de sănătate. Diferenţa dintre starea de sănătate prezentă şi cea ideală, dezirabilă, reprezintă o nevoie de intervenţie.

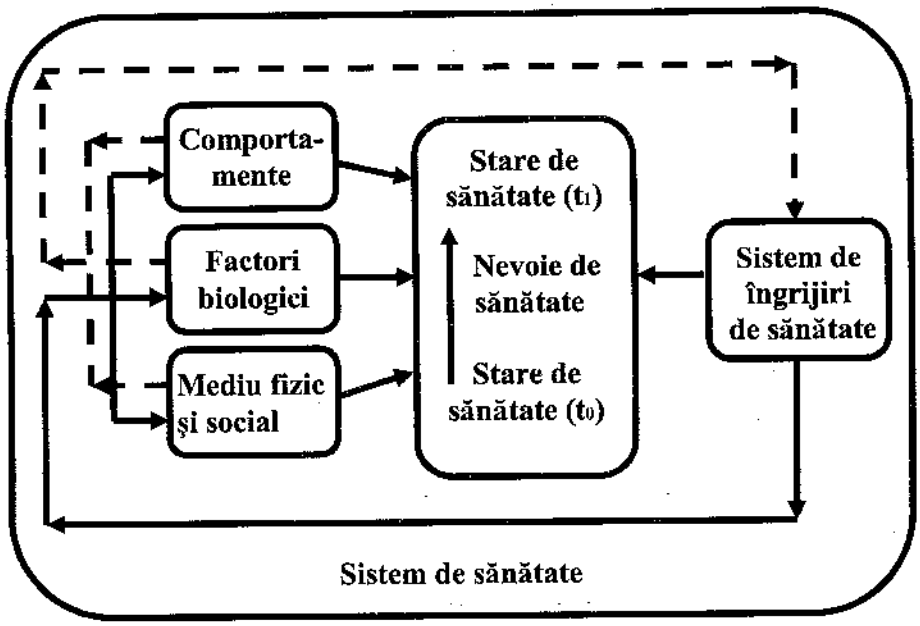


Figura 1.2 Distincţia sistem de sănătate – sistem de îngrijiri de sănătate

Modelul celor patru categorii de factori a reprezentat un evident progres în înțelegerea relațiilor care influențează sănătatea și în fundamentarea unor noi tipuri de intervenții, medicale și nemedicale. Argumente epidemiologice cantitative, care atribuie cea mai mare influență potențială în îmbunătățirea stării de sănătate modificării factorilor comportamentali, urmați de cei biologici, de mediu și abia apoi de organizarea îngrijirilor medicale (Dever 1975), au motivat intervenții care au permis încetinirea creșterii sau chiar reducerea frecvenței unor boli sau a consecințelor acestora. Succese în reducerea numărului de decese premature și incapacității au fost înregistrate de exemplu în ultimii 20-30 de ani pentru bolile cardiovasculare, unele forme de cancer sau accidente în multe țări dezvoltate economic și pot fi explicate într-o mai mică măsură de progresele intervențiilor medicale curative, rolul modificării comportamentelor fiind cel mai important.

Totuși, acest model atribuie în continuare un rol dominant sistemului de îngrijiri de sănătate, care rămâne instrumentul principal pentru tratarea unor "boli" definite într-un sens mai larg: comportamente nesănătoase (fumat, consum excesiv de grăsimi de origine animală) sau factori biologici (nivel ridicat al colesterolului). O asemenea focalizare excesivă asupra unor factori individuali, care justifică intervenții ale unor servicii de sănătate mai sofisticate adresate individului, susținute eventual și de campanii de educație întreprinse de instituții din domeniul sănătății publice, tinde însă să abată atenția și eforturile de la influența pe care o au activitățile marilor corporații sau programele economice și sociale ale guvernelor asupra stării de sănătate. Încercarea de a încadra strict în patru categorii cauzele mortalității, morbidității sau utilizării serviciilor de sănătate este simplistă și a fost criticată (Gunning-Schepers 1987).

Un model actual al sistemului de sănătate, care reflectă mai bine înțelegerea prezentă a determinanților sănătății, bazată pe rezultatele studiilor celor mai recente este prezentat în Figura 1.3.

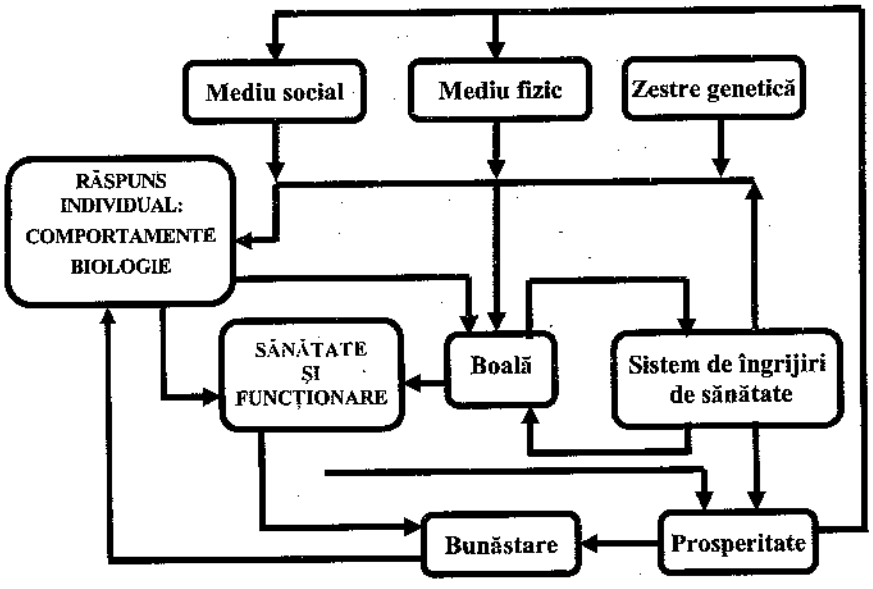


Figura 1.3 Modelul actual al sistemului de sănătate

Acest model face în primul rând diferența între boală (recunoscută și tratată de sistemul îngrijirilor de sănătate) și sănătatea și funcționarea adecvată (resimțite de individ). Această distincție permite încadrarea în model a situațiilor în care suferința percepută de indivizi (și de familii sau grupuri cărora aceștia le aparțin) nu corespunde întrutotul bolii, așa cum este ea recunoscută de furnizorii de îngrijiri. Bolnavi foarte asemănători din punct de vedere al profesionistului – care judecă mai ales din punct de vedere al parametrilor biologici, prognosticului sau tratamentului – pot diferi foarte mult în privința modului și intensității cu care resimt simptomele, sunt afectați de boală sau le este limitată capacitatea de a funcționa în diferite roluri sociale. Nici una dintre interpretări nu poate fi redusă la cealaltă, nici una nu este mai corectă, ele servind scopuri diferite. Clinicianul urmărește în ultimă instanță fundamentarea unei intervenții, pacientul este interesat în cele din urmă de impactul bolii asupra vieții sale, impact care depinde numai parțial de intervenția medicală.

O a doua diferență față de modelul precedent este recunoașterea faptului că o bună stare de sănătate nu reprezintă singurul scop dezirabil al existenței, ci doar o componentă a bunăstării în sens general. Diferențierea stării de sănătate – resimțită de pacient ca lipsa bolii, a incapacității, handicapului sau a unor simptome îngrijorătoare, precum și existența unei capacități depline de a funcționa – de noțiunea de bunăstare în general, depășește limitarea definiției OMS, care este atât de cuprinzătoare încât poate fi propusă drept țel pentru orice activitate umană, nu doar pentru politicile de sănătate. Această diferențiere permite încadrarea situațiilor în care tratarea bolii sau îmbunătățirea sănătății intră în competiție cu alte intervenții care cresc bunăstarea, recunoscând că alocarea de resurse tot mai multe pentru servicii de sănătate poate să aibă dincolo de un anumit punct influențe nefavorabile asupra bunăstării în ansamblu. Modelul surprinde și competiția pentru resurse între servicii de sănătate și intervenții asupra altor factori cu efect favorabil asupra sănătății, cum ar fi programele de asistență socială (venit minim garantat) sau de îmbunătățire a calității mediului fizic.

Modelul actual grupează diferit determinanții sănătății. Se adaugă conceptul esențial de răspuns individual (al gazdei), care include înțelesul epidemiologic clasic, dar reprezintă mai mult decât acesta. Comportamentul nu mai este văzut în acest model ca un factor independent, care ar ține doar de libera alegere a individului, caz în care individul ar putea fi blamat și făcut responsabil pentru alegerea unor comportamente nesănătoase. Comportamentul este considerat un răspuns individual la factori de mediu, în special de natură socio-economică. Presiunea grupului social din care face parte individul sau mijloacele economice de acesta care dispune, pot condiționa în mare măsură "alegerile individuale" în privința comportamentelor. De asemenea, modelul propune o reinterpretare a categoriei "factori biologici" ca răspuns biologic individual la factori de mediu social și fizic pe un anumit fond de receptivitate determinată genetic. Este demonstrată influența evenimentelor din mediul social, procesate de sistemul nervos, asupra funcționării sistemului imun sau endocrin, care la rândul lor fac individul mai vulnerabil sau mai rezistent la agenții declanșatori ai multor boli.

Acest model sugerează și mecanismele care ar putea explica creșterea spectaculoasă a speranței de viață în unele societăți contemporane, chiar dacă ele cheltuiesc relativ puțin pentru servicii de sănătate (Iglehart, 1988). În cazul Japoniei de exemplu, există un înalt nivel de autoapreciere și încredere la nivel individual și colectiv, bazate pe o creștere economică susținută, însoțită de o creștere a veniturilor individuale, distribuite relativ echitabil marii majorități a membrilor societății, care au astfel posibilitatea unei existențe aducătoare de tot mai multe satisfacții. Validitatea modelului este susținută și de situația opusă, înregistrată în țările Europei Centrale și de Est, care au rămas tot mai mult în urma Europei de Vest în privința speranței de viață după 1970. Insatisfacția și pesimismul generalizat, determinate de contraperformanțele economice și limitarea libertăților individuale ar putea explica în acest model deteriorarea stării de sănătate din aceste țări,

mai mare decât cea atribuibilă diferenţelor legate de factori comportamentali sau de mediu mai nefavorabili (Hertzman, 1992, 1990).

Modelul actual al sistemului de sănătate poate constitui o bază pentru dezvoltarea unor politici de sănătate care să aibă în vedere complexitatea relaţiilor între factorii care influenţează sănătatea, multitudinea intervenţiilor posibile şi echilibrul care trebuie găsit în privinţa resurselor alocate acestor intervenţii. Un demers strategic bazat consecvent pe acest model ar reprezenta însă o desprindere semnificativă de la practica politicilor de sănătate din prezent, care sunt în cea mai mare parte politici ale serviciilor de sănătate, concentrate aproape exclusiv pe relaţia "îngrijiri de sănătate – boală" şi care susţin în cel mai bun caz unele intervenţii asupra principalilor factori de risc pentru afecţiunile majore.

Performanţa sistemelor de îngrijiri de sănătate

Diferitele tipuri de valori reprezintă fundamentul pentru definirea dimensiunilor diferite folosite pentru evaluarea performanţei sistemelor de îngrijiri de sănătate.

Eficienţa tehnică: Aceasta consideră că indiferent ce producem, trebuie s-o facem cu costuri minime. Aceasta implică folosirea unor resurse (medici, asistente, medicamente şi echipamente) într-o combinaţie eficientă, având în vedere ce avem de plătit pentru ele. *Toţi* consecvenţialiştii sunt în favoarea acestui lucru, de vreme ce este necesar să obţinem cel mai mare impact pentru dolarul cheltuit, indiferent cum măsurăm acest impact.

Cost-eficacitate: Aceasta consideră că ar trebui să combinăm aceste servicii produse eficient de o manieră care să mărească la maxim un anumit indice al stării de sănătate a populaţiei. Acesta este în mod clar un criteriu utilitarian obiectiv.

Eficienţa alocativă: Aceasta este de fapt o alternativă la cost-eficacitate provenită din domeniul ştiinţelor economice. Este un criteriu utilitarian subiectiv. El spune că ar trebui să folosim resursele pentru a produce acele bunuri care vor satisface în cea mai mare măsură dorinţele individului, bazate pe propriile lui gusturi şi preferinţe.

Echitatea sectorului de sănătate: Acesta este un criteriu care derivă din liberalismul egalitarian. Acesta susţine că efectele (starea de sănătate) sau produsele (utilizarea îngrijirilor de sănătate) sau oportunităţile (de cele mai multe ori numite acces) ar trebui să fie corect distribuite. Cărui aspect i se acordă atenţia, şi cât de egală (sau inegală) este o distribuţie pentru a fi percepută ca fiind satisfăcătoare, depinde de punctul de vedere etic specific fiecărei persoane.

Cost/sustenabilitate economică: Acesta este de asemenea un criteriu consecvenţialist, dar unul care introduce în discuţie atât rezultatele din afara sferei sănătăţii cât şi cele de sănătate. Acest criteriu susţine că trebuie să avem în vedere posibilitatea că şi un sistem cost-eficace şi eficient poate fi prea costisitor şi de aceea să nu poată fi susţinut economic. Aceasta poate fi o problemă legată de ceea ce va susţine sistemul politic sau economic, dar este şi o problemă de ceea ce are sens, date fiind costurile de oportunitate ale operării sectorului de sănătate la un nivel dat.

Echitate economică: Se referă la distribuţia poverii finanţării sectorului de sănătate. Observaţi că teorii diferite duc la diferite păreri legate de ceea ce este echitabil. Utilitarienii susţin finanţarea sectorului într-un mod care minimizează impactul total asupra bunăstării. Liberalii spun să ne asigurăm că finanţarea este dreaptă. Comunitarienii vor să fie respectate normele comunităţii. Atâta vreme cât parte a finanţării este suportată de către indivizi din propriile buzunare, echitatea include şi protejarea oamenilor de riscul pierderilor mari prin partajarea riscului îmbolnăvirilor grave.

Calitatea: Calitatea constă de fapt în două probleme distincte. Una ar fi calitatea tehnică. Cât de bine funcţionează sistemul din punctul de vedere al luării de decizii şi al deprinderilor legate de oferirea îngrijirilor? Al doilea aspect al calităţii este calitatea serviciului – incluzând accesibilitatea la servicii, nivelul facilităţilor, comoditatea şi felul în care pacienţii sunt trataţi. Observaţi că, în ambele sensuri, calitatea nu este gratuită. Mai multă calitate nu înseamnă întotdeauna mai bine. Problema este ce îşi poate permite o

societate? E de reţinut faptul că utilitarienii obiectivi sunt mult mai concentraţi asupra calităţii tehnice, în vreme cu utilitarienii subiectivi se preocupă mai mult de oferirea serviciilor pe care oamenii le doresc.

Eficienţa în sistemele de îngrijiri de sănătate

O alocare eficientă a resurselor îndeplineşte simultan următoarele trei cerinţe (Pauly, 1970; Culyer, 1985):

1) nu risipeşte resursele
2) produce fiecare rezultat cu un cost cât mai redus
3) produce tipurile şi cantitatea de rezultate pe care oamenii le valorizează cel mai mult.

Primele două cerinţe se referă numai la producţie; cel de al treilea introduce consumul, în acest fel aducând la un loc **cererea şi oferta** ca părţi ale schimbului de rezultate. (Conceptele de cerere şi ofertă sunt explicate în detaliu în capitolul de economie a sănătăţii).

Înainte de a discuta mai în detaliu înţelesurile noţiunii de eficienţă, merită să ne oprim pentru a reflecta asupra dimensiunilor problemei alocării resurselor pe care o au în faţă societăţile atunci când se iau în considerare implicaţiile resurselor limitate, competiţiei utilizatorilor pentru resurse şi nevoile şi dorinţele aflate în conflict. Acestea sunt ilustrate în figura 1.1 cu o referire specială la rolul îngrijirilor de sănătate şi al sănătăţii.

Figura 1.4 arată felul în care resursele pot fi folosite în moduri alternative pentru a "produce" servicii de îngrijire a sănătăţii, sănătate şi bunăstare generală. Conceptul de eficienţă şi înţelesurile sale discutate mai jos pot fi aplicate fiecăruia dintre acestea (Lavis şi Stoddart, 1994). Pentru că eficienţa este un concept instrumental, este întotdeauna necesar să specificăm clar rezultatul dorit sau ceea ce se produce.

În Figura 1.4 resursele pot fi folosite pentru o varietate de scopuri, împărţite aici în trei grupuri intitulate "servicii de îngrijire a sănătăţii", "alţi determinanţi ai sănătăţii" şi "alţi determinanţi ai bunăstării". Serviciile de îngrijiri de sănătate contribuie la bunăstarea generală prin intermediul efectului lor asupra sănătăţii, la fel cum fac şi alţi determinanţi ai sănătăţii cum ar fi educaţia, programele de securitate a veniturilor şi locurilor de muncă fără risc. Aceşti alţi determinanţi ai sănătăţii pot avea de asemenea un efect direct asupra bunăstării generale. Cea de a treia categorie, alţi determinanţi ai bunăstării, are în general numai efecte directe asupra bunăstării, deşi pot fi unele produse de consum – mâncarea, de exemplu – care pot afecta bunăstarea indirect printr-un efect şi asupra sănătăţii.

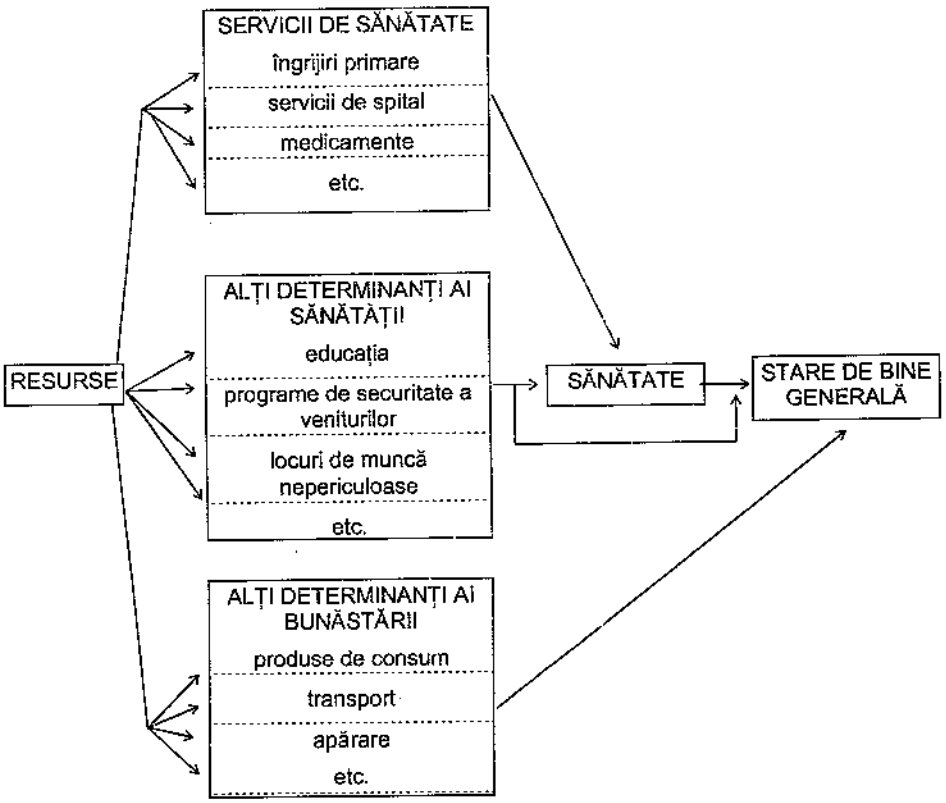


Figura 1.4 Dimensiunile problemei alocării resurselor unei societăți

CAPITOLUL II

METODE EPIDEMIOLOGICE IN SĂNĂTATEA PUBLICĂ

I. Principiile generale ale cercetărilor clinice

A. **Tipuri de studii**. Studiile clinice sunt deobicei de două tipuri:
   1. **Studiile observaționale** folosesc fenomene existente în încercarea de a înțelege aspecte ale sănătății sau bolii. În aceste studii investigatorul nu controlează nici populația, nici factorii la care aceasta este expusă.
   2. **Studiile experimentale** testează efectul unor intervenții asupra unui anumit aspect al sănătății sau bolii. În aceste studii, investigatorul controlează atât populația cât și factorii la care aceasta este expusă.

B. **Scop**. Scopul de bază al cercetărilor clinice este de a asigura progresul cunoștințelor referitoare la sănătate și boală. Prin natura lor, aceste studii necesită participarea oamenilor sau cel puțin analiza istoricului bolii. Obiectivele specifice ale studiilor medicale pot fi:
   1. **Evaluarea stării de sănătate sau a caracteristicilor clinice** ale unei populații bine definite sau unui grup de subiecți. Exemple:
      a. Stabilirea stării de imunizare a copiilor dintr-o comunitate.
      b. Stabilirea incidenței rabiei la nivelul unui județ.
   2. **Cercetarea istoriei naturale a bolilor**. Exemple:
      a. Evoluția clinică a retinopatiei diabetice în decursul unei perioade de urmărire de 10 ani.
      b. Urmărirea prognosticului la pacienții cu un nodul pulmonar solitar calcificat.
   3. **Analiza proceselor de luare a deciziei clinice**. Exemple:
      a. Stabilirea celor mai bune teste pentru screeningul și diagnosticul unui pacient cu un nodul pulmonar solitar și a ordinii folosirii acestora.
      b. Stabilirea celui mai bun test screening pentru glaucom în populația generală care să poată fi folosit de medicul de familie.
   4. **Determinarea și evaluarea rezultatelor tratamentului**. Exemple:
      a. Evoluția tumorii laringiene la pacienții cu neoplasm după radioterapie.
      b. Beneficiul tratamentului medical față de bypass-ul coronarian în tratamentul anginei pectorale.
   5. **Identificarea și evaluarea factorilor de risc**. Exemple:
      a. Incidența cancerului pulmonar la fumători comparativ cu nefumători.
      b. Probabilitatea cancerului colorectal la pacienții cu polipoză intestinală.

C. **Principiile de proiectare a unui studiu**.
   1. **Caracteristicile studiului** care sunt determinate de informațiile clinice ar trebui să includă:
      a. Stabilirea **tipului de studiu** care va fi folosit.
      b. Stabilirea **manierei în care studiul va fi condus**, inclusiv criteriile care vor fi folosite pentru selecția subiecților și pentru tratament, precum și modul în care vor fi colectate și analizate datele.
   2. **Punctele forte și limitele** unui studiu clinic sunt definite cu ajutorul metodologiei de studiu, care la rândul ei influențează validitatea și posibilitatea generalizării rezultatelor și a concluziilor.
      a. Fiecare studiu are anumite puncte forte și anumite slăbiciuni bine definite și recunoscute.
      b. Metodele folosite în cadrul unui studiu pentru selecția și tratamentul subiecților, colectarea datelor și analiza acestora pot să varieze foarte mult, mărind sau micșorând punctele forte.
   3. **Considerațiile metodologice majore** sunt importante în conducerea unui studiu, în special cele legate de selecția subiecților, strângerea datelor și analiza statistică.
      a. Selecția subiecților

(1) Este important să se ia în considerare dacă subiecții reprezintă sau nu populația țintă.
(2) Modul în care se face selecția subiecților este de asemenea important.
   (a) De exemplu, dacă selecția se face aleator, este important să se determine dacă toți subiecții eligibili au avut șanse egale de a fi incluși în studiu, cine a fost exclus, și cum cei care au fost excluși pot să difere de cei care au participat.
   (b) Dacă subiecții nu au fost selectați aleator, au fost criteriile de selecție suficient de obiective pentru a elimina o eroare sistematică?
(3) A existat un grup de control cu care să se compare rezultatele?

b. Colectarea datelor
(1) **Colectarea prospectivă a datelor** implică strângerea datelor după ce obiectivele și planul studiului au fost definite.
(2) **Colectarea retrospectivă a datelor** implică strângerea datelor din surse care au existat înainte ca obiectivele și planul studiului să fi fost definite. De obicei datele au fost strânse în cursul îngrijirilor medicale sau în alte studii statistice și acum sunt revizuite.
(3) **Metode de colectare a datelor**
   (a) Datele pot fi colectate **direct** prin examinarea pacienților sau **indirect** prin revizuire și sintetizare din evidențele primare (foi de observație).
   (b) Tratamentele pot fi standardizate pentru eliminarea influențelor posibile a erorii sistematice (bias).
   (c) Observațiile și rezultatele pot fi standardizate pentru a preveni eroarea sistematică.
   (d) Tratamentele și alte intervenții pot fi alocate aleator, adică pacienții să aibă șanse egale să aparțină oricărui grup de indivizi tratați.
   (e) Observatorii sau subiecții pot fi "mascați" sau "orbiți", pentru a fi siguri că observațiile și tratamentele sunt administrate fără a introduce o eroare sistematică.
   (f) Poate exista sa nu un lot de control cu care cu care să se compare rezultatele.

c. Analiza statistică
(1) **Numărul subiecților ar trebui să fie suficient de mare** pentru a genera suficientă putere statistică pentru a determina o diferență adevărată care ar fi putut să existe între grupurile care se compară. În caz contrar apare o **eroare de tip II (β)**, care reprezintă o greșeală de detectare a unei diferențe adevărate atunci când ea există, datorită faptului că eșantionul este prea mic.
(2) Ar trebui folosite **teste sau metode statistice potrivite**, bazate pe caracteristicile datelor colectate, inclusiv dacă distribuția variabilelor este normală (gaussiană) sau continuă sau discretă.
(3) Probabilitatea ca diferențele observate între două sau mai multe grupuri să fie întâmplătoare (adică să nu existe o diferență adevărată) ar trebui determinată. Detectarea unei diferențe atunci când ea nu există se numește **eroare de tip I (α)**.

4. Alte considerații în evaluarea metodologiilor de studiu cuprind:
a. **Limitele studiului** – toate studiile au limite; este important să se determine dacă aceste limite afectează validitatea cercetării și posibilitatea generalizării rezultatelor.
b. **Resursele** care sunt disponibile.
c. **Constrângerile etice** impuse.
d. **Populația** care în limite rezonabile se așteaptă să participe la studiu.
e. **Costurile și riscurile** care trebuie luate în considerare.

D. Principii folosite în evaluarea datelor studiului

1. **Eficacitatea** descrie efectul real al tratamentului sau intervenției în condiții ideale.
2. **Eficiența** descrie efectul real al tratamentului sau intervenției în condiții clinice sau în practica de rutină.
3. **Încrederea (siguranța)** descrie reproductibilitatea rezultatelor unui test.
4. **Validitatea** ne arată în ce măsură un test măsoară ceea ce trebuie să măsoare.
5. **Cauzalitatea** ne arată efectul direct. Necesită criterii cum sunt plauzibilitatea (admisibilitatea) biologică, reproductibilitatea, consistența, asociația temporală. Rareori pot fi definite cauza și efectul după un singur studiu.
6. **Eroarea sistematică (bias)** este o eroare făcută în mod sistematic și neintenționat. În studiile referitoare la efectele îngrijirilor de sănătate bias-ul poate să apară în urma unor diferențe sistematice între grupurile care se compară (selection bias), în legătură cu îngrijirea care este furnizată sau expunerea la alți factori decât cei interesați (performance bias), retragerea sau excluderea unor persoane care au făcut parte din studiu (attrition=uzură bias) sau datorită evaluării rezultatelor (detection bias). Mai există și un bias legat de publicare (publication bias) care rezultă din faptul că studiile cu rezultate pozitive au o probabilitate mai mare de a fi publicate.
7. **Sensibilitatea** unui test identifică corect pe cei pozitivi (cei cu adevărat bolnavi).
8. **Specificitatea** unui test identifică corect pe cei negativi (cei care sunt sănătoși).

Tipuri de studii	Denumire alternativă	Unitatea de studiu
Studii observaționale		
Studii descriptive		
Studii analitice:		
Ecologice	Corelaționale	Populații
Transversale	De prevalență	Indivizi
Caz-control	Caz-martor	Indivizi
Cohortă	De urmărire	Indivizi
Studii experimentale	*Studii de intervenție*	
Trialuri controlate randomizate	Trialuri clinice	Pacienți
Trialuri în teren		Oameni sănătoși
Trialuri comunitare	Studii de intervenție comunitare	Comunități

Tabel 2.1: Principalele tipuri de studii epidemiologice

II. Proiectarea unor studii

1. Studii observaționale:

a. Studii descriptive

- se limitează la descrierea apariției unei boli în rândul unei populații și reprezintă adesea primul pas în cadrul unei cercetări epidemiologice;
- descrierea stării de sănătate a unei comunități, bazată pe date care sunt disponibile în mod obișnuit sau pe date care se obțin în cadrul unei anchete speciale;

- nu încearcă să analizeze legăturile dintre expunere şi efect;

În cadrul epidemiologiei descriptive toate datele se strâng şi sunt descrise în funcţie de timp, spaţiu şi caracteristici individuale.

Criteriul timp: an, sezon, luni, zile etc., ne oferă posibilitatea cunoaşterii variaţiilor patologiei în timp. Astfel, trendul reflectă schimbări ale modelelor distribuţiei bolilor (deceselor) în evoluţia lor (frecvenţă în creştere, scădere, prăbuşiri sau vârfuri în evoluţie). Trendul se foloseşte şi pentru a face predicţii în legătură cu evoluţia viitoare a frecvenţei unor boli sau decese. Mai putem avea variaţii ciclice (evoluţii sinusoidale), mai ales în cazul bolilor infecţioase, precum şi evoluţii neaşteptate.

Criteriul spaţiu: zone geografice, ţări, regiuni etc., ne oferă posibilitatea cunoaşterii patologiei geografice. Prezintă interes pentru că este posibil să se identifice zone cu o frecvenţă neaşteptată a bolilor sau diferenţe între regiuni. Descrierea distribuţiei bolilor (deceselor) se poate face în funcţie de frontierele naturale (râuri, munţi, mări etc.) sau frontierele administrative.

Criteriul caracteristicilor individuale: vârstă, sex, profesie etc., ne ajută să grupăm datele în funcţie de aceste variabile. Măsurarea distribuţiei bolilor (deceselor) în funcţie de vârstă se face în optică transversală. Rezultatul este însă influenţat de efectul unor factori care acţionează asupra unor generaţii care, de fapt, compun populaţia investigată transversal. Prin efect de cohortă se înţelege efectul pe care-l poate exercita o generaţie asupra distribuţiei transversale pe grupe de vârstă al unei anumite caracteristici. De exemplu, dacă am măsura nivelul de cunoştinţe în optică transversală, am observa că nivelul intelectual scade o dată cu vârsta. Dacă am compara nivelul intelectual al persoanelor de 50-55 de ani de astăzi, cu cel al persoanelor de aceeaşi vârstă în urmă cu 10 ani şi cu cel din urmă cu 20 de ani, am constata că de fapt nivelul intelectual creşte. Acelaşi raţionament se aplică şi bolilor care sunt influenţate într-o proporţie importantă de factori ai mediului fizic şi social, cum este cazul tuberculozei. Deosebirea dintre sexe în ceea ce priveşte distribuţia bolilor sau deceselor se măsoară prin calcularea unor proporţii simple, indici de frecvenţă sau de structură, indice de masculinitate etc. Caracteristicile sociale personale sunt reprezentate de: locul naşterii, categorie socială, nivel de instruire, stare civilă, obiceiuri etc.

Prezentarea de caz – reprezintă un raport concis, obiectiv a caracteristicilor clinice sau a rezultatelor provenind de la un singur subiect sau eveniment. O astfel de prezentare poate să ridice aproape orice întrebare sau subiect clinic. Este folosită de obicei pentru a raporta evenimente neobişnuite sau neaşteptate sau afecţiuni sau caracteristici necunoscute ale acestora. (De exemplu, raportarea unui caz de focomelie la un nou născut a cărui mamă a luat thalidomidă în timpul sarcinii, ceea ce a dus ulterior la alte investigaţii).

În acest scop, prima dată trebuie identificat evenimentul. Colectarea datelor este în general retrospectivă. Nu se fac analize statistice şi nu se folosesc grupuri de comparare. Deşi pot fi trase puţine concluzii, prezentarea de caz asigură un prim raport a unor descoperiri neaşteptate, precum şi lansarea unor ipoteze care vor fi testate în studii ulterioare.

Seriile de cazuri – reprezintă un raport obiectiv al caracteristicilor clinice sau al rezultatelor aparţinând unui grup de subiecţi. Poate fi abordat orice subiect clinic, inclusiv rezultatele unui test screening sau ale unui tratament sau probleme legate de istoria naturală a unei boli. Totuşi, cel mai adesea este folosită pentru a descrie caracteristici clinice cum sunt semne şi simptome ale bolii sau evoluţia acesteia. (De exemplu, Gottlieb şi colaboratorii au descris în 1981 cazurile a patru bărbaţi care prezentau semnele unei forme rare de pneumonie, deschizând calea unor studii ulterioare care au dus la descoperirea SIDA).

Subiecţii trebuie identificaţi în legătură cu evenimentele clinice sau caracteristicile în cauză. Colectarea datelor poate fi retrospectivă sau prospectivă, dar nu se face comparaţia cu un grup de control. Rezultatele obţinute se compară de multe ori, în mod incorect, cu cele obţinute de alte studii similare. Datorită modului de selecţie şi absenţei grupului de control rezultatele nu pot fi generalizate, chiar dacă numărul de subiecţi este mare.

Rezultatele devin mai valoroase atunci când se folosesc serii consecutive de cazuri (toţi subiecţii eligibili) într-o anumită perioadă de timp.

b. Studii analitice:

- *studiile ecologice* sau corelaţionale compară frecvenţa unor evenimente care apar la grupuri diferite.

Se compară date şi se examinează corelaţiile în vederea emiterii unor ipoteze de asociere. (De exemplu, asocierea între un aport alimentar sporit în grăsimi şi creşterea apariţiei cancerului mamar este o ipoteză importantă care a apărut în urma unui studiu ecologic). Deoarece studiile ecologice compară grupuri şi nu indivizi, este necesară precauţia atunci când se trag concluziile şi se identifică asocierile.

Apariţia hazardului în interpretarea acestor studii se mai numeşte şi "eroarea ecologică". Aceasta este o eroare care apare atunci când se consideră că o asociaţie observată între variabilele existente într-un grup trebuie să existe şi la nivel individual. (De exemplu, o astfel de eroare a apărut în unele studii care au arătat existenţa unei corelaţii între calitatea apei potabile şi mortalitatea prin boli cardiovasculare).

Pe de altă parte, studiile ecologice sunt rapide, sunt uşor de efectuat, folosesc date disponibile şi generează sau susţin ipoteze noi.

- *Studiile transversale* – evaluează simultan expunerea şi efectele la nivelul unei populaţii. Măsoară prevalenţa bolii şi sunt denumite adesea studii de prevalenţă.

Această abordare reprezintă un pas important pentru evidenţierea dovezilor în cazul asociaţiilor cauzale. (De exemplu, cazul în care unor femei li s-a făcut un examen citologic în cadrul aceleiaşi examinări când s-a făcut o cultură pentru virusul herpetic. Dacă a existat o asociere semnificativă d.p.d.v. statistic între celulele cervicale premaligne şi evidenţierea virusului herpetic în culturi, această descoperire ar putea fi importantă în ceea ce priveşte o asociere cauzală. Totuşi, studiul transversal nu ne permite să decidem dacă virusul a fost prezent înainte ca celulele să devină premaligne sau dacă celulele premaligne sunt susceptibile la infecţie.) Întrebarea principală este deci dacă expunerea precede sau urmează efectul.

Studiile transversale sunt relativ uşor de efectuat şi nu implică cheltuieli importante. Ele ne ajută să determinăm gradul de extindere a unei epidemii în rândul populaţiei, precum şi susceptibilitatea celor din populaţia expusă la risc. Această abordare nu este potrivită pentru studierea evenimentelor rare, a celor cu durată scurtă sau a evenimentelor legate de expuneri rare. Mai mult, studiile transversale nu sunt potrivite pentru stabilirea relaţiei temporale între expunere şi efecte.

În unele ţări se efectuează în mod regulat anchete de tip transversal pe eşantioane reprezentative de populaţie, concentrate asupra caracteristicilor personale şi demografice, a obiceiurilor legate de boală şi de sănătate. Datele obţinute contribuie la evaluarea nevoilor de sănătate ale populaţiilor.

Anchetele transversale pot avea şi un caracter descriptiv atunci când se studiază numai prevalenţa fără a se analiza asocierea bolii cu anumiţi factori de risc.

- *Studiile de tip caz-control* – includ persoane care prezintă o boală (sau o altă variabilă) care ne interesează şi un grup de control (grup de referinţă sau de comparaţie) format din persoane care nu sunt afectate de boala respectivă (sau o altă variabilă pe care o studiem).

Se compară apariţia cauzei posibile la cele două grupuri. Ele sunt studii longitudinale (se referă la un interval de timp) şi retrospective deoarece cercetătorul priveşte înapoi, de la boală spre o cauză posibilă a acesteia. Se studiază în special bolile cu o perioadă lungă de latenţă (de ex. cancerul), cu o incubaţie de durată sau care sunt rare. Încă din faza de proiectare a studiului se enunţă ipoteza anchetei.

O componentă importantă a acestei investigaţii este selecţia grupului de control sau grupului de comparaţie (lot martor). Grupul de control ne permite efectuarea unor comparaţii cu grupul la care a apărut efectul pentru a identifica diferenţele cuantificabile între cele două grupuri care ar trebui să explice de ce a apărut efectul.

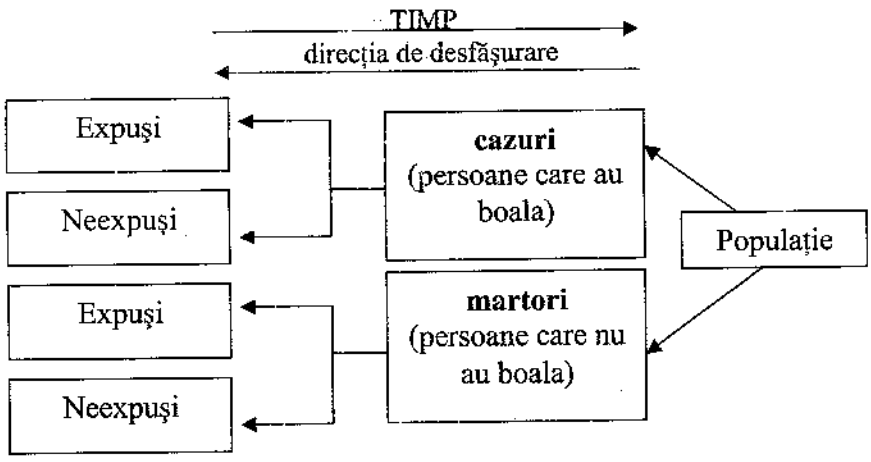


Figura 2.1 Schema unui studiu de tip caz-control

Alegerea lotului test (lotul cazurilor)
Cea mai importantă operațiune înainte de alegerea cazurilor este formularea unor criterii de diagnostic. Pentru anumite boli există criterii unanim acceptate, pentru altele ele trebuiesc formulate de investigator în așa fel încât să nu fie interpretabile. Elementele incluse pot fi histologice, clinice sau pot fi rezultatul unei codificări (ICD-10).
De asemenea este necesară delimitarea în spațiu și timp.
Sursa cazurilor trebuie și ea definită. Lotul cazurilor poate fi format din:

- bolnavi spitalizați;
- populație țintă (bolnavi selectați din populația generală); în acest caz crește reprezentativitatea, dar selecția este mai costisitoare și mai dificilă;
- categorii speciale, de exemplu anumite boli profesionale.

Dacă pentru unele afecțiuni selectarea se limitează la anumite servicii de sănătate, atunci cazurile alese nu vor fi reprezentative pentru toate cazurile din populație.

De obicei se selecționează cazurile noi de boală (cazuri incidente) și nu cele vechi, deoarece pot să apară factori de distorsiune. În cazul în care boala este rară se iau în studiu atât cazuri noi cât și cazuri vechi (cazuri prevalente). Dacă se introduc cazuri prevalente în studiu acest lucru trebuie avut în vedere și specificat deoarece unii factori identificați de studiu pot să nu fie direct asociați cu afecțiunea în sine.

Alegerea lotului de comparare (de control)
Lotul test trebuie să fie similar cu lotul cazurilor, cu excepția bolii respective. Dacă cazurile provin dintr-un eșantion al tuturor cazurilor dintr-o populație, atunci ca lot martor vom alege un eșantion din populația generală din care provin cazurile. Este important să eliminăm factorii de risc care e posibil să se regăsească și în cazul martorilor. Aceștia nu vor trebui să aibă afecțiuni legate de expunerile care ne interesează. De exemplu, dacă ipoteza studiului verifică relația de asociere dintre o afecțiune și alcool, nu se vor selecta martori care să aibă afecțiuni care sunt de asemenea asociate cu consumul de băuturi alcoolice. În plus, pot să apară erori de selecție datorită cunoașterii incomplete a etiologiei marii majorități a afecțiunilor.
Asemănarea dintre cele două grupuri se asigură cel mai adesea prin metoda perechilor, după stabilirea unor criterii de similitudine cum sunt vârsta, sexul, categoria socială etc. Împerecherea constituie o metodă de creștere a eficienței studiului. Pentru a ne asigura că avem un număr similar de cazuri și martori, vom împerechea pentru fiecare caz câte un martor de același sex și vârstă. Dacă se folosesc prea multe criterii, împerecherea devine

dificilă. Trebuie subliniat faptul că nu va fi studiată asocierea dintre boala şi variabila pentru care s-a făcut împerecherea.
Lotul martor poate fi format din:

- bolnavi internaţi în spital cu alt diagnostic
- un eşantion din populaţia generală.

În general este bine să se utilizeze două loturi martor: unul din bolnavii internaţi cu alte afecţiuni şi unul din populaţia generală. Alegerea mai multor grupuri martor ne ajută să verificăm mai mult de o ipoteză. De exemplu, putem alege un lot de martori sănătoşi şi un al doilea lot de pacienţi cu ciroză atunci când avem un lot de cazuri cu cancer hepatic. Acest lucru îl putem face dacă am dori să vedem dacă factorii de risc acţionează prin etapa intermediară (ciroza) sau acţionează independent de acest stadiu al afectării ficatului. Pe de altă parte, dacă alegem două grupuri de martori, iar rezultatele vor fi în final contradictorii, va fi greu de stabilit care a fost varianta corectă de grup martor.

Dacă avem mai mulţi martori pentru un caz, puterea studiului va creşte. Numărul cazurilor este de obicei limitat (boala este rară de cele mai multe ori), dar martorii ar putea fi oricâţi. Creşterea puterii statistice a studiului nu mai este la fel de spectaculoasă atunci când se depăşeşte un număr de patru martori la un caz. Cel mai frecvent cercetătorii se opresc la doi martori pe caz.
Estimarea expunerii se face prin una din următoarele metode:

- utilizarea de chestionare;
- cercetarea foilor de observaţie, a registrelor de consultaţie;
- recoltarea de probe biologice;
- intervievarea rudelor sau a altor persoane.

Cel mai important lucru în această etapă este să se minimizeze erorile sistematice (bias). În cazul bolnavilor aceştia pot prezenta erori de memorie. Dacă operatorul de interviu cunoaşte cine este caz şi cine este martor atunci pot apare erori de observaţie. Deci, culegerea de date şi informaţii trebuie să fie făcută cât mai riguros posibil. În plus, boala în sine poate afecta datele legate de expunere. Aceasta este una din limitele studiilor de tip caz-control, atunci când măsurarea expunerii se face practic după ce afecţiunea s-a instalat. Unica situaţie în care acest lucru nu se produce este atunci când expunerea este reprezentată de o componentă genetică, aceasta nemodificându-se în timp.
Datele obţinute în urma anchetei se introduc într-un tabel de contingenţă "2x2":

	Cazuri	Martori	Total
Expuşi	a	b	a+b
Neexpuşi	c	d	c+d
Total	a+c	b+d	a+b+c+d

Tabel 2.2.

Frecvenţa factorului de risc în lotul cazurilor este:
f_1 =a/a+c
Frecvenţa factorului de risc în lotul de control este:
f_0=b/b+d
Forţa asociaţiei se măsoară cu riscul relativ (raportul dintre riscul bolii la cei expuşi şi riscul bolii la cei neexpuşi). În ancheta cazuri-control riscul relativ nu se poate calcula direct pentru că nu se poate măsura riscul bolii la expuşi şi la neexpuşi.
În această situaţie dovada forţei de asociaţie se face pe baza riscului relativ estimat (odds ratio) care reprezintă raportul între două şanse:
OR=a/c:b/d=axd/bxc
Riscul atribuibil (arată cu cât este mai mare riscul la expuşi faţă de neexpuşi):

$$RA\%=\frac{(OR-1)}{OR}\text{x}100$$

Impactul acțiunii factorului de risc în populație se măsoară cu riscul atribuibil populației.

$$RAP = \frac{P_0(OR - 1)}{P(OR - 1) + 1}$$

În care: P_0= prevalența expunerii la martori
P= prevalența expunerii în populația generală

Chiar dacă prevalența expunerii în populația generală nu este cunoscută, riscul atribuibil se poate măsura deoarece deosebirea dintre P_0 și P nu este prea mare ($P_0 \approx P$).

- *Studiile de cohortă* – sunt studii de natură prospectivă în care o populație expusă unui presupus factor de risc este urmărită pentru a observa efectele. Se mai numesc și studii de urmărire sau de incidență.

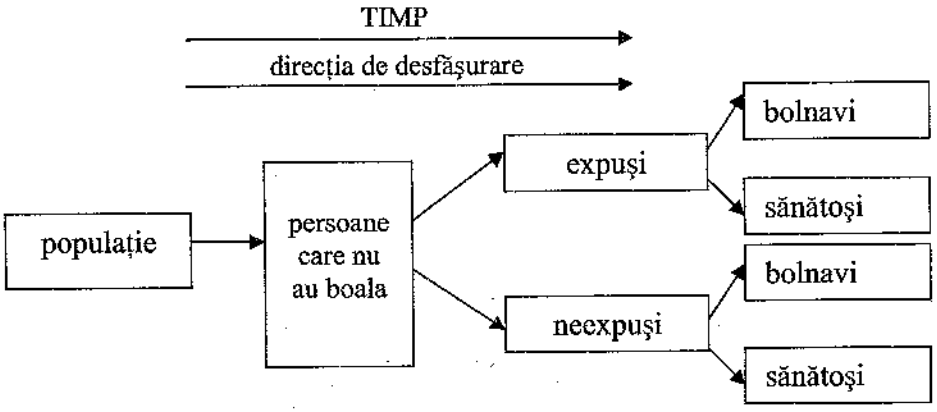


Fig 2.2 Schema unui studiu de cohortă

Ele pornesc prin a lua în studiu indivizi pe care îi clasifică încă de la început în expuși și neexpuși la factorul care va fi studiat. Acesta poate fi fumatul, expunerea la un poluant industrial (clorura de vinil), un agent infecțios (virusul hepatitei B), un factor biologic sau social etc. Gradul de expunere poate fi "total" sau "deloc", dar mai pot fi definite și diferite niveluri de expunere. De exemplu, fumătorii pot fi clasificați în funcție de numărul de pachete de țigări fumate pe an.

Se constituie un eșantion reprezentativ pentru populația țintă care se împarte în două loturi: unul expus la factorul de risc, celălalt neexpus. Se urmăresc în continuare persoanele expuse și neexpuse, așteptându-se apariția bolii.

Acest model se utilizează când factorul de risc este relativ frecvent în populație.

Atunci când frecvența factorului de risc este mică se aleg două eșantioane - unul cuprinzând persoanele expuse riscului, celălalt pe cei neexpuși, fiecare eșantion fiind reprezentativ pentru cohorta respectivă. Cele două loturi se urmăresc apoi așteptându-se apariția bolii. De exemplu, expunerea la clorura de vinil este ceva rar la nivel populațional. Dacă cineva ar dori să demonstreze că expunerea la acest factor chimic ar produce o boală, un studiu la nivel populațional ar avea o putere statistică foarte mică pentru a demonstra acest efect. Cu toate acestea, dacă se alege un grup de muncitori care lucrează în mediu cu clorură de vinil, în final există posibilitatea de a explora mai multe efecte ale aceleiași expuneri. Impactul la nivelul sănătății publice privind această expunere va fi evident mic, dar asocierea factorului cu boala (sau bolile) ne va oferi o înțelegere mai bună a

mecanismelor biologice ale bolii sau posibilă explicație în ceea ce privește istoria naturală a bolii. De asemenea, expunerile la niveluri crescute ale unui grup de indivizi ne pot ajuta să găsim explicații privind expunerile la nivel mic din rândul populației generale. De exemplu, multe dintre presupunerile noastre privind impactul expunerii la niveluri scăzute de radiații în populația generală se bazează de fapt pe studii făcute pe persoane expuse la niveluri foarte ridicate ale acestui factor (radiologi).

Un aspect esențial privind definirea expunerii se referă la faptul dacă studiul este efectuat în prezent sau este un studiu istoric de cohortă. Confuzia este mare atunci când se utilizează termenii de *retrospectiv* și *prospectiv*. Terminologia poate fi folosită atât în sens filozofic cât și temporal. În sens filozofic, studiile de tip cazuri-control sunt întotdeauna retrospective, ele plecând de la boală la expunere, pe când studiile de cohortă sunt din acest punct de vedere prospective. Pe de altă parte, în termeni temporali, studiile de tip cazuri-control pot fi denumite prospective, în cazul în care cazurile sunt strânse într-un lot pe măsură ce apar (cazuri incidente). Pe de altă parte, studiile de cohortă pot fi retrospective atunci când utilizează expunerea. În general, este bine să se descrie metodologia folosită, astfel încât proiectarea studiului să fie clar definită.

Studiile istorice de cohortă se bazează pe înscrierea în fișe a expunerii în trecut a indivizilor. Din această cauză pot să apară erori în ceea ce privește măsurarea expunerii. Marele avantaj este în acest caz este scurtcircuitarea studierii duratei de instalare a bolii (multe neoplasme pot să apară abia după decenii de expunere la un carcinogenetic).

În cazul studiilor de cohortă "contemporane", prospective, acestea beneficiază de o acuratețe crescută, dar necesită un timp mai lung.

Mai există o situație când studiile de cohortă sunt ambispective (istoric-prospective), în care expunerea și rezultatul expunerii au apărut în trecut, dar se urmărește în continuare apariția altor rezultate datorate aceleiași expuneri (studiul efectelor iradierii de la Hiroshima).

Loturile selecționate trebuiesc examinate inițial pentru a elimina per-soanele bolnave și pentru a evidenția factorul de risc și alte variabile care pot influența rezultatul.

Alegerea lotului test se poate face:

- în funcție de susceptibilitatea de a face boala, mai greu de realizat în cazul bolilor cronice
- în urma unui examen medical de masă
- utilizarea unei "cohorte tip" ca în cazul studiului de la Framingham. Acest studiu privind bolile cardiovasculare a început în anul 1949 și a constat în măsurarea mai multor factori (valorile tensiunii arteriale, ale colesterolului sanguin etc.) la un număr de 5200 de locuitori ai acestei comunități din statul Massachusetts. Participanții la acest studiu au fost urmăriți la fiecare doi ani timp de mai mult de 40 de ani.
- grupuri profesionale expuse la un anumit risc profesional
- populații "captive" (școlari, militari)

Alegerea lotului martor

Acesta este format din persoane neexpuse la factorul de risc. El poate fi:

- grup intern care s-a autoformat din cadrul aceluiași eșantion (indivizi care lucrează în aceeași fabrică, dar în locuri neexpuse)
- grup extern care provine din altă populație
- grup mixt, cuprinde mai multe loturi de comparare

Urmărirea subiecților trebuie să se facă prin aceleași procedee, atât pentru cei expuși cât și pentru cei neexpuși.

Durata urmăririi depinde de frecvența așteptată a bolii în populație, până la atingerea numărului de cazuri necesare din punct de vedere statistic, dacă prevalența bolii este mică.

Informațiile legate de expunere se pot obține:

- direct prin:
  - observare

- examen clinic, paraclinic
- interviu
- indirect prin:
  - culegerea de date individuale din diverse formulare (foi de observație, fișe de consultație etc.)
  - culegerea de date din formulare colective care se referă la expunerea în comun a unei populații la un anumit factor de risc.

Informațiile legate de rezultat (boală sau deces) pot fi culese prin:

- studierea certificatelor constatatoare de deces
- studierea foilor de observație, fișelor de consultație, concediilor medicale sau registrelor speciale (cancer, malformații)
- examinarea periodică a cohortelor urmărite.

În timpul perioadei de urmărire pot să apară pierderi prin neparticipare sau deces.
Datele obținute în urma anchetei se introduc într-un tabel de contingență "2x2":

	Cazuri	**Martori**	**Total**
Expuși	a	b	a+b
Neexpuși	c	d	c+d
Total	a+c	b+d	a+b+c+d

Tabel 2.3.

a=persoane care fac boala dintre cei expuși
c=persoane care fac boala dintre cei neexpuși
a+b=totalul celor expuși
a+c=totalul celor bolnavi
b=persoane care nu fac boala dintre cei expuși
d=persoane care nu fac boala dintre cei neexpuși
c+d=totalul celor neexpuși
b+d=totalul celor sănătoși

Riscul bolii la cei expuși e dat de raportul:

$R_1 = a / a + b$

Riscul bolii la cei neexpuși e dat de raportul:

$R_0 = c / c + d$

Riscul relativ ne arată de câte ori este mai mare riscul bolii la expuși față de neexpuși. Se calculează cu formula:

$RR = R_1 / R_0$

Riscul atribuibil (diferența de riscuri): Ne arată cu cât este mai mare riscul la cei expuși față de cei neexpuși. Același lucru se poate exprima și printr-o fracție care ne indică cât la sută din riscul expușilor se datorează factorului de risc.

$RA = R_1 - R_0$

$$RA\% = \frac{R_1 - R_0}{R_1} x100$$

Riscul absolut procentual se utilizează atunci când se presupune o asociere cauzală, iar rezultatul se interpretează ca fiind proporția cazurilor din rândul expușilor, care se datorează expunerii la factorul în cauză. Este considerat ca probabilitate, deoarece nu se ia în considerarea frecvența expunerii la nivel populațional.

Interpretare:

Risc relativ	Risc atribuibil	Concluzie
RR>1	RA>0	Factor de risc
RR=1	RA=0	Factor indiferent
RR<1	RA<0	Factor de protecţie

Tabel 2.4.

Riscul atribuibil în populaţie estimează impactul aşteptat în urma modificării distribuţiei factorilor de risc la nivelul unei populaţii. Este specifică populaţiei studiate, iar generalizarea nu se poate face decât pentru populaţii cu exact aceeaşi distribuţie a factorilor de risc.

$RAP=R-R_0$

unde: R este riscul (rata) în populaţie, care este dependent de prevalenţa factorului de risc în populaţie; R_0 este riscul (rata) la cei neexpuşi.

Fracţia riscului atribuibil în populaţie este proporţia de cazuri din populaţie, care pe baza presupunerii unei asociaţii cauzale se datoreşte expunerii:

$$FRAP=RAP/R \text{ sau } FRAP=\frac{R-R_0}{R}$$

Dacă însă se cunoaşte numai un raport al riscurilor şi proporţia celor expuşi în rândul populaţiei, atunci se poate rescrie relaţia:

$$FRAP=p(RR-1)/[p(RR-1)+1]$$

Estimarea fracţiei atribuibile populaţiei îi poate ajuta pe cei care fac politica sanitară să planifice intervenţiile în domeniul sănătăţii publice.

În anul 1953, Levin a propus pentru prima oară conceptul de fracţie atribuibilă populaţiei. De atunci termenii: "risc atribuibil populaţiei", "proporţia riscului atribuibil populaţiei", "fracţia de exces", "fracţia etiologică" au fost folosiţi pentru a desemna proporţia riscului de boală într-o populaţie care poate fi atribuită efectelor cauzale ale unuia sau mai multor factori de risc.

Fracţia riscului atribuibil în populaţie (FRAP) este cel mai adesea definită ca fiind reducerea proporţională a riscului mediu de boală într-un anumit interval de timp, care ar putea fi realizată prin eliminarea expunerii (sau expunerilor) din populaţie, în timp ce distribuţia celorlalţi factori de risc în populaţie rămâne neschimbată. Cu alte cuvinte, este vorba despre proporţia cazurilor de boală care ar putea fi prevenite într-o anumită perioadă de timp în urma eliminării expunerilor, presupunând că expunerile sunt cauzale.

Cel mai important aspect al estimării fracţiei atribuibile populaţiei este interpretarea corectă a acesteia. Unii epidemiologi însumează în mod greşit FRAP-uri aparţinând câte unui factor de risc în încercarea de a obţine FRAP totală, atribuibilă tuturor factorilor. În acest fel se poate ajunge la o sumă >1. Un FRAP de 0,25 înseamnă că 25% din riscul unei populaţii de a face o anumită boală ar fi eliminat dacă factorul de risc incriminat ar dispărea din populaţie. Altfel spus, 25% din cazurile de boală ar putea fi prevenite în urma eliminării factorului de risc.

Din punctul de vedere al sănătăţii publice, estimarea FRAP este cu adevărat folositoare atunci când factorul incriminat este cauzal şi când există consens că se poate interveni asupra expunerii. Trebuie luaţi în considerare numai factorii de risc modificabili, iar nivelul de ne-expunere trebuie să fie realizabil de către categoria expusă. În caz contrar,

FRAP poate avea doar valoare teoretică, fără să realizeze nici un beneficiu pentru sănătatea publică.

2. ***Studii experimentale***:

Intervenția sau experimentarea implică încercarea de a schimba o variabilă la un grup sau la mai multe grupuri de persoane. De exemplu, aceasta ar putea fi reprezentată de eliminarea unui factor din dieta alimentară despre care se crede că provoacă alergie, testarea unui nou tratament asupra unui grup selecționat de pacienți, testarea eficacității unor vaccinuri noi, demonstrarea valorii unor conduite terapeutice noi.

Este cea mai complexă dintre anchetele epidemiologice. Ea este singura metodă capabilă să demonstreze relația cauzală sau eficacitatea unei decizii terapeutice.

Aceste anchete sunt consumatoare de timp şi costisitoare, de aceea se folosesc în general în cazul unor afecțiuni cu răspândire largă, având un impact social şi economic important.

În epidemiologia experimentală factorul de risc este controlat de către investigator. Acesta formează un lot martor şi un lot test asemănătoare. În acest caz factorul de risc este modificat în mod activ sau manipulat în cadrul lotului test şi este lăsat nemodificat sau se foloseşte terapia standard în cadrul lotului martor.

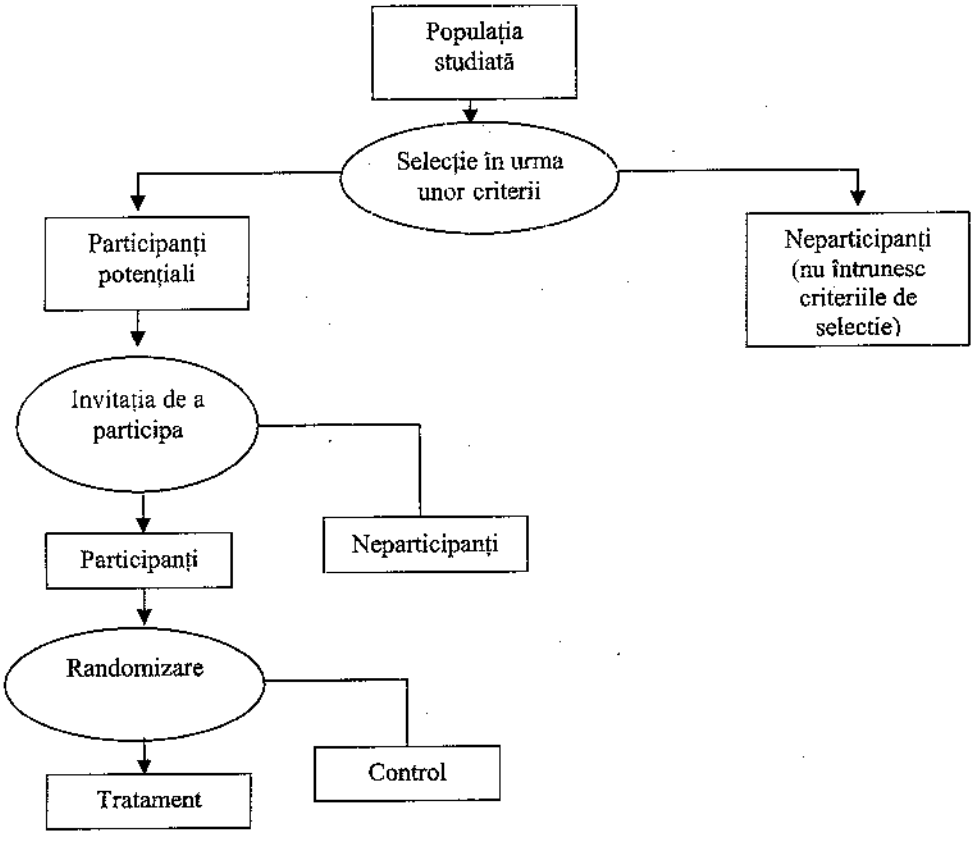


Fig 2.3 Schema unui randomizat controlat trial

Efectele unei intervenţii se măsoară prin compararea rezultatelor obţinute în grupul experimental cu cele obţinute în grupul de control. Deoarece intervenţiile sunt determinate strict prin protocol, consideraţiile etice sunt de o importanţă capitală când se proiectează astfel de studii. De exemplu, nici unui pacient nu i se va refuza un tratament corespunzător ca urmare a participării sale la un experiment, iar tratamentul care este testat trebuie să fie acceptabil în lumina cunoştinţelor curente.

Anchetele experimentale pot avea trei forme:

- trialul controlat randomizat (sau trial clinic randomizat)
- trialul în teren
- trialul în comunitate.
- *Trialurile controlate randomizate* – sunt experimente epidemiologice concepute pentru studiul unor regimuri de tratamente preventive sau curative.

În acest caz, persoane din populaţie sunt alocate în mod randomizat unor grupuri, denumite de obicei grupuri de tratament şi grupuri martor, iar rezultatele sunt evaluate prin compararea evenimentelor din cele două (sau mai multe grupuri). Rezultatele care ne interesează pot să varieze şi pot consta din apariţia unei noi boli sau restabilirea după boală. Alcătuirea lotului martor şi a lotului test este mai uşoară în cazul metodei experimentale. Având posibilitatea să controlăm factorul de risc putem stabili de la început două loturi identice. Pentru a ne asigura că grupurile care se compară sunt echivalente, pacienţii sunt alocaţi celor două grupuri în mod aleator (randomizat). În limitele şansei, randomizarea asigură o posibilitate de comparare a celor două grupuri la începutul investigaţiei. În aceste fel, orice diferenţe care apar între grupuri sunt rezultatul întâmplării, nefiind determinate de eroarea conştientă sau inconştientă a cercetătorilor.

Există mai multe tipuri de trialuri clinice.

Faza I. Sunt primele studii făcute pe oameni atunci când este vorba de un medicament nou sau un tratament nou. Sunt de obicei trialuri de mici dimensiuni care cuprind până la 30 de pacienţi. Ele se fac după ce eficacitatea şi siguranţa au fost testate pe animale. Această fază se concentrează asupra siguranţei noului produs. Se folosesc pentru a stabili cantitatea care poate fi administrată fără a produce efecte adverse serioase şi pentru a studia metabolizarea medicamentului de către organismul uman. Trialurile se fac pe voluntari sănătoşi, dar pot participa şi persoane cu boli incurabile, ca de exemplu SIDA sau anumite tipuri de cancer. Aceste trialuri sunt adesea nerandomizate şi nici măcar nu există un grup de control. De cele mai multe ori este vorba de serii de cazuri în care participanţilor li se administrează doze crescânde de medicament în timp ce sunt monitorizaţi cu atenţie de investigatori.

Faza II. După ce siguranţa unui produs nou a fost testată se poate trece la faza următoare în care administrarea se face la grupuri mici de pacienţi cu o anumită afecţiune. Circa 70 din 100 de tratamente noi testate în faza I ajung în cea de-a doua fază. Numărul participanţilor este ceva mai mare în această fază, putând merge până la 50 de pacienţi. Scopul este stabilirea eficacităţii diferitelor doze şi frecvenţa administrării. Şi în această fază de multe ori nu se foloseşte randomizarea, mai ales când efectele terapeutice pot fi măsurate în mod obiectiv. De exemplu, dacă un medicament nou a fost creat pentru tratamentul unui anumit tip de cancer care are o mortalitate ridicată, pacienţii vor fi monitorizaţi pentru a vedea răspunsul tumorii, rata mortalităţii şi efectele adverse. Dacă medicamentul este considerat ineficient sau prea toxic, nu se vor face alte trialuri. Dacă răspunsul este favorabil se trece la faza următoare. Când efectele noului medicament sunt evaluate folosind semne subiective (reducerea durerii în cazul unui nou analgezic), investigatorii pot folosi randomizarea, comparând efectele noului produs cu unul placebo pentru a fi siguri că efectele observate la un grup mic de pacienţi pot fi atribuite noului medicament şi nu altor factori (efectul placebo).

Faza III. În această fază se testează eficienţa noului medicament prin compararea lui cu un medicament cunoscut sau cu o intervenţie care se ştie că este eficientă. Majoritatea

trialurilor în această fază sunt randomizate. Câteodată ele cuprind mii de pacienți în spitale diferite și chiar în mai multe țări (trialuri multicentrice).

Faza IV. În acest caz vorbim de studii de mari dimensiuni care au ca scop monitorizarea efectelor adverse ale noului medicament după ce acesta a fost aprobat și lansat pe piață. Se mai numesc și studii de supraveghere post-marketing. În majoritatea cazurilor ele sunt anchete care rareori compară diferite intervenții.

Pentru eliminarea distorsiunilor experimentul trebuie să se facă prin metoda "simplu orb", "dublu orb", "triplu orb" sau "cvadruplu orb".

În metoda "simplu orb" se lucrează cu două loturi identice, cărora li se administrează produsul activ și respectiv produsul placebo. Cel care administrează produsele știe care dintre ele este activ și care placebo, dar persoanele din cele două loturi nu știu acest lucru. Datorită acestui fapt pot apare două grupe de erori:

- atenția celui care administrează produsele este mai mare față de lotul test, fapt care poate fi sesizat de persoanele din cele două loturi și care poate determina neobservarea anumitor aspecte care apar la lotul martor;
- modul de redactare și comunicare a rezultatelor obținute este influențat de faptul că cel care administrează produsele știe la ce efecte trebuie să se aștepte.

Din aceste motive se preferă experimentul "dublu orb". În acest caz nici loturile nici experimentatorul nu știu care este produsul activ și care este produsul placebo. Experimentatorul primește produsele în ambalaje identice, dar care au numere de serie diferite.

În momentul comunicării rezultatelor el indică și numărul de serie al produsului administrat. Numai conducătorul experimentului este în măsură să separe fișele cazurilor care au primit produsul activ de cele ale cazurilor cărora li s-a administrat produsul inactiv.

În cazul studiului "triplu orb" trei grupuri de indivizi implicați în trial nu cunosc intervenția care se aplică fiecărui pacient. Aceste grupuri pot include participanții, investigatorii care administrează intervenția și cei care evaluează rezultatele (dacă ultimele două grupuri sunt diferite). O altă variantă poate cuprinde participanții, investigatorii care evaluează rezultatele și cei care analizează datele.

Dacă la grupurile menționate anterior se mai adaugă unul trialul devine "cvadruplu orb". Acest lucru se poate realiza relativ ușor dacă cercetătorii care redactează rezultatele trialului nu cunosc intervenția care se aplică până în momentul când finalizează manuscrisul.

Marea majoritate a trialurilor se opresc la stadiul de "dublu orb"

Este important să ne asigurăm că toți cei care au fost selectați pentru trial sunt urmăriți până la formularea concluziilor. Analiza participanților la sfârșitul trialului, în grupurile în care au fost distribuiți prin randomizare, chiar dacă nu li s-a administrat intervenția intenționată se numește **analiza intenției de tratament**.

Se consemnează apoi rezultatele obținute și se calculează la fel ca în cazul metodei analitice riscul în cazul celor expuși, riscul la cei neexpuși, riscul relativ și riscul atribuibil. Se face analiza și interpretarea acestor valori. Se face apoi testarea statistică a deosebirilor constatate prin testul "t", "χ^2" etc.

Rata evenimentului reprezintă proporția de pacienți dintr-un grup în care evenimentul este observat. De exemplu, dacă din 100 de pacienți, evenimentul este observat la 27, rata evenimentului este de 0,27. **Rata evenimentului la grupul de control** (control event rate - CER) și **rata evenimentului la grupul experimental** (experimental event rate - EER) sunt folosite pentru a arăta rata evenimentului în cele două grupuri.

Rata așteptată a evenimentului la pacienți (patient expected event rate - PEER) se referă la rata evenimentelor pe care o așteptăm la un pacient care nu a fost tratat sau la care s-a administrat terapia convențională.

Riscul relativ (risk ratio - RR) este dată de raportul dintre riscul la grupul experimental (EER) şi riscul la grupul de control (CER).

RR=EER/CER

I. Atunci când tratamentul experimental reduce probabilitatea unui rezultat nefavorabil (înrăutăţirea condiţiei) avem:

Reducerea riscului relativ (relative risk reduction - RRR) = reducerea proporţională a rezultatelor nefavorabile între lotul experimental şi lotul de control calculată ca EER - CER /CER şi însoţită de un interval de încredere (CI) de 95%.(Diferenţa se calculează în modul - este întotdeauna pozitivă).

Exprimă oare aceasta efectul tratamentului din punct de vedere al semnificaţiei clinice? Nu, fiindcă RRR nu face diferenţa între efectele absolute ale tratamentului şi efectele neînsemnate (valoarea sa rămâne aceeaşi).

Ex: RRR= 9,6%-2,8%/9,6%= 96%-28%/96%=
=0,0096%-0,0028%/0,0096%=71%

RRR nu poate deci să diferenţieze riscurile şi beneficiile enorme de cele neînsemnate.

Reducerea riscului absolut (absolute risk reduction - ARR)= diferenţa aritmetică absolută între ratele rezultatelor nefavorabile ale lotului experimental şi lotului de control, calculată ca EER - CER şi însoţită de un interval de încredere de 95%.

ARR realizează delimitări clare ale valorilor extreme, ca de exemplu:

ARR=9,6% - 2,8%=6,8%

ARR=96% - 28%=68%

ARR=0,0096% - 0,0028%=0,0068%

Numărul pacienţilor care necesită tratament (number needed to treat - NNT)= numărul pacienţilor care trebuie trataţi pentru a obţine un rezultat favorabil, calculat ca 1/ARR şi însoţit de un interval de încredere (CI) de 95%.

Exemplu: NNT= 1/ARR= 1/6,8%=14,7≅15

Rezultă, în acest caz, că la 15 pacienţi trataţi, apariţia complicaţiei va fi prevenită la un pacient.

II. Atunci când tratamentul experimental creşte probabilitatea unui rezultat favorabil (de ex. creşterea nivelului de hemoglobină) avem:

Creşterea beneficiului relativ (relative benefit increase- RBI) = creşterea proporţională a rezultatelor favorabile între lotul experimental şi lotul de control calculată ca EER - CER /CER şi însoţită de un interval de încredere (CI) de 95%.(Diferenţa se calculează în modul - este întotdeauna pozitivă).

Creşterea beneficiului absolut (absolute benefit increase - ABI)= diferenţa aritmetică absolută între ratele rezultatelor favorabile ale lotului experimental şi lotului de control calculată ca EER - CER şi însoţită de un interval de încredere (CI) de 95%

Numărul pacienţilor care necesită tratament (Number needed to treat - NNT)= numărul pacienţilor care trebuie trataţi pentru a obţine în plus un rezultat favorabil, calculat ca 1/ARR şi însoţit de un interval de încredere (CI) de 95%.

III. Atunci când tratamentul experimental creşte probabilitatea unui rezultat nefavorabil (de ex. apariţiei unor episoade de hipoglicemie) avem:

Creşterea riscului relativ (relative risk increase- RRI) = creşterea proporţională a rezultatelor nefavorabile între lotul experimental şi lotul de control calculată ca EER - CER /CER şi însoţită de un interval de încredere (CI) de 95%.(Diferenţa se calculează în modul - este întotdeauna pozitivă). Creşterea riscului relativ este folosită şi pentru a evalua impactul factorilor de risc asupra bolii.

Creşterea riscului absolut (absolute risk increase - ARI)= diferenţa aritmetică absolută între ratele rezultatelor nefavorabile ale lotului experimental şi lotului de control calculată ca EER - CER şi însoţită de un interval de încredere (CI) de 95%. Creşterea riscului absolut este folosită şi pentru a evalua impactul factorilor de risc asupra bolii.

Numărul de pacienți necesari pentru efecte adverse (Number needed to harm - NNH)= numărul pacienților care, dacă au primit tratamentul experimental, ar duce la obținerea în plus a unor efecte adverse la un pacient, comparativ cu pacienții care au primit tratamentul de control, calculat ca 1/ARI și însoțit de un interval de încredere (CI) de 95%.

- *Trialurile în teren* – spre deosebire de trialurile clinice, implică persoane care nu prezintă semne de boală, dar despre care se presupune că sunt expuse la riscuri.

În acest caz, colectarea de date are loc "în teren", de obicei de la persoane din populația generală care nu sunt instituționalizate. Fiindcă aceste persoane nu sunt bolnave, iar scopul studiului este de a preveni apariția unor boli care pot avea o frecvență redusă, trialurile în teren constituie uneori o sarcină dificilă din punct de vedere logistic și financiar. Unul dintre cele mai cunoscute exemple de trialuri în teren este cel prin care s-a testat vaccinul Salk pentru prevenirea poliomielitei, în care au fost incluși peste un milion de copii. În acest caz s-a folosit randomizarea pentru a aloca participanții la diferite grupuri de tratament.

Trialurile în teren pot fi folosite pentru evaluarea intervențiilor privind reducerea expunerii, fără ca prin aceasta să se măsoare în mod obligatoriu și apariția unor efecte în ceea ce privește starea de sănătate. În acest fel au fost testate diferite metode de protecție împotriva efectului pesticidelor, iar măsurarea plumbemiei la copii a demonstrat că eliminarea vopselelor care conțin plumb folosite în scop casnic oferă protecție.

- *Trialurile comunitare* – în acest tip de experiment, grupurile la care se efectuează tratamente sunt constituite din comunități și nu din persoane.

Această abordare a problemelor este foarte bine adaptată pentru studiul acelor boli care își au originea în condițiile sociale (ale comunității), și care, la rândul lor, pot fi influențate mai ușor de intervențiile îndreptate asupra comportamentului de grup, precum și asupra comportamentului individual. Un exemplu îl reprezintă bolile cardiovasculare, care se pretează bine la trialurile de tip comunitar. Una din limite este aceea că ele nu pot include decât un număr mic de comunități și că nu se poate aplica randomizarea comunităților, fiind necesare alte metode pentru verificarea dacă diferențele constatate la terminarea studiului pot fi atribuite intervenției sau diferențelor inerente între comunități. Pe de altă parte, este dificil să se izoleze comunitățile în care are oc intervenția de schimbările care pot să afecteze întreaga societate.

Strategii privind alegerea: când și ce metodologie se utilizează

Timpul și natura expunerii și efectului sunt parametrii care determină modul de alegere a anchetei.

În ceea ce privește timpul, putem măsura expunerea și efectul simultan (anchete de prevalență sau studii transversale, studii ecologice), mai întâi expunerea și apoi efectul (studiile de cohortă), efectul determinat mai întâi și apoi estimarea expunerii (anchete caz-control) sau putem face un studiu experimental, măsurând efectul în urma expunerii și non-expunerii.

Referitor la natura expunerii și a efectului, primul aspect luat în considerare este frecvența. Dacă expunerea luată în studiu este rară în populația generală (de exemplu la clorura de vinil), probabil design-ul cel mai fezabil este acela al utilizării unei cohorte ocupaționale. Când efectul/boala este rar(ă) cea mai bună soluție este cea a unui studiu caz-control. Pentru studiile care urmăresc efecte multiple, ca și pentru studiul relației temporale dintre expunere și efect, alegerea obișnuită este cea a unei anchete de cohortă. Dacă datele individuale legate de expunere și efect nu sunt disponibile, sau imposibil de colectat, atunci se poate opta pentru un studiu ecologic.

Meta-analiza

Este o formă relativ nouă de cercetare, care începe însă să fie folosită tot mai frecvent. Ea încearcă să combine rezultatele câtorva studii clinice referitoare la același subiect pentru a obține concluzii definitive în urma analizei unor rezultate variate, uneori contradictorii.

Termenul de meta-analiză a fost introdus de Glass în anul 1976. Scopul primar al meta-analizei este de a creşte puterea statistică prin adunarea rezultatelor (pooling) unor trialuri controlate randomizate de dimensiuni mici, când niciunul din acestea nu are un număr suficient de cazuri pentru a avea o semnificaţie statistică. Principalii paşi care trebuie urmaţi sunt:

1. definirea problemei;
2. stabilirea criteriilor pentru includerea unor studii în meta-analiză;
3. identificarea acestor studii;
4. clasificarea şi codificarea fiecărui studiu în funcţie de caracteristici relevante pentru meta-analiză;
5. adunarea rezultatelor acestor studii;
6. asocierea rezultatelor adunate cu caracteristicile meta-analizei;
7. raportarea rezultatelor meta-analizei.

Cu toate că este un instrument nou important pentru studiile epidemiologice, meta-analiza prezintă unele limite. Una dintre ele, eroare de publicaţie (publication bias) rezultă din tendinţa autorilor şi editorilor de a publica studii care prezintă rezultate favorabile şi nu pe cele care nu evidenţiază prezenţa niciunei asocieri. Pe de altă parte, autorii au tendinţa de a selecta studii care confirmă propriul lor punct de vedere, susţinându-şi astfel propriile idei.

Folosirea meticuloasă a metodelor şi procedeelor pentru fiecare meta-analiză este astfel esenţială. Dacă există incertitudini privind comparabilitatea studiilor, cercetătorii care le-au efectuat pot fi contactaţi pentru a oferi date suplimentare care nu au fost publicate. Datele adunate sunt apoi analizate aplicând metode statistice potrivite pentru evaluarea asociaţiei investigate.

Erori potenţiale în studiile epidemiologice

Unul din scopurile studiilor epidemiologice este acela de a măsura cu acurateţe apariţia bolilor sau a altor evenimente. Cu toate acestea sunt posibile numeroase erori. Ele nu pot fi niciodată complet eliminate, motiv pentru care se încearcă evaluarea importanţei lor. Erorile pot fi de două feluri: întâmplătoare sau sistematice.

Erorile întâmplătoare reprezintă neconcordanţele dintre o observaţie făcută pe un eşantion şi valoarea reală de la nivelul populaţiei care se datorează exclusiv întâmplării. Ca o consecinţă apare o lipsă de precizie în măsurarea unei asocieri. Există trei surse importante de erori întâmplătoare. Acestea sunt: variaţia biologică individuală, eroarea de eşantionare (mărimea eşantionului) şi eroare de măsurare.

Erorile sistematice apar atunci când există tendinţa de a se obţine rezultate care sunt diferite în mod sistematic de valorile reale. Un studiu cu o eroare sistematică mică este un studiu cu acurateţe mare. Acurateţea nu este afectată de dimensiunea eşantionului.

Erorile sistematice reprezintă un risc special deoarece cercetătorii nu au, în mod obişnuit, un control asupra participanţilor, spre deosebire de situaţia care se întâlneşte în experimentele de laborator. În plus, este adesea dificil să se obţină eşantioane reprezentative ale populaţiei de origine. Unele variabile, ca de exemplu tipul de personalitate, consumul de alcool, expunerea în trecut la anumiţi factori de risc sunt dificil de măsurat, putând duce la apariţia erorilor sistematice.

Principalele tipuri de erori sistematice sunt: eroarea de selecţie şi eroarea de măsurare.

Eroarea de selecţie apare atunci când există o diferenţă sistematică între caracteristicile persoanelor selecţionate pentru studiu şi caracteristicile celor care nu au fost selecţionaţi. Una din sursele erorii de selecţie este reprezentată de autoselectarea participanţilor la studiu, fie fiindcă nu se simt sănătoşi, fie fiindcă sunt foarte preocupaţi de riscul de expunere. Dacă persoanele care participă la un studiu prezintă asocieri diferite faţă de persoanele care nu se angajează în studiu, va apare o eroare în estimarea asocierii între expunere şi rezultatul acesteia.

O eroare de selecţie poate să apară şi atunci când boala sau un alt factor studiat determină persoanele să nu fie disponibile pentru studiu (de exemplu angajaţii expuşi la o

noxă profesională şi care sunt cei mai afectaţi vor renunţa la locul de muncă, putând astfel modifica rezultatele prin neparticipare).

În cazul studiilor de epidemiologie profesională apare prin definiţie o eroare de selecţie foarte importantă, denumită "efectul muncitorului sănătos". Grupurile cele mai expuse sunt relativ sănătoase, cel puţin atunci când încep să muncească, ceea ce a dat naştere termenului menţionat anterior, care indică faptul că populaţia care munceşte are o morbiditate şi o mortalitate mai redusă decât populaţia în ansamblul ei.

Eroarea de măsurare apare atunci când măsurătorile individuale sau clasificările bolilor sau expunerilor sunt inexacte. De exemplu, măsurătorile biochimice sau fiziologice nu sunt niciodată absolut exacte şi laboratoare diferite dau rezultate diferite când este vorba de aceeaşi probă care trebuie analizată.

O formă de eroare de măsurare foarte importantă în studiile de tip caz-control este cunoscută sub numele de eroare de evocare. Aceasta apare când există moduri diferite de evocare a informaţiei pentru cazurile studiate şi pentru martori. De exemplu, cazurile vor evoca cu mai mare probabilitate expunerile anterioare, mai ales dacă se ştie că acestea sunt asociate cu boala studiată. Eroarea de evocare poate fie să determine o exagerare a gradului de efect asociat cu expunerea, fie să subestimeze efectul, prin negarea unor expuneri anterioare.

Dacă eroarea de măsurare apare în mod egal în cele două grupuri care se compară (eroare nediferenţiată), aceasta va avea aproape întotdeauna un efect de subestimare a adevăratei puteri de asociere.

Confuzia, care determină estimări greşite ale efectelor, nu este rezultatul unei erori sistematice a modelului de cercetare. Ea apare deoarece distribuţia non-randomizată a factorilor de risc în populaţia de origine apare şi în populaţia care este studiată.

În cazul studiului asocierii dintre expunerea la un factor de risc şi apariţia bolii, confuzia poate să apară dacă mai există şi o altă expunere la populaţia studiată şi dacă este asociată atât cu boala cât şi cu expunerea cercetată. Confuzia apare atunci când efectele a două expuneri (sau factori de risc) nu au fost separate şi se trage concluzia incorectă, că efectul este datorat mai curând uneia decât celeilalte variabile. De exemplu, dacă se studiază asocierea dintre fumat şi cancerul pulmonar, vârsta poate fi un factor de confuzie atunci când vârstele medii ale grupurilor de fumători şi de nefumători din populaţia studiată sunt foarte diferite, fiindcă incidenţa cancerului pulmonar creşte o dată cu vârsta.

Confuzia poate merge până la schimbarea direcţiei unei asocieri, o variabilă cu rol protector, ajungând să fie considerată, după ce s-a eliminat factorul de confuzie, ca fiind un element vătămător. Grija cea mai mare legată de confuzie este că poate să creeze aparenţa unei relaţii de tip cauză-efect, care nu există în realitate. Pentru ca o variabilă să poată genera confuzie trebuie ca ea să fie, în sine, un determinant al apariţiei bolii (factor de risc). De exemplu, în cazul unui studiu privind influenţa radonului în determinarea cancerului pulmonar, fumatul nu este un factor de confuzie dacă acest obicei este identic la grupul expus la radon şi la martori.

Vârsta şi categoria socială sunt adesea factori de confuzie în cadrul studiilor epidemiologice.

Există câteva metode care permit controlul confuziei. Metodele folosite de obicei pentru a controla confuzia atunci când se concepe studiul epidemiologic sunt următoarele:

- randomizarea
- restricţia
- potrivirea.

În stadiul de analiză a rezultatelor, confuzia poate fi controlată prin:

- stratificare
- statistică.

Randomizarea este aplicabilă numai în cadrul studiilor experimentale. Ea face ca variabilele confuzionante să fie distribuite în mod egal între grupurile comparate.

Restricţia poate fi folosită pentru a limita studiul la acele persoane care au anumite caracteristici. De exemplu, în cazul unui studiu privind efectele consumului de cafea asupra

bolii coronariene, participarea la studiu poate fi limitată doar la acele persoane care nu sunt fumătoare, înlăturând astfel efectul de confuzie potențial pe care l-ar introduce fumatul.

În cazul *potrivirii*, participanții la studiu sunt astfel aleşi încât variabilele potențial confuzionante să fie distribuite în mod uniform în cadrul celor două grupuri care sunt comparate (metoda perechilor din studiile de tip caz-control). Metoda potrivirii poate duce la probleme legate de selecționarea martorilor în cazul în care criteriile de potrivire sunt prea stricte sau prea numeroase, fapt cunoscut şi sub numele de "over-matching" ("supra-potrivire").

În studiile de mari dimensiuni, este preferabil să se controleze confuzia în faza de analiză, mai degrabă decât în cea în care este planificat studiul. În acest caz, confuzia poate fi controlată prin *stratificare*, ceea ce implică măsurarea intensității asocierilor în cadrul unor categorii bine definite şi omogene ale variabilei (straturi) ce prezintă riscul de a crea confuzii. Astfel, dacă vârsta este o asemenea variabilă, asocierea poate fi măsurată pe grupe de vârstă de câte 5 ani. Dacă sexul este variabila în cauză, asocierea se măsoară în mod separat la bărbați şi femei.

Cu toate că stratificarea este simplă din punct de vedere conceptual şi relativ uşor de realizat, ea este adesea limitată de dimensiunea studiului şi nu poate contribui la controlul mai multor factori în acelaşi timp. În astfel de situații se foloseşte *modelarea matematică* (analiză multivariată), pentru a estima intensitatea asocierilor, fiind efectuat în acelaşi timp şi controlul unui număr de variabile confuzionante.

Aspecte de etică

Etica studiilor clinice se ocupă cu stabilirea unui echilibru între riscurile şi beneficiile la care este expus un individ în timpul cercetării. În societatea contemporană se presupune că oamenii se oferă în mod voluntar să fie subiecți de cercetare.

Declarația de la Helsinki intitulată "Ethics and Epidemiology: International Guidelines", publicată de Consiliul pentru Organizațiile Internaționale de Ştiințe Medicale, conține îndrumări cu privire la atitudinea generală care trebuie adoptată în domeniul cercetării biomedicale. Persoanele care au fost expuse la riscuri ce le pot afecta sănătatea trebuie să înțeleagă că este posibil ca studiile epidemiologice la care participă să nu le amelioreze situația lor personală, dar pot contribui la protejarea sănătății a multe mii de persoane.

Participanții la studiile epidemiologice trebuie să fie informați cu privire la scopul studiului şi trebuie să-şi dea consimțământul în mod liber şi voluntar. Totodată, ei trebuie să se poată retrage din studiu în orice moment în care doresc acest lucru. Uneori este complicat să se ceară acordul oficial atunci când se consultă documente medicale de rutină. Epidemiologii trebuie însă să respecte permanent caracterul confidențial al acestora şi viața privată a celor studiați. Ei au obligația să explice comunității ce anume fac şi din ce motiv şi de asemenea să transmită rezultatul studiilor, cu explicația privind semnificația lor, comunităților implicate. Toate propunerile privind studiile epidemiologice trebuie prezentate comitetelor de etică constituite conform normelor legale, înainte de începerea studiului.

III. Screeningul

Screeningul este examinarea de masă care constă în aplicarea unui ansamblu de procedee şi tehnici de investigație unei populații în scopul identificării prezumtive a unei boli, anomalii sau a unor factori de risc.

Dezideratul major al acțiunii de screening este descoperirea precoce a bolilor, evidențierea lor într-un stadiu incipient, ceea ce face ca eficacitatea şi eficiența intervențiilor să fie mai mare. Totodată, tratamentele efectuate în stadiile precoce ale bolii sunt mai ieftine şi mai eficace.

Screeningul pleacă de la ipoteza că într-o populație există boli şi bolnavi necunoscuți datorită unor nevoi neresimțite, neexprimate sau nesatisfăcute. El nu are ca scop fixarea

unui diagnostic, persoanele ale căror teste sunt pozitive urmează să fie supuse unor examinări medicale complete în vederea stabilirii unui diagnostic pozitiv.

În funcție de mărimea colectivității căreia i se adresează sau de mijloacele de investigare utilizate, screeningul, sau depistarea, poate fi în masă, selectiv sau țintit și multiplu.

Screeningul în masă constă în folosirea unor mijloace de mare anvergură care se adresează unor grupuri mari de populație. A fost mult practicat în trecut, dar s-a dovedit neeconomicos și parțial ineficient, motive pentru care în prezent a fost abandonat.

Screeningul selectiv sau *țintit* se adresează grupurilor de populație expuse unor factori de risc, fiind considerat astăzi cel mai eficace și eficient mijloc de depistare atât din punct de vedere medical cât și din punct de vedere economic.

Menționăm importanța screeningului selectiv pe grupe de vârstă pentru descoperirea unor afecțiuni precum: cardiopatia ischemică, diabetul zaharat, bolile pulmonare cronice nespecifice etc.

O altă formă de screening selectiv este cel efectuat în mediul profesional. El pune în evidență pe cei expuși noxelor specifice profesiunii lor.

Screeningul multiplu constă în aplicarea simultană a două sau mai multe teste unei colectivități restrânse. De exemplu, se efectuează concomitent glicemia, colesterolemia, se măsoară greutatea, valorile tensiunii arteriale etc. Necesită un personal mai numeros și o dotare tehnică superioară.

Scopurile screeningului:

- menținerea sănătății și prevenirea bolii în cazul în care screeningul a avut ca scop depistarea factorilor de risc
- depistarea precoce a bolilor
- determinarea prevalenței unor boli sau factori de risc
- diagnosticul stării de sănătate a unei colectivități
- evaluarea unor acțiuni, a unor programe
- determinarea prezenței unor asociații.

Screeningul este urmat de două faze:

- faza de diagnostic în care cei probabil bolnavi sunt supuși unui test diagnostic pentru confirmarea bolii suspectate
- faza terapeutică și de supraveghere medicală.

Criteriile de alegere a bolilor care să facă obiectul unui screening:

- boala să constituie o problemă de sănătate
- boala să fie decelabilă în etapa de latență sau de debut asimptomatic
- să existe probe capabile să evidențieze afecțiunea
- testul screening să fie acceptat de populație
- boala să fie bine cunoscută și înțeleasă
- să existe servicii disponibile pentru cei care sunt depistați că ar avea boala
- tratamentul să fie acceptat de bolnavi
- costul acțiunii să nu fie prea mare
- înțelegerea de către medici a faptului că un examen de sănătate reprezintă începutul unui lung proces de supraveghere a celor bolnavi
- boala și strategia de tratament și supraveghere să fie agreate de administrația sanitară.

Principiile screeningului:

să fie întotdeauna însoțită de diagnostic, tratament și dispensarizare

orice test să fie verificat înainte de utilizare prin experimentarea sa pe un lot a cărui stare de sănătate este cunoscută sau pe un lot pilot

să nu fie folosită prea des în aceeași colectivitate

rezultatele ei să fie comunicate cât mai repede persoanelor investigate

periodic să se facă o evaluare a acțiunii de depistare prin aprecierea efectelor asupra morbidității și mortalității populației examinate.

Pentru ca testele folosite în acțiunea de screening să fie eficiente, ele trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

- să nu facă rău
- să poată fi aplicate rapid
- să aibă cost redus
- să fie simple
- să fie acceptate de populație
- să aibă o valabilitate corespunzătoare
- să fie fiabile
- să aibă randament mare
- să aibă o valoare predictivă bună

Valabilitatea (validitatea) reprezintă capacitatea unui test de a identifica corect ceea ce este pus să identifice. Cu alte cuvinte, ea reprezintă frecvența cu care rezultatele probei sunt confirmate prin procedee diagnostice mai riguroase. Se exprimă și se măsoară prin sensibilitate și specificitate.

Sensibilitatea reprezintă capacitatea unui test de a-i identifica în mod real pe cei care au boala. Ea exprimă proporția rezultatelor pozitive din rândul celor bolnavi. Este o probabilitate condiționată – probabilitatea de a fi pozitiv cu condiția de a fi bolnav.

Specificitatea ne arată capacitatea unui test de a-i identifica corect pe cei care nu au boala. Ea exprimă proporția rezultatelor negative din rândul celor sănătoși. Este o probabilitate condiționată – probabilitatea de a fi negativ cu condiția de a fi sănătos.

Dacă o metodă de examinare este prea puțin sensibilă, vor scăpa evidenței prea multe cazuri de boală. În schimb, dacă metoda de examinare este prea puțin specifică, numărul fals-pozitivilor este prea ridicat, ceea ce înseamnă că persoane sănătoase sunt considerate ca fiind bolnave și îndrumate apoi în mod inutil la examinări diagnostice.

Pe când în studiile epidemiologice se urmărește specificitatea unui test, în schimb în cazul examinărilor în masă se pune accentul mai mult pe sensibilitate, deoarece dorim să ne scape cât mai puțin bolnavi.

Alegerea testului și determinarea validității sale se fac înainte de declanșarea depistării. Validitatea se determină prin aplicarea testului pe un eșantion mic (100-200 de persoane), cunoscându-se care sunt pacienții care au boala care urmează să fie depistată.

Rezultatele obținute se introduc într-un tabel de contingență "2x2":

		Boala vizată		Total
		Prezentă	Absentă	
Rezultatul testului diagnostic	Pozitiv	a	b	a+b
	Negativ	c	d	c+d
Total		a+c	b+d	a+b+c+d

Tabel 2.5 Exemplu de tabel de contingență

în care:

a=real-pozitivi (bolnavi la care rezultatele au fost pozitive)
b=fals-pozitivi (persoane sănătoase la care rezultatele au fost pozitive)
a+b=pozitivi (persoane la care rezultatele au fost pozitive)
c=fals-negativi (bolnavi la care rezultatele au fost negative)
d=real-negativi (persoane sănătoase la care rezultatele au fost negative)
c+d=negativi (persoane la care rezultatele au fost negative)
a+c=bolnavi
b+d=sănătoși
a+b+c+d=efectivul eșantionului

$$\text{Sensibilitatea} = \frac{a}{a+c} \times 100$$

$$\text{Specificitatea} = \frac{d}{b+d} \times 100$$

Indicele Youden = sensibilitate + specificitate – 1. Acest indice trebuie să aibă o valoare mai mare decât zero.

Sensibilitatea nu este complementară cu specificitatea. Când sensibilitatea crește, specificitatea scade, dar nu în aceeași măsură. Sensibilitatea este complementară cu proporția fals-negativilor, iar specificitatea este complementară cu proporția fals-pozitivilor.

Ratele probabilităților (LR)

LR reprezintă o modalitate de a uni **sensibilitatea** și **specificitatea** unui test într-o singură unitate de măsură. Ele sunt independente de prevalența unei boli în cadrul populației.

LR+ (a unui test pozitiv) ne arată performanța acestuia prin compararea situației când boala este prezentă cu situația când boala este absentă. Cel mai bun test pentru a confirma o boală este cel cu valoarea cea mai mare a LR+.

LR- (a unui test negativ) ne arată performanța acestuia prin compararea situației când boala este absentă cu situația când boala este prezentă. Cel mai bun test pentru a exclude o boală este cel cu valoarea cea mai mică a LR-.

Raportul de probabilitate (rată) pentru un rezultat pozitiv al testului (likelihood ratio) este:

LR+ =sensibilitate/(1 – specificitate)

Raportul de probabilitate (rată) pentru un rezultat negativ al testului (likelihood ratio) este:

LR – =(1 – sensibilitate)/specificitate

Valoarea predictivă este importantă pentru medicul interesat să adopte un test care să aibă șansa cea mai mare să identifice corect boala.

Valoarea predictivă pozitivă (valoarea predictivă a unui rezultat pozitiv) exprimă proporția real-pozitivilor în masa celor pozitivi. Ne arată probabilitatea de a fi bolnav cu condiția de a fi pozitiv.

$$\text{Valoarea predictivă pozitivă} = \frac{a}{a+b} \times 100$$

Valoarea predictivă negativă (valoarea predictivă a unui rezultat negativ) exprimă proporția real-negativilor în masa celor negativi. Ne arată probabilitatea de a nu fi bolnav cu condiția de a fi negativ.

$$\text{Valoarea predictivă negativă} = \frac{d}{c+d} \times 100$$

Probabilitatea pre-test (prevalența) = (a+c)/(a+b+c+d)
Șansa pre-test = prevalența/(100 - prevalența)
Șansa post-test = probabilitatea pre-test x LR+ (sau LR-)
Probabilitatea post-test = șansa post-test/(șansa post-test + 1)

Când un test are o sensibilitate foarte mare, un rezultat negativ exclude diagnosticul; formula SnNout.

Exemplu: dispariția pulsației venei retiniene în hipertensiunea intracraniană, un rezultat negativ (prezența pulsației) exclude diagnosticul de hipertensiune intracraniană

În mod similar, când un simptom are o specificitate ridicată, un rezultat pozitiv decide efectiv diagnosticul; formula SpPin

Exemplu: semnul valului în ascită- un rezultat pozitiv decide efectiv diagnosticul de ascită

Dacă într-o cursă de cai aleargă 10 cai, iar dumneavoastră pariaţi pe un cal, şansele de câştig (Odds) sunt **1:9** (calul d-voastră faţă de ceilalţi). Probabilitatea câştigului este **1:10** (calul d-voastră faţă de toţi caii din concurs).

Cât de mult schimbă LR-urile probabilitatea bolii?

Valori ale LR >10 sau <0,1 produc mari modificări
Valori ale LR 5-10 sau 0,1-0,2 produc modificări moderate
Valori ale LR 2-5 sau 0,2-0,5 produc modificări mici
Valori ale LR <2 sau >0,5 produc modificări foarte mici
Valori ale LR=1 nu produc nici o modificare

Exemplu:

- Diagnosticarea pancreatitei acute plecând de la nivelul seric al lipazei pancreatice.
- Pe baza simptomatologiei clinice cu care se prezintă un pacient consideraţi în urma experienţei clinice pe care o aveţi că probabilitatea pre-test ca acesta să aibă pancreatită acută este de 20%.
- Făcând o evaluare a literaturii de specialitate constataţi că nivelul lipazei serice are o sensibilitate de 94% şi o specificitate de 96%.
- Calculaţi:

LR+ = sensib/(1 - specific)=0,94/(1 - 0,96)=23,5
LR- = (1 - sensib)/specific=(1 - 0,94)/0,96=0,0625
Şansa pre-test = 0,2/1-0,2=0,25

Când testul este pozitiv:
Şansa post-test = 0,25x23,5=5,875
Probabilitatea post-test = 5,875/(5,875+1)=0,85

Când testul este negativ:
Şansa post-test = 0,25x0,0625=0,015
Probabilitatea post-test = 0,015/(0,015+1)=0,015

Dacă rezultatul testului este pozitiv, pacientul are o probabilitate post-test de 85% de a avea pancreatită acută.

Dacă rezultatul testului este negativ, pacientul are o probabilitate post-test de a avea pancreatită acută de 1,5%.

Plecând de la o probabilitate pre-test de 20% vă simţiţi mai în siguranţă acum când ştiţi că puteţi trata pacientul pentru pancreatită cu o probabilitate de 85%; totodată ştiţi că probabilitatea ca pacientul să aibă pancreatită este de numai 1,5% dacă testul este negativ.

Reproductibilitatea sau fiabilitatea unui test reprezintă gradul de stabilitate al acestuia, adică capacitatea lui de a da rezultate asemănătoare atunci când este aplicat în condiţii similare, în aceeaşi populaţie, de către persoane diferite.

Reproductibilitatea testului nu trebuie confundată cu acurateţea sau exactitatea.

Acurateţea ne arată gradul în care determinarea reprezintă valoarea reală a caracteristicii măsurate.

Acurateţea = a+d/a+b+c+d

Pentru medicul practician este foarte importantă acurateţea testului, iar pentru epidemiolog reproductibilitatea probei.

Pentru ca un test să fie cât mai reproductibil este necesar ca:

- testul să fie standardizat
- personalul să fie antrenat
- să se asigure controlul

Măsurarea reproductibilităţii unui test necesită prezentarea datelor obţinute de observatori diferiţi într-un tabel de contingenţă "2x2":

		Rezultate observator I		Total
		+	–	
Rezultate observator II	+	a	b	a+b
	–	c	d	c+d
Total		a+c	b+d	a+b+c+d

Tabel 2.6. Datele obținute de doi observatori diferiți

Există mai multe modalități de măsurare a reproductibilității:

Coeficientul simplu de reproductibilitate observată sau procentul de concordanță este raportul dintre suma rezultatelor concordante și numărul total de persoane examinate.

Coeficientul de corelație intraclasă sau coeficientul de concordanță K:

$$K = P_0 - P_c / 1 - P_c$$

în care P_0 = proporția observată a concordanței

P_c = proporția așteptată

$$P_0 = \frac{a+d}{a+b+c+d}$$

$$P_c = \frac{(a+b)(a+c)}{a+b+c+d} + \frac{(c+d)(b+d)}{a+b+c+d}$$

K poate avea valori cuprinse între –1 și +1

Interpretarea valorilor:

Dacă K înregistrează valoarea de +1 concordanța este perfectă. O valoare de zero indică concordanță întâmplătoare, iar valorile negative arată lipsa concordanței.

K= –1 înseamnă lipsa totală a unei reproductibilități (discordanță totală)
0-0,20 concordanță slabă
0,21-0,40 concordanță acceptabilă
0,41-0,60 concordanță moderată
0,61-0,80 concordanță bună
0,81-1,00 concordanță foarte bună

În prezent s-au stabilit noi criterii care să-i ajute pe cei care se ocupă de politica sanitară să decidă dacă efectuarea unui screening merită să fie făcută, iar pe indivizi sa-i determine să decidă dacă să participe sau nu.

Aceste criterii sunt:

1. **Există dovezi în urma unor trialuri controlate randomizate (RCT) că intervenții anterioare au dat rezultate?**

Cu excepția situațiilor când beneficiile sunt foarte mari (de exemplu screeningul pentru fenilcetonurie), RCT-urile sunt necesare pentru a evalua dacă detectarea timpurie și tratamentul sunt mai bune decât tratamentul aplicat mai târziu (când boala devine simptomatică). În acest scop se pot folosi 2 design-uri:

- trialul evaluează întregul proces de screening (detectarea timpurie și intervenția timpurie), așa cum se întâmplă în cazul screeningului cu ajutorul mamografiei
- trialul evaluează numai efectul tratamentului la cei la care rezultatul screeenigului a fost pozitiv. Așa stau lucrurile în cazul screeningurilor pentru hipertensiune arterială și hipercolesterolemie.

RCT-urile sunt necesare deoarece studiile observaționale pot fi afectate de erori, ca de exemplu cea legată de momentul detectării sau de durata bolii, fapt care poate face ca detectarea timpurie și intervenția să pară benefice chiar dacă nu sunt. Astfel, dacă supraviețuirea este măsurată de la data diagnosticării, boala care este detectată mai devreme

poate să pară că are o supraviețuire mai bună, când de fapt depistarea timpurie înseamnă doar că pacienții trăiesc mai mult timp cu acest diagnostic. De asemenea, bolile cu o evoluție lentă pot fi și ele detectate cu ajutorul screeningului cu o probabilitate mai mare decât bolile cu evoluție rapidă. Mai mult chiar, se știe că persoanele care se oferă în mod voluntar să participe la screening sunt mai sănătoase și au o perspectivă de supraviețuire mai bună decât cele care nu se oferă să participe.

2. Au fost datele identificate, selectate și combinate într-o manieră care nu a generat erori?

Datele aparținând mai multor trialuri ar trebui să fie combinate sub forma unor revizii sistematice.

3. Care sunt beneficiile?

În mod ideal ar trebui să se facă o estimare a beneficiilor. Acestea ar trebui exprimate ca o reducere a riscului absolut, precum și ca o reducere a riscului relativ, deoarece ultima pare să fie întotdeauna mai impresionantă și poate duce la concluzii eronate.

4. Care sunt prejudiciile?

Prejudiciile pot fi de natură fizică (risc de sângerare, perforație intestinală sau deces în urma colonoscopiei) sau psihologice (anxietate asociată unei mamografii patologice).

Beneficiile și prejudiciile se prezintă împreună ca în exemplul de mai jos.

Nr. de depistări	50.000
Nr. de evaluări suplimentare (alte teste)	2820
Nr. biopsii	300
Nr. cancerelor invazive	129
Nr. carcinoamelor „in situ"	28
Nr. de decese prevenite după 13 ani	8,8

Tabel 2.7. Rezultatele anticipate după zece ani de screening mamografic efectuat o dată la 2 ani la 10.000 de femei australiene cu vârsta mai mare de 40 de ani.

Datele prezentate mai sus indică faptul că deși multe dintre femeile care au făcut mamografie au fost „pozitive" (adică au fost rechemate pentru teste suplimentare), doar un număr redus dintre ele aveau cancer. Numai 4,6% dintre femeile investigate suplimentar datorite unei mamograme patologice au avut cancer invaziv.

Prejudiciile pot fi și mai mari dacă numeroase persoane sunt descoperite ca având o boală fără importanță (boală asimptomatică până la deces).

5. Cum se compară beneficiile și prejudiciile la persoane diferite și în cazul unor strategii de screeening diferite?

Beneficiile screeningului vor fi mai mari la cei care au un risc de boală mai mare. De exemplu, persoanele care au boli cardiace vor beneficia mai mult în urma screeningului pentru colesterol decât cei cu un risc scăzut de boli cardiace. De asemenea, persoanele aparținând grupei de vârstă 60-69 de ani vor beneficia mai mult în urma screeeningului pentru cancerul colorectal decât cei cu vârsta 40-49 de ani.

Beneficiile și prejudiciile vor varia și în funcție de testele disponibile și de valorile-limită folosite.

6. Care este impactul valorilor și preferințelor pacientului?

S-ar putea să existe un echilibru între beneficii și prejudicii, astfel încât dacă există sau nu un beneficiu net să depindă de felul în care individul va evalua posibilele consecințe ale screeenigului.

Să considerăm, de exemplu, mai multe cupluri care trebuie să se decidă asupra screeningului antenatal pentru sindromul Down. Pacientele care vor fi depistate ca fiind

„pozitive" vor necesita amniocenteză pentru a avea un rezultat definitiv şi există un risc de circa 1% de pierdere a sarcinei ca urmare a amniocentezei. Vor exista persoane care vor dori să participe la screeening şi care vor recurge la avort dacă copilul este afectat. Altele vor prefera să fie avertizate înainte că vor avea un copil cu sindromul Down, chiar dacă nu vor face avort. Altele vor refuza screeningul deoarece nu doresc să ştie dinainte şi nu ar recurge la avort chiar dacă copilul ar fi afectat. Vor exista şi persoane care nu vor dori să recurgă la screening datorită temerii ca o eventuală amniocenteză ar putea să ducă la pierderea sarcinei.

Iată deci că valoarea pe care oamenii o acordă gravidităţii, unui copil afectat sau neafectat poate influenţa decizia pe care o vor lua în privinţa beneficului screeningului.

7. Care este impactul incertitudinii?

Există multă incertitudine atunci când vorbim de screening. Estimările beneficiului prezintă intervale de încredere largi deoarece există trialuri puţine, în cazul în care ele există. Date precise privind frecvenţa şi severitatea prejudiciilor (în special a celor de natură psihologică) sunt dficil de găsit. Este important să se sublinieze incertitudinea estimărilor atunci când se dau informaţii unor potenţiali utilizatori ai serviciilor de screening.

8. Care este raportul cost-eficacitate?

Depistarea în masă este costisitoare datorită numărului mare de persoane implicate şi costurilor care pot să crească rapid. Chiar dacă testul screening iniţial este ieftin, investigaţiile de urmărire a celor pozitivi sunt în majoritatea cazurilor scumpe. Pentru a se obţine aceleaşi beneficii ca în RTC-uri, programele de screening trebuie să dispună de servicii şi facilităţi similare care se pot dovedi costisitoare, atât în ceea ce priveşte înfiinţarea, cât şi întreţinerea lor.

Unele programe de screening pot avea un raport cost-eficacitate favorabil, ca de exemplu testarea tinerelor femei pentru infecţia chlamidiană.

Întotdeauna când se ia o decizie referitoare la un program de screening trebuie să se analizeze raportul cost-eficacitate al programului comparativ cu alte intervenţii care ar putea fi oferite în schimb.

CAPITOLUL III

ANCHETA MEDICO-SOCIALĂ

I. Problematica socială şi medico-socială în sănătatea publică

Evoluţia stării de sănătate a populaţiei şi modul de organizare a ocrotirii sănătăţii sunt strâns legate de problematica medico-socială a populaţiei. Această problematică poate fi grupată astfel:

- corelaţii între dezvoltarea social-economică şi evoluţia problematicii de sănătate publică şi a organizării sanitare (probleme de macrosociologie);
- factorii sociali (şi social-economici) în calitatea lor de factori de risc de îmbolnăvire şi factori de protecţie a sănătăţii;
- climatul din cadrul colectivităţilor de lucru;
- problematica familiei;
- sociologia internă a unităţilor sanitare;
- nivelul de cultură sanitară şi comportamentul sanitar al populaţiei.

Ancheta medico-socială este o metodă de culegere a informaţiilor necesare pentru descrierea cunoştinţelor, opiniilor, atitudinilor şi comportamentelor oamenilor.

Caracteristici principale:

1. Obţinerea de informaţii cantitative sau numerice despre diverse aspecte ale unei populaţii
2. Colectarea datelor se face prin întrebări, iar datele sunt reprezentate de răspunsurile obţinute
3. Datele se colectează dintr-un eşantion şi nu de la întreaga populaţie.

Metodele folosite de anchetele medico-sociale sunt de două mari tipuri:

- cantitative – datele sunt prelucrate statistic, iar rezultatele sunt exprimate numeric;
- calitative – datele sunt analizate şi interpretate de către investigator; prin anumite procedee complexe pot şi ele să fie prelucrate în acelaşi fel ca datele obţinute din anchetele cantitative (înregistrare, sortare, clasificare, codificare etc.).

Cele două tipuri de anchete sunt considerate ca fiind complementare. Alegerea unui tip sau a altuia este determinată de subiectul cercetat. Anchetele calitative le preced de obicei pe cele cantitative. Acest lucru duce la o mai bună înţelegere a temei studiate şi la cunoaşterea populaţiei luată în studiu. Metodele calitative ajută la interpretarea rezultatelor obţinute prin metodele cantitative.

II. Tipuri de abordare

1. ***Analiza documentelor preexistente***
- cercetarea foilor de observaţie
- poate fi calitativă sau cantitativă
- exemplu: utilizarea serviciilor medicale
- avantaje: discretă, non-reactivă, retrospectivă
- dezavantaje: calitatea datelor (scopul înregistrării datelor e posibil să fi fost diferit), rezultatele nu se pot generaliza.

2. ***Prin întrebări***
- chestionare, interviuri
- în special cantitative, dar şi calitative
- exemplu: cercetarea nevoilor de sănătate ale populaţiei
- avantaje: întrebări directe, se poate cerceta o mare varietate de aspecte, se fac măsurători standardizate
- dezavantaje: calitatea eşantionării, realizarea chestionarului, metoda folosită în anchetă.

3. ***Prin observaţie***
- folosită mai ales pentru studii de caz şi studii în teren

- în special calitative, dar şi cantitative
- exemplu: observarea sistematică a relaţiei medic- pacient
- avantaje: generarea de ipoteze, studii calitative aprofundate a situaţiilor existente în viaţa reală
- dezavantaje: rezultatele nu se pot generaliza, reactivitatea subiecţilor faţă de observator, subiectivitate în interpretare

4. ***Controlul unor variabile***

- anchete controlate, cvasi-experimente
- în special cantitative, dar şi calitative
- exemplu: măsurarea eficacităţii unui tratament
- avantaje: concluzii asupra relaţiei cauză-efect, control asupra variabilei studiate
- dezavantaje: pune probleme de etică, rezultatele nu se pot generaliza.

III Etapele realizării unei anchete sociale

1. Definirea obiectivelor
2. Stabilirea metodei de cercetare
3. Evaluarea resurselor necesare (toate tipurile de costuri, inclusiv timpul necesar)
4. Stabilirea metodei de eşantionaj şi alegerea eşantionului
5. Realizarea unor instrumente valide, fiabile, uşor de administrat, scurte, corespunzătoare populaţiei de interes, pentru culegerea datelor
6. Efectuarea unei anchete pilot
7. Culegerea datelor
8. Analiza şi interpretarea datelor
9. Realizarea raportului final

IV. Metode de administrare a chestionarului

a) Interviu direct

Avantaje:

- se obţine o rată mare de răspuns
- se obţin informaţii privind caracteristicile nonrepondenţilor şi a motivelor nonrăspunsurilor
- permite flexibilitate în realizarea chestionarului în ce priveşte lungimea acestuia, formularea întrebărilor
- reduce rata nonrăspunsurilor la întrebări

Dezavantaje:

- se pot obţine răspunsuri distorsionate datorită influenţei operatorului de interviu asupra celui intervievat
- recrutarea şi pregătirea operatorilor este costisitoare şi ia timp.

b) Interviu prin telefon

Avantaje:

- rată ridicată a răspunsurilor
- se obţin informaţii privind caracteristicile nonrepondenţilor şi a motivelor nonrăspunsurilor
- reduce rata nonrăspunsurilor la întrebări
- operatorii sunt uşor de selectat şi pregătit
- este mai ieftin şi mai rapid decât interviul direct sau trimiterea chestionarului prin poştă

Dezavantaje:

- este dificil de confirmat că se discută cu repondentul selectat
- nu se pot pune întrebări complexe

- repondentul se poate consulta cu alții

c) Chestionar prin poștă

Avantaje:
- dă posibilitatea alegerii unui eșantion mai reprezentativ
- costurile administrative sunt mici
- nu apar distorsiuni datorate prezenței operatorului de interviu

Dezavantaje:
- nu este posibil să se determine caracteristicile nonrepondenților sau motivele nonrăspunsurilor
- sunt indicate numai chestionare scurte, cu întrebări simple și în general cu răspunsuri preformulate
- nu se poate controla secvența de răspuns la întrebări
- repondenții pot omite citirea sau răspunsul la unele întrebări

V. Etapele realizării unui chestionar

1. Se stabilește dacă chestionarul este cea mai bună metodă de culegere a datelor pentru studiul în cauză.
2. Se formulează o introducere adresată repondentului în care se prezintă studiul, utilitatea sa, se dau asigurări privind confidențialitatea și informarea repondentului despre rezultatele studiului, se mulțumește și eventual se oferă stimulente (de ex. acordarea unor premii prin tragere la sorți).
3. Se face o listă a ariilor majore care se doresc a fi acoperite.
4. Se formulează întrebările, analizând conținutul și modul de exprimare al acestora ca de exemplu:
   Este necesară întrebarea?
   Este potrivită pentru populația țintă?
   Sunt necesare mai multe întrebări pentru a obține date despre un anumit subiect?
   Repondenții au toate informațiile necesare pentru a răspunde la întrebări?
   Este un subiect cunoscut de către aceștia?
   S-ar putea să apară erori de interpretare, observare sau memorare?
   Sunt necesare întrebări alternative pentru a putea adapta chestionarul la diverse tipuri de repondenți?
   Este necesară reformularea mai precisă a întrebării?
   Ar putea întrebarea să inducă un anume răspuns?
   Întrebarea se referă la o problemă privată, jenantă sau va determina rezistență, răspunsuri incorecte, sustrageri? (La problemele în care sinceritatea răspunsurilor trebuie pusă sub semnul întrebării, se recomandă utilizarea unor întrebări de control)
   Este întrebarea clară, inteligibilă, neambiguă?
   Prezintă întrebarea o încărcătură emoțională?
   Este întrebarea prea lungă sau există două întrebări în una singură?
5. Se stabilește secvența întrebărilor (trebuie să fie logică, să motiveze repondentul, răspunsul la o întrebare să nu fie influențat de întrebarea precedentă etc.).
6. Se determină forma răspunsurilor:

1. Deschise

Avantaje:
- stimulează gândirea, memoria
- sunt utile în studiile exploratorii

Dezavantaje:
- pot apare dificultăți de exprimare
- uneori răspunsurile sunt incomplete, incorecte

- sunt nerecomandate pentru chestionarele trimise prin poştă
- scrisul ilizibil poate îngreuna interpretarea

Închise

a. cu răspunsuri ordonate

Avantaje:
- pot fi uşor prelucrate din punct de vedere statistic
- sunt utile pentru determinarea intensităţii sentimentelor, gradului de implicare, frecvenţei participării

Dezavantaje:
- limitează răspunsul la unul specific, existând pericolul omiterii unor aspecte importante

b. cu răspunsuri neordonate

Avantaje:
- se pot lua în considerare mai multe aspecte
- sunt utile pentru selectarea priorităţilor

Dezavantaje:
- sunt mai dificile decât cele cu răspunsuri ordonate, apar mai multe idei în acelaşi timp.

2. Parţial închise

Avantaje:
- se pot obţine informaţii suplimentare
- se evită o listă foarte lungă de variante de răspuns

Dezavantaje:
- uneori nu se ia în seamă partea deschisă

Dichotomice/cu răspunsuri multiple

Se pot suprapune intervalele şi se pot alege un număr insuficient de categorii

Listă de răspunsuri

Poate fi incompletă, cu greşeli de succesiune.

7. Se face măsurarea psihometrică, cu evaluarea fiabilităţii şi validităţii.

Înainte de aplicarea unui instrument (chestionarul) trebuie să studiem proprietăţile acestuia. În primul rând el trebuie să dea aceleaşi rezultate la măsurători repetate ale aceluiaşi fenomen sau la aceleaşi populaţii, adică să fie *fiabil*. Avem următoarele tipuri de fiabilitate:

- test-retest – măsoară stabilitatea în timp; este evaluată prin aplicarea repetată a chestionarului la diferite intervale de timp, ideal 10-14 zile. Intervalul trebuie să fie suficient de mare pentru ca repondenţii să nu îşi amintească răspunsurile de la prima testare, dar nici prea mare ca să nu apară modificări reale. Se măsoară cu ajutorul coeficientului de fiabilitate care poate avea valori între –1 şi +1, în funcţie de corelaţia scorurilor obţinute la cele două administrări.
- fiabilitatea formelor echivalente/alternante – este evaluată prin administrarea a două teste echivalente în acelaşi timp sau la perioade foarte scurte de timp.
- consistenţa internă estimează omogenitatea testului. Ea reprezintă măsura în care întrebările specifice unei anumite dimensiuni (probleme) se corelează între ele. Se poate realiza prin metoda înjumătăţirii. În acest caz testul (dimensiunea) se împarte în două jumătăţi (întrebările pare şi impare). Scorurile obţinute la întrebările cu număr par se corelează cu cele obţinute la întrebările cu număr impar. Din aceeaşi categorie face parte şi coeficientul alfa a lui Cronbach care arată concordanţa diferitelor părţi ale testului. Poate avea valori cuprinse între 0 şi 1. În general o valoare mai mare de 0,7 se consideră acceptabilă.
- fiabilitatea între evaluatori – reprezintă consistenţa între rezultatele obţinute de doi sau mai mulţi operatori de interviu la aplicarea aceluiaşi chestionar, în aceeaşi populaţie, în aceleaşi condiţii.

Fiabilitatea nu este însă suficientă. *Validitatea* este o a doua proprietate importantă care constă în capacitatea instrumentului de a măsura exact ceea ce trebuie să măsoare. Avem următoarele tipuri de validitate:

- de conținut – se referă la măsura în care întrebările care compun chestionarul ating toate aspectele relevante ale atributelor pe care acesta trebuie să le măsoare. În acest caz nu există unități de măsură. Aprecierile se fac pe baza literaturii de specialitate sau cu ajutorul unui grup de experți în domeniul studiat. Se aplică în primele faze ale realizării unui chestionar.
  În literatura de specialitate este întâlnită sub două forme:
  - validitate de suprafață – măsura în care testul pare valid la prima vedere
  - validitate logică – măsura în care atributele măsurate sunt reprezentative pentru dimensiunea studiată.
- de criteriu – arată măsura în care rezultatele obținute corespund unui criteriu de referință, ales în afara testului.
  - predictivă – măsoară puterea predictivă a testului, față de un criteriu care se va măsura în viitor, de ex. predicția unei boli.
  - simultană – se referă la corespondența rezultatelor obținute cu rezultatele date de un test superior aplicat simultan, de ex. obiceiul fumatului/nicotinemia.
- de construcție – implică validarea simultană a testului și a ipotezelor generate de cunoștințele teoretice pe care se bazează realizarea testului.
  - convergentă – arată corelația dintre rezultatele testului și rezultatele altor teste care sunt folosite pentru măsurarea aceluiași atribut.
  - discriminatorie – arată lipsa corelației între rezultatele testului și rezultatele altor teste care măsoară alte atribute.
  - diferențierea grupurilor – testul ar trebui să facă diferențierea între grupuri care diferă prin caracteristica studiată (copii/vârstnici)
- intervenții experimentale – scorurile obținute înainte și după efectuarea unei intervenții asupra variabilei studiate trebuie să difere

  - analiza factorială – metodă statistică aplicată unui set de variabile pentru a descoperi care variabile formează subseturi coerente, independente unele de altele, obținându-se astfel o simplificare a numărului de variabile și legături stabilite, testându-se teorii despre natura proceselor fundamentale.

Fiabilitatea este o condiție necesară, dar nu suficientă pentru o validitate ridicată. Validitatea unui test este limitată de fiabilitatea sa.

Senzitivitatea este capacitatea unui instrument de a depista schimbarea.

8. Modificarea chestionarului dacă este necesar.

VI. Alte metode de culegere a datelor

În afară de interviul individual structurat (cu ajutorul chestionarului), putem avea și interviul nestructurat individual sau de grup. În acest caz informațiile sunt mai detaliate, dar este mai dificil și mai costisitor. Etapele care se parcurg în cadrul interviului de grup sunt următoarele:

a. selecția și convocarea grupului
b. contactul inițial cu:
   - prezentarea tuturor celor de față
   - recunoașterea sacrificiului făcut de participanți
   - mulțumire pentru participare
   - descrierea cercetării (scop, utilități, obiective)
   - sublinierea importanței opiniei participanților
   - asigurarea participanților în privința confidențialității
   - descrierea metodei de lucru cu stabilirea unor reguli

c. interviul propriu-zis
   - întrebări nespecifice
   - întrebări specifice
   - observații
d. discuții între membrii echipelor în vederea perfecționării metodologiei
e. prelucrarea datelor
f. redactarea raportului.

Ancheta folosește prin definiție chestionarul. Interviul se poate desfășura pe baza unui ghid de interviu sau chiar fără un instrument de lucru.

Ancheta urmărește să satisfacă cerința de reprezentativitate a eșantionului în raport cu o populație. Tipurile de indivizi din eșantionul anchetat trebuie să acopere tipurile ce apar în populație. Cei intervievați posedă trăsături care de obicei îi particularizează față de masa mare a celorlalți (lideri formali sau informali, cu o anumită poziție etc.). Individul anchetat este mediu, obișnuit; cel intervievat este deosebit, atipic.

Ancheta se desfășoară pe eșantioane mari, pe când interviul se face pe un număr redus de persoane (câteva zeci). Dacă ancheta colectează informații relativ simple, interviul încearcă sondarea în profunzime, descoperirea motivațiilor, descrierea unor comportamente relevante.

Ancheta presupune o evaluare statistică a rezultatelor, fapt care nu se întâmplă în cazul interviului. Dacă interviul folosește prin excelență tehnici orale, ancheta poate fi orală sau în scris. Ancheta se aplică doar individual; interviul poate fi și de grup.

Operatorii de anchetă este bine să fie persoane fără nici un interes științific sau de altă natură, pe când în cazul interviului acesta trebuie realizat de cunoscători ai temei și obiectivelor cercetării.

Ancheta este o metodă cantitativă, iar interviul o metodă calitativă.

Sondajul de opinie este o formă populară de anchetă centrată pe o problemă de interes general, pe aspectul opțional, cu caracter descriptiv, fără a da explicații, într-un timp foarte scurt, la comanda unui beneficiar, prezentată acestuia sau publicului larg într-o formă simplă (sub formă de procente sau grafice).

Observația ca metodă științifică de culegere a informațiilor din lume înconjurătoare, constă în urmărirea atentă, prin toate simțurile, conform unui plan și înregistrarea sistematică a caracteristicilor și transformărilor unui obiect (persoană, lucru, fenomen) ori a diferitelor manifestări de comportament ale unui individ sau ale unui grup de persoane, împreună cu contextul în care au loc.

Observația științifică, spre deosebire de cea empirică (care este întâmplătoare, insuficient controlată) presupune:

- existența unui scop,
- întocmirea unui plan, înainte de începerea cercetării,
- notarea sistematică a aspectelor urmărite,
- posibilitatea de repetare a sa, eventual în condiții schimbate, în alt moment, cu alți subiecți ori cu mai mulți observatori plasați simultan în fața aceluiași fapt.

Observația este percepția unui eveniment, a unei conduite, a unui document. Dar ea nu se reduce la simpla "lectură" a faptului brut, la înregistrarea de date, ci se prelungește într-un act de clasificare, de încadrare a informației în anumite concepte și de anticipare a unei relații cauzale. Pe baza unei documentări prealabile se schițează o grilă de observare (o listă de rubrici care să ofere cadrul de clasificare a datelor brute), iar apoi pentru interpretare se utilizează tabele de analiză a comportamentului.

Observația simplă este o metodă calitativă care se bazează pe notițe, înregistrări audio-video etc.

În cazul observației participative cercetătorul ia rolul personajelor studiate. Prezintă avantajul că se pot descoperi lucruri pe care oamenii le fac zi de zi, la care nici nu se gândesc atunci când sunt întrebați sau când sunt puși să discute despre activitatea lor. Pe de altă parte, există diferențe între ceea ce spun și ceea ce fac oamenii. Există tentația unora de a afirma ceea ce cred că este acceptat din punct de vedere social, de a minți, de a exagera,

de a uita, de a nu observa ceea ce li se întâmplă, de a-şi interpreta greşit comportamentul lor sau al altora. Un alt avantaj este cunoaşterea limbajului folosit de un grup de oameni în diverse situaţii. Printre dezavantaje se numără costul ridicat, consumul de timp, faptul că nu se pot observa decât un număr limitat de evenimente, influenţa observatorului asupra comportamentului grupului etc.

VII. Formele de anchetă medico-socială

1. Ancheta colectivă

Ancheta colectivă se realizează prin investigarea socială simultană a unui colectiv de persoane. Această metodă se aplică mai ales în şcoli, pentru a studia nivelul de cultură sanitară a elevilor (în special cunoştinţe privind regulile de igienă, de prim-ajutor în caz de accident etc.) sau pentru a obţine date cu privire la alte probleme, ca de exemplu atitudinea elevului faţă de problemele familiale.

Avantajele metodei sunt:

- posibilitatea efectuării anchetelor în timp scurt şi cu cheltuieli mici;
- certitudinea înţelegerii din partea întregului colectiv a sensului întrebărilor şi premisa obţinerii de răspunsuri complete şi corecte, datorită prezenţei anchetatorului şi a explicaţiilor furnizate de acesta.

Dezavantajele şi riscurile metodei sunt:

- imposibilitatea investigării unor aspecte adâncite, intime;
- riscul "răspunsului colectiv", adică mai mulţi elevi răspund în acelaşi fel consultându-se între ei.

2. Ancheta prin corespondenţă

Ancheta prin corespondenţă se realizează prin trimiterea la domiciliul celor anchetaţi a formularelor de anchetă, însoţite de un plic timbrat pe care este înscrisă adresa anchetatorilor. O variantă a acestei metode este aceea în care formularele sunt înmânate direct de anchetatori, iar rezultatele sunt ridicate tot de ei. Prin această metodă se pot studia, de exemplu, unele probleme ale familiei (bugetul de timp al familiei, preocupări de ordin cultural-distractiv, măsuri care se iau în familie pentru sănătatea membrilor ei etc.), precum şi opinia familiei despre asistenţa medicală, volumul şi structura consumului medical al familiei etc.

Avantajele metodei sunt:

- metoda este relativ economică, deoarece nu necesită intervenţia unui corp de anchetatori, ci doar cheltuieli poştale;
- răspunsurile au mari şanse să fie corecte, deoarece cel anchetat dispune de timp suficient pentru a reflecta asupra fiecărei întrebări.

Dezavantajele metodei sunt:

- riscul mare ca o parte din formulare să nu fie returnate;
- furnizarea de non-răspunsuri sau de răspunsuri greşite, datorită absenţei anchetatorului în timpul completării formularului.

Trebuie precizat că ancheta prin corespondenţă cere un nivel ridicat de cultură generală a celor anchetaţi, premisă care nu este îndeplinită în toate situaţiile.

3. Ancheta în instituţiile sanitare

În acest caz ancheta se realizează în unităţi ambulatorii, în spitale sau sanatorii etc. Prin această metodă pot fi studiaţi factorii de risc şi de protecţie în diferite boli, opinia populaţiei (a bolnavilor) despre asistenţa medicală, nivelul de cultură sanitară a bolnavilor etc. Ancheta se efectuează mai ales de cadre medii sanitare.

Avantajele metodei sunt:

- se realizează uşor, deoarece personalul de anchetă nu trebuie să se deplaseze la domiciliul sau locul de muncă al anchetaţilor, pe care îi are la îndemână;
- anchetaţii răspund cu plăcere cadrelor medico-sanitare, deoarece au şi timpul necesar;

- răspunsurile sunt în bună parte sincere, ținând seama de ascendentul moral pe care îl au cadrele sanitare asupra bolnavilor.

Dezavantajele metodei sunt:

- bolnavii internați în spital sau cei care se adresează instituțiilor de asistență ambulatorie nu alcătuiesc un lot reprezentativ al populației, ci doar al unor categorii de bolnavi;
- răspunsurile pot fi deformate prin "contagiune".

4. Ancheta în familie

Se realizează prin deplasarea anchetatorului în familiile vizate pentru anchetă și consemnarea răspunsurilor date de membrii familiei aflați la domiciliu, la problemele studiate.

Avantajele metodei sunt:

- în majoritatea cazurilor, în familie există condiții pentru a se purta discuții liniștite și a se obține răspunsuri complete;
- investigațiile făcute în familie pot fi adîncite, se poate asigura reprezentativitatea anchetei în cadrul populației, alegându-se familii din cele mai diferite categorii;
- anchetatorul poate observa, paralel cu interviul propriu-zis, concordanța sau neconcordanța unor răspunsuri față de situația reală (de exemplu, venitul declarat de familie și starea materială a locuinței).

Dezavantajul metodei: este o metodă scumpă.

5. Ancheta la locul de muncă

Este reprezentată de interviuri efectuate într-un colectiv de muncă. Astfel, pot fi studiate, de exemplu, probleme legate de necesitățile angajaților din creșe, grădinițe, cantine, regimul de muncă și odihnă, relațiile interpersonale etc.

Avantajele metodei: se obțin, de o manieră concentrată, opiniile personalului angajat dintr-un loc de muncă, ceea ce permite aplicarea operativă a măsurilor de satisfacere a cerințelor.

Dezavantajele metodei: în timpul procesului de producție nu este permisă sustragerea angajaților de la muncă, iar în pauze sau după program aceștia nu prea sunt dispuși să se supună anchetelor.

6. Ancheta în jurul cazului

Se utilizează în studiul unor probleme sociale (copil abandonat, bătrân neîngrijit, delincvență juvenilă etc.) sau medico-sociale (alcoolism, infirm în familie, bolnav cronic care necesită acțiuni speciale de asistență socială).

7. Ancheta repetată

Se aplică în studiile longitudinale ale familiei.De exemplu, dacă se urmărește cunoașterea evoluției în timp a opiniei și a condițiilor familiei de la căsătorie până la o anumită dată, se efectuează o anchetă socială imediat după căsătorie și apoi se repetă ancheta cu o anumită periodicitate (de exemplu, o dată la trei ani), în aceleași familii.

8. Ancheta socială combinată cu examinarea medicală

Se folosește în cazurile în care anchetele sociale trebuie completate cu examinări medicale.

VIII. Asistență socială

Studiul problemelor sociale și medico-sociale nu poate constitui un scop în sine. El urmărește rezolvarea problemelor și își propune să obțină această rezolvare înainte ca ele să prejudicieze grav viața și sănătatea persoanelor respective și a familiilor lor.

Rezolvarea problemelor medico-sociale se realizează prin două căi principale.

Prima cale este cea a măsurilor cu caracter general. Astfel, de exemplu, dacă într-un oraș cu predominanța industriei ușoare se simte lipsa locurilor de creșă și grădiniță, se propune Consiliului Județean construirea de noi unități preșcolare.

A doua cale de rezolvare a problemelor sociale şi medico-sociale este cea a măsurilor individualizate care începe cu depistarea şi luarea în evidenţă a cazurilor. Depistarea oricărei probleme se poate face în două feluri: pasiv şi activ.

Indiferent de calea depistării, este necesară existenţa unei evidenţe clare a cazurilor (familiilor) investigate. Astfel, se utilizează fişe pentru problemele medico-sociale ale familiilor. Aceste fişe (completate) se păstrează fie într-un sertar separat (la nivelulcabinetului medicului de familie), fie împreună cu fişa de consultaţie a capului familiei.

Rezolvarea problemelor medico-sociale poate îmbrăca diferite forme, dintre care sunt de reţinut, în principal, următoarele:

- *discuţia individuală cu sfaturi*. În numeroase cazuri, discuţia calmă, umană, însoţită de sfaturi, este deosebit de utilă. Această discuţie poate să o poarte, în raport cu specificul cazului, atât medicul cât şi cadrul mediu sanitar (instruit în acest scop);
- *consultaţia juridică*. În lipsa unui serviciu de consultaţii juridice special creat, de exemplu la nivelul policlinicii, personalul serviciilor medicale de bază (după un instructaj corespunzător făcut de juriştii) poate lămuri pe cetăţenii interesaţi cu privire la drepturile lor şi la modul de a le obţine (cum se face o cerere, cui se înaintează, ce acte trebuie anexate etc.);
- *ajutorul social la domiciliu*. Unele persoane, cum sunt bolnavii cu afecţiuni cronice, bătrânii, infirmii şi invalizii etc., adeseori nu reuşesc să facă faţă unor activităţi elementare din propria locuinţă. În aceste cazuri este deosebit de util un ajutor din partea unor persoane bine intenţionate, care vin din când în când în casă.
- *acordarea asistenţei medicale diferenţiate*. În cazurile care prezintă probleme medico-sociale, intervenţia serviciilor medicale poate îmbrăca forme variate. Astfel, familiile cu mulţi copii şi cu un mediu de viaţă carenţat trebuie vizitate mai des de asistenta de ocrotire şi trebuie să concentreze asupra lor în mai mare măsură atenţia medicului decât alte familii fără asemenea probleme. Alte forme de asistenţă medicală diferenţiată sunt reprezentate de asigurarea tratamentelor la domiciliu în familiile cu probleme medico-sociale, internarea în spital a unor bolnavi care, dacă ar fi avut condiţii de viaţă şi de locuinţă bune, ar fi putut să se trateze la domiciliu, externarea bolnavilor din spital în raport cu posibilităţile de îngrijire ale familiei etc.;
- *intervenţia serviciilor sanitare pe lângă diferite organe şi instituţii nemedicale*. În cele mai multe cazuri, rezolvarea problemelor sociale nu este de competenţa serviciilor sanitare, ci a altor servicii sau organe. Datoria serviciilor sanitare este să sesizeze organele în cauză sau să le recomande anumite măsuri. Astfel, pentru copiii proveniţi din familii-problemă şi nesupravegheaţi, apare necesitatea intervenţiei serviciilor sanitare pentru încadrarea acestora în creşă, grădiniţă, internat de şcoală etc.

Dacă formele de asistenţă socială anterior citate nu dau rezultatele scontate, este necesară intervenţia personalului medico-sanitar pentru rezolvarea cazurilor prin instituţionalizarea lor. Asemenea instituţii pentru copii sunt: leagănul de copii, casa de copii, căminul-spital pentru neuropsihici nerecuperabili, căminul-şcoală pentru deficienţi motori şi pentru debilii mintal parţial recuperabili, grădiniţele de orbi şi de surdo-muţi, hipoacuzici, ambliopi şi şcoala ajutătoare pentru retardaţi mintal. Instituţiile de ocrotire pentru bătrâni sunt: căminul-spital pentru bolnavii cronici, căminul de bătrâni şi căminul de pensionari. Dintre instituţiile de ocrotire socială pentru adulţi se pot aminti: casa orbilor, şcolile profesionale speciale şi şcolile tehnice speciale pentru surdo-muţi, orbi, deficienţi locomotori, oligofreni, căminele atelier, coloniile de reeducare, cooperativele de invalizi etc.

Este de reţinut că asistenţa medicală este strâns legată de asistenţa socială şi că rezolvarea problemelor medicale, fără rezolvarea concomitentă a componentelor lor sociale, nu este decât o rezolvare incompletă. De aceea, datoria serviciilor sanitare, şi mai ales a reţelei de îngrijiri primare (medicii de familie), este de a avea o preocupare permanentă pentru cunoaşterea şi rezolvarea problemelor de asistenţă socială pe care le implică diferitele cazuri medicale.

CAPITOLUL IV

NOTIUNI DE DEMOGRAFIE

1. Istoric şi definiţie.

Demografia este o ramură a statisticii social-economice. Ea este considerată ca o ştiinţă socială, denumirea ei derivând de la grecescul demos = populaţie, popor şi graphos = a descrie. În mod simplist demografia poate fi definită ca ştiinţă a populaţiei sau ştiinţa modificărilor cantitative şi calitative ale populaţiei supusă unor cauze multiple.

După definiţia Dicţionarului statistico-economic (1962) "demografia studiază numărul, structura şi repartizarea teritorială a populaţiei, precum şi procesele demografice care determină schimbările acesteia (mişcarea naturală şi mişcarea migratorie). Ea analizează legile după care se produc fenomenele demografice, condiţiile, cauzele şi efectele lor sociale şi economice, privindu-le ca procese determinate de factorii social-economici."

Iar pentru noi: "demografia este ştiinţa care studiază populaţia şi schimbările acesteia, în condiţiile istorice concrete ale dezvoltării sale sociale."

Rezultă deci că în studiul populaţiei va trebui să ţinem seama de faptul că fenomenele demografice sunt fenomene sociale. În acelaşi timp însă, este de menţionat, că fenomenele demografice trebuie considerate ca fenomene sociale cu largi implicaţii biologice. Astfel, de exemplu, în analiza şi interpretarea mortalităţii trebuie să ţinem seama pe lângă aspectele social-economice ce determină acest fenomen demografic şi de particularităţile de sex, grupe de vârstă ale populaţiei, în producerea şi evoluţia cauzelor de deces.

Demografia nu este o ştiinţă nouă. Dimpotrivă se poate afirma că este veche, pierzându-se în negura vremii şi purtând pecetea orânduirii sociale în care a apărut şi evoluat. La început a avut un caracter net descriptiv, mărginindu-se la o simplă urmărire a persoanelor tribului, mai târziu a oraşelor, cetăţilor sau a statelor antice, pentru încasări de impozite.

Perioada dintre cele două importante revoluţii burgheze ale Europei apusene, cea engleză din 1642 şi cea franceză din 1789, cu profundele lor transformări social-economice, la care trebuie adăugată dezvoltarea însemnată a ştiinţelor naturii, este considerată ca epoca în care ia naştere şi demografia.

Din această epocă trebuie menţionat englezul John Graunt, care, prin lucrarea sa apărută în 1662: "Natural and political observations upon the bilets of mortality" (Observaţii naturale şi politice pe baza buletinelor de deces), aplică pentru prima dată la calculul unor fenomene demografice, ca naşterea şi decesul, tehnica matematică, stabileşte legităţi şi elemente de prognoză în manifestarea fenomenelor de natalitate şi mortalitate.

Tot în Anglia, în 1683, apare lucrarea lui Sir William Petty "Five essays in Political Arithmetic" (Cinci eseuri de politică aritmetică), în care analizează sporul populaţiei Londrei pe lungi perioade de timp şi în perspectivă. Meritul lui Petty constă în utilizarea economiei politice la interpretarea fenomenelor demografice, punând astfel bazele aritmeticii politice.

În Germania, influenţat de Graunt şi Petty, pastorul protestant J.P. Süssmilch, la Berlin, în 1741, publică: "Die göttliche Ordnung in den Veränderungen des menslichen Geschlechts, aus der Geburt, dem Tod und der Fortpflanzung desselben erwiesen", (Modificările neamului omenesc, rezultate din naşterea, moartea şi reproducerea acestuia), considerată de unii ca primul tratat de demografie. Deşi dominată de influenţe idealiste şi mistice, publicaţia trebuie considerată ca o contribuţie importantă la dezvoltarea demografiei, al cărui scop, pentru Süssmilch, îl constituie cercetarea legilor după care se produce mortalitatea, fertilitatea şi perpetuarea speciei, pentru a căror descoperire face apel la statistică.

O dată importantă în demografie o reprezintă lucrarea francezului Jean Moheau: "Recherches et considerations sur la population de la France", (Cercetări şi consideraţii asupra populaţiei Franţei), apărută în 1778, în care, pe baza datelor furnizate de recensăminte, autorul caută să fixeze proporţiile natalităţii, căsătoriilor şi deceselor,

insistând asupra necesității sporirii populației, o populație numeroasă, constituind un indice al prosperității unei națiuni.

Încetul cu încetul noua știință încearcă să își definească conținutul și să își fixeze metodologia. Totuși ea rămâne încă tributară unor discipline, mai mult sau mai puțin înrudite ca: statistica, sociologia sau istoria.

Este meritul statisticianului belgian Adolf Quetelet de a fi impulsionat, prin lucrările sale, dar mai ales prin prestigiul său, cercetările demografice și de a fi contribuit în mod hotărâtor la apariția demografiei ca știință independentă.

Francezul Achille Guillard în publicația sa: "Elements de statistique humaine ou de démographie comparée" (Elemente de statistică umană sau de demografie comparată), apărută în 1855, folosește pentru prima dată termenul de demografie, pe care după propria sa concepție o consideră că: "descrie masele cu ajutorul cifrelor și după locul pe care-l ocupă; ea este o știință a faptelor, care nu se împacă cu raționamentele abstracte. Ea ca și toate științele născute din observații pozitive, are propriile sale principii, care se sprijină exclusiv pe legea numerelor mari sau pe calculul probabilităților".

Cu toate acestea, nici acum autonomia demografiei nu este încă pe deplin câștigată, iar identificarea ei cu statistica este frecventă. De aceea în secolul al XIX-lea se vorbește adeseori de școli de demografie ca: școala germană, franceză, engleză, cărora pe parcurs li se adaugă mereu altele noi: italiană, rusă, japoneză, etc.

Pe parcurs însă demografia se dezvoltă mereu, încât azi, se poate vorbi de o știință independentă care are un obiect propriu: populația sub toate aspectele ei și o metodologie complexă, care face apel la numeroase discipline de graniță, în vederea studierii fenomenelor, proceselor și legitimității lor în domeniul numărului, structurii, repartizării teritoriale și dinamicii populației.

Pentru întreg sectorul sanitar, dar mai ales pentru medici, cunoașterea și interpretarea datelor demografice se impune ca ceva absolut necesar în cunoașterea stării de sănătate. Nici o activitate sistematică și planificată în domeniul ocrotirii sănătății nu este posibilă fără utilizarea indicatorilor demografici referitori la populația respectivului teritoriu.

În cunoașterea situației demografice a unei colectivități se folosesc două metode: metoda statică și metoda dinamică sau cinematică.

Rezultă deci că demografia poate fi împărțită în două mari capitole: primul, acela de studiere a populației, privind volumul acesteia și distribuția pe sexe, grupe de vârstă, medii (urban și rural), profesii, știință de carte, etc. Reflectând aspecte, la un moment dat, puse în evidență cu ocazia recensămintelor, populația ne apare într-o secțiune transversală, constituind, pentru unii demografi, așa numita demografie orizontală.

Al doilea capitol, cel de mișcare a populației, ne arată evoluția în timp a fenomenelor demografice de-a lungul anilor, cuprinzând natalitatea, mortalitatea și mobilitatea. Populația de data aceasta ne apare ca într-o secțiune sagitală, așa numita demografie verticală.

În afara acestor două aspecte, de structură și mișcare a populației, înainte de a discuta indicatorii demografici care le evidențiază, pentru o corectă interpretare a fenomenelor demografice, trebuie discutate teoriile privind evoluția populației, teorii care permit nu numai aprofundarea și înțelegerea fenomenelor demografice, ci și formarea și însușirea unei gândiri, a unei concepții demografice necesare, nu numai medicului, dar și oricărui intelectual.

De altfel, omul fiind obiectul tuturor științelor umane, este normal, așa cum afirmă prof. Șt. Pascu în prefața lucrării sale: "Populația și Societate", că: "demografia se află la încrucișarea celor mai diverse discipline; ea este un punct de joncțiune a numeroase științe: istorie și geografie, sociologie și psihologie, dreptul și economia, igiena și medicina."

2. Teorii asupra populației.

De-a lungul timpului, dar mai ales în ultimele trei secole, numeroși cercetători s-au ocupat de felul în care se produc și evoluează fenomenele demografice. Abundența de idei și de păreri în această problemă își găsește explicația și în faptul că nici o gândire aplicată dezvoltării societății și nici o acțiune politică importantă nu a putut face abstracție de

factorul demografic şi îndeosebi de raportul dintre acesta şi mijloacele de trai, raport care întotdeauna s-a impus ca o problemă fundamentală în viaţa şi evoluţia colectivităţilor umane.

Pe de altă parte demografia, ca orice ştiinţă, are ca sarcină descoperirea legităţilor în virtutea cărora evoluează procesele populaţiei. De la început trebuie să menţionăm că în legităţile demografice se reflectă numeroase legi cu caracter biologic, social, cultural, etc., în complexul cărora rolul determinant aparţine factorului economic.

Clasificarea doctrinelor demografice şi a teoriilor privind populaţia, cuprinde două grupe:

- Teoriile biologice,
- Teoriile eclectice (după Smulevici) sau culturale după Coonts şi

În cele ce urmează vom căuta să punem în evidenţă trăsăturile fundamentale ale acestora, insistând, în cazul primelor două, asupra principalelor teorii:

2.1. Teoriile biologice.

Esenţa oricărei teorii biologice despre populaţie constă în extinderea legilor care reglează creşterea plantelor şi animalelor la creşterea colectivităţii umane. Această idee se obţine prin suprabiologizarea fenomenelor demografice, accentuând ceea ce este comun întregii materii vii cum sunt procesele şi legităţile biologice, de la embriogeneză la ereditate şi minimalizând nu numai deosebirile biologice esenţiale dintre animal şi om, dar mai ales ceea ce este specific şi propriu fiinţei umane, ca rezultat al dezvoltării sale prin muncă, sub influenţa unui complex de factori sociali.

Tendinţa de a asemăna societatea umană cu un organism biologic este veche, ideea întâlnindu-se deja în antichitate şi fiind apoi reluată de Ibn Kahldoun şi Machiavelli în secolele al XIV-lea şi respectiv al XV-lea. Tot la această asemănare se referă în publicaţiile lor Bacon, Hobbs, Locke, Rousseau, Condorcet şi alţii.

Ceea ce însă a dat un impuls hotărâtor unor astfel de teorii au fost marile descoperiri ale secolelor al XVIII-lea şi al XIX-lea. Astfel, descoperirea celulei animale şi vegetale, legea conservării şi transformării materiei, teoria darwinistă despre originea şi dezvoltarea speciilor, pe lângă covârşitoarea lor importanţă teoretică şi practică, au contribuit ca unii cercetători ai fenomenelor sociale să extindă şi să folosească, în domeniile proprii de cercetare, unele aspecte specifice fenomenelor biologice.

Pe de altă parte la sfârşitul secolului al XVII-lea mortalitatea, datorită progreselor medicinii, scăderii frecvenţei epidemiilor, dar mai ales progresului economic, diminuă simţitor, în timp ce natalitatea îşi păstrează valorile crescute. Din aceste motive se înregistrează o adevărată expansiune demografică, care face ca în secolul al XIX-lea să asistăm în Europa la o sporire a populaţiei la mai mult decât dublu: de la 187 milioane la 481 milioane de locuitori.

Acesta este motivul pentru care evoluţia demografică atrage tot mai mult atenţia filozofilor, oamenilor politici, economiştilor, sociologilor şi istoricilor.

Semnalul de alarmă este tras de doi oameni politici şi filozofi germani: Justus Moser şi Johann Brucker. Primul consideră că o creştere prea rapidă a populaţiei prejudiciază moralitatea publică şi prosperitatea statului, ducând la viciu, mizerie şi criminalitate. După J. Brucker în lucrarea sa: "Theorie des tierischen Systems" (Teoria sistemului animal), oamenii ca şi animalele nu se înmulţesc decât în măsura în care o permit condiţiile naturale şi artificiale. De aceea când raportul normal faţă de posibilităţile de alimentaţie este depăşit, populaţia descreşte şi piere. Ca atare nu este indicată încurajarea creşterii populaţiei, ci dimpotrivă această creştere trebuie limitată, iar unele calamităţi ca războaiele, foametea sau epidemiile, contribuie în bună măsură la limitarea creşterii populaţiei.

Asemenea concepţii neştiinţifice şi inumane găsesc numeroşi adepţi şi constituie embrionul numeroaselor teorii biologice, ce au luat naştere, de-a lungul timpului, până în zilele noastre.

Dintre acestea amintim:

2.1.1. Teoria lui Malthus sau maltusianismul, denumită astfel după numele întemeietorului ei, călugărul englez Thomas Robert Malthus, care în lucrarea sa: "Essay on

the principle of population", (Eseu cu privire la principiul populației) publicată în 1798, susține că în timp ce populația crește într-o progresie geometrică, dublându-se la fiecare sfert de secol, mijloacele de trai nu cresc decât într-o progresie aritmetică. Rezultă deci că în evoluția unei populații se va ajunge la un moment, când cantitatea mijloacelor de trai ce revin pe cap de locuitor, va deveni insuficientă, iar mizeria populației nu s-ar datora condițiilor social-economice ci legilor naturii.

Dându-și seama de caracterul artificial al teoriei sale, (admițând bunăoară teoria sa, s-ar ajunge ca într-un interval de numai două secole, raportul dintre populație și mijloacele de trai să fie de 256 la 9), Malthus își corectează afirmațiile și invocă apariția unor obstacole în limitarea creșterii demografice. Aceste obstacole sunt de două feluri: obstacole distructive și obstacole preventive sau de constrângere morală și care determină, în mod normal, restabilirea echilibrului.

Obstacolele distructive, care duc la împiedicarea creșterii populației, sunt marile calamități ca războaiele, foametea, epidemiile sau profesiunile nocive, munca grea, insalubritatea marilor orașe, sărăcia, etc., iar cele preventive: restrângerea voluntară a nașterilor prin căsătorii la vârste înaintate sau prin abstinență și căsătorii caste.

Față de asemenea situații, pentru Malthus, sunt posibile două soluții: ori creșterea mijloacelor de trai, ori limitarea sporirii populației. Deoarece prima nu este realizabilă, singurul remediu îl constituie limitarea populației prin: interzicerea căsătoriilor celor ce nu pot asigura existența copiilor, sterilizarea părinților săraci, exterminarea unor noi născuți, practicarea avortului, etc.

Conform acestei teorii, suprapopularea și mizeria constituie pentru malthusianiști, consecințele, nu a relațiilor social-economice, ci ale unor legi abstracte ale naturii.

Maltusianismul a fost combătut cu argumente puternice deja de la apariția acestuia și până azi de către numeroși gânditori cu idei progresiste. De altfel maltusianismul are o dublă eroare inițială: una de fond, de conținut și alta de metodologie. De fond, fiindcă încearcă să explice procesele demografice pornind de la legile biologiei și de formă, fiindcă, în expunerea teoriei sale, Malthus a studiat creșterea populației în SUA, creștere bazată aproape exclusiv pe imigrări și creșterea mijloacelor de trai în Anglia. Bazându-se pe evoluția acestora, într-o perioadă relativ scurtă, de numai 25 de ani, el trage concluzii pe care le consideră general valabile.

Pe lângă caracterul profund inuman, maltusianismul nu are nici o bază științifică, deoarece nu ține seama nici de progresele științei și nici de evoluția societății umane.

Din maltusianism au luat naștere două subteorii:

2.1.1.1. Teoria darwinismului social constă în transpunerea teoriei darwiniste la societate. În baza acestei teorii, învinge cel mai dotat, fapt care ar asigura conservarea și perfecțiunea speciei.

Dar în societatea capitalistă nu învinge întotdeauna cel mai bun, cel mai dotat, existând mii și mii de cazuri când oamenii talentați s-au pierdut fiind victime ale sărăciei și mizeriei. În fond darwinismul social este lupta unuia contra tuturor și a tuturor împotriva unuia, cu un cuvânt, legea junglei aplicată la societate.

2.1.1.2. Neomaltusianismul, reprezentat mai ales prin Knowlton, autorul lucrării "Fruts of Philosophy", constă în utilizarea pe scară largă a anticoncepționalelor, în vederea scăderii natalității.

2.1.2. Teoria principiului densității este tot o teorie biologică, elaborată de M.T. Sadler în lucrarea sa "The law of population" (Legea populației), în 1830, conform căreia legea principală a populației constă în relația de inversă proporționalitate dintre natalitate și densitatea populației. Susținătorii acestei teorii consideră că un anumit teritoriu nu poate hrăni decât un număr limitat de locuitori, neținând seama de posibilitățile pe care omul le are, datorită științei și tehnicii de a crește producția în teritoriul respectiv.

2.1.3. Teoria principiului alimentației, a lui Thomas A. Doubleday care, prin lucrarea sa din 1841, intitulată "The true law of population" (Adevărata lege a populației), extrapolând unele observații din lumea animală la populație, susține că o creștere a acesteia

este dependentă de alimentație, între ele exitând un raport invers proporțional, abundența alimentației scade natalitatea, în timp ce subalimentația stimulează reproducerea.

2.1.4. Teoria organică compară societatea cu un organism, de unde îi vine și numele. Încă din secolul al- XII- lea, Salisbury caută să compare clerul cu sufletul, prințul cu capul și țăranii cu picioarele organismului social. La începutul acestui secol s-a încercat găsirea unor argumente de natură medicală în favoarea acestei teorii. Astfel, H. Maray aseamănă crizele economice cu bolile, militarismul cu cancerul, capitalul cu un antitoxic.

Între cele două războaie mondiale, americanii R. Pearl și L.J. Read, și italianul C. Ginni compară societatea cu un organism viu, care se naște, are o copilărie, o adolescență, apoi îmbătrânește și moare. Datorită acestui fapt, în tinerețe populațiile au o natalitate crescută, pentru ca pe măsură ce îmbătrânesc, aceasta să scadă. Autorii acestei teorii s-au bazat pe experiențe efectuate pe microbi și pe musculița de oțet (Drosophyla melanogaster). Aceasta introdusă într-un recipient, deci într-un spațiu limitat și cu o alimentație suficientă, la început se înmulțește mai încet, apoi mai accentuat, iar după o vreme dispare. Acestei teorii i s-a dat și o interpretare matematică, prin așa numita curbă logistică a creșterii populației.

Ginni consideră că o populație care își păstrează spațiul vital, dar își modifică stadiul socio-economic poate urma una sau mai multe curbe logistice. El presupune că așa s-a întâmplat cu populațiile, începând de la comuna primitivă până la societatea modernă.

În aparență, teoria organică este opusă maltusianismului, dar în realitate este un maltusianism mascat, deoarece din cauza înmulțirii populației ar apare o "presiune demografică", care ar duce la mizerie și în consecință ar justifica inegalitatea socială și necesitatea războaielor, epidemiilor, foametei, etc.

Teoria este un exemplu tipic de suprabiologizare a fenomenelor demografice, având tendința de a le prezenta ca fiind determinate de legi abstracte ale naturii, nefiind cu nimic supuse acțiunii condițiilor social-economice.

Referitor la teoriile expuse se poate afirma, ca o concluzie, că negarea caracterelor specifice evoluției unei populații și reducerea dezvoltării acesteia la simple legi biologice este neștiințifică.

2.2. Teorii eclectice sau culturale

Aceste teorii pornesc de la o concepție largă a noțiunii de cultură, ca un ansamblu de bunuri materiale și spirituale, axându-se pe noțiuni de civilizație și considerând greșit că diferiți parametrii, care determină și condiționează fenomenele demografice au valoare egală.

În felul acesta se ajunge la crearea unor teorii valabile pentru un fenomen particular, ca de exemplu urbanizarea, mentalitatea, știința de carte, etc., autorii refuzând să admită primordialitatea factorilor social-economici în studiul fenomenelor demografice.

Dacă teoriile biologice reflectă analogiile greșite dintre dezvoltarea societății și natură, teoriile eclectice sunt caracterizate prin interpretarea fenomenelor demografice rupte aproape complet de suportul lor material, de viața economică a societății.

Dintre teoriile eclectice menționăm:

2.2.1. Teoria capilarității sociale a lui A. Dumont, care în: "Depopulation et civilisation" (depopulare și civilizație) din 1890, pornind de la ideea că în societatea epocii sale domină "principiul toxic al idealizării individualismului", consideră că omul în tendința a de a se ridica pe scara socială o face în dauna procreației. În felul acesta "capilaritatea socială" este o aspirație spre poziții superioare și este invers proporțională cu natalitatea.

Pentru adepții teoriei, energia de care dispune o populație este egală cu suma energiei indivizilor din care se compune aceasta. Energia, individul o cheltuiește, pe de o parte, pentru dezvoltarea sa personală și pentru atingerea unui nivel material cât mai ridicat, iar pe de altă parte, pentru procrearea de urmași. De aici "organiciștii" trag concluzia că scăderea natalității constituie rezultatul cheltuielii unei părți din ce în ce mai mari a energiei populației pentru crearea de bunuri materiale și culturale, constituind astfel un semn de belșug. De aici concluzia că orice progres duce la denatalitate și că aceasta ar însemna

bunăstare. Faptul că pe baza acestei teorii, progresul devine posibil numai prin scăderea natalității, confirmă deducția maltusianistă a avantajelor denatalității.

Adepții teoriei capilarității își argumentează ideile prin exemple, arătând că în societate cu cât indivizii aparțin unei păturî sociale mai înstărite și mai calificate, cu atât natalitatea este mai scăzută și invers, trăgând de aici concluzia falsă că scăderea natalității e un semn și o urmare inevitabilă a belșugului.

Dimpotrivă faptele arată că denatalitatea unei societăți își are sursa în scăderea natalității la cei mai mulți și săraci supuși mizeriei, foametei și sărăciei, deci datorită cauzelor sociale-economice. Totul constă în înlocuirea concepției statice a problemei cu una dinamică. În concepția statică aparent și pentru moment clasele avute prezintă o natalitate mică, privită însă dinamic, în timp, denatalitatea este produsă de către cei mai mulți și săraci. În felul acesta denatalitatea nu constituie rezultatul creșterii belșugului, ci a sărăcirii.

2.2.2. Teoria optimului de populație. Ideea își are originea din antichitate, pornindu-se de la o deducție simplă: dacă populația poate fi prea mare sau prea mică în raport cu mijloacele de trai, atunci există pentru un anumit teritoriu, o cifră optimă de locuitori.

Concepția modernă a optimului de populație a fost elaborată de economistul englez E. Cannan și dezvoltată apoi de demografii francezi Landry și Sauvy, care definesc optimul de populație, ca cifra de locuitori care asigură la un anumit nivel al tehnicii și al științei, cel mai mare venit pe cap de locuitor.

Teoria a luat naștere ca o consecință a încetinirii creșterii populației într-o serie de țări din apus și care încep să fie amenințate de depopulare. Datorită acestui fapt, teoria optimului de populație încearcă să explice scăderea populației, considerând că pentru fiecare țară există o cifră optimă de locuitori, care ar duce maximum de bunăstare și fericire. Această cifră optimă este condiționată de standardul de viață. Ridicând acest standard putem crește și numărul optim de locuitori. În felul acesta orice situație socială necorespunzătoare poate fi oricând explicată prin depășirea acestui număr optim.

Dar viciul cel mai mare al acestei teorii îl constituie faptul că venitul individului este considerat ca o cifră medie, egală pentru toți membrii societății împărțite în clase antagoniste. Practic nici unul dintre adepții acestei teorii, cu toate încercările și formulele preconizate, nu au putut calcula cifra optimă a populației.

Au existat și există demografi care caută să dea soluții, fie pentru evitarea diminuării cifrei populației, fie pentru creșterea acesteia. Ei pot fi grupați în două categorii: natalîștii și vitalîștii. Natalîștii consideră că totul poate fi rezolvat printr-o simplă creștere a natalității, iar vitalîștii printr-o scădere a mortalității și morbidității, generând implicit o urcare a duratei medii de viață. Indiscutabil că soluțiile sunt bune, dar faptul că ele sunt privite numai prin aspectul lor pur biologic, fără a fi corelate, dar mai ales fundamentate pe parametri social-economici, le fac insuficiente și inoperante, nereușind să rezolve problema.

De altfel modul subiectiv și unilateral al teoriilor eclectice de a trata problemele demografice, reiese din lucrarea lui W. Sombart, care în: "L'apogée du capitalism" (Apogeul capitalismului), din 1932, afirmă greșit că mișcarea populației este rezultanta interacțiunii "egale" a trei serii de cauze:

- cauze biologice și tehnologice, care cuprind însușirile naturale ale populației și mijloacele de protecție ale societății;
- cauzele psihologice care includ relațiile spirituale ale omului, poziția față de societate, profesie, familie, etc.;
- cauzele sociale, care cuprind relațiile economice.

Sombart insistă chiar asupra faptului că factorii economici nu trebuie considerați hotărâtori.

Teoriile eclectice, a căror aport în analiza unor aspecte ale explicării fenomenelor demografice nu trebuie neglijat, prin faptul că au pus accentul fără discernământ pe factorii culturali și psihologici, înlăturând total uneori și minimalizând alteori rolul fundamental al

factorului economic, nu au putut dezvolta o gândire şi o tratare ştiinţifică a dezvoltării populaţiei.

3. Tranziţia demografică

Tranziţia demografică apare atunci când are loc o schimbare esenţială în structura pe grupe de vârstă a populaţiei. Sporul natural al populaţiei este influenţat în primul rând de natalitate şi mortalitate, dar sunt şi alţi factori cum ar fi migrarea, războaiele, haosul politic, foametea sau calamităţile naturale care pot afecta structura populaţiei. Schimbarea profilului populaţional însoţeşte şi influenţează dezvoltarea economică, proces cunoscut sub denumirea de tranziţie demografică. Acesta se caracterizează, după Tulchinsky şi Varavikova, prin 5 stadii.

1. Stadiul tradiţional: natalitate şi mortalitate înaltă stabilă;
2. Stadiul de tranziţie: scăderea mortalităţii şi menţinerea nivelului natalităţii;
3. Stadiul de menţinere la nivel jos al mortalităţii şi natalităţii;
4. Îmbătrânirea populaţiei: creşterea proporţiei de vârstnici urmare a scăderii mortalităţii şi natalităţii şi creşterii longevităţii vieţii;
5. Regresarea: migrarea sau creşterea mortalităţi în rândul tinerilor, în urma traumatismelor, SIDA, bolilor cardiovasculare sau războaielor se soldează cu un declin stabil al longevităţii vieţii (regresare demografică).

Natalitatea, mortalitatea, profilul morbidităţii şi migraţia sunt principalii factori ce influenţează tranziţia demografică.

O altă stadializare privind evoluţia, în timp, a fenomenelor demografice în tranziţie este făcută în anul 1840, de F. Notenstein şi cuprinde trei etape:

- prima etapă este caracterizată prin mortalitate şi natalitate crescute, ceea ce se traduce printr-o stare de relativ echilibru;
- a doua etapă se caracterizează printr-o creştere rapidă a numărului populaţiei de pe glob, ca urmare a îmbunătăţiri condiţiilor de viaţă şi ameliorării asistenţei medicale. În această etapă, mortalitatea este mai scăzută, în timp ce natalitatea rămâne crescută;
- a treia etapă în care mortalitatea rămâne constantă, în timp ce natalitatea scade şi ca urmare a promovării planificării familiale.

La sfârşitul secolului al XX-lea, pe glob natalitatea a continuat să crească cu o rată de 3%.

4. Statica populaţiei

Studiul stării de sănătate implică studiul fenomenelor demografice. În cele ce urmează vom expune doar capitolele care au o tangenţă mai mare în analiza stării de sănătate a populaţiei. În acest sens aspectele demografice pot fi grupate astfel:

Statica populaţiei
- numărul şi densitatea populaţiei
- structura populaţiei

Dinamica populaţiei
- mişcarea naturală
- mişcarea mecanică

4.1. Numărul şi densitatea populaţiei

4.1.1. Numărul populaţiei

Din punct de vedere al stării de sănătate orice studiu populaţional începe cu cunoaşterea masei de locuitori, a densităţii şi a diverselor structuri ale populaţiei.

Numărul populaţiei este un element demografic ce trebuie cunoscut fiind necesar politicii sanitare de normare a cadrelor şi instituţiilor sanitare pe de o parte, iar pe de altă parte la calcularea diverşilor indicatori demografici, prin care se apreciază starea de sănătate a populaţiei dintr-un teritoriu.

Aprecierea numărului de locuitori se face cu ocazia recensământului la un interval de circa 10 ani. Între recensăminte, calculul numărului de locuitori, acolo unde nu există organizate servicii de stare civilă şi nu există nici migraţii interne sau externe, se face prin inter-sau extrapolare. Dacă anul pentru care vrem să aflăm cifra populaţiei este plasat între

două recensăminte se utilizează interpolarea. Dacă cifra populației anului căutat se găsește înaintea primului recensământ sau după al doilea recensământ se utilizează extrapolarea.

Ritmul de creștere al populației diferă de la o țară la alta, fiind mai mare în țările în curs de dezvoltare decât în țările dezvoltate.

Perioada de dublare a populației în diferite zone ale globului a fost diferită. În timp ce în Europa populația s-a dublat în 80-90 de ani, iar în America de Nord în 50 de ani (în mare măsură și datorită imigrărilor), în regiunile în curs de dezvoltare din Africa și America Latină dublarea s-a produs în mai puțin de 40 de ani.

4.1.2. Densitatea populației

Se înțelege prin densitatea populației numărul de locuitori pe km^2. În raport cu natura kilometrului patrat la care facem raportarea populației deosebim:

4.1.2.1. Densitatea geografică sau densitatea specifică a populației, ce reprezintă numărul de locuitori pe km^2, indiferent de relief. Formula de calcul este următoarea:

$$d = \frac{L}{S}$$

d - densitatea;
L - numărul de locuitori;
S - suprafața teritoriului.

Țara noastră, cu 97,7 locuitori pe km^2 se încadrează în rândul țărilor cu densitate mijlocie, găsindu-se sub media țărilor Europene. Diferențele de densitate între diferitele zone se datorează atât mișcării naturale a populației, cât și migrației interne.

Densitatea geografică este importantă din punctul de vedere al politicii sanitare fiind utilă la normarea cadrelor și instituțiilor sanitare.

4.1.2.2. Densitatea fiziologică este dată de numărul de locuitori pe km^2 de suprafață locuită. Exprimă mult mai real densitatea, deoarece se elimină zonele nelocuite.

4.1.2.3. Densitatea agrară (densitatea populației care trăiește din agricultură) raportează populația la km^2 de suprafață cultivată.

4.1.2.4. Densitatea economică constă în raportarea populației la resursele materiale ale acelui teritoriu. Această raportare permite o interpretare mult mai reală a fenomenelor social-economice și implicit a celor demografice, dintr-o anumită colectivitate.

4.2. Structura populației

Cunoașterea structurii populației are o deosebită importanță pentru analiza și interpretarea stării de sănătate a unei colectivități, dar și din punct de vedere socio-economic și cultural.

În cele ce urmează vom prezenta acele aspecte ale structurii populației, care au un raport direct cu cunoașterea stării de sănătate.

4.2.1. Structura populației pe medii

În prezent, în toate țările din lume se poate vorbi de un mediu rural și altul urban. Diferențele din punct de vedere al condițiilor de viață, cultură, accesibilitate la serviciile medicale etc., între cele două medii, sunt mai mari sau mai mici, de la o țară la alta. Aceste diferențe creează disparități accentuate în cadrul fenomenelor demografice și de morbiditate.

La noi în țară trebuie să mai semnalăm un fenomen, și anume transformarea unor localități rurale în orașe, fără să se schimbe radical condițiile de viață și relațiile interumane la nivelul acestora.

De asemenea trebuie să remarcăm exodul populației din mediul rural, în mediul urban odată cu industrializarea, cu o serie de consecințe: locuințe insuficiente sau improprii, probleme de adaptare, supraaglomerare, poluare, etc., cu repercusiuni asupra stării de sănătate.

Aprecierea structurii populației pe medii se face cu ajutorul indicelui de urbanizare:

$$I_u = \frac{L_u}{L} \cdot 100$$

I_u – indice de urbanizare;
L_u – nr. populației din urban;
L – numărul populației la 01.07.a.c.

În România, la nivelul anului 1992 erau 54,3% locuitori în mediul urban și 45,7% în mediul rural.

4.2.2. Structura populației pe sexe

În general, în mai toate țările, populația de sex feminin depășește procentual pe cea de sex masculin, deși la naștere se înregistrează mai mulți băieți decât fetițe, respectiv 51-52%. Până la vârsta de 40 de ani se constată o supramortalitate la sexul masculin, datorată unui determinism genetic, la care se adaugă condiții de muncă mai grele, vicii, astfel că la această vârstă se produce o egalizare procentuală între cele două sexe. Supramortalitatea masculină se constată și în continuare, astfel că la vârste înaintate raportul dintre femei și bărbați este în favoarea primelor.

În România, la nivelul anului 1992 erau 49,3% bărbați și 50,7% femei.

Raportul dintre cele două sexe se exprimă prin indicele (rata) de masculinitate, respectiv de feminitate, care se calculează conform formulelor:

$$I_{m\%} = \frac{L_m}{L_f} \cdot 100$$

$$I_{f\%} = \frac{L_f}{L_m} \cdot 100$$

$I_{m\%}$ - indice de masculinitate;
L_m - nr. pop. de sex masculin;
$I_{f\%}$ - indice de feminitate;
L_f - nr. pop. de sex feminin

În ultimele decenii există o tendință de scădere a indicelui de masculinitate.

Există în lume regiuni în care indicele de masculinitate este supraunitar, ceea ce înseamnă că există o supramortalitate la sexul feminin. Acest fenomen se observă în țări subdezvoltate, unde femeile trăiesc și muncesc în condiții deosebit de grele și în care asistența medicală este ca și inexistentă.

4.2.3. Structura populației pe grupe de vârstă

Vârsta reprezintă o caracteristică importantă nu numai din punct de vedere demografic, dar și al sănătății. De aceea, orice studiu trebuie să analizeze fenomenele și din acest punct de vedere, pentru a elimina erorile de apreciere.

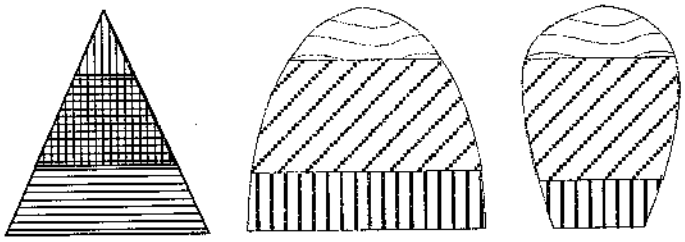
Grupa de vârstă ani	Tip de populație		
	Tânăr	Staționar	Îmbătrânit
0-14	30-40%	25%	10-20%
15-49	50%	50%	50%
50 și peste	10-20%	25%	30-40%

Tabel 4.1.

Pentru a interpreta structura populației pe grupe de vârstă trebuie să luăm în considerare trei grupe mari de vârstă: 0-14, 15-49 și 50 de ani și peste. În funcție de

raportul dintre acestea, aşa cum se vede în tabelul de mai sus, există trei tipuri de populaţie: tânără, staţionară şi îmbătrânită.

Dacă am dori să reprezentăm grafic aceste tipuri de populaţie, ele ar arăta în felul următor: populaţia de tip tânăr ar avea formă de triunghi, cu baza largă şi vârful ascuţit, populaţia de tip staţionar, formă de clopot, iar populaţia de tip îmbătrânit, formă de urnă.



populaţie tânără **populaţie staţionară** **populaţie îmbătrânită**

Figura 4.1.

O altă modalitate de reprezentare grafică o reprezintă piramida vârstelor, în care sunt prezentate atât vârsta cât şi cele două sexe.

Structura populaţiei pe grupe de vârstă are implicaţii demografice, medicale şi socio-economice.

Din punct de vedere demografic, structura pe sexe şi vârste influenţează reproducerea. O populaţie de tip tânăr are o natalitate crescută, în timp ce una îmbătrânită are o natalitate scăzută.

Din punct de vedere medical, structura populaţiei determină un anumit tip de morbiditate. Astfel, populaţia de tip tânăr este dominată de o patologie predominant acută, pe când cea de tip îmbătrânit de una cronică, degenerativă. În primul caz este nevoie de o reţea de pediatrie, bine pusă la punct, de o bună supraveghere sanitaro-antiepidemică. În cea de a doua situaţie este nevoie de policlinici, de spitale de specialitate, de o reţea ambulatorie bine pusă la punct, toate în ideea prevenirii, diagnosticării şi dispensarizării bolnavilor, pe cât posibil în faza funcţională a bolii.

Din punct de vedere socio-economic, o populaţie tânără înseamnă forţă de muncă, care permite o bună dezvoltare a societăţii, în timp ce o populaţie îmbătrânită înseamnă un procent crescut de persoane neproductive, ce necesită protecţie socială şi implicit cheltuieli ridicate.

Pentru o mai uşoară interpretare a structurii pe grupe de vârstă se foloseşte indicele populaţiei de peste 60 sau 65 ani, raportat la populaţia 0-14 ani, formula de calcul fiind:

$$I_{60(65)} = \frac{L_{60(65)}}{L_{(0-14)}} \cdot 100$$

$I_{60(65)}$ - indicele populaţiei de peste 60/65 de ani;

$L_{60(65)}$ - numărul populaţiei de peste 60/65 de ani;

$L_{(0-14)}$ - numărul populaţiei de 0-14 ani

Cu cât acest indice este mai ridicat, cu atât structura populaţiei este mai îmbătrânită.

4.2.4.Populaţia activă şi pasivă

După locul pe care-l ocupă în procesul economic, populaţia se împarte în activă şi pasivă. Se înţelege prin populaţia activă, populaţia producătoare, adică persoanele care se întreţin din câştigul ocupaţiei lor. Prin populaţie pasivă se înţelege acea parte a populaţiei care este întreţinută de alţii, stat, etc., deci este doar consumatoare (pensionari, casnice, şomeri, copii, etc.).

Într-o colectivitate are loc permanent un proces de trecere a acestor două categorii de populație dintr-una în alta, deși la naștere toți sunt consumatori.

Populația activă este cunoscută și ca populație economic activă, iar procentul acesteia față de totalul populației se poate calcula cu ajutorul ratei de înlocuire, conform următoarei relații:

$$R_i = \frac{I - E}{L} \cdot 100$$

R_i - rata de înlocuire;
I - persoane intrate în categoria activă;
E - persoane ieșite din categoria activă;
L - populația la 01.07.a.c.

Acest indice diferă de la o regiune la alta, indiferent dacă este apreciat la nivel național sau internațional, fiind mai ridicat în regiunile dezvoltate economic.

De asemenea există mari variații ale acestui indice în funcție de grupa de vârstă și sex, o influență în acest sens având-o și legislația în domeniul forței de muncă, școlarizarea, etc.

Pentru o apreciere mai bună a raportului dintre populația activă și pasivă se folosește indicele populației pasive, care se calculează conform relației:

$$I_p = \frac{P_p}{P_a} \cdot 100$$

I_p - indicele populației pasive;
P_p - populație pasivă;
P_a - populație activă

Acest indice arată volumul sarcinii sociale, pe care o implică populația consumatoare asupra celei producătoare.

În ceea ce privește populația pasivă sau inactivă este foarte importantă structura acesteia. Dacă ponderea o au copiii, problemele nu sunt majore, pentru că aceștia în timp și în mod eșalonat devin producători, dar dacă ponderea foarte mare o au pensionarii și șomerii, acest lucru pune mari probleme societății.

4.2.5. Populația aptă de muncă este considerată populația cuprinsă între 16 și 60 sau 64 de ani (în funcție de legislația țării respective), indiferent dacă este încadrată sau nu în vreun sector de activitate.

Rezultă deci că noțiunile de populație economic activă și populație aptă de muncă trebuie bine distinse, în sensul că populația economic activă cuprinde numai o parte a populației apte de muncă, pe aceea care este efectiv încadrată în vreunul din sectoarele social-economice de activitate.

Raportul dintre populația aptă de muncă și economic activă depinde de factori numeroși și variați. În primul rând acest raport depinde de gradul dezvoltării economice al unei țări. Cu cât acest grad este mai ridicat, cu atât procentele celor două noțiuni se apropie. Depinde apoi de proporția încadrării femeilor în activitatea social-economică a țării, de intensitatea și extinderea gradului de școlarizare la toate nivelele, de existența și proporția șomajului.

Tot aici trebuie menționat un indice important și anume raportul de dependență, care ne arată numărul de tineri și vârstnici din populație, sub limita aptă de muncă, ce revin la 1000 de persoane apte de muncă.

$$I_d = \frac{L_{(0-15)} + L_{(60)}}{L_{(16-59)}} \cdot 1000$$

I_d - indice de dependență;
$L_{(0-15)}$ - numărul populației de 0-15 ani;
$L_{(60)}$ - numărul populației de peste 60 de ani;
$L_{(16-59)}$ - numărul populației de 16-59 ani

4.2.6. Structura populației economic active pe sectoare de activitate. După Collin Clark ocupațiile se împart în trei categorii de activitate:

- sectorul primar cuprinzând agricultura cu ramurile conexe și silvicultura;
- sectorul secundar format din industrie și construcții;
- sectorul terțiar sau de prestații de servicii alcătuit din comerț, administrație, ocrotirea sănătății, învățământ, cercetare științifică etc.

Azi se consideră că o țară este cu atât mai dezvoltată cu cât populația ocupată în sectorul terțiar și secundar este mai mare. Din acest motiv în cadrul populației economic active este util a fi cunoscută și structura acesteia pe cele trei sectoare de activitate.

4.2.7. Structura populației pe profesiuni constă din repartizarea populației economic active pe profesiuni. Profesiunea sau meseria unei persoane, conform Dicționarului economic (1962), este "un complex de cunoștințe teoretice și practice obținute în școli, cursuri de calificare sau în timpul practicii în producție, care permit celui ce le profesează anumite operații de transformare și prelucrare a materiilor și materialelor sau să presteze anumite servicii".

Prin loc de muncă se înțelege întreprinderea, instituția sau orice altă unitate în care o persoană îți desfășoară în mod obișnuit activitatea, spre deosebire de ocupație, care cuprinde activitatea socială utilă desfășurată de o persoană într-una din ramurile social-economice și care constituie sursa de venit a respectivei persoane.

Pentru sectorul sanitar cunoașterea structurii pe ramuri economice și profesiuni este necesară pentru analiza și interpretarea morbidității generale și profesionale, pentru rolul pe care l-ar putea avea asupra mișcării populației și pentru desfășurarea unei adecvate și eficiente politici sanitare de cadre și unități.

Atunci când apare necesitatea aprofundării unor probleme de sănătate publică, distribuția populației numai pe ramuri economice sau chiar pe profesiuni este insuficientă, fiind necesare studii în care trebuie să se țină seama de structura populației pe loc de muncă.

4.2.8. Structura populației pe stare civilă.

Acest indice prezintă fără îndoială importanță asupra stării de sănătate a populației având repercusiuni atât asupra fenomenelor demografice (natalitate, mortalitate generală și infantilă), cât și asupra celor de morbiditate.

Starea civilă se apreciază cu ocazia recensămintelor, când populația se clasifică în căsătoriți, necăsătoriți, divorțați și văduvi, sau cu ocazia înregistrării născuților vii la oficiul de stare civilă a copiilor și care poate fi: legitimă, nelegitimă, găsită sau necunoscută.

4.2.9. Structura populației după știința de carte.

Structura după știința de carte a populației, prin implicațiile multilaterale și complexe, atât social-economice, cât și medico-sanitare, constituie un alt aspect extrem de important al structurii populației.

Din punct de vedere al ocrotirii sănătății, nivelul cultural-sanitar are repercusiuni serioase în atacarea și rezolvarea a numeroase probleme de sănătate publică. Participarea activă a populației, în ocrotirea propriei ei sănătăți, devine cu atât mai posibilă și eficientă cu cât nivelul de pregătire al individului și implicit al colectivității este mai ridicat.

De aceea și noțiunea de știință de carte, la ora actuală a devenit mult mai complexă nemaifiind limitată la câteva elemente de citit și de scris, ea trebuie înțeleasă ca un bagaj de cunoștințe sociale, culturale și politice, însoțită de completarea permanentă a acestora prin citirea de cărți, reviste și ziare. Este și motivul pentru care știința de carte se transformă într-o noțiune nouă, aceea de grad sau nivel de instrucție al populației.

Tot din acest motiv, al sensului mai complet al noțiunii de știință de carte, aprecierea se face prin exprimarea negativă a fenomenului, deci a neștiutorilor de carte, adică a analfabeților, și se raportează la 100 de locuitori trecuți de 15 ani.

Un indice folosit pentru a caracteriza nivelul instructiv-educativ al populației este indicele general de școlarizare, ce exprimă în procente, față de populația 6-24 ani, numărul de elevi și studenți.

$$I_{şc} = \frac{(elevi + studenţi)}{L_{(6-24)}} \cdot 100$$

$I_{şc}$ - indice de şcolarizare;
$L_{(6-24)}$ - numărul populaţiei de 6-24 de ani

5. Dinamica populaţiei

5.1.Dinamica populaţiei descrie mişcarea populaţiei şi are două componente:

- naturală;
- mecanică

Mişcarea naturală

Mişcarea naturală a populaţiei sau reproducerea populaţiei reprezintă domeniul central al demografiei, fiind de mare importanţă pentru sănătatea publică.

Reproducerea populaţiei, în sens larg este un fenomen de "regenerare" a populaţiei, prin intrarea şi ieşirea în fiecare an a unei generaţii. Ţinând seamă de acest fapt putem spune că are două componente:

- forţa de reproducere;
- forţa de mortalitate.

5.1.1. Forţa de reproducere se poate aprecia printr-o serie de indicatori demografici, dintre care îi vom prezenta pe cei mai importanţi.

Înainte de a face acest lucru considerăm că este utilă definirea unor evenimente demografice şi ale unor noţiuni utilizate în aprecierea forţei de reproducere.

Produsul de concepţie este rezultatul fecundării unui ovul de către un spermatozoid, care a parcurs perioada de gestaţie şi care se finalizează prin naştere sau avort.

Nou născutul viu se defineşte ca fiind orice produs de concepţie, expulzat sau extras complet din corpul mamei, indiferent de durata de gestaţie, care prezintă semne vitale: respiraţie, bătăi cardiace, pulsaţia cordonului ombilical sau contracţia unui muşchi striat, fie că a fost secţionat sau nu cordonul ombilical şi că placenta a rămas sau nu ataşată.

Născutul mort reprezintă rezultatul sarcinii de minim 180 de zile, atunci când produsul de concepţie nu a prezentat nici un semn vital.

Avortul este produsul de concepţie care provine dintr-o sarcină cu durată mai mică de 28 de săptămâni şi care după extragerea completă din corpul mamei nu prezintă nici un semn vital. Avortul poate fi spontan sau provocat.

Naşterea este rezultatul expulzării unui produs de concepţie după o perioadă de gestaţie mai mare de 28 de săptămâni.

Rangul naşterii exprimă a câta naştere a mamei este cea în cauză.

Rangul născutului arată al câtelea născut viu sau mort este respectivul născut în suita celor pe care i-a născut mama.

Intervalul protogenezic este durata medie dintre căsătorie şi naşterea primului copil.

Intervalele intergenezice sunt duratele medii care separă într-o populaţie naşterile de rang succesiv.

5.1.1.1. Natalitatea. Unul din aspectele demografice cele mai importante pentru o societate îl constituie natalitatea, care este şi un criteriu de apreciere al gradului de dezvoltare al respectivei societăţi.

Natalitatea exprimă numărul născuţilor vii la 1000 de locuitori şi se calculează conform formulei:

$$N = \frac{nv}{L} \cdot 1000$$

N - natalitatea;
nv - noi născuţi vii;
L - numărul populaţiei la 01.07.a.c.

Sursa principală a datelor pentru calculul natalităţii este certificatul constatator al naşterii.

Există o mare variabilitate a indicelui de natalitate între țările dezvoltate, cu indici mai scăzuți și țările în curs de dezvoltare, cu indici de 3-5 ori mai mari.

Chiar și în interiorul aceleiași țări există diferențe importante, regionale sau pe medii, urban sau rural.

În țara noastră există o natalitate mare în partea de est (Moldova), o natalitate scăzută în zona de vest (în special județele Arad, Timiș și Caraș-Severin) și o natalitate cu valori între cele două zone menționate, în Muntenia și Transilvania. De asemenea se înregistrează valori mai mari ale natalității în mediul rural față de mediul urban.

Aceste variații se datorează faptului că natalitatea, care este un fenomen extrem de complex este influențată de o mare diversitate de factori. În cele ce urmează vom insista în prezentarea celor mai importanți, care au contribuit la scăderea natalității, determinând apariția noțiunii de denatalitate:

a. Factori biologici. Perioada de procreație a femeii se consideră a fi în general de 30-35 de ani, începând de al vârsta de 15 ani și terminându-se la 45-50 ani. Dezvoltarea morfofiziologică a femeii are un rol important în reproducere, perioada maximă a fertilității plasându-se între 20-25 ani, după care se produce o diminuare lentă, dar sigură.

Există un anumit procent de femei, variabil ca frecvență, la care apare fenomenul opus fertilității și anume sterilitatea. Aceasta poate fi fie congenitală, fie dobândită sau secundară, apărută în timpul vieții, datorită anumitor stări patologice, ca boli ginecologice, boli venerice, intervenții chirurgicale pe aparatul genital, provocarea de avorturi repetate etc.

Tot odată se observă că procentul sterilității este influențat de numărul nașterilor. De menționat că în afara sterilității feminine un rol în procreare îl are și sterilitatea masculină.

Asupra rolului avorturilor în scăderea natalității este greu de stabilit o concepție unitară. După unii demografi, avortul nu trebuie considerat ca o cauză în sine a denatalității, ci ca un mijloc prin care femeia sau cuplul evită procrearea. Cifre exacte asupra numărului de avorturi sunt dificil de obținut și cu atât mai mult asupra raportului dintre avorturi spontane și provocate.

b. Factori social-economici. Sunt elemente care trebuie neapărat luate în seamă când discutăm nivelul și tendința natalității și fără care aceasta nu poate fi interpretată sau influențată. Astfel, pentru marea majoritate a țărilor dezvoltate este valabil faptul că, odată cu creșterea nivelului de trai material și cultural, cu industrializarea și urbanizarea masivă, care duce pe de o parte la ștergerea diferenței dintre rural și urban și pe de altă parte la o intensă mobilitate socială, natalitatea tinde să scadă.

Faptul se explică prin elementele noi pe care factorii sociali-economici îi aduc în viața omului modern, elemente care trebuie cunoscute și care nu pot fi deloc neglijate. Acestea sunt:

- prelungirea duratei de școlarizare și deci căsătoria la vârste mai avansate, cu întârzierea procreării;
- implicarea femeii din ce în ce mai mult în viața social-economică a societății;
- dorința tinerelor cupluri de a trăi mai bine, de a duce o viață mai comodă;
- câștigul insuficient, criza de locuințe, etc.

Studii și cercetări efectuate în diferite țări, dar și la noi în țară arată că aspectele pur economice (venitul, spațiul locativ, etc.) nu au un rol predominant în influențarea nivelului natalității.

c. Factorii culturali-psihologici. Ridicarea nivelului cultural și de instruire al populației aduce un element nou, specific lumii moderne, țărilor evoluate și anume că procrearea devine un act conștient, voluntar și volitiv al familiei, dar în special al femeii.

Din analiza celor trei categorii de factori prezentați rezultă că natalitatea trebuie considerată un fenomen social care are o individualitate proprie.

d. Comportamentul demografic este atitudinea conștientă a cuplului familial față de numărul de copii pe care dorește să-i aibă. De-a lungul timpului s-au descris mai multe tipuri de comportamente demografice:

- comportamentul demografic pozitiv constă în procrearea de copii fără nici o intervenţie restrictivă din partea familiei. Acest tip de comportament a caracterizat populaţia secolului al XIX-lea, dar se mai întâlneşte şi astăzi în unele zone ale globului şi chiar şi în unele regiuni din ţara noastră. Conform acestui tip de comportament dacă nu ar exista decese materne şi decese ale copiilor sub 1 an s-ar produce o suprapopulare, ceea ce ar însemna un dezastru, ţinând cont că unei astfel de populaţii nu i s-ar putea asigura resursele necesare supravieţuirii. Pe de altă parte, însă acest tip de comportamet a permis perpetuarea speciei umane.

- comportamentul demografic negativ constă în tendinţa cuplurilor de a-şi limita numărul de copii. Acest tip de comportament a apărut o dată cu evoluţia societăţii umane, cu creşterea standardului de viaţă şi îmbunătăţirea calităţii asistenţei medicale, fiind pe de altă parte o frână în dezvoltarea armonioasă a unei societăţi.

- comportamentul demografic optimal a apărut ca o necesitate de echilibrare a două tendinţe opuse, pe de o parte nevoia societăţii de forţă de muncă şi pe de altă parte tendinţa cuplurilor de limitare a numărului de naşteri. Conform acestui tip de comportament pentru o dezvoltare armonioasă a societăţii trebuie ca în fiecare familie să existe 2 până la 4 copii sau 1-2 fetiţe.

e. Planificarea familială este reflectarea comportamentului demografic optimal în conştiinţa cuplului. O planificare familială corect aplicată, înţeleasă şi acceptată de populaţie are drept consecinţe:

- procrearea unui număr optim de copii doriţi;
- scăderea numărului de avorturi;
- reducerea mortalităţii materne la valori reziduale;

f. Factori legislativi. Există o serie de reglementări legislative, precum Codul Familiei, Codul Muncii, sistemul de alocaţii pentru copii, programe pentru protecţie a mamei şi copilului, etc., care influenţează indicatorul de natalitate. Un exemplu în acest sens este acel "celebru" Decret 770/1966 prin care s-a interzis avortul chirurgical. Urmare a acestei măsuri coercitive, în anul 1967 s-a înregistrat o creştere bruscă a natalităţii de la 14,3 la mie la 27,4 la mie. În anii următori însă natalitatea a început să scadă şi în acelaşi timp să crească numărul de avorturi septice şi de decese consecutive acestora.

Pentru evitarea fenomenului de denatalitate cercetări şi politici demografice consideră că sunt necesare o serie de măsuri cum ar fi:

- stimulare directă (alocaţiile pentru copii, diverse ajutoare băneşti, etc.);
- stimulare indirectă (concedii, creşe, grădiniţe, etc.);
- educaţie, în general şi pentru sănătate, în special;

În afară de indicatorul de natalitate, dar legat de acesta se descriu 2 indici indirecţi ai reproducerii populaţiei şi anume: indicele de nupţialitate şi indicele de divorţialitate

5.1.1.1.1. Indicele de căsătorie sau nupţialitate arată numărul de căsătorii într-un interval de timp, raportat la populaţie şi se calculează conform formulei:

$$I_c = \frac{N_c}{L} \cdot 1000$$

I_c - indice de căsătorie;
N_c - număr de căsătorii;
L - numărul populaţiei la 01.07.a.c.

Indicele de nupţialitate este considerat un indice pozitiv, pentru că se presupune că realizarea căsătoriei se face în scopul procreării. S-a constatat că nu există o corelaţie directă între nupţialitate şi natalitate. Acest indice este influenţat de structura pe grupe de vârstă a populaţiei, pe de o parte şi de vârsta la care are loc căsătoria, ca o consecinţă a mentalităţii şi legislaţiei în vigoare, pe de altă parte.

5.1.1.1.2. Indicele de divorţuri sau divorţialitatea arată numărul de divorţuri raportat fie la cifra populaţiei, fie la numărul de căsătorii, conform următoarelor formule:

$$I_d = \frac{N_d}{L} \cdot 1000$$

$$I_d = \frac{N_d}{N_c} \cdot 100$$

I_d - indice de divorțuri;
N_d - număr de divorțuri;
N_c - număr de căsătorii;
L - numărul populației la 01.07.a.c.

Divorțialitatea este considerat un indice negativ, constatându-se că există o corelație inversă cu indicele de natalitate, deci cu cât crește numărul de divorțuri cu atât mai mult scade numărul de nașteri.

Cercetările arată că numărul de divorțuri este mai mare în mediul urban decât în mediul rural.

5.1.1.2. Fertilitatea. Se înțelege prin fertilitate numărul de născuți vii la o mie de femei aflate în perioada fertilă, deci între 15-49 ani și se calculează după formula:

$$I_d = \frac{nv}{F_{(15-49)}} \cdot 1000$$

I_{fert} - indice de fertilitate;
nv - nou născuți vii;
$F_{(15-49)}$ - număr femei între 15-49 de ani

Indicele de fertilitate reproduce mai fidel, decât cel de natalitate, fenomenul nașterii, pentru că raportează născuții vii numai la acea categorie de populație care naște și nu la toată populația.

5.1.1.2.1. Fertilitatea specifică pe grupe de vârstă. Fertilitatea generală ia în considerare numărul total de femei între 15-49 de ani fără să țină seama de structura pe grupe de vârstă sau de vârsta acestora, deși reproducerea nu este la fel la toate vârstele. Atunci când se compară două țări sau regiuni cu o structură pe grupe de vârstă diferită, se poate calcula pe grupe de vârstă conform formulei:

$$F_{grv} = \frac{nv_{"x"}}{F_{"x"}} \cdot 1000$$

F_{grv} - fertilitatea specifică pe grupe de vârstă;
$nv_{"x"}$ - nou născuți vii de mame de vârstă "x";
$F_{"x"}$ - populația feminină de vârstă "x"

5.1.1.2.2. Rata totală a fertilității este un indicator ce corespunde numărului mediu de copii născuți de o femeie în întreaga ei perioadă fertilă 15-49 ani. Acest indice permite o comparare mai corectă între țări sau regiuni.

5.1.1.2.3. Indicele brut de reproducere este un alt indicator al intensității nașterilor, dar mai ales al reînnoirii generațiilor unei populații. Se poate defini ca fiind numărul născuților vii de sex feminin, ai femeilor în decursul întregii perioade fertile 15-49 ani. Formula de calcul este:

$R_b = 0{,}488 \cdot D_{49}$
R_b - indice brut de reproducere;
D_{49} - descendența finală (numărul de fete pe care îl naște o femeie până la 49 ani);
0,488 - rata de feminitate, indice ponderal al fetelor din totalul născuților vii.

5.1.1.2.4. Indicele net de reproducere. În calcularea indicelui de fertilitate și a celui de reproducere brută există o eroare, în sensul că nu se ține seama de pierderile (decesele) care au loc pe parcursul vieții femeilor între 15-49 ani. În aceste calcule se pleacă de la ipoteza

că cele 1000 de femei de 15-49 ani rămân tot 1000 la grupa de vârstă 45-49 ani. Ținând seama de aceste pierderi, trebuie să admitem că și numărul nou născuților va fi mai mic. Pentru a evita această eroare trebuie calculată fertilitatea specifică numai la supraviețuitoarele fiecărei grupe de vârstă. Pentru aceasta, se recurge la tabelul de supraviețuire ce va fi prezentat la capitolul mortalității.

Formula indicelui net de reproducere este:

$$R_n = 0{,}488 \cdot (F_{15} \cdot S_{15} + F_{16} \cdot S_{16} \ldots + F_{49} \cdot S_{49})$$

R_n - indice net de reproducere;

$F_{(15, 16, \ldots 49)}$ - fertilitate specifică pe ani de vârstă;

$S_{(15, 16, \ldots 49)}$ - numărul supraviețuitoarelor la vârsta respectivă;

Dacă indicele net de reproducere este mai mic de 1 înseamnă că nu se asigură nici reproducerea simplă a populației, iar dacă are valori peste 1 vorbim de o reproducere lărgită a populației.

5.1.1.2.5. Indicele de fertilitate conjugală (legitimă). Dacă luăm în considerare că nu toată populația feminină în vârstă de 15-49 ani este căsătorită, rezultă o eroare și în cazul indicelui de fertilitate, eroare ce ar trebui corectată, având în vedere nașterile din afara căsătoriei. Această corecție e greu de realizat, deoarece situația exactă se cunoaște cu ocazia recensămintelor. Indicele de fertilitate conjugală se calculează după formula:

$$F_{leg} = \frac{nv_l}{F_{c(15-49)}} \cdot 1000$$

F_{leg} - indicele de fertilitate conjugală;

nv_l - nou născuți vii legitimi;

$F_{c(15-49)}$ - număr femei căsătorite cu vârsta 15-49 ani

Acest indice reflectă comportamentul demografic al tinerelor cupluri, dorința lor de a avea un număr de copii.

5.1.1.3. Fecunditatea. Indicele de fertilitate generală arată capacitatea biologică a femeilor între 15-49 ani de a procrea și reprezintă numărul sarcinilor trecute de 2 luni, la 1000 de femei aflate în perioada fertilă. Se calculează conform formulei:

$$I_{fec} = \frac{S}{F_{(15-49)}} \cdot 1000$$

I_{fec} - indice de fecunditate;

S - număr sarcini;

$F_{(15-49)}$ - număr de femei cu vârsta 15-49 ani

Fecunditatea se poate calcula pe categorii: subgrupe de vârstă, mediu, grad de instruire, profesie etc.

Dacă indicele de fertilitate se poate calcula ușor, pentru că numărul născuților vii se cunoaște, calcularea fecundității este mai dificilă. De aceea acest indice se calculează pentru colectivități restrânse, prin anchete special organizate.

Analiza în paralel a fertilității și fecundității este deosebit de importantă în aprecierea fenomenului reproducerii. Astfel, dacă într-o populație indicele de fecunditate are valori mari, iar indicele de fertilitate este scăzut putem să ne gândim că terminarea unui număr mare de sarcini se face prin avort. Dacă indicele de fecunditate este scăzut și implicit și cel de fertilitate putem să ne gândim că acest lucru se datorează unor factori biologici (sterilitate), sau utilizării pe acară largă a metodelor contraceptive.

5.1.2. Mortalitatea.

Mortalitatea reprezintă componenta negativă a mișcării naturale fiind fenomenul demografic al deceselor dintr-o populație dată, într-o perioadă de timp de obicei (1 an).

Evenimentul demografic al acestui fenomen este decesul.

Studiul mortalității prezintă importanță în sănătatea publică pentru că:

- mortalitatea este unul din indicatorii demografici utilizați în măsurarea stării de sănătate a populației;
- permite aprecierea gradului de dezvoltare socio-economică al unei țări;

- permite identificarea problemelor de sănătate şi stabilirea priorităţilor de acţiune;
- permite planificarea sanitară a resurselor;
- permite stabilirea şi ierarhizarea obiectivelor în cadrul programelor de sănătate;
- permite evaluarea activităţii sistemului de servicii sanitare;

Pentru aprecierea fenomenului demografic de mortalitate se utilizează mai mulţi indici.

5.1.2.1. Mortalitatea generală este a doua componentă principală, după natalitate, ce influenţează structura populaţiei în special pe grupe de vârstă.

Rata mortalităţii sau indicele brut sau general al mortalităţii este rata de deces, survenind într-un an calendaristic la o populaţie expusă riscului de moarte, dintr-un anumit teritoriu, în aceeaşi perioadă şi se calculează conform formulei:

$$M_{gen} = \frac{D}{L} \cdot 1000$$

M_{gen} - mortalitatea generală;
D - număr decese;
L - numărul populaţiei la 01.07. a. c.

Sursele de informaţii pentru măsurarea mortalităţii sunt:
- înregistrarea deceselor la serviciul de stare civilă din cadrul primăriilor;
- date privind numărul şi structura populaţiei (vârstă, sex, mediu, etc.), de la serviciile de statistică.

Analiza mortalităţii se poate face transversal, adică într-un an calendaristic sau o anumită perioadă de timp, sau longitudinal, prospectiv sau retrospectiv, când se analizează o cohortă sau o generaţie. Deşi este mai puţin exactă, analiza transversală a mortalităţii este cel mai des utilizată, fiind mai simplă.

Mortalitatea generală este un indicator sensibil la dezvoltarea socio-economică a unei societăţi. În acest sens s-a constatat că în ţările în curs de dezvoltare, o dată cu progresul înregistrat, mortalitatea generală a scăzut. De asemenea în ţările dezvoltate s-a constatat o îmbătrânire a populaţiei, datorită creşterii duratei medii de viaţă, ca o consecinţă a standardului de viaţă crescut şi a creşterii calităţii asistenţei medicale.

Putem spune că există o corelaţie directă între venitul naţional brut pe cap de locuitor şi durata medie de viaţă, precum şi între procentul alocat pentru sănătate din venitul naţional şi speranţa de viaţă la naştere. În consecinţă, dacă produsul naţional brut creşte, iar procentul alocat pentru sănătate rămâne constant, fondul pentru sănătate creşte în valoare absolută deci, creşte şi calitatea vieţii şi calitatea asistenţei sanitare.

5.1.2.2. Mortalitatea specifică pe sexe. În ceea ce priveşte mortalitatea pe sexe există diferenţe, în sensul că în mai toate ţările din lume este o supramortalitate masculină. Astfel, deşi se nasc mai mulţi copii de sex masculin (51-52%) din cauza supramortalităţii masculine proporţia între cele 2 sexe se egalează în jurul vârstei de 40 ani. Supramortalitatea masculină se continuă şi după această perioadă, încât la vârste înaintate proporţia între cele 2 sexe se schimbă. Există şi situaţii în care există o supramortalitate a sexului feminin, în zone în care se acordă o atenţie mai redusă femeii, aceasta având o alimentaţie precară şi fiind supusă unor munci, în condiţii grele.

Indicele de mortalitate specifică pe sexe se calculează conform formulei:

$$M_{(m,f)} = \frac{D_{(m,f)}}{L_{(m,f)}} \cdot 1000$$

$M_{(m,f)}$ - indice mortalitate specifică pe sexe (masculin sau feminin);
$D_{(m,f)}$ - nr. decese de sex masculin sau feminin;
$L_{(m,f)}$ - populaţia medie de sex masculin sau feminin;

5.1.2.3. Mortalitatea specifică pe grupe de vârstă. Acest indice se calculează raportând decesele de o anumită vârstă (sau grupă de vârstă) la populaţia de aceeaşi vârstă, conform formulei:

$$M_x = \frac{D_x}{L_x} \cdot 100$$

M_x - mortalitatea specifică a vârstei x;
D_x - decese ale vârstei x;
L_x - populația de vârstă x;

Există diferențe între nivelele mortalității specifice a diferitelor vârste de la o țară la alta și chiar de la o regiune la alta. În general, există unele caracteristici comune: mortalitate mai mare la copii, în special la cei sub 1 an, care apoi scade la valori mai mici, între 5-14 ani, cu o creștere ușoară până pe la 50 ani, după care creșterea este mai accentuată. Dacă reprezentăm grafic mortalitatea specifică pe grupe de vârstă, observăm existența a trei tipuri de curbe: una în forma literei J răsturnate sau L, una în forma literei U și alta în forma literei J.

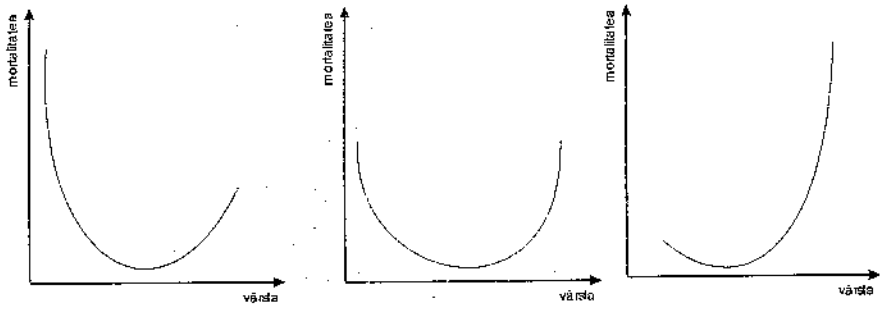


Figura 4.2.

a. Curba în forma literei L indică valori foarte mari ale mortalității infantile, urmată de o diminuare vizibilă, cu valorile cele mai mici între 10-14 ani, după care tinde să crească treptat la vârste înaintate, fără să atingă valorile mortalității infantile. Acest tip de mortalitate se întâlnește în țările slab dezvoltate, cu condiții precare de viață și asistență medicală de proastă calitate. În aceste țări predomină bolile transmisibile, bolile carențiale și în general, afecțiunile acute, care afectează vârstele tinere.

b. A doua reprezentare grafică, în forma literei U, arată un număr de decese mai scăzut sub vârsta de 1 an și o creștere a numărului de decese la vârste înaintate, aproximativ la același nivel cu cel al copiilor. Acest tip de mortalitate se întâlnește în țări în curs de dezvoltare, în care standardul economic este mai ridicat și asistența medicală mai bună. Patologia este dominată de boli cronice, bolile acute fiind într-o oarecare măsură stăpânite, cu posibilități de scădere sau de eradicare a unora dintre ele.

c. Curba în forma literei J arată un nivel scăzut al mortalității infantile și valori foarte mari ale mortalității la vârste înaintate. Este un model ce caracterizează țările dezvoltate, cu o situație socio-economică foarte bună și o asistență medicală de calitate. În aceste țări se acordă o atenție deosebită mamei și copilului, iar durata medie de viață este crescută. Patologia este dominantă de boli cronice degenerative.

5.1.2.4. Mortalitate specifică pe cauze de boală. Unul din aspectele cele mai importante ale mortalității generale îl constituie cunoașterea acesteia pe cauze.

Principalele cauze de deces diferă de la o țară la alta și chiar de la o regiune la alta. Se poate vorbi și de o schimbare a ierarhiei acestor cauze în timp, în funcție de evoluția socio-economică și nivelul asistenței sanitare. Dacă la începutul secolului XX, decesele erau cauzate, în special, de boli transmisibile, boli ale aparatului respirator, în ultimele 3 decenii se constată o creștere importantă a deceselor prin tumori, prin accidente și boli cardio-vasculare la adultul tânăr și vârstnic.

Mortalitatea specifică printr-o boală exprimă numărul de decese printr-o boală, la suta de mii de locuitori şi se calculează astfel:

$$M_{cd} = \frac{D_{cd}}{L} \cdot 100.000$$

M_{cd} - mortalitatea specifică printr-o boală;
D_{cd} - decesele printr-o boală;
L - populaţia medie;

5.1.2.5. Letalitatea (mortalitatea proporţională) este un indicator care ne arată numărul deceselor printr-o boală din totalul deceselor şi se calculează conform formulei:

$$M_{prop} = \frac{D_{cd}}{D} \cdot 100$$

M_{prop} - letalitatea;
D_{cd} - decesele printr-o boală;
D - total decese;

Letalitatea se poate calcula şi pe sexe sau grupe de vârstă, putând scoate în evidenţă decesele cu ponderea cea mai mare la diferite categorii de grupe de vârstă şi sex.

Letalitatea este un indicator care ne arată vârfurile de mortalitate, deci din ce cauză se moare cel mai mult din totalul deceselor. Acest lucru este util în sănătatea publică la stabilirea priorităţilor de acţiune în funcţie de necesităţi, dar şi de posibilităţi. În acelaşi timp, letalitatea reflectă eficienţa şi calitatea activităţii sectorului sanitar.

5.1.2.6. Indicele de fatalitate evidenţiază proporţia deceselor de o anumită boală faţă de totalul cauzelor de îmbolnăvire de aceeaşi boală şi se calculează conform formulei:

$$I_{fat} = \frac{D_{cd}}{C} \cdot 100$$

I_{fat} - indice de fatalitate;
D_{cd} - decese de o anumită boală;
C - număr de cazuri de aceeaşi boală;

5.1.2.7. Rata standardizată a mortalităţii. Atunci când se studiază acest fenomen, comparativ pentru zone diferite, intervine o eroare în calcul, datorită neomogenităţii populaţiei din punct de vedere al structurii sale pe grupe de vârste. Standardizarea mortalităţii reprezintă modalitatea de eliminare a influenţei pe care o exercită structura diferită pe grupe de vârstă a populaţiei asupra mortalităţii. Există 2 procedee:

a. Metoda directă (metoda populaţiei standard). Pentru aplicarea acestei metode se alege o populaţie de referinţă, ca populaţie standard, cu o anumită structură pe grupe de vârstă. Acestei populaţii i se aplică mortalităţile specifice pe grupe de vârstă reale, din fiecare zonă pe care o comparăm, obţinându-se astfel ratele standardizate ale mortalităţii pentru zonele respective, rate ce exprimă frecvenţa aşteptată a deceselor în ipoteza că fiecare zonă ar avea aceeaşi structură pe grupe de vârstă, respectiv structura populaţiei standard. Se calculează conform formulei:

$RMs = \Sigma\, p_s \cdot m_x$
RMs - rata standardizată a mortalităţii;
p_s - populaţia standard;
m_x - mortalitate specifică grupei de vârstă;

b. Metoda indirectă (metoda mortalităţii standard). În această situaţie se alege un model de mortalitate specifică pe grupe de vârstă, drept model de referinţă standard. Acest model se aplică la structura pe grupe de vârstă reală, a fiecărei zone pe care o comparăm, obţinându-se astfel frecvenţa aşteptată a deceselor, în ipoteza unui model standard de mortalitate specifică. Această metodă se recomandă să fie utilizată atunci când se compară mortalitatea în populaţii cu efective mici. Se calculează conform formulei:

$RMs = \Sigma\, p_x \cdot m_s$
RMs - rata standardizată a mortalităţii;
p_x - populaţia;

m_s - mortalitate standard;

5.1.2.8. Raportul standardizat al mortalității reprezintă raportul dintre numărul de decese observate și numărul de decese așteptate. Acesta măsoară excesul de mortalitate înregistrat într-o populație față de un model standard de mortalitate specifică și se calculează conform formulei:

$$RSM = \frac{D_o}{D_a} \cdot 100$$

RSM - raportul standardizat al mortalității;
D_o - decese observate;
D_a - decese așteptate;

5.1.2.9. Tabela de mortalitate reprezintă o metodă de măsurare, analiză și comparare a mortalității. Aceasta permite calcularea următorilor indicatori numiți și funcții biometrice:

- l_x sau S_x – număr de supraviețuitori;
- d_x – număr de decese (reprezintă numărul de decese înregistrate în generația fictivă de 100000, dacă această generație ar fi fost supusă riscurilor de deces, din modelul de mortalitate înregistrat în anul de calcul);
- q_x – probabilitatea de deces;
- p_x – probabilitatea de supraviețuire;
- e_x – speranța de viață la diferite vârste;

Capul tabelei de mortalitate cuprinde următoarele rubrici:

Grupa de vârstă	Populația reală	Nr. decese	Mortalitate	Fracțiune trăită	Probabilitate deces	Supraviețuitori	Decese în interval	Ani trăiți	Ani de trăit	Speranța de viață
Ani	p_x	D_x	m_x	a_x	q_x	l_x	dx	L_x	Tx	e_x

Tabel 4.2.

5.1.2.10. Mortalitatea infantilă. Dintre indicii demografici, în general, și cei ai mortalității, în special, mortalitatea infantilă rămâne cel mai sensibil indicator al stării de sănătate. El este folosit atât la aprecierea calității asistenței medicale, cât și la aprecierea nivelului de dezvoltare socio-economică.

Calculul mortalității infantile se face conform formulei:

$$M_{(0)} = \frac{d_{(0)}}{nv} \cdot 1000$$

$M_{(0)}$ - indice de mortalitate infantilă;
$d_{(0)}$ - număr decese sub 1 an;
nv - nou născuți vii;

În cazul mortalității infantile, se studiază separat: mortalitatea în prima săptămână de viață – numită mortalitate neonatală precoce; mortalitatea primei luni de viață – numită mortalitate neonatală; și mortalitatea după prima lună de viață, până la 1 an – numită mortalitate postneonatală. Acestea se calculează conform următoarelor formule:

$$M_{(0-6)} = \frac{d_{(0-6)}}{nv} \cdot 1000$$

$M_{(0-6)}$ - indice de mortalitate neonatală precoce;
$d_{(0-6)}$ - număr decese în prima săptămână de viață;
nv - nou născuți vii;

$$M_{(0-27)} = \frac{d_{(0-27)}}{nv} \cdot 1000$$

$M_{(0-27)}$ - indice de mortalitate neonatală;
$d_{(0-27)}$ - număr decese din prima lună de viață;
nv - nou născuți vii;

$$M_{(28z-11luni)} = \frac{d_{(28z-11luni)}}{nv} \cdot 1000$$

$M_{(28z-11\ luni)}$ - indice de mortalitate postneonatală;
$d_{(28z-11\ luni)}$ - număr decese din lunile 1-11;
nv - nou născuți vii;

Mortalitatea infantilă este influențată de o serie de factori, cum ar fi:

a. Mediul. În majoritatea țărilor și la noi se constată valori mai crescute ale mortalității infantile în mediul rural decât în mediul urban și aceste diferențe sunt cu atât mai accentuate, cu cât starea socio-economică este precară și cu cât calitatea asistenței medicale este mai scăzută. În mediul rural accesibilitatea și adresabilitatea la serviciile medicale este mai scăzută decât în mediul urban.

b. Sexul. În ceea ce privește aprecierea mortalității infantile pe sexe se constată că până la vârsta de 1 an există o supramortalitate la sexul masculin, atribuită în principal unor factori genetici mai puțini cunoscuți, care acționează chiar și înainte de naștere.

c. Starea civilă a nou-născutului. La nou-născuții legitimi mortalitatea infantilă prezintă valori mai scăzute decât la cei nelegitimi. Un copil dorit, într-o familie organizată este mai bine îngrijit.

d. Anotimpul. Se cunoaște că în anotimpul rece predomină afecțiunile acute ale aparatului respirator, iar în sezonul cald cele ale aparatului digestiv. Dacă în cele 2 sezoane există vârfuri mari de mortalitate înseamnă că sunt deficiențe în ceea ce privește asistența medicală, în special în sectorul medicinii preventive (imunizări deficitare, nesupravegherea potențialelor focare epidemiologice, etc.).

e. Vârsta. Vârsta copilului sub 1 an se împarte în subgrupe, ținând seama de dezvoltarea psiho-somatică a acestuia și de complexitatea măsurilor de ocrotire a sănătății lui. Aceste subgrupe de vârstă sunt: sub 1 zi; 1-6 zile; 7-28 zile; 1-5 luni: 6-11 luni. Primele 3 subgrupe alcătuiesc perioada neonatală, iar celelalte perioada postneonatală. Diferite cercetări statistice efectuate în țările dezvoltate arată că cele mai dificile momente sunt în perioada neonatală precoce (sub 7 zile), când se produc aproape 60% din decesele sub 1 an. Valorile crescute ale mortalității infantile din prima lună de viață se datorează în mare parte faptului că în această perioadă "zestrea" imunitară a nou-născutului este doar cea moștenită de la mamă.

În țările subdezvoltate mortalitatea postneonatală înscrie valori mai mari, datorită alimentației deficitare, condițiilor socio-economice precare, nestăpânirii problemelor de asistență medicală și de ocrotire a mamei și copilului.

f. Cauze exogene și endogene. Cauzele exogene sunt cele pe care copilul le întâlnește în mediul care trăiește, incluzând afecțiuni respiratorii, digestive, infecto-contagioase. Această categorie de cauze sunt controlabile și evitabile.

A doua categorie sunt cauzele endogene care cuprind prematuritatea, malformațiile congenitale și traumatismele obstetricale. Această grupă de cauze este mai greu de controlat. Cauzele endogene le mai putem clasifica după momentul apariției, astfel:

- există chiar din timpul concepției (boli ereditare);
- dobândite în timpul gravidității (malformații congenitale);
- apar în momentul nașterii (traumatisme obstetricale);

5.1.2.11. Mortinatalitatea este un fenomen demografic care raportează născuții morți la 1000 de nașteri și se calculează conform formulei:

$$M_n = \frac{nm}{nm + nv} \cdot 1000$$

M_n - indicele de mortinatalitate;
nm - născuți morți;
nv - născuții vii;

Această formulă de calcul a început să se utilizeze de la 01.01.1979, până la acea dată la numitor fiind trecuți numai născuții vii (deoarece în unele țări născuții morți nu se declară). Cauzele mortinatalității sunt numeroase și complexe, ceea ce dă acestui fenomen un vast conținut medico-social. Mortinatalitatea urmează, în general, evoluția mortalității infantile, dar mai ales a celei neonatale.

5.1.2.12. Mortalitatea feto-infantilă. Pentru o interpretare corectă a măsurilor de ocrotire a mamei și copilului se utilizează acest indice care exprimă raportul dintre decesele sub 1 an, la care se adaugă născuții morți la 1000 de nașteri și se calculează conform formulei:

$$M_{fi} = \frac{nm + d_{(0)}}{nm + nv} \cdot 1000$$

M_{fi} - indice de mortalitate feto-infantilă
$d_{(0)}$ - număr decese sub 1 an;
nm - născuți morți;
nv - născuții vii;

Se poate observa că, practic, mortalitatea feto-infantilă se obține însumând valorile mortalității infantile cu cele ale mortinatalității.

5.1.2.13. Mortalitatea perinatală este un indicator important, care ne furnizează informații privind îngrijirea pre-, intra- și postnatală. Se calculează conform formulei:

$$M_p = \frac{nm + d_{(0-6)}}{nm + nv} \cdot 1000$$

M_p - indice de mortalitate perinatală;
$d_{(0-6)}$ - decese din primele 6 zile;
nm - născuți morți;
nv - născuții vii;

Mortalitatea perinatală, de fapt, însumează decesele fetale tardive (născuții morți) și decesele din prima săptămână de viață (decese neonatale precoce). Această noțiune are un suport științific, deoarece cauzele de deces sunt aceleași și pot fi grupate, în mare parte, pe grupe nosologice identice. Cauzele mortalității perinatale sunt: cauze materne, cauze fetale și ale nou-născutului, cauze obstetricale, cauze ovulare.

5.1.2.14. Mortalitatea maternă. În conformitate cu definiția OMS, adoptată la Geneva, în mai 1976, mortalitatea maternă a fost definită astfel: "decesul unei femei în cursul sarcinii sau într-o perioadă de 42 zile de la terminarea sa, oricare ar fi durata sau localizarea sarcinii, prin orice cauză determinată sau agravată de sarcină sau de îngrijirile pe care le-a solicitat, dar nici accidentală, nici întâmplătoare". Altfel spus, prin mortalitatea maternă se înțelege decesul mamelor, fie din cauza nașterii, fie din cauza complicațiilor sarcinii, nașterii și lăuziei. Se calculează conform formulei:

$$M_m = \frac{d_m}{nv} \cdot 100.000$$

M_m - indice de mortalitate maternă;
d_m - număr decese mame prin complicațiile sarcinii, nașterii, lăuziei;
nv - născuți vii;

Cauzele principale ale mortalității materne sunt: febra puerperală, avortul septic și accidentele din timpul nașterii. Din punct de vedere medico-social, acest fenomen trebuie să fie bine cunoscut și interpretat, deoarece are efecte sociale asupra familiei, reprezentând

pierderea unor femei tinere. Experiența țărilor dezvoltate arată că acest fenomen poate fi controlat.

5.2. Mişcarea mecanică se referă la mişcarea generată de factori economici, sociali, politici şi migrație. În acest sens mobilitatea poate fi:

5.2.1. Profesională, când mişcarea se face în grupe profesionale, prin schimbarea profesiei unei persoane, în timpul vieții sau schimbarea între generații (între părinți şi copii).

5.2.2. Socială, când o persoană sau un grup de persoane trec dintr-o categorie socială în alta. Acest tip de mobilitate poate fi însoțită de ascensiune sau regresie socială.

5.2.3. Spațială sau geografică, cunoscută sub numele de mişcare migratorie sau migrație şi constă din deplasări de persoane sau grupe de populație dintr-o zonă în alta. În raport cu localitatea de origine, există migrație internă şi migrație externă. Prin migrație internă se înțelege deplasarea dintr-o localitate în alta, pe teritoriul aceleiaşi țări, iar prin migrație externă deplasarea dintr-o țară în alta.

Persoanele sau grupele de persoane ce vin într-o localitate sau într-o țară imigrează, iar cele ce pleacă, emigrează. Indiferent de natura deplasării, internă sau externă, dar în funcție de durata acesteia, migrația poate fi:

- definitivă, când schimbarea domiciliul se face pentru totdeauna;
- flotantă, când deplasarea are loc într-un timp limitat, fără ca persoana respectivă să-şi schimbe domiciliul stabil;
- sezonieră, constă în deplasări în anumite perioade ale anului, de obicei pentru anumite munci;
- pendulară, când deplasarea are loc zilnic, din localitatea cu domiciliul stabil în localitatea unde persoana îşi are locul de muncă;

Creşterea sau scăderea numărului populației dintr-un teritoriu poate avea la bază imigrarea şi emigrarea. Această modificare a cifrei populației pe baza migrației poartă numele de *mişcare mecanică* a populației. Aceasta nu este singura şi cea mai importantă modalitate de creştere sau scădere a numărului de locuitori, o pondere esențială având-o natalitatea şi mortalitatea. Jocul dintre natalitate şi mortalitate constituie *mişcarea naturală* a populației. Aceste două componente – mişcarea mecanică şi naturală – formează **mişcarea reală** a unei populații. În mod obişnuit, mişcarea unei populații a unei colectivități are loc pe seama mişcării reale.

6. Sporul natural

Sporul natural reprezintă numărul locuitorilor cu care se modifică populația unei colectivități, datorită diferenței dintre născuții vii şi decese şi se calculează conform următoarelor formule:

$$S_n = \frac{nv - D}{L} \cdot 1000$$

S_n - indicele sporului natural al populației;
nv - număr născuți vii;
D - număr decese;
L - populația la 01.07 a.c.;

$S_n = N - M_{gen}$
S_n - indicele sporului natural al populației;
N - indicele de natalitate;
M_{gen} - indicele de mortalitate generală;

În cazul în care numărul născuților vii este mai mare decât al deceselor, deci natalitatea este mai mare decât mortalitatea generală, avem un excedent natural al populației. Dacă natalitatea este mai mică decât mortalitatea generală, avem un minus de populație, care poartă denumirea de deficit natural sau după exprimarea unor autori, spor natural negativ. Dacă cei doi indicatori evoluează paralel, valorile sporului natural rămân neschimbate.

7. **Durata medie de viață**

Durata medie de viață este un indicator sintetic important, cunoscut și ca indicele speranței de viață la naștere și care reflectă atât nivelul de trai al populației, cât și starea de sănătate a acesteia.

Această noțiune se definește ca fiind numărul mediu al anilor, stabilit pe baza tabelei de mortalitate, pe care îl are de trăit o cohortă născută în anul pentru care se calculează acest indicator, dacă ar trăi toată viața în condițiile care determină mortalitatea specifică pe vârste din anul respectiv.

Probabilitatea de supraviețuire pentru fiecare an de vârstă și speranța de viață la naștere a unei populații se calculează pe baza tabelelor de mortalitate (vezi tabela de mortalitate 5.1.2.9). Aceste tabele se calculează cu ocazia recensămintelor populației, dar se pot calcula și între recensăminte, în cazul în care se cunoaște an de an mișcarea naturală și mecanică a populației pe sexe și grupe de vârstă.

Tabela de mortalitate descrie modul în care, o dată cu înaintarea în vârstă, are loc dispariția prin deces a unei populații, în condițiile regimului de mortalitate din anii pentru care se face calculul.

Speranța de viață la naștere nu trebuie confundată cu vârsta medie, vârsta modală sau longevitatea.

Vârsta medie este o medie a vârstelor persoanelor dintr-o colectivitate, iar vârsta modală la deces corespunde cu vârsta la care se înregistrează frecvența maximă a deceselor, în repartiția lor în tabela de mortalitate.

Longevitatea este o caracteristică de persoană și corespunde vârstei maxime până la care poate trăi omul, în cadrul unei populații.

MORBIDITATEA

Morbiditatea constituie un criteriu important de apreciere al stării de sănătate a unei colectivități.

Prin morbiditate se înțelege totalitatea îmbolnăvirilor, cunoscute la un moment dat sau într-o anumită perioadă de timp, în cadrul unei populații, într-un teritoriu bine delimitat, fie că acestea au fost depistate în perioada respectivă, la data îmbolnăvirii sau ulterior, sau depistarea a fost efectuată într-o perioadă anterioară, dar boala există și în perioada prezentă, fie că îmbolnăvirea s-a rezolvat sau nu în perioada la care ne referim.

Morbiditatea este un indicator mai greu de calculat decât mortalitatea, având un caracter orientativ pentru unele afecțiuni. Nivelul morbidității este influențat de diverși factori, cum ar fi: adresabilitatea populației, accesibilitatea acesteia la asistența medicală, calitatea asistenței medicale și nivelul de cultură sanitară al populației.

Desigur că, în teritoriile în care adresabilitatea populației la serviciile medicale este scăzută, morbiditatea are valori mari.

Acolo unde accesibilitatea este scăzută, chiar dacă există adresabilitate mare, morbiditatea prezintă valori mai mari. Această situație se întâlnește la noi în mediul rural, unde acoperirea cu cadre medicale și unități sanitare este deficitară. Putem vorbi despre o accesibilitate scăzută și în mediul urban, pentru anumite categorii de populație, care nu-și pot permite unele servicii sanitare, în pofida faptului că există un sistem de asigurări sociale de sănătate.

O calitate scăzută a asistenței medicale duce la scăderea adresabilității populației către serviciile sanitare respective și, implicit la o creștere a morbidității.

Nivelul scăzut de cultură sanitară al populației face ca adresabilitatea către serviciile de sănătate să fie scăzută sau tardivă, ceea ce atrage după sine o creștere a nivelului de morbiditate.

Morbiditatea se apreciază printr-o serie de indici:

1. Morbiditatea generală pune în evidență intensitatea îmbolnăvirilor, adică raportul dintre numărul cazurilor de îmbolnăvire și populație. Se calculează conform formulei:

$$M_g = \frac{bn}{L} \cdot 1000$$

M_g - indice de morbiditate generală;
bn - cazuri noi de îmbolnăvire;
L - populația la 01.07. a. c.

Prin "caz nou" se înțelege orice îmbolnăvire din momentul depistării bolii până în momentul vindecării sau decesului. Cazul nou nu trebuie confundat cu consultația, deoarece pentru un caz nou pot exista mai multe consultații. De asemenea, cazul nou nu trebuie confundat cu persoana, pentru că în decursul unui an, aceeași persoană poate prezenta mai multe îmbolnăviri noi.

Morbiditatea generală se poate calcula conform formulei de mai sus pe categorii de populație (vârstă, sex, mediu, profesie, etc.) sau pe cauze de îmbolnăvire.

2. Incidența. Prin incidența morbidității se înțelege frecvența cazurilor noi, înregistrate într-un anumit teritoriu și o anumită perioadă de timp și se calculează conform formulei:

$$I = \frac{bn}{L} \cdot 100.000$$

I - indice de incidență;
bn - cazuri noi de boală;
L - populația la 01.07. a. c.

Acest indice se utilizează, în special, pentru afecțiunile acute și se raportează la 100000, deoarece există un număr mai redus de cazuri noi, iar dacă s-ar raporta la 1000 de locuitori, valorile calculate ar fi mai mici decât unitatea, cu numeroase zecimale, ce ar face mai dificilă interpretarea acestuia.

Folosind formula de mai sus, se pot calcula și indici de incidență specifică ai morbidității (pe sexe, grupe de vârstă, etc.), mai ales în bolile care afectează cu precădere anumite grupe de vârstă.

Incidența servește ca instrument de lucru pentru medicul care pune diagnosticul și instituie tratamentul respectiv, acordă concedii medicale, etc.

Pentru conducerea sanitară a unui teritoriu este o metodă importantă în cunoașterea stării de sănătate și a eficienței activității sanitare. Este vorba, în special, de incidența bolilor acute, transmisibile și netransmisibile, care în teritoriile bine asigurate, cu toate specialitățile necesare și cu o bună adresabilitate poate evidenția o parte importantă din morbiditate.

3. Prevalența. Nu întotdeauna cazurile noi de îmbolnăvire permit aprecierea situației reale a morbidității dintr-o boală, pentru că există și boli cronice, care sunt boli de lungă durată și înregistrarea numai a cazurilor noi ar însemna să cunoaștem numai o parte a morbidității respective.

Prevalența morbidității cuprinde totalitatea bolilor care există la un anumit moment "critic" sau într-o anumită perioadă de timp. Este un indice care se aplică în cazul bolilor cronice, de lungă durată și se calculează conform formulei:

$$P = \frac{bn + bv}{L} \cdot 100$$

P - indice de prevalență;
bn - cazuri noi de o boală;
bv - cazuri vechi de o boală;
L - populația la 01.07. a .c.

În cazul prevalenței, calculul se poate și trebuie făcut și pe grupe vârstă, deoarece bolile cronice apar, în general, la adulți și se accentuează la vârstnici.

Indicele de prevalență, cunoscut și sub numele de indice de evidență sau de extensibilitate, ne dă posibilitatea să apreciem potențialul morbid al unei boli, spre deosebire de indicele de morbiditate specifică, care ne arată gravitatea bolii într-o colectivitate.

4. Morbiditatea longitudinală sau succesivă constă în a examina şi a urmări morbiditatea generală şi starea de morbiditate la acelaşi grup de persoane, considerat ca eşantion, timp de mai mulţi ani.

"Studiul longitudinal" al morbidităţii permite găsirea legăturilor de cauzalitate în apariţia, agravarea complicaţiilor, asocierea şi concomitenţa mai frecventă a bolilor. De asemenea, permite cunoaşterea acelor categorii de persoane care rămân sănătoase an de an, fără să se îmbolnăvească.

Morbiditatea succesivă permite, de asemenea, cunoaşterea eficienţei activităţii reţelei sanitare în ceea ce priveşte prevenirea cronicizării, agravării bolilor, în asanarea surselor de contagiune, etc. În acest sens, un rol important îl are cunoaşterea proporţiei de populaţie neprezentată la consult, acest fapt fiind considerat o deficienţă.

5. Morbiditatea pe contingente. Indicele de morbiditate pe contingente se referă la persoanele bolnave şi nu la cazurile noi de boală. De aceea, există o diferenţă între numărul cazurilor de boală şi al bolnavilor, aceeaşi persoană putând contracta una sau mai multe afecţiuni noi.

Acest indice se calculează după formula:

$$M_c = \frac{pb}{L} \cdot 100$$

M_c - indice de morbiditate pe contingente;
pb - număr de persoane bolnave;
L - populaţia la 01.07. a. c.;

Această morbiditate se calculează şi se interpretează atât pe populaţia globală, cât şi pe medii, sexe şi grupe de vârstă.

În mediu urban, morbiditatea pe contingente este mai mare decât cea din mediul rural şi mai mare la sexul feminin, comparativ cu sexul masculin.

6. Morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă (ITM) completează studiul morbidităţii cu unele aspecte esenţiale, cum ar fi gravitatea unor boli care determină incapacitatea temporară de muncă la personalul muncitor.

Calcularea acestui indicator se bazează pe prelucrarea certificatelor de concediu medical, ce se acordă salariaţilor bolnavi. În cadrul acestei morbidităţi, unitatea statistică este cazul de îmbolnăvire cu incapacitate temporară de muncă.

Prin caz nou de incapacitate temporară de muncă se înţelege orice caz de îmbolnăvire cu incapacitate temporară de muncă, din ziua constatării acesteia, până în ziua reluării lucrului. Cazul nu coincide nici cu bolnavul, nici cu îmbolnăvirea, ci se consideră ca atare ori de câte ori salariatul bolnav este incapabil de muncă, chiar dacă este vorba de aceeaşi boală.

Morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă se exprimă prin două categorii de indici: de structură şi de dinamică.

6.1. Indicii de structură exprimă fie numărul de cazuri de îmbolnăvire, fie numărul de zile de incapacitate temporară de muncă printr-o boală, la 100 de cazuri de îmbolnăvire, respectiv 100 de zile de incapacitate.

Structura pe cauze se calculează astfel:

$$I_{sc} = \frac{bn}{T_{bn}} \cdot 100$$

I_{sc} - indice de structură pe cauze;
bn - număr cazuri noi cu ITM de o anumită cauză;
T_{bn} - total cazuri noi cu ITM de toate cauzele.

Cu ajutorul acestui indice se pot stabili într-o întreprindere bolile de care angajaţii se îmbolnăvesc mai frecvent. Cunoscând vârfurile de morbiditate, se pot cunoaşte locurile de muncă cu noxe şi se pot lua măsuri de neutralizare sau eliminare ale acestora.

Structura pe zile de incapacitate se calculează conform formulei:

$$I_{szi} = \frac{Z_{ib}}{Z_i} \cdot 100$$

I_{szi} - indice de structură pe zile de incapacitate;
Z_{ib} - număr de zile de ITM printr-o boală;
Z_i - total zile de incapacitate.

Nu întotdeauna bolile cu incidență crescută dau și multe zile de incapacitate. De exemplu gripa poate fi un vârf de morbiditate, dar să înregistreze un număr redus de zile de incapacitate. De asemenea, o afecțiune cum este tuberculoza, fără a fi un vârf de morbiditate, poate determina un număr mare de zile de incapacitate.

De aceea utilizarea acestui indice ne atrage atenția asupra gravității unor afecțiuni sau asupra deficiențelor privind examenele medicale la angajare sau a celor periodice.

6.2. Indicii de dinamică pun în evidență frecvența și gravitatea îmbolnăvirilor și sunt în număr de trei.

Indicele de frecvență arată intensitatea îmbolnăvirilor personalului angajat într-o întreprindere și se calculează conform formulei:

$$F_{itm} = \frac{C_i}{P_s} \cdot 100$$

F_{itm} - indicele de frecvență cu ITM;
C_i - număr certificate de concediu medical inițiale;
P_s - număr mediu angajați cu drept de asigurare socială.

Acest indice apreciază intensitatea morbidității, reflectând într-o mare măsură raportul adresabilitate-accesibilitate, calitatea și eficiența asistenței medicale precum și condițiile de muncă ale angajaților.

Indicele de gravitate este dat de numărul zilelor de ITM, dintr-o anumită perioadă de timp, raportat la 100 de angajați și se calculează după următoarea formulă:

$$Gr = \frac{Z_{(i+c)}}{P_s} \cdot 100$$

Gr - indice de gravitate a ITM;
$Z_{(i+c)}$ - numărul de zile de concediu medical (inițial + continuare);
P_s - număr mediu angajați cu drept de asigurare socială.

Acest indice pune în evidență gravitatea îmbolnăvirilor, gravitate care depinde de promptitudinea cu care salariatul se adresează medicului, de precocitatea depistării bolii, de precizia diagnosticului, de promptitudinea tratamentului, dar și de eficiența măsurilor de protecția muncii.

Indicele de durată medie reprezintă raportul dintre numărul zilelor de incapacitate temporară de muncă și numărul cazurilor de noi de îmbolnăvire, sau altfel spus raportul dintre indicele de gravitate și indicele de frecvență. Acest indice se poate calcula cu ajutorul următoarelor formule:

$$I_d = \frac{Z_{(i+c)}}{C_i}$$

I_d - indicele de durată medie;
$Z_{(i+c)}$ - numărul de zile de concediu medical (inițial + continuare);
C_i - număr certificate de concediu medical inițiale.

$$I_d = \frac{Gr}{F_{itm}}$$

I_d - indicele de durată medie;
Gr - indice de gravitate a ITM;

F_{itm} - indicele de frecvență cu ITM.

Indicele de durată medie ne arată câte zile de incapacitate durează în medie un caz de îmbolnăvire, punând în evidență calitatea și eficiența asistenței medicale.

Pentru un studiu corect al morbidității cu ITM, indicii mai sus prezentați trebuie calculați pe sexe și pe grupe de vârstă, având în vedere că aceștia se pot schimba semnificativ, dacă se schimbă structura demografică a personalului angajat. Se cunoaște că morbiditatea, cu sau fără incapacitate temporară de muncă este mai mare la vârstele mai mari și la sexul feminin.

În aprecierea indicilor de morbiditate cu ITM, nu există criterii sau valori fixe. De aceea interpretarea rezultatelor se face prin comparare cu întreprinderi similare și cu valorile indicilor din anii precedenți.

7. Morbiditatea spitalizată.

Există țări în care nu se poate studia morbiditatea generală și atunci se ia ca bază morbiditatea din spitale și din alte unități cu paturi.

Morbiditatea spitalizată nu poate caracteriza morbiditatea reală a populației, deoarece depinde de o serie de factori ca: accesibilitatea la unitățile spitalicești, adresabilitatea populației, sistemul de asigurare a sănătății populației. De asemenea trebuie avut în vedere faptul că nu toate îmbolnăvirile se internează în spital.

Indicatorul prin care se calculează morbiditatea din spitale este frecvența spitalizării și are următoarea formulă:

$$F_s = \frac{b_{(a+i)}}{L} \cdot 100$$

F_s - indice de frecvență a spitalizării;

$b_{(a+i)}$ - număr bolnavi aflați în spital la începutul perioadei de referință + bolnavi nou spitalizați în perioada respectivă;

L - număr populație la 01.07. a. c.

DEZVOLTAREA FIZICĂ

Deoarece sănătatea este o "bunăstare fizică, psihică și socială" este normal ca în aprecierea ei să utilizăm și indicii de dezvoltare fizică. Aceștia sunt indicatori pozitivi, care caracterizează în mod direct starea de sănătate și pun în evidență aspectele pozitive ale acesteia, față de alții ca morbiditatea sau mortalitatea care apreciază indirect starea de sănătate reflectând aspectele ei negative.

Indicii dezvoltării fizice fac parte din categoria indicilor globali, atotcuprinzători, a căror nivele și tendințe evidențiază acțiunea complexă și multilaterală a factorilor biologici, socio-economici, culturali și geografici asupra individului.

Având în vedere că dezvoltarea fizică a copiilor și tinerilor reflectă în mare măsură gradul de dezvoltare a întregii populații și că la această categorie de populație creșterea are loc mai intens, iar adaptarea la influențele mediului este maximă s-a considerat că cercetarea dezvoltării fizice este semnificativă și reprezentativă pentru întreaga populație, chiar dacă este efectuată pe grupele de vârstă 0-18 ani.

După elementele care stau la baza aprecierii creșterii și dezvoltării, indicii dezvoltării fizice se împart în trei grupe: indici somatoscopici, indici somatometrici și indici fiziometrici.

Indicii somatoscopici sunt indici care dau informații de ordin general, privind organismul ca unitate morfofuncțională, pe baza unor aprecieri senzoriale. La baza acestor indici stau criterii calitative ce nu pot fi exprimate valoric.

Copilul se examinează dezbrăcat, examinarea fiind vizuală sau/și palpatorie, în acest fel apreciindu-se: dezvoltarea scheletului, dezvoltarea musculaturii, depunerile adipoase, starea pielii și a mucoaselor, deformările coloanei vertebrale, deformările membrelor inferioare și postura. Eventualele modificări constatate, pun în evidență existența, în

trecutul copilului sau în momentul examinării, a unor afecțiuni, a unor carențe alimentare, a unor poziții vicioase, care pot fi tratate, compensate sau corectate.

Acești indici deși au o tentă calitativ subiectivă permit o caracterizare de ansamblu a organismului.

Indicii somatometrici sunt mai obiectivi, fiind obținuți pe baza unor măsurători comparate, ce permit o exprimare cifrică a acestora. Dezavantajul în acest caz este că cifrele obținute definesc numai aspecte ale creșterii și dezvoltării corpului, fără a putea caracteriza integral organismul, de aceea este necesară corelarea cu indicii fiziometrici.

Cei mai importanți indicatori somatometrici sunt: înălțimea, talia, perimetrul toracic și greutatea. Importanța lor rezultă din faptul că între acești indicatori există o corelație puternică și directă, ceea ce denotă o dezvoltare fizică armonioasă. Lipsa unei corelații sau o corelație slabă duce la o dizarmonie în dezvoltarea corporală.

Trebuie menționat faptul că măsurătorile se efectuează în anumite condiții: primăvara sau toamna când dezvoltarea se face mai încet, dimineața pe nemâncate și cu subiectul dezbrăcat.

Rezultatele obținute în urma măsurătorilor se compară cu valori etalon, așa numitele valori normale, ce se găsesc în tabele și care au fost obținute prin studii pe eșantioane reprezentative. În urma acestei comparări putem spune dacă subiectul investigat este sub-, normo- sau supradezvoltat.

Indicii fiziometrici constau în aprecierea capacității fiziologice, prin evaluarea funcționalității unor sisteme, aparate și organe cu ajutorul unor investigații mai mult sau mai puțin specifice.

Dezavantajul utilizării indicilor fiziometrici este legat de existența unei aparaturi sofisticate și costisitoare precum și de prezența unui personal specializat. Acest lucru a dus la limitarea aprecierii dezvoltării fizice prin acești indici, pe loturi reduse, eventual pe grupuri țintă.

În ultimele decenii, datorită evoluției tehnicii medicale și creșterii calității serviciilor medicale, acești indici sunt tot mai des folosiți și la grupuri de subiecți tot mai mari.

CAPITOLUL V

PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII ȘI EDUCAȚIA PENTRU SĂNĂTATE

1. Promovarea sănătății

Promovarea sănătății este procesul care oferă individului și colectivităților posibilitatea de a mări controlul asupra determinanților sănătății și prin aceasta și posibilitatea de a-și ameliora sănătatea.

1.1. Promovarea sănătății reprezintă:

- un concept unificator pentru cei ce recunosc necesitatea schimbării stilului și condițiilor de viață;
- o strategie de mediere între indivizi și mediu, îmbinând opțiunea personală cu responsabilitatea socială;
- o strategie nouă în domeniul sănătății și al serviciilor sociale care poate fi privită ca o *politică*, prin prisma acțiunii guvernului în domeniul sănătății, sau ca o *abordare* ce favorizează sănătatea, fiind orientată către stilurile de viață.

Principiile promovării sănătății:

- promovarea sănătății lucrează cu oamenii pentru oameni;
- este un proces ce se desfășoară în cadrul comunității locale;
- se adresează cu precădere cauzelor subiacente sănătății;
- se adresează atât individului, cât și mediului înconjurător;
- scoate în evidență laturile pozitive ale sănătății;
- implică și cuprinde toate sectoarele societății;
- implicarea întregii populații la apărarea propriei sănătăți;
- dezvoltarea capacității individului de a influența, în cunoștință de cauză, factorii determinanți ai sănătății;
- modificarea mediului pentru a întări factorii ce favorizează un stil de viață sănătos și ai elimina pe cei dăunători.

1.2. Modele de abordare a promovării sănătății

Există trei modele posibile de abordare a promovării sănătății și prevenirii bolilor.

1.2.1. Modelul bazat pe înțelegerea etiologiei bolilor

Acest model al controlării bolilor include în factorii etiologici și factorii de risc.

Mc Keown a grupat bolile în patru mari grupe:

- bolile prenatale determinate la fecundare. În această grupă sunt cuprinse defecte și afecțiuni ale unei singure gene, ce produc aberații cromozomiale, independent de mediul și comportament și care nu pot fi influențate.
- boli determinate prenatal, dar după fecundare. Sunt determinate în perioada intranatală de unii factori infecțioși fizici sau toxici, ceea ce înseamnă că unele din aceste afecțiuni pot fi controlate.
- boli determinate postnatal, ca urmare a unor carențe sau a agresiunii unor factori exogeni. În această grupă sunt incluse afecțiunile ce determină nivelul morbidității în țările în curs de dezvoltare.
- boli postnatale determinate de inadaptarea organismului la un stil nou de viață, caracteristic țărilor dezvoltate. Apar modificări de comportament și boli legate de stilul de viață.

În țara noastră, în ceea ce privește morbiditatea întâlnim toate cele patru grupe de boli.

Modelul epidemiologic

Modelul epidemiologic al bolilor transmisibile este modelul tradițional. Măsurile de intervenție se adresează verigilor lanțului epidemiologic, prin întreruperea căilor de transmitere sau prin creșterea rezistenței receptorului (specifică și/sau nespecifică). Acest model ia în considerare atât frecvența bolilor cât și factorii care condiționează fiecare clasă de boli, măsurile de intervenție fiind selectate în funcție de acești factori.

1.2.3. Modelul etapelor vieții

Acest model, fiind adaptat problematicii actuale a stării de sănătate este utilizat cel mai mult.

Ideea de start a fost că elementele nefavorabile apar la întâmplare, cu o probabilitate diferită în diverse momente ale vieții, în funcție de o serie de condiții: biologice, medicale, ocupaționale, etc.

Conform acestei abordări se pot elabora și aplica pachete de servicii preventive specifice diferitelor grupe de vârstă.

1.3. Strategii preventive

1.3.1. Strategia bazată pe demersul individual aparține exclusiv sectorului clinic, adresându-se individului cu boala sa. Este tipul de strategie conform căreia medicul se gândește la riscul relativ, ca expresie a forței asociației epidemiologice. Această strategie este importantă pentru medicul practician, care în fața bolnavului își pune câteva întrebări: de ce a făcut boala?, de ce a făcut-o acum?, ce ar fi trebuit să facă bolnavul ca boala să nu apară?.

1.3.2. Strategia populațională. Această strategie se bazează pe populație interesând incidența bolii. De precizat că există diferențe între cauzele bolii și cauzele incidenței.

Factorii genetici pot explica susceptibilitatea individului față de boală, dar nu pot explica frecvența bolii. Frecvența bolii este exprimată prin factori ambientali.

Strategia populațională este importantă pentru medicul de sănătate publică și poate fi prezentată sub două forme:

1.3.2.1. Strategia riscului înalt ce se bazează pe populația la risc înalt. Primul pas în cadrul acestei strategii constă în identificarea persoanelor cu risc înalt, deoarece acestea sunt cele mai susceptibile să facă boala. Pentru această identificare se utilizează teste de screening populațional.

Avantaje:

- intervenția serviciilor de sănătate servește intereselor individului;
- motivația de a participa a individului și a medicului este mai mare
- raportul cost/eficacitate este favorabil (se limitează la persoanele la risc înalt);
- raportul beneficiu/risc este favorabil (sunt expuși efectelor secundare numai cei susceptibili).

Dezavantaje:

- dificultățile și costurile legate de screening;
- efecte paleative și temporare. Este protejat doar grupul inițial, persoanele la risc înalt care apar ulterior fiind ignorate.
- efectele pozitive sunt limitate la cei care fac obiectul intervenției, nu cuprind toată populația;
- limite de ordin comportamental, psihologic, pentru că se protejează numai o parte a populației;
- într-o populație dată persoanele la risc mic sau moderat, care sunt mai numeroase decât cele la risc înalt, rămân neprotejate.

1.3.2.2. Strategia ecologică se adresează întregului grup populațional.

Această strategie încearcă să scadă incidența prin scăderea factorilor de risc în populația generală.

Avantaje:

- abordarea nu mai este paleativă;
- potențial mare;
- nu face nici o discriminare, deci e adecvată comportamental și psihologic;
- beneficii mari la nivelul populației.

Dezavantaje:

- avantaje mici pentru cei la risc înalt;
- motivație scăzută pentru individ și medic;
- presupune alt mod de abordare a serviciilor medicale;

- raportul beneficiu/risc este mai mic decât la strategia riscului înalt. Măsurile preventive aduc beneficii mari pentru populația generală și beneficii mici pentru indivizii la risc înalt ("paradoxul prevenirii").

Conduita cea mai bună ar fi de combinare a celor două strategii, ele fiind complementare.

1.4. Promovarea sănătății și reforma serviciilor de sănătate

Investițiile în promovarea sănătății pot aduce o contribuție importantă la realizarea celor mai importante scopuri ale reformelor de sănătate. De aceea este necesar ca promovarea sănătății să fie bine organizată atât la nivel național cât și local.

1.4.1. Principalele probleme ce le ridică realizarea reformei și sistemelor de sănătate.

Majoritatea țărilor Europei sunt angajate în reformarea sistemelor de sănătate. Dosarul tehnic de la Ljubljana conține o prezentare a caracteristicilor reformelor diferitelor țări și a problemelor care apar:

- alegerea metodelor de finanțare a îngrijirilor medicale, bazate pe impozite sau asigurare socială, completată sau nu prin asigurare privată;
- limitarea costurilor, prin măsuri ce acționează la nivelul cererilor de servicii de sănătate, a ofertei lor, a remunerării celor ce le prestează sau prin combinarea acestor măsuri;
- descentralizarea sau privatizarea, acestea neexcluzându-se una pe cealaltă;
- rolul opiniei și opțiunii cetățenilor, fapt ce conduce la probleme legate de libertatea alegerii furnizorului sau asiguratorului de servicii de sănătate de către consumator;
- ameliorarea stării de sănătate reprezintă un obiectiv al reformelor, ce se traduce prin creșterea rolului promovării sănătății;

1.4.2. Acțiuni ce contribuie la promovarea sănătății

În afara intereselor pur umanitare, promovarea sănătății permite alocarea de resurse sectorului de îngrijiri medicale, de o manieră mult mai eficace decât sunt distribuite în alte cazuri.

Membrii Comitetului European pentru Dezvoltarea Promovării Sănătății consideră că sunt cinci activități care contribuie în cea mai mare măsură la promovarea sănătății:

- orientarea politicii din sectoarele sociale spre o ameliorare a sănătății;
- crearea de condiții de muncă și viață care să favorizeze o stare de sănătate mai bună;
- creșterea capacității colectivităților locale în ceea ce privește asigurarea unei stări bune de sănătate populației lor;
- dezvoltarea aptitudinilor fiecărui individ de a avea grijă de sănătatea proprie;
- orientarea sistemelor de îngrijiri de sănătate și ale serviciilor individuale spre promovarea unei mai bune stări de sănătate.

2. Educația pentru sănătate

Educația pentru sănătate se poate defini ca fiind un sistem ce include: conștiința stării de sănătate; procesul de predare/învățare; participare.

Deci populația trebuie să participe în mod activ și conștient la rezolvarea problemelor de sănătate publică. De aceea este imperios necesar ca educatorii să-și aducă contribuția la antrenarea populației în ceea ce privește ocrotirea și promovarea propriei sănătăți. Există numeroase probleme, atât de ocrotire a sănătății cât și ecologice din care amintim numai de câteva, cum ar fi: menținerea sănătății, prevenirea bolilor acute, măsurile sanitar-antiepidemice, ocrotirea mamei și copilului, prevenirea și combaterea bolilor cronice, care nu pot fi rezolvate fără concursul populației.

De aceea culturalizarea sanitară se impune ca o necesitate, cuprinzând ansamblul măsurilor organizatorice, metodologice și tehnice care au drept scop: însușirea de către populație a cunoștințelor necesare în domeniul sanogenezei; formarea unor deprinderi corecte care să promoveze sănătatea; protecția mediului, igiena individuală, igiena alimentației, prevenirea îmbolnăvirilor, evitarea abuzului de medicamente, cunoașterea principalelor semne de boală și acordarea în caz de nevoie a primului ajutor; crearea unei poziții active față de sănătatea individuală și colectivă.

În activitatea de educație pentru sănătate, trebuie precizate câteva principii de conduită generală:

- Educația pentru sănătate face parte din viața culturală a fiecărei țări. Admiterea acestei concepții determină concluzia că această educație nu aparține exclusiv sectorului medico-sanitar, deci în organizarea și propagarea noțiunilor de ocrotire a sănătății, a sanogenezei trebuie să participe în egală măsură și alte sectoare ca: învățământul, organizații civice, biserica, asociații de orice fel, unități productive sau comerciale de stat sau particulare etc., toate având anumite responsabilități în acest sens. Nu trebuie uitat că sănătatea este un bun al tuturor, dar concomitent și o obligație a tuturor, și prin urmare toți cei care au anumite răspunderi în acest sens, vor trebui să acorde importanța cuvenită desfășurării unei activități susținute și concrete de educație pentru sănătate.

Desigur că o asemenea orientare nu va trebui să conducă la concluzia transferării obligațiilor și competenței de educație pentru sănătate din sectorul medico-sanitar spre alte sectoare – medicul rămânând pe mai departe forța și creierul întregii activități, dar ajutat și mai ales înțeles de alte foruri și organisme.

Fără o astfel de orientare este greu de conceput că cele câteva zeci de mii de cadre sanitare vor putea, în mod eficient, să rezolve numeroasele și complexele probleme de educație pentru sănătate ale unei populații de peste 22 de milioane de locuitori.

- Instituțiile publice, întreprinderile, societățile particulare, dar mai ales unitățile sanitare și personalul lor trebuie să constituie exemple în cadrul procesului de educație pentru sănătate. Este greu de închipuit că masa mare de cetățeni va putea accepta o serie de acțiuni, eforturi și recomandări a căror aplicare este neglijată sau încălcată în mod grosolan tocmai de către cei care le propagă.

- Deși nu constituie o știință aparte, educația pentru sănătate trebuie să aibă o aplicare științifică. În acest sens eforturile trebuie canalizate spre problemele prioritare, depistate prin anchete efectuate pe eșantioane reprezentative. Rezultatele acestor anchete trebuie să stea la baza elaborării programelor de educație pentru sănătate.

2.1. Abordări și direcții de orientare a educației pentru sănătate

Abordările posibile în educația pentru sănătate sunt:

- Medicală;
- Educațională;
- Orientată spre individ (personalizare);
- Schimbare socială.

Direcțiile de orientare ale educației pentru sănătate se referă la:

- Dezvoltarea educației pentru sănătate a familiei, punându-se accentul pe pregătirea copiilor și în mod aparte a tinerilor pentru căsătorie și viața de familie; consolidarea unei opinii corecte de planificare a familiei; promovarea cunoștințelor cu privire la îngrijirea sănătății femeilor, copiilor și adolescenților;

- Antrenarea populației în activități privind asanarea mediului fizic extern, igienizarea și înfrumusețarea localităților, locurilor de muncă și de viață, evitarea poluării aerului, apei și solului;

- Îmbunătățirea, dezvoltarea și modernizarea educației pentru sănătate în cadrul colectivităților pentru copii și tineret, în raport cu particularitățile de vârstă, sex, activitate, pentru formarea și consolidarea deprinderilor unui comportament igienic și pentru prevenirea îmbolnăvirilor;

- Extinderea educației pentru sănătate la personalul din întreprinderi, instituții de stat și particulare, din asociațiile rurale, în scopul evitării îmbolnăvirilor profesionale, a păstrării integrale a capacității de lucru și stimulării inițiativei personale privind participarea acestora la aplicarea măsurilor de promovare a sănătății;

- Încurajarea acțiunilor de prevenire și combatere a bolilor transmisibile, cu accent pe bolile sociale (tuberculoza, bolile venerice);

- Susținerea acțiunilor de prevenire și combatere a bolilor cronice prin sporirea aportului educației pentru sănătate în influențarea deprinderilor și comportamentului igienic

corect, organizarea regimului de viață, promovarea unei alimentații echilibrate, combaterea abuzului de toxice de orice fel;

- Intensificarea educației pentru sănătate în problemele de prevenire a accidentelor (mai ales a accidentelor de circulație), la domiciliu și la locul de muncă și instruirea populației în acordarea primului ajutor;
- Integrarea educației pentru sănătate în cadrul programelor cultural-artistice pentru populație;
- propagarea cunoștințelor pentru îngrijirea elementară a bolnavilor, pentru respectarea indicațiilor de regim igieno-dietetic, în vederea refacerii sănătății, a capacității de muncă, a reabilitării și a unei cât mai bune reintegrări sociale;
- Popularizarea sistemului de asigurare de servicii medicale pentru populație, a noilor metode și mijloace pe care medicina le pune la dispoziția populației;
- Considerarea educației pentru sănătate ca cea mai puternică armă în promovarea sănătății, având totodată un caracter public, cetățenesc și reprezentând un factor important în ridicarea nivelului general de cultură și civilizație al populației;
- Dată fiind orientarea profilactică în ocrotirea sănătății și a măsurilor de sanogeneză, o direcție importantă a educației pentru sănătate constă în dezvoltarea interesului pentru practicarea sportului și pentru folosirea factorilor naturali în scopul călirii și întăririi organismului și a creșterii duratei medii de viață;
- Dezvoltarea răspunderii pentru sănătatea proprie, familială și colectivă, parte integrantă din preocupările ocrotirii sănătății publice.

Activitatea de educație pentru sănătate trebuie să fie fundamentată pe date științifice, verificate, să aibă un conținut optimist, să promoveze formele și mijloacele moderne de comunicare, cu largă accesibilitate și mare putere de penetrație în colectivitățile umane.

Numeroasele direcții de orientare ale educației pentru sănătate scot în evidență complexitatea acestei activități, și totodată atrag atenția asupra unor posibile dificultăți în ceea ce privește obținerea unor rezultate eficiente. Abordarea oricărei direcții impune respectarea unei anumite conduite, fără de care atingerea obiectivelor de bază ale educației pentru sănătate sunt greu de îndeplinit. Nu trebuie uitat că în fond orice acțiune de educație pentru sănătate, indiferent de direcția de orientare, urmărește realizarea mai multor obiective.

2.2. Obiectivele educației pentru sănătate

Obiectivele pentru sănătate prin prisma unor documente oficiale ale Organizației Mondiale a Sănătății prevăd:

- să facă să se admită că sănătatea este un capitol util pentru societate;
- să informeze populația asupra a tot ce i-ar fi necesar și util să cunoască în ceea ce privește ocrotirea propriei sale sănătăți;
- să contribuie la crearea unui comportament, a unei atitudini ferme și hotărâte în acest sens;
- să contribuie la formarea unei conștiințe de educație pentru sănătate, cu o cultură sanitară optimă, în sensul că fiecare din componenții unei colectivități să fie convins că nu există dezvoltare socio-economică fără sănătate;
- să încurajeze crearea și utilizarea rațională a serviciilor medicale.

2.3. Metodele educației pentru sănătate

Educația pentru sănătate nu se face la întâmplare. Înainte de a începe o acțiune, o campanie de educație pentru sănătate trebuie elaborat un program care poate fi pe termen scurt, mediu sau lung.

Obiectivele programului definesc, în sens larg, intenția acestuia. Apoi, următorul pas constă în transformarea obiectivelor programului în obiective ale campaniei de promovare a sănătății.

Pentru realizarea obiectivelor propuse, trebuie să se țină seama cărui grup de populație i se adresează, care este nivelul de cultură sanitară al grupului respectiv, stabilindu-se strategiile cele mai bune.

Utilizarea mecanică a unor forme educativ-sanitare (conferințe, lecții, convorbiri etc.) fără a ține seama unde ? când ? cui ? i se adresează, constituie un mod nerealist și ineficient de a aborda culturalizarea sanitară a populației.

Metodele educației pentru sănătate sunt:

2.3.1. Metode de cercetare

Abordarea științifică a educației pentru sănătate nu poate fi concepută fără cercetare. Scopul cercetării este de a afla care este nivelul de cultură sanitară al populației, atât înainte de demararea campaniei, cât și la sfârșitul campaniei, fiind și o modalitate de control a eficienței acțiunii.

Metodele de cercetare pot fi:

a) Cantitative - Analiza datelor statistice existente,
- Anchete prin chestionar.

b) Calitative - Metode rapide (R.A.P.),
- Observația (directă sau participativă),
- Interviul (semistructurat, anamneza, în grup),
- Conversația (individuală, "Focus grup").

Anchetele sunt utile și în selecționarea canalelor de comunicație și activităților rețelelor instituționale, care sunt preferate de grupurile țintă și care au cea mai mare audiență.

De asemenea de mare importanță este folosirea anchetelor în pretestarea materialelor educative, într-un grup dat de indivizi, selectați din grupul țintă, înaintea difuzării lor largi. Este un mijloc ieftin de identificare a eventualelor greșeli din procesul de comunicare. Atenție însă: pretestarea poate fi un îndrumar util, dar nu poate prezice exact, nu poate garanta succesul deplin.

Serviciul de Promovare a Sănătății și Educație pentru Sănătate din cadrul Direcției de Sănătate Publică poate întocmi monografii privind nivelul de cultură sanitară al populației județului.

De asemenea pe baza rezultatelor anchetelor pe care le efectuează, coordonează activitatea educativ-sanitară elaborând programe, demarând campanii de educație pentru sănătate, evaluând obiectivele prioritare și arătând formele corespunzătoare de abordare a acestora.

2.3.2. Metode de acțiune

Metodele de acțiune constau din sensibilizarea populației și penetrarea informației.

2.3.2.1. Sensibilizarea - se adresează unor mase largi de populație, pe un interval scurt de timp și are ca scop sporirea receptivității populației asupra unor probleme de sănătate. Substratul acestei acțiuni este informarea și implică furnizarea de date despre un subiect, fără a se asuma responsabilitatea modului în care oamenii se hotărăsc să folosească această informație.

Acțiunile de sensibilizare se pot realiza prin multiple modalități: postere, filme scurte, conferințe, sloganuri etc. Acestea au un caracter mobilizator și reușesc să creeze, în rândul populației, un climat favorabil desfășurării activităților ulterioare.

Tematica acțiunilor de sensibilizare poate să cuprindă o gamă variată de probleme de sănătate publică ca: afecțiuni sezoniere (viroze), epidemii, recrudescența unor boli (tuberculoza, sifilisul) sau apariția unor afecțiuni (SIDA) mai puțin cunoscute până acum la noi, etc.

2.3.2.2. Penetrarea informației - continuă sensibilizarea pe un interval de timp mai lung și se adresează unei populații țintă. În acest caz, pe lângă informare, se are în vedere educarea și chiar consilierea pentru a determina populația sau individul (după caz) să se comporte într-un anumit fel - deci să-și modifice stilul de viață, luând deciziile corespunzătoare vis-à-vis de problemele sale prioritare.

De exemplu într-o comună cu un număr mare de avorturi, în acțiunea de sensibilizare, educatorul sanitar se va adresa întregii populații, pe când în cea de penetrare a informației se va adresa femeilor fertile, cărora le va prezenta în amănunt mijloacele de contracepție.

Deci acțiunile de educație pentru sănătate încep cu sensibilizarea și se termină cu penetrarea informației.

2.3.2.3. Metode de formare de educatori

Cursurile de formare de educatori se adresează atât cadrelor medico-sanitare cât și altor persoane care vor să desfășoare voluntar o activitate de educație pentru sănătate: cadre didactice, sociologi, psihologi sau alte persoane care au un anumit bagaj de cunoștințe de cultură generală, sau în domeniul respectiv, și care dovedesc aptitudini de predare.

Aceste cursuri reprezintă o formă organizată a participării active a populației la rezolvarea propriilor ei probleme de sănătate. Scopul este de a forma educatori de sănătate, care după absolvirea acestor cursuri să desfășoare o activitate eficientă de promovare a sănătății prin educație pentru sănătate.

Instruirea acestora se face de către educatori sanitari, de obicei axată numai pe o singură problematică (SIDA, educație sexuală, planificare familială etc.). Ei pot fi formați și în cadrul unor asociații, ligi sau alte organizații cu caracter nonguvernamental și nonprofitabil, la care pot adera și sub auspiciile cărora să-și desfășoare activitatea ulterior.

2.4. Mijloace de educație pentru sănătate

Mijloacele de educație pentru sănătate se referă la modalitățile de transmitere a mesajului de la comunicator la receptor. Acestea sunt numeroase și variate, putând fi folosite singure sau cel mai bine combinate.

În cele ce urmează vom prezenta succint trăsăturile și caracteristicile cele mai importante ale mijloacelor de educație pentru sănătate.

2.4.1. Mijloace verbale sunt cele mai accesibile și mai răspândite mijloace de educație pentru sănătate.

Ele includ: conferința, lecția și convorbirea. Indiferent care din aceste mijloace este folosit există câteva aspecte comune de care trebuie să se țină seama:

- tema prezentată să fie una de interes pentru auditoriu;
- modul de prezentare al problemelor să fie de așa manieră încât să capteze atenția;
- limbajul utilizat va ține seama de capacitatea de înțelegere a auditoriului;
- comunicatorul să aibă o ținută decentă, să-i privească în față pe cei cărora le vorbește, să zâmbească, să reziste la distragerea atenției, să fie maleabil și să fie un bun ascultător;
- expunerea propriu-zisă, acolo unde este cazul, să nu depășească 30 de minute.

2.4.1.1. Conferința este considerată foarte utilă de unii și depășită, ca formă de educație de către alții. Se pot realiza mai multe tipuri de conferințe:

- conferințe educativ-sanitare, propriu-zise organizate în săli publice și axate pe teme medicale;
- cicluri de conferințe ce constau în expuneri "în serial" cu abordarea aceleași probleme în etape succesive;
- simpozionul educativ-sanitar în cadrul căruia expunerea este făcută de mai mulți medici, fiecare din ei având la dispoziție 10-15 minute.
- Seara cultural - sanitară - axată pe o temă de sănătate publică și la care pot conferența și alți specialiști, nu numai medici. Finalizarea acțiunii se poate face printr-un program artistic sau alte manifestări culturale.

2.4.1.2. Lecția - constă în transmiterea după un plan bine stabilit a unor cunoștințe igienico-sanitare. Este folosită preferențial în unități de învățământ, dar poate fi folosită și pentru alte grupuri. Aceasta are în general următoarea structură:

a. Recapitularea cunoștințelor din lecția precedentă (5-10 minute).

b. Expunerea noilor cunoștințe, uzând de diversitatea mijloacelor de predare și materialelor didactico-demonstrative (mulaje, planșe, schițe, diapozitive, etc.) și care se recomandă să se încadreze în aproximativ 30-40 minute. Expunerea trebuie să fie de asemenea manieră încât să fie accesibilă cursanților.

c. Recapitularea și fixarea cunoștințelor prin întrebări sau prin reluarea și clarificarea unor aspecte nelămurite în totalitate (5-10 minute).

2.4.1.3. Convorbirea - urmăreşte lămurirea unor probleme neclare sau prea puţin cunoscute. Ea constă dintr-o scurtă expunere a educatorului, urmată de întrebări şi discuţii asupra temei propuse. Acest tip de comunicare se poate face:

a. De la individ la individ, putându-se realiza la iniţiativa educatorului sau a persoanei care doreşte informaţia sau sfatul educatorului.

Locul de desfăşurare poate fi: dispensarul medical, cabinetul particular, cabinete cu activitate specifică de consiliere sau la domiciliu, în cadrul vizitelor efectuate periodic sau la solicitarea pacientului.

b. Convorbiri în cadrul grupului.

Discuţia în grup este o modalitate de lucru în care educatorul (liderul, consilierul) dialoghează cu participanţii sau participanţii dialoghează între ei. Liderul discuţiei îndeplineşte rol direct în continuitatea şi orientarea discuţiei.

Grupurile cărora li se adresează această formă de educaţie pot fi din cele mai variate: cu aceeaşi afecţiune, cu aceleaşi preocupări la locul de muncă sau în timpul liber (asociaţii, ligi etc.), grupuri de tineri sau de vârstnici, de femei sau de bărbaţi etc.

Pentru crearea unui climat de încredere şi a unei apropieri între comunicator şi grup, vă oferim câteva "repere", care să vă ajute în realizarea acestor deziderate:

- Grupul e de preferat să fie sub 15 persoane;
- Grupul să fie cât mai omogen;
- Reuniunile se vor ţine acolo unde oamenii se simt bine, în siguranţă şi intimitate, fără riscul de a fi întrerupţi;
- Aşezarea să se facă astfel încât fiecare membru al grupului să se simtă egal, să aibă contact vizual cu ceilalţi şi să poată vorbi fără greutate (exemplu: în cerc);
- Puneţi întrebări deschise, care să stimuleze discuţia;
- Nu forţaţi participarea la discuţie, dacă membrii grupului nu doresc;
- Încurajaţi participanţii să pună întrebări. Nici o întrebare nu este "deplasată" şi toate merită un răspuns;
- Respectaţi dreptul fiecăruia de a avea o opinie, chiar dacă sunt diferite;
- Confidenţialitatea discuţiilor, dacă e cazul.

Un aspect particular îl constituie convorbirile realizate în focare de boli transmisibile ce nu trebuie să fie internate obligatoriu în spital, sau în focare parazitare, unde este important ca familia să fie bine informată asupra situaţiei respective şi să conştientizeze rolul care îi revine.

2.4.2. Mijloacele scrise sau tipărite

Mijloacele scrise sau tipărite reprezintă unele din cele mai des utilizate forme de ridicare a nivelului de cultură sanitară a populaţiei. Prezentarea poate fi sub formă de foaie volantă, fluturaş, pliant ilustrat, care au un caracter mai mult informativ, până la broşura sau cartea cu caracter educativ.

2.4.2.1. Articolul, reportajul, interviul cu conţinut educativ-sanitar şi publicat în presă, constituie un mijloc de informare a populaţiei asupra unor probleme de sănătate publică. În afară de apariţii sporadice, se pot realiza rubrici permanente, în care se pot dezbate diverse probleme în serial sau/şi se poate răspunde la întrebările cititorilor, ţinând cont că sunt şi persoane mai timide, care doresc să-şi păstreze anonimatul, dar care totodată doresc să-şi clarifice anumite probleme.

2.4.2.2. Memoratorul medical se adresează convalescentului, care părăseşte staţionarul sau bolnavului cronic, dispensarizat şi care urmează un tratament ambulator.

Acesta cuprinde o serie de informaţii utile privind regimul igieno-dietetic, ritmul controalelor pe care trebuie să le respecte bolnavul, etc.

Principalul avantaj al memoratorului constă în faptul că sfatul medical este individualizat şi adaptat la particularităţile bolnavului.

2.4.3. Mijloace vizuale

Mijloacele vizuale, dacă sunt bine realizate pot transmite mesajul mult mai uşor şi mai eficient decât alte mijloace, mai ales spre acea categorie de populaţie cu un grad mai redus (scăzut) de şcolarizare.

În realizarea acestora trebuie să se țină seama de câteva elemente:
- să nu fie prea încărcate;
- să fie clare;
- informația să fie corectă;
- textul, dacă există, să fie scurt, concis, țintit.

Putem face o clasificare a mijloacelor vizuale după forma lor astfel:

a. Forme plane: afișul, graficul, panoul, planșa, fotografia, diapozitivul, diafilmul.

b. Tridimensionale: modelul, macheta, mulajul, preparatul natural, articole cu inscripții (tricouri, fulare, sacoșe, cutii de chibrituri etc.).

c. Forme combinate: colțul sanitar, expoziția.

Dintre acestea accentuăm faptul că unele mijloace moderne de prezentare sunt de o deosebită utilitate în cadrul lecțiilor și conferințelor, făcându-le mult mai atractive.

De asemenea colțul sanitar și expoziția educativ-sanitară, forme combinate și complexe de educație a populației, trebuie amplasate strategic în școli, cluburi, săli de așteptare ale cabinetelor sau alte locuri frecventate de un număr mare de persoane.

Acestea pot avea un caracter temporar sau permanent, cu schimbarea și reactualizarea unor părți, pentru a capta în permanență atenția.

2.4.4. Mijloace audio-vizuale

În cadrul mijloacelor audio-vizuale sunt cuprinse: filmul, televiziunea, radioul și reprezentările scenice.

Ele constituie mijloace, pe cât de utile, pe atât de interesante în munca de difuzare a informațiilor și mesajelor cu caracter educativ-sanitar către toate categoriile de populație. Reprezintă totodată mijloace cu mare audiență și receptivitate crescută la cea mai mare parte a populației.

2.4.4.1. Reprezentările scenice, sub forma monologului, scenetei, scheciului satiric, pot fi folosite cu succes în ridicarea nivelului de cultură sanitară al populației.

Pentru preșcolari și școlari, cu succes, se poate folosi teatrul de păpuși și de marionete. Aceste mijloace sunt mai dificil de folosit, datorită faptului că implică colaborarea cu instituțiile respective și este condiționată de receptivitatea acestora.

2.4.4.2. Filmul educativ-sanitar este o componentă importantă în munca de educație din mai multe motive:
- folosind mijloace artistice și tehnice de exprimare, este foarte agreat de public;
- se poate difuza înaintea unor filme artistice, adresându-se unui număr mare de spectatori;
- filmele înregistrate pe videocasete sunt mai ușor de realizat și de mânuit, ele fiind extrem de utile în cadrul expunerilor;
- prin film mesajul este mult mai ușor de transmis.

2.4.3.3. Televiziunea poate fi un factor decisiv în transmiterea unor mesaje, ținând cont că este recepționată de milioane de telespectatori. Modalitățile de folosire ale televiziunii sunt multiple:
- difuzarea repetată a unor spoturi educative la orele de maximă audiență;
- realizarea de emisiuni cu invitați (personalități) care să prezinte anumite probleme sau/și să răspundă la întrebările telespectatorilor;
- emisiuni pentru copii cu: scenete, teatru de păpuși sau marionete, desene animate;
- prezentarea de filme documentare cu caracter instructiv-educativ.

2.4.4.4. Radioul de asemenea, prin realizarea unor emisiuni cu caracter educativ-sanitar, difuzate la ore de maximă audiență, poate fi un factor esențial în ridicarea nivelului de cultură sanitară al populației. Aceste emisiuni pot fi sub forma unor expuneri scurte, sfaturi medicale, răspunsuri la întrebări pe teme medicale sau concursuri. Ele se pot adresa populației sănătoase sau diferențiat diferitelor categorii de bolnavi.

Datorită faptului că este mai accesibil, din punct de vedere material, are avantajul unei audiențe mai mari decât televiziunea, cuprinzând și categoriile sociale paupere, care de obicei au și un nivel de cultură sanitară mai scăzut.

2.5. Alte mijloace sau forme de educaţie pentru sănătate

Prezentarea de până acum a mijloacelor şi formelor de educaţie pentru sănătate are un caracter didactic, pentru că în realitate munca aceasta, care are drept scop creşterea nivelului de cultură sanitară, îmbină două, trei sau mai multe mijloace.

Vom prezenta în continuare şi alte forme de educaţie adresate populaţiei.

2.5.1. Instructajul sanitar la angajare

Se efectuează persoanelor noi încadrate, cu scopul de a le avertiza asupra unor eventuale riscuri prezente la respectivul loc de muncă şi de a le instrui în ceea ce priveşte normele de igienă şi de tehnica securităţii muncii, pentru a preveni şi combate accidentele sau îmbolnăvirile profesionale.

Instructajul sanitar la angajare are în principal ca tematică: caracteristicile locului de muncă, existenţa noxelor profesionale, pericolul accidentelor, importanţa măsurilor de profilaxie etc.

Este indicat ca reîmprospătarea acestor cunoştinţe să fie efectuată prin instructaje periodice.

2.5.2. Cursurile de sanminim

Cursurile de sanminim se organizează pe profiluri de activităţi având ca scop pregătirea cursanţilor pentru păstrarea şi promovarea sănătăţii lor şi a celor cu care intră în contact sau îi deservesc, în cursul activităţilor pe care le desfăşoară.

Aceste cursuri se desfăşoară sub formă de lecţii cu un conţinut teoretic şi practic, cu rolul de a consolida cunoştinţele pe care participanţii le au deja, dar şi de a adăuga altele noi, precum şi de formarea unor deprinderi igienice corecte.

Cursurile de sanminim, în raport cu profilul sectorului de activitate în care se organizează, implică probleme şi tematici diferite de predare. Redăm mai jos câteva din cursurile legate de anumite sectoare activitate, din care foarte important este cel al serviciilor.

2.5.2.1. Cursurile pentru personalul unităţilor de găzduire publică, prevăd în principiu 3-4 lecţii teoretice cu 2 demonstraţii practice.

Lecţiile teoretice au ca scop acumularea unor noţiuni igienico-sanitare specifice unităţilor în care lucrează. Demonstraţiile practice trebuie să fie axate pe prezentarea concretă a diferitelor operaţiuni de efectuare igienică a curăţeniei curente, a spălatului instalaţiilor sanitare precum şi a dezinfecţiei şi dezinsecţiei.

2.5.2.2. Cursurile pentru personalul băilor publice, piscinelor constau în 2-3 lecţii teoretice al căror conţinut va fi axat pe probleme specifice: folosirea apei potabile pentru baie, asigurarea unui microclimat corespunzător, atât în vestiare cât şi în încăperile cu bazine, asigurarea unei temperaturi constante a apei, evacuarea corectă a apelor reziduale, întreţinerea igienică a bazinelor şi a celorlalte dotări. În cazul piscinelor, traseul de intrare şi ieşire din bazin va cuprinde obligatoriu trecerea pe la duş. Lenjeria care se închiriază va fi spălată, fiartă şi călcată.

Demonstraţiile practice vor urmări prezentarea la faţa locului a măsurilor de întreţinere, curăţenie, dezinfecţie a bazinelor, căzilor şi a celorlalte dotări existente.

2.5.2.3. Cursurile de sanminim cu personalul din unităţile de înfrumuseţare (frizerie, coafură, cosmetică, manichiură, pedichiură). Pe durata a 2-3 lecţii teoretice, se vor trata teme comune tuturor acestor categorii privind: igiena personală şi controlul medical periodic, igiena localului, curăţarea şi dezinfectarea instrumentelor de lucru, folosirea corectă a şervetelor şi prosoapelor numai pentru o singură persoană, atitudinea faţă de clienţii care prezintă anumite afecţiuni (dermatoze, micoze, parazitoze etc.) pentru a le deosebi pe cele transmisibile de cele netransmisibile şi a acţiona în consecinţă.

Separat trebuie prezentate probleme specifice fiecărei profesii, cu incidentele şi accidentele ce pot apare şi cu demonstraţii practice privind măsurile ce se vor lua în situaţiile respective. Acestea urmăresc atât protejarea lucrătorului cât şi a clientului.

2.5.2.4. Cursurile de sanminim comunal se organizează cu populaţia activă din mediul rural. Lecţiile teoretice urmăresc abordarea unor teme cu specific pentru locuitorii comunelor privind: sursele de apă potabilă (fântâni, izvoare etc.), amplasarea latrinelor,

îndepărtarea şi neutralizarea reziduurilor, igiena locuinţei şi gospodăriei, toate având drept scop formarea unor deprinderi corecte, pentru un trai igienic, civilizat.

Se pot face şi demonstraţii practice privind curăţirea şi întreţinerea fântânilor, dezinfecţia latrinelor etc.

2.5.2.5. Cursurile de sanminim cu muncitorii din sectorul fito-sanitar au o importanţă deosebită prin faptul că aceştia manipulează o gamă tot mai mare de substanţe cu grade diferite de toxicitate. Scopul cursurilor este de a prezenta riscurile pe care le prezintă aceste substanţe şi modul lor de acţiune (pe aparatul respirator, digestiv, sistemul nervos, cutanat etc.), precum şi prezentarea eventualelor substanţe antidot şi modul de folosire al acestora.

Demonstraţiile practice se vor axa pe folosirea corectă a echipamentului de protecţie, mânuirea corectă a substanţelor şi igiena individuală la terminarea lucrului cu aceste substanţe.

2.5.2.6. Cursurile de sanminim alimentar se adresează tuturor persoanelor care manipulează alimente: fie că le prepară, le transportă sau le desfac.

Cursurile se vor organiza pe aceste profile şi trebuie să abordeze următoarele teme:

a. Alimentaţia raţională: principalii factori nutritivi necesari organismului şi rolul lor în organism (proteine, glucide, lipide, vitamine, săruri minerale).

b. Noţiuni de microbiologie privind condiţiile necesare dezvoltării şi multiplicării germenilor precum şi modalităţile de distrugere a acestora.

c. Bolile transmisibile prin apă şi alimente; toxiinfecţiile alimentare; lanţul epidemiologic (sursă, vectori, receptor).

d. Rolul insectelor şi animalelor (rozătoare în special) în transmiterea unor boli şi măsuri de prevenire.

e. Circuitul igienic al alimentelor: prepararea şi păstrarea corectă a acestora.

f. Examenul organoleptic şi caracteristicile diverselor alimente proaspete.

g. Normele igienico-sanitare privind buna funcţionare a unităţilor cu profil alimentar.

h. Igiena individuală a persoanelor ce lucrează în sectorul alimentar (mâinile, îmbrăcămintea, echipamentul de protecţie etc.).

i. Noţiuni de imunitate şi profilaxie prin vaccinări.

j. Importanţa efectuării examenelor medicale la angajare şi apoi periodic, în conformitate cu normativele în vigoare.

2.5.3. Cursurile "Şcoala mamei"

Aceste cursuri sunt o formă de educare şi instruire, care se adresează atât viitoarelor mame cât şi tinerelor mame. Ele au drept scop acumularea unui bagaj de cunoştinţe privind regimul de viaţă, igiena femeii în perioada graviditătii şi lăuziei, alimentaţia sugarului şi copilului mic, baia şi înfăşarea sugarului, tulburări de digestie ale sugarului, afecţiuni ale nou născutului şi copilului mic, importanţa controlului medical atât al gravidei cât şi al copilului sănătos sau la apariţia primelor semne de boală, importanţa vaccinării etc.

Eficienţa cursurilor creşte foarte mult, dacă sunt însoţite de filme tematice şi demonstraţii practice prin care tinerele sau viitoarele mame să capete o oarecare manualitate (cum să ţină copilul la sân, baia, înfăşatul etc.).

2.5.4 Discuţia stimulativă de grup

Are drept scop esenţial modificarea atitudinilor şi comportamentului prin înlocuirea părerilor şi obişnuinţelor greşite cu motivări corecte.

Grupurile cărora li se adresează această modalitate de lucru pot fi: dintr-un loc de muncă comun (secţie, atelier), dintr-o asociaţie sau un club (de femei, de tineret etc.), în general oameni care au ceva în comun.

În timpul desfăşurării acestor discuţii, liderul grupului trebuie să aibă în vedere câteva elemente importante:

- fiecare participant să aibă posibilitatea sa ia cuvântul (chiar şi cei mai timizi);
- să folosească metoda ascultării active şi întrebările deschise;
- să stimuleze ideile noi;
- să dea informaţii clare, relevante;

- să axeze discuția pe teme majore și să ajute grupul să cadă de acord asupra priorităților;

- să rezume și să sublinieze concluziile discuțiilor.

2.5.5. Concursurile

Ca să fie cât mai atractive și să solicite interesul, de asemenea să beneficieze de o participare cât mai numeroasă, se recomandă ca acestea să se finalizeze cu premierea câștigătorilor.

Concursurile se pot organiza în diferite moduri. De exemplu, se stabilește o temă, un termen de înscriere, data și locul desfășurării (o întreprindere, o școală, un club etc.) precum și bibliografia.

O altă formă este cea care folosește presa, radioul sau televiziunea, prin care se lansează întrebări și se așteaptă într-un termen bine stabilit răspunsurile populației. După epuizarea termenului stabilit, o dată cu popularizarea și premierea câștigătorului, se oferă și răspunsul corect. Premierea se poate face după fiecare întrebare sau după un set de întrebări, în funcție de regula stabilită înainte de începerea concursului.

Scopul acestor acțiuni este de informare și educare a populației prin participarea activă a acesteia.

2.5.6. Cursurile diferențiate pe categorii de bolnavi

2.5.6.1. Sfatul medicului diferențiat și individualizat

Practica a demonstrat că eficiența tratamentului unui bolnav crește atunci când atât el, cât și familia sa sunt instruiți de către cadrele medico-sanitare în ceea ce privește respectarea indicațiilor privind tratamentul propriu-zis, regimul igieno-dietetic și îngrijirea corectă a celui bolnav.

Sfatul diferențiat se realizează prin convorbiri individuale cu bolnavul și membrii săi de familie, după care li se oferă un memorator medical. Acest fel de convorbire este deosebit de util, mai ales pentru bolnavii cu afecțiuni cronice (ulcer gastro-duodenal, boală hipertonică, diabetici, bolnavi cu afecțiuni cardio-vasculare etc.).

2.5.6.2. Convorbirile pe teme de dietetică, urmate sau asociate cu demonstrații practice, urmăresc înlăturarea tendinței bolnavului de a se limita numai la tratamentul medicamentos, neglijând regimul dietetic. Această formă de educație se adresează în egală măsură celor care îngrijesc bolnavii respectivi și celor care le prepară mâncarea. Trebuie să fie cunoscute exact atât alimentele indicate cât și cele contraindicate, precum și prepararea și păstrarea corectă a acestora.

2.5.6.3. Consultația profilactică pe grupuri omogene de bolnavi

Se poate realiza la nivelul dispensarului cu bolnavii cronici dispensarizați sau în secțiile de spital. Se recomandă ca grupul să nu fie prea mare (8-10 bolnavi) și să cuprindă bolnavi cu aceeași afecțiune.

Este de preferat ca această modalitate de educare să fie realizată de către un medic, care va face o prezentare succintă a bolii, a complicațiilor care pot surveni dacă nu se respectă întocmai recomandările și va răspunde la eventualele întrebări care i se pun de către bolnavi.

Expunerea este mai eficientă dacă este însoțită de imagini (planșe, diapozitive, filme etc.).

În final se va înmâna fiecărui participant un memorator cu sfaturi și indicații individualizate, eventual se pot purta și convorbiri individuale axate pe probleme specifice ale fiecărui bolnav.

Această acțiune se pregătește cu câteva zile înainte și se repetă trimestrial sau semestrial, în funcție de afecțiunea respectivă.

2.6. Canale de comunicație, rețele de instituții, activități în elaborarea strategiilor.

Canalele de comunicație, rețelele de instituții și programele de activități constituie elemente ale unei strategii concepute pentru influențarea și antrenarea grupurilor țintă. Motivele care stau la baza selecționării unor canale de comunicație, rețele și activități sunt comentate în rândurile care urmează.

2.6.1. Canale de comunicație, rețele de instituții

Metodele de lucru şi sursele de comunicaţii nu se bucură de aceeaşi receptivitate din partea grupurilor ţintă. Oamenii, în general dovedesc o anumită înclinaţie pentru reţelele de instituţii care intră în interesul lor, cum sunt unităţile de învăţământ, organizaţiile religioase, cluburile sportive sau discotecile şi preferă sursele informaţionale cu care sunt obişnuiţi, cum sunt posturile de radio, ziarele sau în problemele de sănătate, medicul de familie.

Trebuie să încercaţi să identificaţi preferinţele de acest fel ale grupurilor ţintă, pentru a le putea folosi în scopul care vă interesează.

Strategiile unui plan includ şi această operaţie de identificare a canalelor şi instituţiilor preferate şi modul în care pot fi combinate pentru a fi cât mai eficiente.

Datele privind canalele de informaţie şi instituţiile de interes vor cuprinde şi detalii referitoare la amplasarea influenţei lor asupra unor grupuri. Informaţiile privind aceste grupuri pot fi furnizate de unele instituţii. Redacţiile de ziare, posturile de radio şi televiziune, instituţiile specializate în efectuarea de sondaje pot oferi date despre orele de audienţă şi vizionare maximă.

Uneori se instalează o impresie generală asupra unor succese sau slăbiciuni specifice diferitelor canale de comunicaţie, însă generalizarea, de exemplu, a succeselor unui canal de comunicaţie poate fi adesea derutantă. Se impune o apreciere atentă a canalelor de comunicaţie în comparaţie cu alţi factori de influenţă caracteristici culturii locale sau regionale specifice. Un număr mare de lucrători din domeniul promovării sănătăţii preferă folosirea mai multor canale de informaţii, oricum mai eficiente decât unul singur.

2.6.2. Canale interpersonale

Canalele interpersonale depind de interacţiunea dintre două sau mai multe persoane în procesul de transmitere a mesajelor. Canalele interpersonale includ contactul de la persoană la persoană, dintre lucrătorii din sfera socialului şi sănătăţii, profesori, conferenţiari, formatori, conducători de grup, consilieri şi alte surse care oferă informaţii în cadrul şedinţelor de antrenament, al discuţiilor în grup, cursurilor sau vizitelor la domiciliu şi receptorii mesajului.

Canalele interpersonale:

- oferă informaţii care presupun interacţiunea cu o persoană, ca sursă de informaţie demnă de încredere;
- facilitează discutarea unor probleme pe care oamenii le consideră mai delicate sau personale;
- ajută oamenii în adoptarea unor practici noi;
- contribuie la crearea unor grupuri omogene şi la obţinerea sprijinului comunitar pentru idei şi conduite noi.

Prin intermediul relaţiilor interpersonale se pot promova metode noi în educaţia pentru sănătate.

Astfel educatorii de sănătate cu o pregătire specială pot organiza dezbateri libere în clinicile de dermato-venerologie, privind bolile cu transmitere sexuală. O parte din participanţi, care manifestă un interes mai mare şi sunt cunoscuţi ca făcând parte din grupuri cu risc crescut (prostituate, homosexuali, chiar dacă la noi nu au încă statut legal) pot fi recrutaţi şi instruiţi ca educatori pentru difuzarea cunoştinţelor despre bolile cu transmitere sexuală şi prevenirea lor, în grupul din care fac parte.

2.6.3. Mass-media

Mass-media cuprinde: radioul, televiziunea, ziarele, revistele şi filmele.

Mass-media:

- reuşeşte să transmită rapid informaţii noi, repetate şi pentru o bună parte din ansamblul populaţiei;
- contribuie la legitimarea dezbaterii problemelor de interes public şi creează sprijinul necesar desfăşurării unor programe şi activităţi;
- consolidează cunoştinţele şi conduitele nou însuşite.

2.6.4. Mijloacele informative de format mic

Mijloacele informative de format mic: pliante, fluturaşi, afişe, casete video, diapozitive, benzi sonore, grafiti, expoziţii, machete şi articole cu inscripţii (tricouri, fulare, sacoşe, cutii de chibrituri etc.) urmăresc următoarele obiective:

- informează şi reiterează unele teme legate de scopul urmărit;

oferă informaţii mai amănunţite decât mass-media sau scurtele contacte interpersonale;

- sprijină activităţile întreprinse, prin informaţii asupra orei, locului, numerelor de telefon etc.

2.6.5. Reţele de instituţii

Reţelele de instituţii includ ministerele şi subunităţile lor. De exemplu: spitalele, şcolile, armata, poliţia, organizaţiile religioase, societăţile voluntare, organizaţiile nonguvernamentale, sindicatele, cercurile financiare şi industriale, asociaţiile profesionale şi grupurile comunitare (cluburi feminine şi de tineret etc.).

Activităţile de promovare a sănătăţii includ:

- utilizarea canalelor diferitelor reţele de comunicaţii deja existente pentru difuzarea mesajelor privind prevenirea sau combaterea;

- obţinerea accesului la grupurile ţintă, deja incluse în reţelele instituţionale şi în structurile, serviciile şi programele acestora;

- folosirea experienţei personalului şi a voluntarilor din reţele;

- integrarea mesajelor în activităţile de informare, educare şi servicii ale reţelelor cooperante, potenţând astfel efectele iniţiativelor de promovare a sănătăţii.

O parte din aceste instituţii, ca armata sau marile întreprinderi, au posibilitatea să finanţeze şi să aplice elementele esenţiale din planul de promovare a sănătăţii, în cadrul propriilor lor instituţii, incluzând, de exemplu: manifestări de genul "Ziua Mondială fără Tutun" consacrată combaterii fumatului, sau consacrată discuţiilor despre SIDA; înfiinţarea unui grup permanent de instruire şi iniţierea unor programe de consiliere individuală.

Sistemele de acordare a serviciilor care răspund de punerea la dispoziţie a articolelor şi serviciilor ce sunt promovate, prin programe, au rol hotărâtor în susţinerea activităţilor de instruire, educare şi comunicare.

Oamenii nu vor adopta un produs nou, oricât de bine ar fi susţinut prin mass-media, dacă nu şi-l pot permite sau nu există pe piaţă, şi nu vor accepta un serviciu care nu are credibilitate, dacă nu le este oferit de o manieră competentă şi eficace.

2.6.6. Antrenarea grupurilor ţintă

Pentru stabilirea unei comunicări eficiente care să ducă la o interacţiune productivă, se impune implicarea populaţiei în planificarea, proiectarea şi aplicarea programelor. Populaţia vizată poate fi imediat antrenată în planificarea şi aplicarea acţiunilor locale de promovare a sănătăţii pentru sine şi pentru alţii. Ea poate fi încurajată să aibă diferite iniţiative, astfel încât proiectele la care participă să îi aparţină cu adevărat şi să capete în acest fel maximum de eficienţă.

Acţiunile principale pentru obţinerea colaborării populaţiei includ:

- vizite şi consiliere a indivizilor: acasă şi la locul de muncă, în centre de sănătate, grupuri întâmplătoare;

- întâlniri, discuţii (în grup) ;

- orientare/pregătire (prin seminarii, cursuri, ateliere);

- manifestări publice/culturale (teatre, spectacole muzicale, sărbători tradiţionale, festivaluri, aniversări, spectacole sportive, concursuri);

- programe de autoajutorare (acţiuni locale de grup, cu participarea în activităţi de planificare, aplicare şi evaluare).

2.6.7. Conlucrarea activităţilor de comunicare cu reţelele instituţionale

Pentru sporirea eficienţei, fiecare canal de comunicaţie presupune diferite abilităţi, contacte cu instituţii, iniţiative luate în scopul producerii de materiale şi a creării unor condiţii favorabile.

Eficiența activității unui singur canal de comunicație sau a unei rețele instituționale este sporită prin coordonarea cu toate celelalte unități strategice. Prin urmare, se impune punerea la punct a unei strategii globale.

Pentru selecționarea canalelor de comunicație și a activităților rețelelor instituționale și pentru elaborarea interacțiunii lor, este necesară cunoașterea datelor privind preferințelor grupurilor de populație. Informațiile necesare pot fi culese cu prilejul studiilor preliminare de evaluare.

2.6.8. Strategie integrată

Elaborarea strategiei trebuie să țină seama de interacțiunea diferiților factori:

- caracteristicile și necesitățile grupurilor țintă;
- obiectivele și performanțele pe care și le propune un program;
- natura mesajelor;
- activități, canale de comunicații, rețele instituționale prevăzute într-un program.

O strategie integrată de promovare a sănătății trebuie să folosească mesajele, activitățile, canalele de comunicație și rețelele instituționale, într-o îmbinare care să se dovedească cea mai adecvată specificului categoriilor de populație vizate și condițiilor în care acestea trăiesc.

2.7. Răspunderile promotorilor de sănătate

Promotorii de sănătate au câteva obligații:

- Să fie informați.

Datele informaționale se schimbă mereu, iar noile descoperiri produc noi comentarii, noi termeni, noi speranțe. Promotorii de sănătate trebuie să fie în pas cu noile date, să cunoască suficient de bine ansamblul problemelor, să poată explica oamenilor noutățile în domeniu, în așa fel încât ele să poată fi înțelese și acceptate.

- Să fie îndrăzneți.

Promotorii de sănătate trebuie, să-și depășească slăbiciunile să-și învingă propriile prejudecăți, să descopere noi resurse și să lucreze împreună cu oameni pe care înainte nu-i considerau importanți.

- Să fie expliciți.

Oamenii nu trebuie derutați, folosind un limbaj ambiguu, cu jumătăți de adevăr sau un jargon tehnic. Limbajul folosit trebuie să fie clar, sincer și direct, spre a fi înțeles de cei care trebuie să-și modifice comportamentul obișnuit.

- Să evite stereotipia și blamarea, mai ales dacă este vorba de o afecțiune transmisibilă. Bolile nu au preferințe rasiale, religioase, etnice sau de sex.

- Să-și concentreze eforturile pentru a schimba comportamentul în grupurile țintă.

Sfaturile cu caracter general și educația largă a populației pot reduce teama și înlătură prejudecățile, dar asupra comportamentului oamenilor au un efect minim. De exemplu, nu este suficient să educi oamenii astfel încât 90% să știe că SIDA poate omorî, dar numai 5% din populație cu risc de îmbolnăvire să aibă un comportament sexual care să evite riscul infecției cu H.I.V.

- Să activeze pe un front larg.

Numai o atitudine pozitivă față de schimbarea comportamentului nu se dovedește eficientă. Omenirea este plină de fumători, care știu că fumatul dăunează sănătății și totuși continuă să fumeze. Modificarea comportamentului cere o ofensivă mult mai amplă; promotorii de sănătate trebuie să înțeleagă motivele care îi fac pe oameni să continue să se poarte la fel, să găsească alternative acceptabile și apoi să furnizeze resursele și sprijinul necesar pentru acceptarea alternativelor. Numai frica, după cum se vede, nu aduce schimbările dorite.

2.8. Evaluarea activității de educație pentru sănătate

Specificul activității de educație pentru sănătate a populației determină unele greutăți în elaborarea unor indicatori direcți ai eficienței. Cei utilizați au mai mult un caracter cantitativ și se referă la: numărul de conferințe, cursuri, lecții etc. De aceea, acești indicatori trebuie completați cu alți indicatori, care reflectă indirect eficiența activității de

educaţie pentru sănătate, ca de exemplu: indicele comportamentului igienico-sanitar al populaţiei, indicele de depistare precoce a bolilor transmisibile şi alţii.

Pe baza evidenţei activităţii de educaţie pentru sănătate se pot calcula o serie de indici care permit o apreciere mai bună a modului de efectuare cantitativă a educaţiei pentru sănătate.

Redăm mai jos câţiva din aceşti indici:

- Indicele acţiunilor de educaţie pentru sănătate organizate de Serviciul de Promovare a Sănătăţii şi Educaţie pentru Sănătate din cadrul Direcţiei de Sănătate Publică, cu sprijinul unităţilor medicale, reprezintă numărul acţiunilor educativ-sanitare pe cap de locuitor şi an.

Se calculează după formula:

$$\frac{\text{nr.actiuni de educatie pentru sanatate}}{\text{nr.populatie}} \cdot 100$$

- Indicele absolvirii diferitelor cursuri cu conţinut educativ-sanitar este dat de formula:

$$\frac{\text{nr.persoane care au absolvit o forma organizata de educatie pentru sanatate}}{\text{nr.total persoane din colectivitatea respectiva}} \cdot 100$$

- *Indicele de absolvire a cursurilor de sanminim este dat de formula:*

$$\frac{\text{nr.absolventi ai cursurilor de sanminim de o perioada}}{\text{nr.persoane indicate a fi instruite in aceeasi perioada}} \cdot 100$$

Indicele arată preocuparea sectorului sanitar în ridicarea nivelului de cultură sanitară întru-un anumit domeniu şi trebuie să fie cât mai apropiat de 100%.

- Indicele de absolvire a cursurilor "Şcoala mamei" se calculează după formula:

$$\frac{\text{nr.gravide si mame cu copii sub 1 an, absolvente ale cursurilor "Scoala mamei"}}{\text{nr.gravide si mame cu copii sub virsta de 1 an}} \cdot 100$$

Pentru o cât mai bună pregătire a viitoarelor mame, în vederea îngrijirii copiilor lor, se indică a se realiza un indice cât mai apropiat de 100%.

- Indicele comportamentului igienico-sanitar al populaţiei rezultă din formula:

$$\frac{\text{nr.persoane cu comportament igienico} - \text{sanitar corect}}{\text{nr.total persoane din colectivitatea respectiva}} \cdot 100$$

Acesta reflectă în mod indirect activitatea dusă de personalul medico-sanitar, în sânul unui grup de populaţie (elevi, muncitori etc.) în formarea unor deprinderi igienico-sanitare corecte.

- Indicele utilizării fondurilor destinate educaţiei pentru sănătate a populaţiei (afişe, broşuri, fluturaşi etc.) se calculează astfel:

$$\frac{\text{suma in lei utilizata pentru educatia pentru sanatate}}{\text{suma in lei repartizata pentru educatia pentru sanatate}} \cdot 100$$

Mai sunt o serie de indici care permit o apreciere indirectă a activităţii de educaţie pentru sănătate şi de culturalizare sanitară a populaţiei, cum ar fi: indicele de depistare a bolilor transmisibile, indicele de adresabilitate, indicele de izolare, indicele de prezentare la vaccinări, indicele de deservire a sugarilor, indicele de depistare precoce a gravidelor etc.

APENDIX NR.1

GLOSAR DE TERMENI FOLOSIȚI ÎN PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII

ACCES: posibilitatea de a recepționa un mesaj sau de a obține un serviciu.

AUDIENȚA: măsura în care un canal de comunicație își atinge ținta.

AUDITORIUL PRIMAR: populație care prezintă aceleași caracteristici și de la care se așteaptă să adopte un comportament recomandat și căreia îi sunt adresate serviciile sau materialele prevăzute într-un program.

AUDITORIUL SECUNDAR SAU DE RANGUL II: populație care prezintă aceleași caracteristici, și care influențează membrii auditoriului primar și îi sprijină, fiind mai bine informată.

BRAINSTORMING: tehnica provocatoare ce urmărește să mobilizeze participanții grupului de lucru pentru găsirea unor soluții, sau pentru identificarea unor nevoi.

BRAINWRINTING: fiecare persoană din grupul de lucru își exprimă ideile în scris, într-o problemă definită, iar după trierea acestora se aduc la cunoștința grupului.

CANAL DE COMUNICAȚIE: calea prin care este transmis un mesaj informațional (de exemplu: prin cuvânt, prin scrisoare, radio, telefon, ziar, afiș).

CANAL INTERPERSONAL: interacțiunea dintre doi sau mai mulți indivizi pentru transmiterea mesajelor.

CONSILIERE: a da sfaturi indivizilor și/sau familiilor legate de problemele lor de sănătate fizică sau psihică, de situația lor socială și schimbarea comportamentului.

EDUCARE: implică introducerea informației specifice în contextul unor situații particulare care se ivesc în cursul dialogului interpersonal.

EVALUARE: procesul de adunare și analiză a datelor referitoare la efectele produse de aplicarea unui program. Evaluarea cuprinde și aprecierea impactului produs de program în scopul depistării și soluționării problemelor și ale planificării viitoarelor programe.

EXPUNERE: timpul cât durează vizionarea sau ascultare unui mesaj de către un auditoriu dat.

FORMAT: caracteristicile fizice ale materialelor de popularizare (de exemplu: forma, mărimea, mod de prezentare).

GRUP FOCAL: un număr de membrii reprezentativi (de obicei 6-12) dintr-un grup țintă cărora li se cere să se pregătească pentru întrebări referitoare la un anumit subiect și sunt încurajați să răspundă liber. Scopul este obținerea de date preliminare cu privire la opiniile unui grup țintă asupra unui anumit subiect.

GRUP NOMINAL: tehnică prin care fiecare persoană din grup își exprimă o părere în legătură cu problema dată, iar educatorul grupează ideile comune.

GRUP ȚINTĂ: grup de populație cu caracteristici comune, pentru care sunt în mod expres concepute mesajele privind promovarea sănătății.

INDICATOR: o mărime observabilă și măsurabilă a procesului realizat în direcția obiectivelor și performanțelor urmărite.

INFORMAREA: implică furnizarea de date despre un subiect oarecare fără să se asume responsabilitatea modului în care clientul se hotărăște să folosească informația.

MASS-MEDIA: canale de comunicație majore cum sunt radioul, televiziunea, presa.

MATERIALE: produse de genul spoturilor publicitare prin radio, pliante, afișe, benzi desenate, manuale de instructaj, folosite pentru transmiterea mesajelor prin canalele de comunicație.

MESAJ: conținutul materialelor de comunicație.

MIJLOACE DE COMUNICARE CU DIMENSIUNI REDUSE: canale de comunicație de dimensiuni mici (broșurile, fluturașii, afișele, pliantele, benzile video, diapozitivele).

MONITORIZARE: acțiunea de culegere și analiză a informației privind aplicarea programului în scopul identificării problemelor și a luării de măsuri corective.

MOTIVAȚIA: implică folosirea informației în așa fel încât să convingă clientul să se comporte într-un anumit fel.

OBIECTIV: rezultat final dorit şi urmărit de una din componentele programului, necesar pentru a realiza scopul programului.

PRETESTARE: acţiunea de probare a mesajelor sau materialelor de popularizare înaintea distribuirii lor largi, în scopul de a le mări eficienţa.

PROMOVAREA SĂNĂTĂŢII: procesul de folosire a informaţiei, educaţiei şi canalelor de comunicaţie pentru a influenţa în mod pozitiv comportamentul faţă de sănătate al indivizilor şi grupurilor.

R.A.P.: metode rapide de cercetare.

SCOP: declararea în termeni generali a obiectivelor urmărite în program.

STRATEGIE: o coordonare a acţiunilor dinainte concepută în vederea atingerii unui obiectiv. Strategia promovării sănătăţii cuprinde definirea mesajelor potrivite şi alegerea unei îmbinări adecvate de canale de comunicaţie şi activităţi în vederea influenţării unui grup ţintă.

TON: o anumită formă, culoare, sunet şi muzică, care adăugate unui mesaj creează o atmosferă şi dă viaţă emoţională unui mesaj.

ŢINTA ACŢIUNII: un anume rezultat pe care o componentă din program îşi propune să-l atingă. Este o treaptă intermediară care conduce la atingerea unui obiectiv.

APENDIX NR.2

PROIECTAREA UNUI PROGRAM DE PROMOVARE A SĂNĂTĂŢII

Elementele esenţiale care trebuie avute în vedere în momentul în care se elaborează un program în domeniul promovării sănătăţii sunt următoarele:

1. Motivaţia programului.
2. Obiectivele generale ale proiectului.
3. Stabilirea grupului (grupurilor) ţintă.
4. Caracteristicile grupului ţintă:

a. Demografice: vârstă, sex, mediu, stare civilă, etnie, religie şi altele.

b. Sociale: familie, comunitate, acces la transport, comunicaţii şi altele.

5. Cunoştinţe, atitudini, credinţe şi practici necesare rezolvării problemei.
6. Stabilirea de metode de cercetare pentru identificarea cunoştinţelor, atitudinilor, credinţelor şi practicilor actuale ale grupului ţintă:

a. Cantitative - Analiza datelor statistice existente - Anchete prin chestionar

b. Calitative - Metode rapide (R.A.P.)
- Observaţia: directă, participativă.
- Interviul: anamneza, semi-structurat, în grup.
- Conversaţia: individuală, în grup ("Focus grup").

7. Identificarea cunoştinţelor, atitudinilor, credinţelor şi practicilor actuale ale grupului ţintă.
8. Stabilirea diferenţelor existente între cunoştinţele, atitudinile, credinţele şi practicile pe care le are grupul ţintă şi cele ce îi sunt necesare rezolvării problemei.
9. Elaborarea mesajelor informaţionale şi motivaţionale ce trebuie transmise grupului ţintă pentru eliminarea lacunelor depistate.
10. Stabilirea obiectivelor măsurabile specifice proiectului.
11. Stabilirea duratei de execuţie a programului.
12. Revenirea asupra grupului ţintă, obiectivelor, mesajelor şi revizuirea lor pe parcursul programului dacă este necesar.
13. Strategiile de comunicare optime pentru realizarea obiectivelor proiectului:
    a. Conştientizarea (sensibilizarea)
    b. Informarea
    c. Motivarea
14. Canalele de comunicaţii (accesibile, disponibile, credibile) şi reţelele de instituţii:

a. Mass-media
b. Canalele interpersonale
c. Mijloace informative de format mic
d. Rețele de instituții
- unități ale diverselor ministere (spitale, școli, unități militare, poliție, etc.)

- organizații voluntare nonguvernamentale (N.G.O.)

15. Elaborarea de materiale informaționale și motivaționale și pretestarea lor.

16. Utilizarea sistemului feed-back pentru a urmări și monitoriza implementarea pas cu pas a programului.

17. Derularea de mini-programe de pregătire a educatorilor și a voluntarilor participanți la program.

18. Promovarea participării la program:
a. prin mass-media
b. stimularea morală și materială

19. Urmărirea și evaluarea programului:
a. Pe parcurs
b. Finală

20. Stabilirea calendarului activităților.

21. Se va stabili cine va creea, produce, implementa și conduce fiecare din părțile proiectului

22. Bugetul programului calculat pe fiecare an pentru:
- personal
- echipament
- deplasări
- producerea materialelor audio-vizuale și tipăriturilor
- cercetări
- evaluări
- comunicații
- întâlniri, conferințe, cursuri
- cheltuieli indirecte
- cheltuieli neprevăzute

CAPITOLUL VI

ETICĂ MEDICALĂ ŞI DREPTURILE PACIENŢILOR

Interesul, de dată relativ recentă, arătat eticii profesionale, în general, a dus la apariţia mai multor cursuri şi lucrări de „etică specializată:etica medicală, etica profesiunii de avocat, de ziarist, etica în afaceri etc. Într-un mod sau altul, la un moment dat, fiecare dintre noi poate fi afectat de modul în care se respectă sau nu principiile etice ale unei profesiuni.

Organizaţia Mondială a Sănătăţii este din ce în ce mai preocupată de delicatele aspecte ale aplicării principiilor eticii în practica medicală curentă, organizând dezbateri ample pe acest subiect. Principala problemă a fost de a găsi modalităţile de asigurare a unui acces echitabil la serviciile de sănătate. Mai mult, numeroase programe organizate şi desfăşurate sub egida OMS au instituit propriile comitete de etică, respectarea principiilor de etică medicală devenind o preocupare prioritară pentru organizaţie.

Progresul înregistrat de ştiinţele medicale, în general şi de biologia moleculară în special, au modificat modelul tradiţional al relaţiei medic bolnav. Peste tot în lume este resimţită o presiune crescândă asupra medicilor, care sunt nevoiţi să ţină cont de factorul economic, ceea ce poate, de multe ori, influenţa decizia lor, privind ceea ce consideră că este benefic pentru bolnavi.De aceea este mai mult decât necesară o corectă informare asupra principiilor etice, astfel încât fiecare medic să fie sigur că alegerea sa nu este dictată exclusiv de constrângerile economice. La fel cum este important să se ştie că utilizarea unor tratamente sau investigaţii costisitoare ar putea să limiteze accesul altor pacienţi la intervenţii nu mai puţin necesare, dar sigur mai puţin costisitoare.

Astăzi, lumea medicală şi nu numai, este conştientă de obligativitatea respectării principiilor eticii medicale în tot ceea ce înseamnă cercetarea medicală, accesul la serviciile medicale, ingineria genetică, sănătatea mintală, reproducerea artificială, transplant, sfârşitul vieţii, respectarea drepturilor pacienţilor, etc.

Iată de ce introducerea eticii în programele de învăţământ devine una dintre necesităţile acestui moment. Bineînţeles că simpla studiere a eticii medicale nu va duce la rezolvarea problemelor, dar îi va ajuta pe cei direct interesaţi să-şi dezvolte propriile cunoştinţe în domeniu, pentru a putea lua deciziile clinice în deplină cunoştinţă de cauză.

Dilemele etice nu au răspunsuri preformulate.Tocmai de aceea, aducerea în discuţie a tuturor acestor aspecte critice şi de cele mai multe ori particulare, trebuie făcută acum, asigurându-se participarea unor categorii cât mai largi de persoane. În această etapă, definirea oricărei politici naţionale, în domeniul sănătăţii, nu se mai poate face fără a ţine cont de principiile eticii medicale, încercându-se o adaptare la contextul social, constrângerile economice şi dezvoltarea tehnologică.

Sperăm că în rândurile ce urmează se vor găsi măcar câteva idei care să incite la o reconsiderare a eticii medicale şi un studiu aprofundat a fascinantei sale problematici.

I. Context general

Începuturile eticii medicale nu sunt datate cu foarte mulţi ani în urmă. Unii consideră că bazele au fost puse la Nuremberg, la sfârşitul celui de al doilea război mondial, atunci când au fost judecaţi medicii nazişti, iar Codul de la Nuremberg ar reprezenta primul document care reglementează etica cercetării medicale.

Alţii, consideră ca moment de început data de 9 noiembrie 1962, când a fost publicat articolul „Ei decid cine trăieşte şi cine moare". Articolul cu pricina povestea istoria comitetului de etică din Seattle, care era obligat să facă selecţia celor care erau admişi în

programul de dializă cronică. Cine are meritul începutului are mai puţină importanţă. Esenţial este că lumea modernă se apleacă tot mai mult asupra principiilor fundamentale ale eticii şi ale eticii medicale în particular.

Vorbind despre etică, în general, ajungem inevitabil şi la o abordare din punct de vedere filosofic, fără de care nu se poate trece la aspectele particulare care vor face subiectul paginilor următoare.

Obiectul eticii pure este binele. Definind ce este binele se poate stabili ce este bine să faci. Deşi pare o chestiune uşor abordabilă, definirea binelui a constituit un obstacol de multe ori de netrecut pentru filozofii mai scupuloşi. De regulă, atunci când se vorbeşte, la modul general, despre bine, se face de fapt caracterizarea unor acţiuni, care sunt considerate ca fiind sau nu bune. Nimeni nu poate răspunde cu certitudine dacă există un singur fel de bine, unanim acceptat ca atare. De fapt, binele nu poate fi analizat.

O altă dinstincţie care este dificil de realizat este cea între etică şi morală, termeni care pot fi utilizaţi câteodată cu semnificaţii identice. Cuvântul „etică" provine din limba greacă, de la „ethos", care înseamnă obicei, obişnuinţă. Cuvântul „morală" provine din limba latină, de la „mores", care are tot semnificaţia de obicei. În consecinţă, amândoi termenii presupun un mod de comportare, includ aprobare sau dezaprobare pentru o anumită comportare,exprimată prin cuvinte ca:bun(ă), corect, drept, valoros sau dimpotrivă, rea (rău), incorect, nedrept, fără valoare.

Pe de altă parte, există anumite delimitări care se pot face între etică şi morală. Etica poate fi definită ca ramură a ştiinţelor sociale care stabileşte normele şi standardele de comportament care se aplică în judecarea actelor umane.

În aceeaşi ordine de idei, morala este definită ca fiind cea care reflectă binele şi răul, separă ceea ce trebuie făcut de ceea ce nu trebuie făcut în acţiunile umane.

Morala este considerată ca fiind un produs al consensului social. Astfel, se pot cita morala catolică şi morala marxixtă, chiar dacă între ele este foarte greu să se identifice punctele de legătură. Totuşi, au fost acceptate ca atare de societăţile respective.

Creştinismul a identificat cele ZECE PORUNCI, ca fiind codul moral al acelor timpuri. Nerespectarea lor nu era pedepsită în mod direct şi imediat. De aceea, atunci când au fost prevăzute şi pedepsele primite de cei care încălcau poruncile, ele au devenit legi.

Regulile morale pot fi împărţite în două categorii:

a) cele care previn în mod direct producerea „răului" şi
b) reguli care, atunci când nu sunt respectate, au efecte nedorite

Cele din prima categorie sunt :

- să nu ucizi
- să nu provoci durerea altuia (inclusiv aspectele care ţin de sănătatea mintală)
- să nu produci altuia infirmităţi (inclusiv cele din domeniul psihiatriei)
- să nu lipseşti de plăcere
- să nu lipseşti de libertate

Din cea de a doua categorie se pot aminti :

- să nu decepţionezi
- să-ţi respecţi promisiunile
- să nu înşeli
- să respecţi legea
- să-ţi faci datoria

Aceste reguli morale se aplică şi în cazul eticii profesionale, inclusiv în cazul eticii medicale. Se pot da câteva exemple. Astfel, pornind de la regula „să nu provoci durerea altuia" şi ţinând cont că medicul, de multe ori, are nevoie să afle, de la pacient, informaţii

care țin de intimitatea acestuia, se ajunge la obligația oricărui medic de a păstra confidențialitatea.

În cadrul principiilor eticii medicale, regula „să nu înșeli" devine obligația profesioniștilor de a-și informa corect pacienții, de a le spune adevărul despre starea sănătății lor. În acest caz, în anumite circumstanțe, se permit excepțiile.

„Să nu lipsești de libertate", are corespondent în etica medicală prin necesitatea obținerii consimțământului pacientului pentru orice act care are efect asupra stării sale de sănătate. Mergând mai departe, este necesar să vorbim despre diferențele dintre bioetică și etica medicală. Bioetica se referă la tot ceea ce are viață biologică. Etica medicală se referă la toate aspectele etice ale practicii medicale. Fără îndoială, etica medicală reprezintă domeniul cel mai important al bioeticii.

II. Etica medicală: teorii, principii, reguli și judecăți

Încercând o simplificare a problematicii eticii, în general, putem identifica patru categorii distincte : teoriile etice, principiile etice, regulile etice și judecățile etice.

Teoriile etice sunt acele entități sistematizate, alcătuite din principii și reguli.

Teorii consequențialiste- sunt cele care măsoară valoarea unei acțiuni prin finalitatea ei

-utilitarismul :"scopul scuză mijloacele"

-binele și drepturile individuale trebuie subordonate binelui și drepturilor societății

-"cel mai mare bine pentru cel mai mare număr de oameni"(apare riscul de oprimare și injustiție pentru o minoritate)

Teoriile deontologice : datoria și obligația trebuie să stea la baza oricărui act, nu consecințele

-tradițiile religioase și poruncile divine

-acțiune "de dragul datoriei"

Teoriile bazate pe virtuți

-cinste

- compasiune

- onestitate

Principiile etice reprezintă baza pentru regulile etice care orientează luarea deciziilor.

Respectarea autonomiei individului

Adesea se consideră că acest principiu stă la baza practicii medicale din țările vestice. Altfel formulat, acest principiu spune că indiferent ce crede medicul că trebuie făcut, pacientul este cel care are puterea de decizie. Este o abordare complet diferită de acel „lasă că știe medicul mai bine ce este de făcut", ce reprezenta un exemplu clasic de paternalism.

Cu excepția situației în care poate produce rău altora, orice persoană cu discernământ are dreptul să decidă ce va face în ceea ce privește sănătatea sa. Orice acțiune împotriva voinței unei persoane, este supusă rigorilor legii. Din acest principiu, al autonomiei, derivă și o bună parte din aspectele legate de consimțământ, confidențialitate.

Una dintre problemele delicat de rezolvat este cea a discernământului. Cine îl stabilește? Care este vârsta minimă pentru a fi considerat cu discernământ? Când începem să fim prea bătrâni pentru a mai avea discernământ? Este evident că poate fi extrem de dificil să stabilești, cu acuratețe, discernământul sau lipsa de discernământ a unei persoane. Sunt o multitudine de factori care pot influența decizia la un moment dat:emoționali,consum de alcool, droguri, medicamente.

De aceea, se consideră că deciziile unui individ trebuie să fie catalogate ca fiind raționale sau iraționale. Este acceptat ca atunci când voința unui individ, privind acțiuni care afectează propria sănătate, pare a fi complet irațională, ea să nu fie respectată. Oricum, în astfel de circumstanțe decizia nu va fi ușor de luat și este nevoie să nu fie o hotărâre individuală, ci rezultatul unei voințe colective, a unui comitet de experți, așa cum sunt organizate comitetele de etică.

Din punctul de vedere a unor medici, aplicarea principiului autonomiei duce la modificarea obișnuințelor, ceea ce nu este nici ușor de acceptat și nici ușor de pus în practică.

O relație medic-pacient în care balanța înclină spre medic, are anumite avantaje, dar și puncte nevralgice.

Avantaje

-medicul poate alege cel mai bun tratament pentru boala în cauză
-medicul are control asupra timpului său și a resurselor
-medicul își poate folosi toată experiența acumulată

Dezavantaje

-lipsă de considerație pentru opiniile pacientului, pentru temerile și convingerile sale
-decizia medicului poate fi influențată de factori „biologici", care nu pot fi evitați:vârsta, sexul
-așteptările pacientului nu sunt aceleași cu ale medicului
-pacientul este mai puțin compliant și nemulțumit de serviciul primit
-potențială sursă de plângeri și litigii

Pentru alegerea independentă este necesar să se facă:

- prezentarea obiectivă a faptelor
- expunerea opțiunilor posibile și a șanselor
- expunerea părerii medicului, cu precauția de a nu se face nici un fel de presiuni în luarea deciziei

În concluzie, autonomia individului trebuie să ducă la o colaborare medic pacient, bazată pe încredere, în care fiecare ține cont de opinia și experiența celuilalt.

Principiul beneficienței (să faci bine)

Acest principiu se regăsește, diferit exprimat și în jurământul lui Hipocrate. Acolo se spune :"primum non nocere", adică „în primul rând să nu faci rău".

Aplicarea acestui principiu este vitală. În acest fel medicii sunt obligați să aleagă ceea ce este mai bine pentru pacienții lor, fără să se decidă cu precădere asupra celui mai puțin costisitor tratament.

Apare însă o altă dilemă, asupra a ceea ce trebuie să primeze:binele general sau individual.Principiul utilitarismului consideră că trebuie ales ceea ce oferă cât mai mult bine unui număr cât mai mare de oameni. Gândind așa, nu putem să nu ne întrebăm cât beneficiază și câte persoane utilizează resursele alocate programelor de transplant.

Alte moduri de abordare au la bază principiile datoriei, ale rezultatelor și consecințelor. Un caz particular, interesant de altfel, este cel al cercetării medicale. În cercetare sunt incluși un număr mic de oameni, în timp ce de rezultatele experimentului vor beneficia foarte mulți. Dilema etică este rezolvată prin obținerea consimțământului liber exprimat, în deplină cunoștință de cauză.

În anumite împrejurări, acest principiu poate fi în contradicție cu cel al autonomiei. Este evident că renunțarea la fumat face mult bine, dar decizia nu poate fi impusă.

Conceptul medicinei bazate pe dovezi, precum și ghidurile de practică, sunt transpuneri în practica clinică a acestui principiu, al beneficienței.

Principiul non-maleficienței (al evitării suferințelor)

Este principalul motiv care permite unui profesionist să nu țină cont de voința cuiva, în circumstanțe care ar produce rău altei persoane.

Exemplele pot fi cele ale unui epilectic cu crize la anumite ore și care va fi împiedicat să conducă, părinții care produc suferințe unui copil pot fi decăzuți din drepturi, un salariat HIV pozitiv nu va fi lăsat să lucreze în sala de operații etc.

Principiul dreptății și corectitudinii

Una dintre marile probleme ale momentului, nu numai la noi, este folosirea într-o manieră corespunzătoare a resurselor disponibile pentru îngrijirile de sănătate. Boala este nedreaptă. Dacă unii dintre semenii noștri ar putea fi mustrați pentru stilul lor de viață, nesănătos, alții se nasc cu probleme genetice sau se îmbolnăvesc, deși au făcut tot ce se putea pentru a evita acest lucru.

Serviciile de sănătate trebuie să se supună principiilor enunțate – dreptate și corectitudine. Cei care se îmbolnăvesc trebuie ajutați să ajungă la potențialul lor maxim, nu numai să depășească momentul bolii. Principiile de mai sus se regăsesc și în Programul Organizației Mondiale a Sănătății. Probabil că sunt prea ambițioase și nerealiste, de aceea, poate, nici nu au fost realizate obiectivele inițiale ale acestui program.

Atunci când, cu resurse limitate la dispoziție, trebuie să te gândești la toți, nu se poate să nu reînceapă vechile controverse:prevenire sau tratare, îngrijiri pentru cazurile acute sau pentru cele cronice, alternativele de îngrijire pe termen lung, etc.

Acest principiu este criticat de mulți, considerându-se inaplicabil. Pare a fi doar o dezbatere filozofică, care poate aduce mai multă informație teoretică, dar care nu poate fi pusă în practică, cel puțin nu în lumea în care trăim.

Regulile etice stabilesc dacă anumite acțiuni trebuie sau nu făcute, pentru că sunt sau nu sunt „bune".

Judecățile etice reprezintă niște concluzii specifice, niște verdicte.

De regulă, atunci când facem referire la aspectele etice ale comportării unor indivizi sau grupuri, facem referire la seturile de reguli sau principii.

Trecând la etica aplicată, specifică unei anumite profesiuni, trebuie să amintim, pe scurt, următoarele concepte : deontologia, codurile de comportament, codurile deontologice.

Deontologia desemnează reguli, datorii, obligații, stabilește ceea ce trebuie făcut.

Codurile de comportament sunt specifice profesiunilor liberale. Ele cuprind ansamblul îndatoririlor legate de exercitarea unei profesiuni.

Codurile deontologice sunt rezultatul unui consens al majorității membrilor unui grup profesional. Ele asigură un standard de calitate al profesiei respective.

În ceea ce privește profesiunea medicală, unul dintre primele documente în domeniu este cel cunoscut sub numele de „jurământul lui Hipocrate", jurământ rostit de fiecare absolvent de facultate și care ar trebui să-i călăuzească întreaga viață profesională. Jurământul definește conduita profesională pe care trebuie să o aibă un medic în decursul carierei sale. Textul a cunoscut mai multe adaptări, versiunea care este acum în vigoare fiind adoptată de Asociația Medicală Mondială, în cadrul Declarației de la Geneva din anul

1975. Actualitatea acestui text poate fi analizată de fiecare dintre noi, părerile fiind destul de împărțite.

Iată care este acest text:

„Odată admis printre membrii profesiunii de medic:

Mă angajez solemn să-mi consacru viața în slujba umanității;

Voi păstra profesorilor mei respectul și recunoștința care le sunt datorate;

Voi exercita profesiunea cu conștiință și demnitate;

Sănătatea pacienților va fi pentru mine obligație sacră;

Voi păstra secretele încredințate de pacienți chiar și după decesul acestora;

Voi menține prin toate mijloacele onoarea și nobila tradiție a profesiunii de medic;

Colegii mei vor fi frații mei;

Nu voi îngădui să se interpună între datoria mea și pacient considerații de naționalitate, rasă, religie,partid sau stare socială;

Voi păstra respectul deplin pentru viața umană de la începuturile sale, chiar sub amenințare și nu voi utiliza cunoștințele mele medicale contrar legilor umanității;

Fac acest jurământ solemn, liber, pe onoare !"

Furnizarea serviciilor medicale a evoluat, în ultimul secol, de la statutul de serviciu social, oferit de cele mai multe ori de profesioniști individuali, la realizarea unui sistem complex, cu servicii diversificate, furnizate în echipă, de cele mai multe ori realizate în cadrul unor unități medicale, folosind tehnologie avansată.

Consecințele sunt evidente:

- creșterea constrângerilor financiare
- tendința de consum în exces
- existența unor resurse rare și limitate
- divergențe și tensiuni în determinara priorităților – stabilirea a ceea este în interesul societății ca întreg și a pacientului ca individ

Orice sistem de sănătate ar trebui să țină cont de următoarele principii etice specifice:

1. Sănătatea este unul dintre drepturile omului
2. Grija pentru pacient trebuie să ghideze furnizarea serviciilor medicale, dar trebuie privită și aplicată în funcție de contextul general și de obligația de a asigura cel mai mare bine posibil pentru un număr cât mai mare de oameni
3. Responsabilitățile oricărui sistem de sănătate includ și prevenirea îmbolnăvirilor și evitarea apariției infirmităților și handicapurilor
4. Obligativitatea cooperării între specialiștii din domeniu, precum și între aceștia și pacienți
5. Toți profesioniștii din sistem au obligația de a asigura o îmbunătățire continuă a calității serviciilor furnizate.

Orice medic, în calitatea lui de membru al profesiunii pe care şi-a ales-o, trebuie să fie conştient că are anumite responsabilităţi nu numai faţă de pacienţi, ci şi faţă de societate, de ceilalţi profesionişti din sistem şi de sine însuşi.

Acest lucru poate fi exemplificat prin principiile de etică medicală, adoptate de Asociaţia Medicală Americană:

1. Medicul este obligat să-şi consacre activitatea pentru a oferi servicii competente, manifestând compasiune pentru bolnavi şi respect pentru demnitatea fiinţei umane.
2. Medicul este obligat să se poarte cu corectitudine în relaţiile cu pacienţii şi colegii.
3. Medicul este obligat să dezvăluie cazurile acelor confraţi care se abat de la normele profesionale sau care încalcă principiile morale sau etice.
4. Medicul este obligat să respecte legile, dar trebuie să fie conştient de responsabilitatea pe care o are în a face demersurile de schimbare a acelor reglementări care sunt contrare beneficiului pacienţilor.
5. Medicul este obligat să respecte drepturile pacienţilor, ale confraţilor şi ale celorlalţi profesionişti din sistem, asigurând păstrarea confidenţialităţii în ceea ce priveşte pacienţii săi, în limitele prevăzute de lege.
6. Medicul este obligat să studieze permanent, să pună în practică cunoştinţele acumulate, să pună la dispoziţia pacienţilor, a publicului şi a celorlalţi colegi informaţiile relevante şi să apeleze la alţi profesionişti atunci când situaţia o cere.
7. Medicul este obligat să aleagă cele mai bune soluţii de furnizare a serviciilor medicale în beneficiul pacienţilor.El este liber să decidă pe cine ia în îngrijire, cu cine colaborează şi unde şi cum asigură serviciile solicitate. Singura excepţie admisă este în cazul urgenţelor.
8. Medicul este obligat să-şi îndeplinească responsabilităţile pe care le are în calitate de membru al comunităţii în care trăieşte.

III. Analiza etică

În practica medicală curentă se întâlnesc frecvent situaţii care necesită o evaluare din punctul de vedere al eticii medicale. Orice analiză etică a unui caz clinic trebuie să ţină cont de următoarele patru elemente: indicaţiile medicale, dorinţa pacientului, calitatea vieţii pacientului, contextul.

1. *Indicaţiile medicale*
   - determinarea problemelor medicale, anamneză, diagnostic, prognostic
   - stabilirea tipului de afecţiune:acută, cronică, urgenţă, stadiu depăşit terapeutic
   - determinarea scopurilor tratamentului
   - care sunt probabilităţile de succes
   - care sunt alternativele, în cazul unor tratamente ineficiente
   - care sunt beneficiile pentru pacient
2. ***Dorinţa pacientului***
   - care sunt preferinţele pacientului pentru conduita terapeutică
   - să se facă informarea pacientului asupra avantajelor şi riscurilor
   - să se stabilească, cu certitudine, că pacientul are deplin discernământ

- să se identifice eventualele preferințe exprimate anterior
- în caz de imposibilitate, dorința exprimată de reprezentantul legal al pacientului
- identificarea eventualelor influențe nedorite asupra deciziei pacientului

3. *Calitatea vieții pacientului*
   - care sunt estimările, în cazul în care se va face tratament sau se va renunța la el, pentru întoarcerea la viața de dinaintea episodului actual
   - care sunt riscurile de apariție a unui handicap în urma tratamentului
   - dacă sunt posibile condiții care să determine pacientul să nu mai dorească să trăiască în anumite condiții
   - care sunt posibilitățile de îngrijiri paliative
4. *Contextul*
   - dacă există influențe familiale
   - dacă există influențe la care sunt supuși profesioniștii
   - dacă există constrângeri economico-financiare
   - dacă există constrângeri religioase, culturale
   - dacă există condiții pentru încălcarea confidențialității
   - dacă sunt probleme legate de alocarea resurselor
   - care sunt posibilele implicații juridice ale deciziilor terapeutice
   - dacă este o eventuală implicare în cercetarea medicală sau procesul de învățământ medical
   - identificarea unor posibile conflicte de interes

Probabil că aceasta este ordinea corectă în care trebuie abordate aceste elemente. Dorința pacientului trebuie respectată aproape fără restricții, dar ea va fi analizată în condițiile unor indicații medicale realiste. Ceea ce se va întâmpla cu pacienții după aceea nu poate fi ignorat, calitatea vieții acestora fiind un alt element important în luarea unei decizii. În fine contextul momentului a influențat, nu de puține ori, adoptarea unei anumite decizii. Cadrul legislativ existent la un anumit moment, cunoștințele medicale, posibilitățile diagnostice și terapeutice, credințele,tradițiile și moștenirea culturală sunt aspecte care nu pot fi ignorate atunci când se vorbește de o analiză etică.

IV. Utilizarea resurselor limitate și triajul medical

1. Utilizarea resurselor limitate

Orice medic are responsabilitatea de a face tot ceea ce îi stă în putere în folosul pacienților săi. Politicile de alocare a resurselor, în general și a resurselor limitate, în particular, pot induce constrângeri care să îl împiedice să-și ducă la bun sfârșit această misiune. De aceea, decidenții trebuie să implice și reprezentanții corpului medical, atunci când se stabilesc modalitățile de acces la aceste resurse limitate.

Deciziile privind alocarea resurselor insuficiente trebuie să fie luate doar pe baza considerentelor medicale, fără alte imixtiuni și discriminări de altă natură. În general, criteriile luate în considerare pot fi:

- certitudinea sau probabilitatea mare a unui beneficiu garantat pentru pacient
- urgența
- calitatea vieții (înainte și după intervenția terapeutică)

- menţinerea în timp a beneficiului estimat
- „cantitatea" de resurse necesare pentru un tratament cu succes

De obicei, atunci când trebuie selectat un număr limitat de pacienţi, se consideră ca fiind relevante diferenţele mari între pacienţi. Cu cât aceste diferenţe sunt mai mari, cu atât se justifică mai mult aplicarea acestor criterii de selecţie.

În prima etapă trebuie făcută o prioritate a pacienţilor, în aşa fel încât să fie evitate cazurile în care sfârşitul letal este inevitabil sau cele în care rezultatele estimate sunt foarte slabe. Doar după această etapă se poate lua în calcul calitatea vieţii de după intervenţie şi de regulă, doar atunci când sunt mari diferenţe între pacienţi.

Următoarelor criterii trebuie evitate cu fermitate:

- posibilităţile de plată
- vârsta
- poziţia socială
- utilizarea şi în trecut a unor resurse similare
- „contribuţia personală" la îmbolnăvire (stil de viaţă nesănătos)

Decizia de a avea acces la aceste resurse limitate trebuie luată respectându-se individualitatea fiecărui pacient şi particularităţile fiecărui caz în parte.

Atunci când criteriile alese nu fac o diferenţă substanţială între pacienţi, trebuie să se asigure mecanismele care să garanteze existenţa unor oportunităţi egale pentru toţi, cum ar fi timpul de aşteptare (gen „primul venit, primul servit", deşi o astfel de exprimare este brutală) sau altele, în funcţie de particularităţile situaţiei respective.

Procesul de luare a deciziilor nu se poate baza pe un singur mod de abordare. Acest proces trebuie să fie obiectiv, flexibil şi echitabil.

Medicul curant este obligat să susţină interesele personale ale pacienţilor săi, de aceea nu poate participa la procesul direct de selectare a celor care beneficiază de aceste resurse.

Pacienţilor cărora li s-a refuzat accesul la astfel de resurse, au dreptul să fie informaţi asupra motivelor care au stat la baza deciziei.

Procedurile aplicate de diverse instituţii şi organizaţii, în cazul selecţiei pentru alocarea resurselor limitate, trebuie să fie la dispoziţia publicului, să fie deci transparente şi să fie, periodic, supuse evaluării reprezentanţilor corpului profesional şi adjustate, dacă este cazul.

2. Triajul medical

O aplicaţie practică a alocării resurselor limitate este problema triajului. Este vorba de triajul care trebuie făcut în situaţiile de maximă urgenţă, în cazul unor catastrofe sau accidente colective. Din nefericire istoria recentă ne face să ne reamintim că astfel de evenimente rămân de actualitate.

În aceste situaţii dramatice, este evident că resursele disponibile în acel moment, fie că sunt resurse umane, echipamente, medicamente,etc. nu pot fi suficiente pentru a acorda atenţia cuvenită, în acelaşi timp, tuturor celor care sunt în situaţii dificile. În acele momente, *cineva* trebuie să ia decizia şi să răspundă la această tulburătoare întrebare :"Cine trebuie să trăiască, atunci când nu pot trăi toţi !?". Evident că singurul care poate decide este medicul. Alegerea este dramatică, dar trebuie făcută rapid şi cu detaşarea necesară.

Având în vedere că supraviețuirea unor oameni depinde de rapiditatea cu care se face triajul victimelor, sunt, în general, acceptate următoarele etape:

- stabilirea resurselor disponibile
- stabilirea capacităţior de de intervenţie
- determinarea nevoilor medicale immediate
- situaţia trebuie reevaluată periodic

Triajul va fi efectuat de un medic autorizat, cu experienţă, asistat de o echipă competentă

Ordinea priorităţilor va fi următoarea :

- pacienţi a căror viaţă este în pericol iminent, dar care pot fi salvaţi dacă se acţionează imediat
- pacienţi a căror viaţă nu este în pericol imediat şi care necesită tratament urgent, dar nu imediat
- pacienţi cu probleme relativ minore, care pot fi temporizaţi
- pacienţi care necesită ajutor psihiatric (psihologic) sau sedare
- pacienţi care depăşesc posibilităţile terapeutice sau care au suferit traume ireversibile "dincolo de posibilităţile terapeutice de urgenţă"
- situaţia trebuie reevaluată periodic

Un medic care acţionează în acest fel, în nici un caz nu poate fi acuzat că a abdicat de la principiul "asistenţei persoanei aflate în pericol de moarte", ci se consideră că a adoptat o atitudine corectă în cazuri excepţionale, în afara controlului uman. De altfel, nici nu este etic ca un medic să persiste în a acorda îngrijiri unui pacient fără speranţă, irosind astfel resurse necesare în altă parte. Oricum, trebuie subliniat că în astfel de situaţii întreaga responsabilitate aparţine medicului.

V. Cercetarea medicală şi învăţământul medical

Participarea pacienţilor la cercetarea medicală nu se poate face decât cu consimţământul explicit exprimat al acestora. Problema consimţământului subiecţilor unor studii de cercetare s-a pus imediat după cel de al doilea război mondial. În timpul procesului de la Nurenberg, atunci când au fost judecaţi medicii care au făcut experienţe pe subiecţi umani, în lagărele de concentrare, acuzarea a beneficiat de consilierea oferită de 3 medici, care au furnizat procurorului american argumentele de ordin moral şi etic pentru susţinerea rechizitoriului. După acest faimos proces, în 1947, a fost elaborat Codul de la Nurenberg, prin care au fost stabilite, pentru prima dată, zece standarde pe care trebuie să le respecte orice medic care efectuează studii cu subiecţi umani. Aceste standarde sunt:

1. Consimţământul liber exprimat este obligatoriu
2. Experimentul trebuie să aducă elemente noi, benefice pentru societate şi care nu pot fi demonstrate prin alte metode.
3. Experimentul trebuie să se bazeze pe rezultatele unor studii anterioare făcute pe animale.
4. Experimentul va fi astfel condus încât să se evite producerea oricărei suferinţe inutile.
5. Nu va fi admis nici un experiment în care este evidentă existenţa riscului major pentru subiecţi.
6. Gradul de risc acceptat nu va depăşi, sub nici o formă, posibilele beneficii aduse de rezultatele experimentului.

7. Se vor lua toate măsurile necesare pentru protecția subiecților
8. Experimentul va fi coordonat doar de persoane cu pregătire științifică corespunzătoare.
9. În orice moment al experimentului subiecții pot decide să nu mai participe în continuare
10. Cel care are responsabilitatea experimentului este obligat să decidă încetarea cercetării, dacă are motive să creadă că, în cazul continuării experimentului, există posibilitatea producerii unor efecte negative asupra subiecților.

Deşi nici o țară nu a adoptat formal acest Cod, prevederile lui sunt respectate pretutindeni, atunci când se desfăşoară activități de cercetare ştiințifică cu participarea subiecților umani.

În anul 1964 a fost adoptată, la Helsinki, Declarația cuprinzând principiile etice ale cercetărilor medicale care folosesc subiecți umani. Principiile de bază sunt cele cuprinse în Codul de la Nuremberg. Apar, totuşi, câteva elemente noi:

- protejarea mediului înconjurător
- grija specială pentru animalele care sunt folosite pentru experiment
- obligativitatea existenței protocolului de experiment
- obligativitatea "avizului etic", acordat de un comitet independent
- lipsa oricărui conflict de interese sau alt gen de dependență în cazul subiecților cuprinşi în studiu
- subiecții cuprinşi în studiu trebuie să aibă discernământ deplin, în conformitate cu prevederile legale din domeniu
- publicarea rezultatelor trebuie făcută respectându-se corectitudinea celor constatate, specificându-se aspectele financiare şi eventualele conflicte de interese
- cercetarea se poate face în cadrul îngrijirilor medicale curente doar în cazurile în care se demonstrează potențialul profilactic al rezultatelor studiului
- refuzul unui pacient de a participa la un studiu nu poate influența relația sa cu medicul curant

Declarația de la Helsinki mai face referire la două aspecte interesante şi importante, ale cercetării medicale şi practicii medicale curente. Primul se referă la folosirea substanțelor placebo, iar cel de al doilea face referire la permisiunea de a utiliza tratamente sau alte metode terapeutice cu beneficii insuficient demonstrate.

În ceea ce priveşte primul caz, au existat şi încă mai sunt, destule controverse. La un moment dat s-a spus că nu este indicată folosirea substanțelor placebo. Opiniile experților în etica cercetării medicale au fost în favoarea comparării unui nou tratament sau altă metodă terapeutică cu ceea ce există "mai bun" la un moment dat. În condiții ideale, acest lucru este de dorit. Consecința ar fi, însă, creşterea foarte mare a costurilor legate de cercetare, ceea ce ar face-o inabordabilă pentru țările sărace sau în curs de dezvoltare. Acum s-a căzut de acord că substanțele placebo pot fi utilizate, în anumite circumstanțe:

- folosirea substanțelor placebo este strict necesară şi obligatorie pentru stabilirea eficacității unui medicament şi a siguranței utilizării ulterioare în scop profilactic, diagnostic sau terapeutic
- studiul se face pentru testarea posibilităților de intervenție în cazuri considerate minore, iar utilizarea substanțelor placebo nu produce nici un efect advers asupra celor incluşi în studiu

Cea de a doua situație face referire la cazurile în care un pacient se află într-o condiție pentru care nu există un tratament cu rezultate demonstrate. În acest context, medicul îi poate propune aplicarea unor metode terapeutice insuficient cercetate, dar despre care el are credința că pot fi benefice pentru pacient. În cazul în care obține consimțământul pacientului, după ce s-a asigurat că l-a informat în detaliu asupra tuturor aspectelor, medicul poate aplica tratamentul ales.

În aplicarea regulilor eticii în cercetarea medicală, procedurile existente diferă de la țară la țară, dar tot mai mult se pune problema informării complete a celor cărora li se propune să participe la diferite studii științifice. Iată cum arată un model de formular, care conține ceea ce ar trebui să cunoască un potențial subiect al unui experiment medical :

a. Titlul studiului
b. Invitația de participare
c. Scopul studiului
d. De ce a fost ales
e. De ce este bine să ia parte la studiu
f. Ce se întâmplă dacă participă
g. Ce are de făcut
h. Ce medicament sau procedură se testează
i. Care sunt celelalte alternative pentru diagnostic sau tratament
j. Care sunt posibilele efecte secundare
k. Care sunt eventualele dezavantaje sau riscuri
l. Care sunt beneficiile
m. Ce se întâmplă dacă apar informații noi pe parcurs
n. Ce se întâmplă când se termină studiul
o. Ce se întâmplă în cazul unei greșeli
p. Cum se garantează confidențialitatea
q. Ce se va întâmpla cu rezultatele studiului
r. Cine a avizat desfășurarea studiului (instituția sau organizația)
s. Cine organizează și finanțează studiul
t. Cine poate oferi informații ori de câte ori se solicită

I. Drepturile pacienților:

Imediat după cel de-al doilea război mondial, națiunile lumii și-au concretizat preocuparea tot mai intensă pentru respectarea drepturilor omului. În anul 1948 a fost elaborată și semnată Declarația Universală a Drepturilor Omului. În anul 1994, la Amsterdam, au fost definite principiile ce stau la baza drepturilor pacienților și au fost stabilite strategiile pentru punerea în practică a acestora. A fost astfel constituit un cadru comun de acțiune, având-se în vedere parteneriatul ce trebuie să existe între utilizatorii serviciilor de sănătate și cei care furnizează aceste servicii.

În fiecare țară situațiile diferă, în funcție de cadrul legal existent, condițiile socio-economice și valorile culturale, specifice fiecărui popor. Cu toate acestea, trebuie găsite acele modalități de acțiune care pot fi adaptate contextului particular al fiecărei națiuni. În acest sens, în Europa există o strânsă colaborare între OMS, Uniunea Europeană și Consiliul Europei, din dorința de a sprijini aplicarea unor strategii coordonate de implementare a drepturilor pacienților.

Astfel, în 1996, la Viena au fost abordate problemele legate atât de drepturile și responsabilitățile pacienților, cât și cele ale furnizorilor de servicii. Se încurajează alegerea

individuală, de către fiecare pacient, fără a se uita respectul de care trebuie să aibă parte fiecare ființă umană, precum și asigurarea unui acces echitabil la serviciile medicale. Progresele făcute de științele medicale, pe de o parte, precum și faptul că practica medicală este mult mai complexă, dar și mai riscantă, de multe ori, fac necesar să se acorde recunoașterea cuvenită dreptului fiecărui individ la autodeterminare, în paralel cu garantarea respectării drepturilor pe care le are ca pacient.

În programul său intitulat „Sănătate pentru toți",Organizația Mondială a Sănătății a făcut mențiuni specifice privind drepturile de care trebuie să se bucure pacienții. Îngrijirile de sănătate sunt reprezentate acum de o gamă extrem de variată de servicii, dintre cele mai diverse, care nu se limitează doar la cele așa zis clasice, de diagnosticare și tratament, ci sunt extinse și la cele preventive, de îngrijiri propriu-zise și de recuperare.

În acest context, în care furnizorii de servicii medicale sunt în număr foarte mare, deosebit de diverși și complexi, pacientul își depășește „clișeul" cu care eram obișnuiți, având ipostaze diferite : persoană bolnavă și dependentă, persoană care își autoadministrază ceea ce are nevoie, persoană care solicită și primește sfaturi. Diversificarea extremă a serviciilor oferite face ca acum să apeleze la diversele servicii medicale atât pacienți cu o stare de sănătate bună, care solicită servicii preventive sau de consiliere, cât și unii care au deja o anumită invaliditate sau chiar cei aflați într-un stadiu terminal de boală.

Studii făcute relativ recent demonstrează o modificare vizibilă a comportamentului celor pe care îi catalogăm ca „pacienți". Dacă în urmă cu 25 de ani proporția celor interesați de ceea ce li se întâmplă, dornici să cunoască totul despre sănătatea lor, astfel încât să aibă o atitudine participativă, să se implice chiar și în organizarea sistemului sanitar, în deplină cunoștință de cauză, era de aprox. 1-2 %, acum acest procentaj ajunge la 20-25%.Invers proporțional s-a modificat numărul celor care acceptă să „facă ceea ce le spune medicul", fără a solicita informații în plus : a scăzut de la 58-59% (1975), la 15-20% (2000). Restul, sunt cei care sunt preocupați de starea lor de sănătate și doresc să aibă informații numai despre boala lor și alternativele pe care le au, cu beneficii și riscuri. Aceste date sunt luate din două studii publicate de Siegel (1988) și Wahlstrom (1991).

O altă constatare, bazată tot pe rezultatele unor studii care au avut ca subiect pacienții, este cea privind modul în care ei se identifică în sistem : de la termenul clasic de „pacient" devin tot mai mult „consumatori" de servicii medicale. De aici derivă comportamentul lor :

- doresc să aibă o poziție egală cu cea a profesioniștilor din sistem, să fie consultați la luarea deciziilor care îi afectează
- doresc să aibă deplină libertate de alegere
- doresc să nu mai fie reprezentați de alții, ci să aibă reprezentanți proprii
- sunt preocupați de calitatea serviciilor medicale
- sunt preocupați de costurile serviciilor medicale

Vorbind în general despre drepturile pacienților, le putem împărți în două categorii:

- drepturi sociale
- drepturi individuale

Drepturile sociale sunt cele derivate din obligațiile asumate de societate sau de autoritățile statale, de a furniza servicii medicale la care întreaga populație să aibă un acces echitabil. Ceea ce se poate oferi depinde de mai mulți factori:economici, politici, sociali,

culturali. Discriminările, de orice natură, trebuie eliminate. Aceste „drepturi sociale" sunt influențate direct de nivelul de dezvoltare al societății și sunt decise de voința politică, care trebuie să ia în considerare atât contextul social, cât și prioritățile momentului.

Drepturile individuale sunt exprimate în niște termeni concreți și pot fi aplicate în nume individual. Elaborarea unor astfel de documente, acceptate și asumate ca atare de multe țări, are la bază o serie de principii, cum ar fi:

- accesul la îngrijirile de sănătate este un drept fundamental al ființei umane
- pacientul este privit ca persoană, cu tot respectul la care are dreptul
- demnitatea și integritatea oricărui pacient trebuie protejată
- drepturile pacienților trebuie avute în vedere la elaborarea oricărei politici de sănătate
- relația dintre pacienți și furnizorii de servicii medicale trebuie să fie una activă, cu implicarea ambelor părți
- orice sistem de sănătate trebuie să fie focalizat spre pacient, assitența medicală să devină mai „umanizată"
- persoanele vulnerabile au cel puțin aceleași drepturi ca și ceilalți

Toate aceste principii încearcă să cuprindă nevoile fiecăruia, nu numai pentru a primi îngrijiri medicale de o calitate mai bună, ci și pentru a le fi recunoscute drepturile pe care le au ca pacienți. S-au avut în vedere nu numai drepturile pacienților, ci și responsabilitățile acestora. Este de dorit conștientizarea pacienților cu privire la aportul pe care îl pot avea la buna funcționare a sistemului.Acest lucru se poate realiza prin participarea lor activă. Mai mult, acceptând să participe la procesul de învățământ medical, contribuie în mod direct la formarea generațiilor viitoare de specialiști. Pe de altă parte, rolul lor în procesul de stabilire a unui diagnostic și conduite terapeutice este foarte important. Este esențial ca pacienții să ofere profesioniștilor toate informațiile necesare pentru diagnostic și tratament, acest fapt fiind recunoscut ca o responsabilitate principală a pacienților.

În continuare vom face o scurtă trecere în revistă a celor mai importante drepturi ale pacienților.

1.Respectarea drepturilor fundamentale ale omului

- Fiecare individ are dreptul la respect al propriei persoane ca ființă umană.
- Fiecare individ are dreptul la autodeterminare.
- Fiecare individ are dreptul la garantarea securității propriei sale persoane, la păstrarea integrității sale fizice și psihice.
- Fiecare individ ar dreptul de a avea și a i se respecta propriile sale convingeri religioase și morale, propriile sale criterii de valoare.
- Fiecare individ are dreptul să-i fie protejată sănătatea, în măsura posibilităților existente, atât prin măsuri preventive, cât și măsuri curative, astfel încât să poată atinge cel mai bun nivel de sănătate accesibil.

2. Informarea:

- Toate informațiile privind serviciile de sănătate trebuie să fie la dispoziția publicului.
- Orice pacient are dreptul la informații complete privind starea lui de sănătate. Pacienții sunt îndreptățiți să ceară și să primească orice informație despre diagnostic, evoluția bolii și prognostic și posibilitățile terapeutice. Deasemenea ei trebuie neapărat informați cu privire la orice metodă terapeutică urmează a li

se aplica, beneficii şi riscuri, alternative existente, precum şi eventualele consecinţe ale neefectuării intervenţiei sau tratamentului recomandat.

- Pacienţii au dreptul ca, la cererea lor expresă, să nu fie informaţi.
- Pot fi refuzate informaţii numai în cazuri excepţionale, atunci când este cert că furnizarea acestor informaţii produce mai mult rău decât bine.
- Orice pacient are dreptul la a doua opinie, a unui alt medic.
- În cazul în care doresc, pacienţii au dreptul să desemneze o altă persoană care să primească informaţiile în locul lor.
- Pacienţii internaţi au dreptul să primească toate informaţiile necesare despre identitatea şi calificarea personalului medical care îi îngrijeşte, regulamentele şi instrucţiunile de ordine interioară care îi afectează şi pe ei.
- La externare pacienţii au dreptul să primească un sumar scris al diagnosticului, tratamentului efectuat, precum şi orice altă intervenţie sau procedură urmate.
- Toate informaţiile furnizate trebuie să fie într-un limbaj accesibil capacităţii de înţelegere a fiecărui individ, evitându-se folosirea unui limbaj cu terminologie tehnică.

3. Consimţământul:

- Pentru absolut orice intervenţie medicală este necesar acordul informat al pacientului.
- Pacientul are dreptul să refuze o intervenţie medicală. În aceste condiţii, trebuie să i se explice, cu claritate, care sunt posibilele consecinţe ale deciziei sale.
- În cazuri excepţionale, când pacientul nu este capabil să-şi exprime dorinţa, acceptul sau refuzul său pot fi deduse din eventuale exprimări anterioare.
- În anumite cazuri în care pacientul nu-şi poate exprima singur dorinţa, aceasta este solicitată reprezentantului său legal.În aceste situaţii, pacientul trebuie oricum consultat în luarea deciziei, atât cât îi permite capacitatea sa de înţelegere.
- Atunci când o intervenţie este de maximă urgenţă, iar reprezentantul legal al pacientului nu este prezent, intervenţia se poate efectua.
- În cazurile în care medicul consideră o anumită intervenţie ca fiind fără dubiu în interesul pacientului, iar reprezentantul său legal refuză să-şi dea acordul, luarea deciziei trebuie transferată unui for de arbitraj (comitet de etică, tribunal).
- În situaţiile în care pacientul nu-şi poate exprima singur dorinţa şi nici nu există un reprezentant legal, cei care sunt implicaţi în procesul de luare a deciziei trebuie să ia în considerare tot ceea ce se ştie cu siguranţă sau se presupune, despre dorinţele pacientului, în cazul particular respectiv.
- Consimţământul pacientului este obligatoriu pentru participarea la procesul de învăţământ medical.
- Consimţământul pacientului este obligatoriu pentru includerea sa în orice studiu sau cercetare ştiinţifică. În cazul cercetării ştiinţifice, un pacient nu poate fi inclus în studiul respectiv, dacă nu există acordul său sau al reprezentantului său legal.

4. Confidențialitatea:

- Absolut toate informațiile privind starea de sănătate a pacientului, datele despre diagnostic, tratament, prognostic, precum și toate informațiile cu caracter personal, trebuie păstrate secrete, chiar și după moartea pacientului.
- O informație considerată confidențială poate fi divulgată numai dacă pacientul își dă consimțământul în mod explicit sau dacă există o prevedere legală care să menționeze în mod expres acest fapt.
- În cazul în care informațiile sunt transmise altor furnizori de servicii medicale implicați în tratamentul pacientului, consimțământul se poate presupune.
- Datele de identitate ale pacientului trebuie protejate corespunzător. De asemenea, produselor biologice care pot furniza date despre identitatea pacientului trebuie protejate corespunzător.
- Pacienții au dreptul de a accede la propriile lor dosare medicale și la orice date care au legătură cu diagnosticul ce le-a fost stabilit, tratamentul urmat, îngrijirile primite. Se exclude accesul la date privind terțe persoane.
- Pacienții pot solicita modificarea datelor personale înregistrate incorect, precum și aducerea la zi a datelor privind situația lor medicală.
- Imixtiunile în viața privată a pacientului nu se pot face decât cu consimțământul acestuia și doar atunci când este necesar pentru stabilirea diagnosticului, pentru tratament sau îngrijiri.
- Orice intervenție se va face respectându-se intimitatea individului. În acest sens, la efectuarea unei astfel de intervenții vor participa numai acele persoane care sunt necesare pentru actul medical. Excepțiile se fac doar la cererea pacientului.
- Instituțiile cu paturi sunt obligate să asigure facilitățile care să garanteze respectarea confidențialității.

5. Dreptul la îngrijiri și tratament:

- Fiecare individ are dreptul să primească îngrijirile medicale adecvate stării sale de sănătate, incluzându-se aici și serviciile preventive. Disponibilitatea acestor servicii și accesul la ele trebuie să fie asigurate în mod echitabil, corespunzător resurselor disponibile în societate și fără nici o discriminare.
- Pacienții au dreptul de a fi reprezentați la fiecare nivel de organizare a sistemului medical, pentru a fi consultați în problemele legate de limitele serviciilor, calitatea și funcționarea serviciilor, planificare.
- Serviciile furnizate trebuie să corespundă atât unor standarde tehnice, cât și din punct de vedere al relațiilor medic-pacient.
- Pacienții au dreptul la continuitatea îngrijirilor, acest fapt presupunând inclusiv colaborarea diverșilor furnizori de servicii implicați în tratarea unui pacient.
- Accesul la tratamente care există în măsură limitată trebuie să se facă oferindu-se tuturor pacienților, care au nevoie de tratamentul respectiv, o procedură de selecție echitabilă. Criteriile de selecție trebuie să fie cele medicale, fără nici o discriminare.
- Pacienții au dreptul să-și aleagă și să schimbe medicul sau instituția medicală, cu condiția ca aceasta să funcționeze conform criteriilor și standardelor sistemului medical respectiv.

- Externarea sau transferul dintr-o unitate medicală se poate face după ce pacientul primeşte explicaţiile necesare pentru a înţelege motivaţia acestei decizii.
- Pacientul externat trebuie să aibă la dispoziţie, atunci când condiţiile o cer, servicii de îngrijiri comunitare.
- Pacienţii vor fi trataţi cu respectul cuvenit pentru cultura şi valorile lor.
- În timpul îngrijirilor, pacienţii au dreptul să beneficieze de prezenţa şi sprijinul familiilor, prietenilor.
- Pacienţii au dreptul la uşurarea suferinţelor lor, în conformitate cu cunoştinţele ştiinţifice actuale.
- Pacienţii aflaţi în stare terminală au dreptul la îngrijiri terminale, fiind ajutaţi, cu compasiune şi respect pentru fiinţa umană, să moară cu demnitate.

6. Reguli generale:

- Pacienţii se bucură de aceste drepturi, fără discriminare.
- Pacienţii pot fi supuşi doar la acele limite care sunt compatibile cu Declaraţia Drepturilor Omului şi în conformitate cu o procedură prevăzută ca atare în lege.
- În cazul pacienţilor care nu pot beneficia ei înşişi de aceste drepturi şi nici nu au un reprezentant legal desemnat, trebuie luate măsuri suplimentare de reprezentare a pacienţilor.
- Pacienţii au acces la acele informaţii şi sfaturi care să le permită exercitarea deplină a drepturilor stipulate.
- Atunci când pacienţii simt că drepturile nu le-au fost respectate, ei au dreptul să facă plângere. În afară de tribunal, trebuie să existe mecanisme independente, la nivelul diferitelor instituţii şi organizaţii, care să asigure procesul de arbitrare şi judecare a plângerilor. Informaţiile referitoare la procedurile aplicate în cazul unei plângeri trebuie să fie la dispoziţia pacienţilor. Pacienţii au dreptul de a le fi luate în considerare plângerile şi de a li se comunica rezultatele evaluărilor făcute.

Prin cunoaşterea acestor drepturi, atât de către pacienţi, cât şi de către profesioniştii din domeniu, se realizează premizele unei relaţii pacient – furnizor de servicii medicale bazată pe sprijin şi respect reciproc, toţi fiind mai conştienţi de responsabilităţile lor atunci când solicită sau oferă îngrijiri medicale.

Evoluţia acestui domeniu este impresionantă. Apar concepte noi, se discută deschis despre teme care altă dată păreau intangibile, se acceptă lucruri care păreau de neconceput, iar diversitatea existentă între diferitele ţări europene ridică serioase semne de întrebare, din punct de vedere etic, având în vedere libera circulaţie a persoanelor şi iminenta lărgire a Uniunii Europene.

Se discută acum nu doar de „consimţământul informat", ci de „consimţământul ideal", care se realizează atunci când cel care furnizează informaţiile necesare se asigură că a transmis tot ceea ce trebuia, se convinge că pacientul a înţeles tot ceea ce i s-a transmis şi că are deplin discernământ în a lua decizia în ceea ce îl priveşte, evitând totodată să facă cea mai mică presiune asupra acestuia.

Nu mai există nici o unitate medicală serioasă care să nu-şi ia toate precauţiunile privind consimţământul la tratament. În ceea ce priveşte cercetarea medicală, formularele

de accept devin din ce în ce mai complexe, acoperind toate aspectele, de la cele strict ştiinţifice la cele administrative şi financiare.

Atenţia acordată păstrării confidenţialităţii, în ceea ce priveşte informaţiie legate de pacienţi, nu este nouă. Menţiuni în acest domeniu se găsesc şi în texte foarte vechi, datând de la începutul erei moderne, sec.I d.c. Texte aparţinând unor precursori din diferite colţuri ale lumii antice, fac referire la obligaţia medicului de a nu divulga secretele încredinţate lui. În texte vechi, din India, Persia, Israel, găsim formulări de genul:

- "obiceiurile casei pacientului nu vor fi făcute publice"
- " nu vei dezvălui secretele încredinţate ţie"
- "un medic trebuie să respecte confidenţele şi să protejeze secretele pacientului"

O consecinţă a vieţii moderne o reprezintă problematica confidenţialităţii în cazul folosirii Internet-ului.Datorită posibilităţilor multiple de a avea acces la informaţii stocate în format electronic, preocuparea pentru asigurarea confidenţialităţii în aceste cazuri este mai mult decât justificată. De-a lungul timpului a fost demonstrat că există suficiente posibilităţi de a identifica un anumit user, cu atât mai mult existând pericolul real de a fi accesate bazele de date cu informaţii despre pacienţi. De aceea, preocupările unor state, de a asigura măsuri de protecţie împotriva piratării bazelor de date apare mai mult decât justificată. Astfel, în SUA, în anul 1995 a fost adoptată legea privind "Medical records confidentiality".

În Europa, în acelaşi an se elaborează directiva 95/46/CE, privind protecţia şi libera circulaţie a datelor personale (intrată în vigoare în 1998). Ţările care nu aveau o legislaţie specială în domeniu au fost nevoite să facă acest lucru.

Publicul, în general şi pacienţii, în special, doresc să li se respecte dreptul la intimitate, la păstrarea secretului privind informaţiile personale. Această dorinţă este tot mai evidentă şi este demonstrată de diverse studii care au fost făcute. Astfel, dacă în anul 1970 doar 34% dintre americani erau preocupaţi de modul în care li se respectă dreptul la confidenţialitate, 25 de ani mai târziu această proporţie a crescut la 80%. De fapt, încă în anul 1890 Louis Brandeis a scris o carte intitulată "The right to be let alone", ceea ce s-ar putea traduce "Dreptul de a fi lăsat în pace".

Orice informaţie i se transmite unui pacient, aceasta trebuie scrisă într-un limbaj adecvat posibilităţilor sale de înţelegere, şi redactată cu un scris cât mai lizibil.

Prescripţiile medicale trebuie formulate cât mai clar, medicul asigurându-se că a fost bine înţeles.În jurisprudenţa din SUA există cazuri în care medicii au fost condamnaţi la plata unor sume importante, sentinţa fiind dată "pentru scris ilizibil". Chiar dacă, cel puţin într-unul dintre cazurile cunoscute, urmările au fost dramatice pentru pacienţi, judecătorul nu a considerat ca fiind un caz de practică medicală greşită, ci o consecinţă a faptului că medicul nu s-a asigurat că ceea ce el a vrut să prescrie a fost corect înţeles. De altfel, Asociaţia Medicală Americană recomandă medicilor să utilizeze calculatorul sau maşinile de scris, pentru a evita producerea unor astfel de evenimente.

Interesant de amintit este faptul că, revenind la prescripţia medicală (tradiţionala "reţetă"), vom întâlni, în ţările cu tradiţie în respectarea principiilor eticii medicale şi a drepturilor pacienţilor, formulare care nu au prevăzut nici un spaţiu special pentru menţionarea diagnosticului. Prescripţia medicală este un document la care au acces mai multe persoane şi s-a considerat că este suficientă indicaţia medicului pentru un anumit tratament. Dacă a ales bine, medicamentul sau dozele, este responsabilitatea sa directă. Probabil că acelaşi lucru ar trebui să se întâmple şi în cazul

altor documente medicale care, cel puțin la noi în țară, conțin informații considerate în alte părți ca fiind confidențiale și pe care le pot afla o mulțime de persoane, din afara profesiei medicale, care au acces, prin natura serviciului, la acele acte.

Acum se înregistrează un aspect particular al respectării confidențialității datelor încredințate medicului. Tot mai multor medici li se solicită de către companii de asigurări de viață date despre starea de sănătate a unora dintre pacienții lor. În cazul în care pacienții nu-și dau acordul, aceste date nu pot fi transmise, chiar dacă pacientul în cauză nu mai este în viață. Un astfel de risc este asumat deliberat de companiile respective și nu este dreptul nici unui medic să divulge date personale privind pe pacienții săi. În condițiile în care aceștia își dau acordul, medicul este obligat să transmită numai acele date care sunt strict necesare și să-și informeze pacientul asupra a ceea ce urmează a transmite. Pacienții au dreptul să cunoască aceste rapoarte medicale, înainte de a fi transmise. Dacă nu sunt de accord cu datele ce urmeză a fi transmise au dreptul să-și spună punctul de vedere și să facă propriile lor completări și ajustări. Pacienții au dreptul să comunice direct obiecțiile lor către cel care a solicitat datele respective.În condițiile în care pacientul este de acord cu transmiterea informațiilor cerute, medicul nu are dreptul să omită sau să falsifice nici un episod.

Bineînțeles că refuzul medicului de a transmite informații, dacă nu are acordul pacientului, trebuie să acționeze chiar și după moartea acestuia. În această împrejurare, medicul poate furniza informațiile respective doar dacă există un acord prealabil exprimat al pacientului în cauză.

Orice divulgare involuntară de informații confidențiale despre un pacient, constituie abatere etică.

Excepții de la respectarea fără restricții a confidențialității se pot face doar dacă acest lucru este în interes public, dacă există o prevedere legală în acest sens sau dacă se consideră că nedivulgarea unor informații pune în pericol o terță persoană. În aceste situații medicul este îndreptățit să renunțe la principiul confidențialității. Exemple se pot găsi în practica psihiatrică, în cazul bolilor contagioase, a celor cu potențial de răspândire în masă, etc.

Există mai multe domenii în care controversele etice au împărțit lumea medicală în grupuri cu păreri diferite.

Clonarea a iscat dezbateri aprinse, iar deciziile adoptate nu sunt aceleași, nici între diferite țări, nici în aceeași țară, în cazul instituțiilor diferite.

Descifrarea genomului uman deschide posibilități nebănuite încă, cu implicații greu de imaginat acum și cu posibile consecințe ireparabile.

Progresele mari făcute de știința medicală au indus ideea că totul este posibil, că moartea poate fi învinsă oricând și că, dacă se moare este din vina profesioniștilor din domeniu. Iată de ce sunt voci care încep să considere moartea nu ca pe un eveniment ce trebuie evitat cu orice preț, ci ca pe un proces normal, ce face parte, paradoxal, din viață.

Legalizarea, în unele părți, a eutanasiei pare că este contrară însăși esenței jurământului pe care fiecare medic îl rostește atunci când intră în profesie. Mai mult, se publică studii care analizează care este economia făcută prin scurtarea vieții unor bolnavi aflați în stare terminală. Majoritatea organizațiilor profesionale sunt împotriva acestei acceptări a eutanasiei și totuși, au fost politicieni care au considerat că dreptul persoanei la autodeterminare trebuie considerat ca fiind suprem și au legalizat eutanasia.

De aceea, atingerea unor subiecte ca acesta, al drepturilor pacienților, este important și de neevitat în actuala etapă a evoluției sistemelor medicale și a științei, în general.

7. Siguranța pacienților internați:

Pacientul trebuie să fie în centrul preocupărilor tuturor celor care lucrează în sistemul îngrijirilor de sănătate. Misiunea principală a unui spital este aceea de a-i ajuta pe pacienți să-și recapete și să mențină o stare de sănătate corespunzătoare.De aceea, multe spitale din lume au preocupări deosebite în domeniu, cu scopul declarat de a fi permanent în serviciul pacienților lor și de a împiedica producerea oricăror evenimente nedorite pentru aceștia. Este adevărat, o astfel de atitudine este dictată, uneori și de competiția existentă în sistem.

Este bine știut că partea strict medicală are doar un impact terapeutic imediat. Relațiile interpersonale cu profesioniștii, precum și calitatea mediului spitalicesc, în care sunt obligați să trăiască o perioadă de timp, au efecte demonstrate asupra modului de recuperare.Este la fel de bine știut că nu toți cei care lucrează într-un spital au cunoștințele elementare privitoare la etica medicală. De aceea, mulți au considerat util elaborarea unui ghid de bună purtare cu pacienții.

Un astfel de exemplu este spitalul Universității din Lexington, statul Kentucky, SUA. Spitalul a elaborat „Standardele de comportament ale personalului medical în procesul de îngrijiri medicale".

Principiile acestor standarde sunt :

A. *orice pacient va fi considerat ca o persoană valoroasă, unică, de neînlocuit*
   - modul de adresare va fi cât se poate de reverențios
   - pacienții vor fi salutați politicos, dar fără efuziuni inutile
   - se va evita întreruperea unor activități pe care pacienții le pot considera ca ținând de intimitatea lor (vizitele familiei, masa, îmbăiatul)
   - atunci când se va referi la un pacient, personalul nu va folosi denumiri de boală, organ bolnav, etc.
   - personalul va respecta valorile culturale și tradițiile fiecărui pacient

B. *siguranța pacientului, sănătatea și bunăstarea sa vor fi protejate și nu vor fi influențate de nici un interes legat de probleme organizaționale,educative, de personal sau de cercetarea medicală*
   - pacientul trebuie informat corect asupra fiecărei activități care este în afara a ceea ce a fost indicat din punct de vedere strict medical, precum și asupra dreptului său de a refuza să participe
   - consimțământul pacientului trebuie obținut doar pe formularele tipizate, de față cu martori; aceste formulare, odată completate și semnate devin parte a dosarului medical
   - personalul este obligat să se prezinte la serviciu într-o bună formă fizică și psihică
   - personalul este obligat să raporteze orice boală de care sunt atinși

C. *intimitatea fiecărui pacient și confidențialitatea informațiilor personale trebuie protejate*
   - în spațiile publice sunt interzise discuțiile despre pacienți
   - în timpul consultațiilor se va asigura protecția fonică și vizuală

- pentru efectuarea examenului fizic al pacientului sau pentru efectuarea unor tratamente, la cererea acestuia, poate fi desemnată o persoană de acelaşi sex
- doar persoanele autorizate de spital şi care sunt implicate în îngrijirea pacientului, pot avea acces la dosarul medical
- informaţii privitoare la pacienţi pot fi furnizate numai de către persoanele special desemnate
- la cererea pacientului, accesul vizitatorilor va fi limitat

D. *pacienţii sau reprezentanţii lor legali vor fi informaţi în permanenţă cu privire la personalul care îi are în îngrijire, planurile terapeutice, serviciile şi alte facilităţi ce pot fi oferite,precum şi asupra responsabilităţilor care le revin,în calitate de pacienţi*

- personalul trebuie să-şi decline cu claritate identitatea şi funcţia
- orice tratament, procedură, intervenţie vor fi explicate pacienţilor şi familiei
  i. scopul şi de ce este necesar
  ii. ce se aşteaptă de la pacient
  iii. la ce trebuie să se aştepte pacientul
  iv. timpul necesar
  v. rezultatele estimate
  vi. dreptul pacientului de a refuza
- nici o procedură, nici chiar cele de rutină, nu se va efectua fără o atenţionare prealabilă

E. *comportamentul întregului personal angajat în procesul de îngrijire va fi orientat spre satisfacerea nevoilor pacienţilor, acţionându-se cu demnitate şi responabilitate, cu respect pentru pacienţi şi familiile acestora*

- personalul va raporta, persoanelor abilitate, orice abatere de la etica medicală, precum şi omisiunile sau erorile apărute în îngrijirea pacienţilor
- personalul este obligat să fie punctual la orice întâlnire stabilită cu un pacient
- personalul nu are voie să discute cu pacienţii probleme personale
- personalul nu are voie să angajeze discuţii contradictorii cu pacienţii şi familiile acestora, precum nici controverse profesionale în prezenţa acestora
- personalul va evita intimităţi nepotrivite cu pacienţii

F. *fiecare pacient trebuie să aibă un medic care să fie responsabil cu urmărirea zilnică a evoluţiei, cu conceperea planurilor terapeutice, etc.*

- va fi cunoscut după nume şi figură
- este responsabil cu informarea pacientului
- este responsabil cu managementul planurilor terapeutice
- va vizita pacientul cel puţin odată pe zi

Din această simplă enumerare şi sumară abordare a unor probleme ale eticii medicale, se vede clar că nu pot fi date soluţii universal valabile, că nu pot fi „pregătite" răspunsuri ulterior aplicabile. Precum în medicina clinică, unde nu vorbim de boli, ci de bolnavi, atunci când abordăm aspecte cu implicaţii etice trebuie să ne gândim la cazuri **particulare**, cu analize **particulare** şi cu decizii **particulare.**

CAPITOLUL VII

MEDICINA BAZATA PE DOVEZI SI GHIDURILE DE PRACTICA

I. Introducere

Termen apărut destul de curând, fiind introdus ca atare la începutul anilor '80 de către profesorul Gordon Guyatt, a fost utilizat inițial ca strategie de învățare în cadrul procesului de educație clinică, destinată inițial studenților Scolii de Medicină din cadrul Universității Mc Master-Canada, el își are rădăcinile în curentele filosofice ale Parisului de la jumătatea secolului al XIX-lea. Istoria medicinii abundă de dogme conform cărora cunoașterea în medicină se bazează în principal pe părerea autorităților în domeniu, pe tradiție și teorii fiziopatologice. Inlocuirea dogmelor cu observațiile empirice s-a făcut lent, având începuturile în jurul anului 1536 când Ambroise Pare a început să testeze o serie de ipoteze în cadrul unor observații clinice planificate. Această abordare a fost denumită de către Francis Bacon "experiență ordonată sau controlată", deoarece ea se bazează pe o investigare metodică cu tendințe spre obiectivitate, spre deosebire de "experiențele obișnuite" care se bazează în general pe observații întâmplătoare și cu valențe puternice spre subiectivism. James Lind, chirurg al flotei navale britanice, a continuat și dezvoltat aceste eforturi pentru "a îmbunătăți evidența în medicină" prin studiile sale, asemănătoare cu cele clinice controlate (ne-randomizate) din zilele noastre, cu privire la tratamentul scorbutului încă din anul 1747. Pierre Luis, în anul 1836, publica bine-cunoscuta sa lucrare despre evaluarea eficienței sângerării ca metodă de tratament în pneumonie.

II. Ce înțelegem prin Medicină Bazată pe Dovezi ?

Termenul de " Evidence Based Medicine" poate fi tradus în limba română sub forma de "*medicină bazată pe evidențe*", "*medicină bazată pe argumente științifice*" sau de "*medicină bazată pe dovezi*" (*MBD*). In continuare vom utiliza acest ultim termen. El a fost definit în anul 1995 de W. Rosenberg și A. Donald ca fiind procesul sistematic de căutare, evaluare și utilizare a rezultatelor cercetării medicale pentru a folosi ca bază deciziei clinice. David Sackett și colaboratorii săi l-au definit, în anul 1997, ca fiind "*utilizarea minuțioasă, explicită și înțeleaptă a celei mai bune dovezi științifice, existente la un moment dat, în procesul de îngrijire a unui anume pacient*". Vom analiza mai atent această definiție.

Utilizarea "minuțioasă " se referă la utilizarea cotidiană, sistematică, susținută, cu efort din partea celui care o practică, a celei mai bune dovezi științifice.

Utilizarea "explicită " implică existența unei descrieri, cât mai transparentă posibil, (către sine și către alții) a întregului proces de identificare și utilizare a dovezilor regăsite; cu alte cuvinte sunt descrise pe larg dovezile analizate, modul în care s-a ajuns la aceste dovezi, modul de evaluare critică precum și semnificația și impactul acestor dovezi.

Utilizarea "înțeleaptă" sau *"judicioasă"* face referire la ipoteza că medicul practician va utiliza cea mai bună dovadă științifică în acord cu ceea ce îi spune, pe de o parte "simțul clinic" iar pe de altă parte, în funcție de valorile și preferințele pacientului pe care îl tratează.

Ca o sinteză a acestor idei, David Sackett (împreună cu colaboratorii săi) definește MBD ca fiind procesul de integrare a trei concepte :

- *cea mai bună dovadă actuală rezultată din cercetarea medicală*
- *simțul clinic al medicului practician*
- *valorile și preferințele pacientului*

Cea mai bună dovadă actuală se referă la rezultatele relevante disponibile pentru problema de rezolvat și care provin din studiul științific cel mai sus situat în ierarhia studiilor științifice valabile la momentul respectiv (cunoscută și sub numele de piramida

dovezilor). Aceasta din urmă reprezintă ierarhizarea tuturor studiilor ştiinţifice în ordinea descrescătoare a valorii rezultatelor lor, în funcţie de rigoarea metodologiei de cercetare folosită.

Simţul clinic este definit extrem de sugestiv de profesorul Pius Brînze ica fiind capacitatea medicului de a-şi utiliza abilităţile clinice şi experienţa astfel încât să identifice rapid starea de sănătate şi diagnosticul unui anumit pacient precum şi să identifice, pe de o parte, riscurile şi beneficiile pentru acel pacient determinate de intervenţiile sale, pe de altă parte, valorile şi aşteptările acelei persoane.

Valorile pacientului se referă la preferinţele, priorităţile, interesele, îngrijorările şi aşteptările pe care orice pacient le investeşte în orice relaţie medic-pacient.

K.A. Mc Kibbon şi colaboratorii au definit conceptul de „evidence-based medicine" ca fiind o modalitate de a practica medicina care promovează interpretarea şi integrarea dovezilor rezultate fie din cercetare, fie direct observate de către clinician şi care sunt importante, valide şi aplicabile pacientului în cauză. Cea mai bună dovadă ştiinţifică disponibilă la momentul respectiv, moderată de preferinţele şi circumstanţele pacientului este aplicată pentru a îmbunătăţi calitatea judecăţii clinice.

Termenul de MBD aparţine unui termen mai larg de practică bazată pe dovezi care reprezintă o modalitate de luare a deciziei în care clinicianul utilizează cea mai bună dovadă ştiinţifică, consultându-se cu pacientul pentru a putea decide care opţiune este cea mai benefică pentru pacient (Muir Gray JA, 1997). Prin analogie cu definiţia oferită de David Sackett în anul 1997, îngrijirile de sănătate bazate pe dovezi reprezintă procesul de utilizare susţinută, explicită şi judicioasă a celei mai bune dovezi în procesul de îngrijire al unor pacienţi (Marwick C., 1997). Acest ultim termen extinde aplicarea principiilor MBD în cadrul tuturor profesiilor asociate procesului de îngrijiri (educaţia, managementul sau economia sanitară).

III. De ce avem nevoie şi de simţ clinic şi de dovezi ştiinţifice?

Pe de o parte deoarece, practica medicală, în lipsa dovezilor care să sprijine deciziile pe care le luăm, devine depăşită şi extrem de periculoasă pentru binele pacientului, pe de altă parte deoarece, atunci când nu se ţine cont de simţul clinic, practica medicală decurge după nişte „şabloane", fiind comparată cu "practica medicinii după o carte de bucate". Shaugnessy şi colaboratorii săi au comparat practica medicală cu muzica. (Shaugnessy A. Slawson D. 1998) Astfel, practica necesită atât deprinderi tehnice cât şi experienţă şi artă individuală. Dintre genurile medicale, cea mai apropiată metaforă se poate face cu jazz-ul, gen muzical care îmbină fericit tehnica cu improvizaţia. O comparaţie între cele două tipuri de cunoaştere aplicabile în medicină: experienţa clinică şi aplicarea rezultatelor ştiinţei este prezentată în tabelul următor :

Ştiinţa	**Experienţa**
explicită (poate fi evaluată)	implicită (nu poate fi evaluată)
universală (bazată pe studii populaţionale)	personală (individualizată)
abstractă (reguli generale)	concretă (priveşte un singur pacient)
publică /împiedică autonomia medicului	tacită /baza autonomiei medicale
democratică	autoritară

Tabel 7.1.

Simţul clinic este o metodă de cunoaştere care permite medicului experimentat să ajungă să pună un diagnostic doar după câteva minute destinate anamnezei pacientului, chiar dacă îi este dificil să reconstituie modul în care a ajuns la această concluzie. Ea are la

bază o practică îndelungată, deprinderi de a asculta cu atenție ceea ce spune pacientul precum și o bună capacitate de înțelegere a nevoilor pacientului.

In spatele metodei de cunoaștere prin experiență există câteva semne de întrebare:

- falsa atribuire a rezultatelor unei intervenții datorită lipsei grupului de control - evoluția naturală sau rezultatele intervenției ?
- uneori se poate presupune că pacientul a evoluat bine neprezentându-se la medic.
- nu pot fi utilizate date și efectua analize statistice în vederea unor previziuni ("Cum se poate determina la câți pacienți tratamentul a dat rezultate bune?").
- cum pot fi generalizate rezultatele fără o testare științifică riguroasă?
- exista tendința de a aplica tratamentele noi, ale căror rezultate nu sunt sigure, în cadrul unor grupuri de pacienți care au șanse mai mari să răspundă favorabil.
- uneori medicul vede ceea ce dorește să vadă, iar pacientul spune ceea ce crede el că dorește medicul ca rezultat al practicii sale.

Există și câteva dezavantaje ale metodei de cunoaștere științifice :

- de multe ori pacienții întâlniți în practica curentă nu sunt identici cu cei din studiu și de aceea, cunoscând faptul că un tratament este eficace în cazul unui anumit tip de pacient nu înseamnă automat că el este util și în îngrijirea acordată următorului pacient care se poate afla la extremitatea curbei de distribuție.
- relevanța studiului are de suferit atunci când sunt excluse aspecte frecvent întâlnite în practica curentă iar pe de altă parte cea mai bună metodă științifică este cea obiectivă, neputând fi supusă judecății.
- eficiența unor tratamente nu reprezintă totul; trebuie luate în considerare și aspecte precum cele economice, etice și personale. De exemplu, în Norvegia a fost descurajată utilizarea unui agent antiosteoporotic de tipul alendronatului deoarece, deși reduce riscul fracturii de șold, doar la 90 de femei la risc, tratate timp de 3 ani, a fost prevenită o fractură de șold, cu niște costuri financiare imense, care pot destabiliza echilibrul financiar al unui sistem de îngrijiri.

Cu alte cuvinte, nici simțul clinic singur și nici dovezile ce provin din cercetarea științifică în exclusivitate nu pot produce "hit-uri" medicale. Sunt necesare astfel atât *structura* medicinii bazate pe dovezi științifice cât și *improvizația* experienței clinice. Venind în întâmpinarea acestei necesități, este necesar să fie căutate acele dovezi care îl privesc direct pe pacient – **POEMs (Patient-Oriented Evidence that Matters)**. Aceste dovezi sunt importante deoarece, atunci când sunt valide, pot schimba practicile curente spre binele pacientului. **POEMs** reprezintă acele studii care includ pacienți similari cu cei tratați. Aceste studii își propun rezultate care să îl vizeze direct pe pacient (reducerea riscului de deces, evitarea invalidității etc).

In comparație cu **POEMs** există **DOE (Disease Oriented Evidence)**. **DOE** includ studii desfășurate în cadrul unor populații nespecifice sau studii care urmăresc rezultate intermediare (de exemplu, modificări ale rezultatelor testelor de laborator, testelor imagistice sau index-urilor fiziologice). Acest tip de informații sunt utile pentru înțelegerea procesului și mecanismelor afecțiunilor și reprezintă un punct de plecare pentru studiile care își propun să aducă dovezi de tip **POEMs** dar nu un substitut pentru datele aduse de studiile ce privesc pacienții. Un exemplu de dovadă de tip POEMs este cel reprezentat de studiile comunitare cu privire la efectul tratamentului hipocolesterolemiant asupra incidenței evenimentelor terminale cardiovasculare, în timp ce dovezi de tipul DOE pot fi reprezentate de studii clinice de specialitate cu privire la efectul aceluiași tratament hipocolesterelemiant asupra nivelului lipidelor totale serice. Dovezile de tip POEMs trebuie să fie combinate cu experiența practică și trebuie să lase loc acesteia sau celor de tip DOE doar atunci când ele nu sunt disponibile.

IV. Necesitatea apariției MBD

1. Schimbarea modelului decizional în domeniul medical

Majoritatea medicilor privesc practica curentă ca fiind deja "bazată pe dovezi", prin utilizarea unor metode științifice de luare a deciziilor în ceea ce privește diagnosticul și tratamentul unei afecțiuni. Dar, până recent, practica medicală se baza aptitudinile clinice ale medicului, precum și pe inteligența și arta punerii diagnosticului deopotrivă. In majoritatea cazurilor se putea prevedea evoluția unui anume pacient doar prin prisma observațiilor clinice nesistematice. Conform modelului clasic de luare a deciziei la nivel clinic, cunoașterea fiziologiei și fiziopatologiei era suficientă pentru a ghida practica curentă. Problemele neobișnuite erau rezolvate prin sfaturile și întrunirile medicale colegiale.

O analiză mai atentă a strategiilor de identificare a informațiilor utilizate zi de zi, permite următoarea clasificare a acestora:

- "dăm cu banul" (poate fi util doar dacă avem doar două opțiuni și le cunoaștem în prealabil pe amândouă)
- "ghicim" (utilă atunci când ne încredem ușor, dar ce ne facem atunci când suntem întrebați "Pe ce ne bazăm?")
- "să nu faci rău" (Hippocrate) adică "nu încerca nimic periculos de inovativ"
- "ne amintim cunoștințele deprinse de-a lungul procesului de educare profesională" (în unele cazuri ceea ce era valabil în urmă cu 10 ani)
- "întrebăm colegii" ("Care dintre ei merită ascultat?")
- "consultăm tratatele medicale" ("Dar cât de vechi și cât de încredere sunt?")
- "răsfoim revistele medicale" ("Mai bine, dar care dintre ele?")
- "căutăm în bazele de date medicale" (necesită o evaluare critică)

In concluzie, noul model de luare a deciziei are la bază conceptul conform căruia educația medicală reprezintă un proces continuu și orientat către soluționarea problemelor pacientului.

La baza acestui nou model de luare a deciziei la nivel practic stau următoarele principii :

- *experiența clinică* este importantă dar observațiile trebuie efectuate sistematic și fără greșeli
- *fiecare afirmație trebuie să aibă o referință* la literatura originală
- *rezultatele studiilor trebuie apreciate critic,* în concordanță cu niște reguli de stabilire a evidenței.

Cu alte cuvinte, Medicina Bazată pe Dovezi produce o schimbare de paradigmă (model) de la "cum să fiu la curent cu ultimele rezultate ale cercetării medicale? " la "cu care dintre aceste rezultate merită să fiu la curent?"

Conform afirmației făcute de Archie Cochrane doar 15% din intervențiile medicale au la bază dovezi științifice solide. In sprijinul acestei afirmații vin și rezultatele unor studii conform cărora, doar 21% din tehnologiile de diagnostic și terapeutice evaluate de US NIH erau bazate pe dovezi științifice puternice.

Conform principiilor MBD, medicul trebuie să fie capabil să găsească informația medicală necesară lui sau pacientului său, într-o formă utilă și la momentul în care este nevoie de această informație. Medicul trebuie să aleagă între informațiile medicale relevante și cele nerelevante, între informațiile de calitate și cele care nu sunt de calitate precum și între informațiile de valoare și cele lipsite de valoare.

2. Motivele practice ale practicii bazate pe dovezi

In ultimul deceniu se observă o explozie a informației în toate domeniile științei. Nici medicina nu face excepție de la această tendință generală. A crescut numărul revistelor publicate, numărul conferințelor în cadrul diferitelor specialități, etc. Vechiul model al procesului de luare a deciziei la nivel medical, bazat pe opinia medicului sau a colegilor săi, pe ipoteza conform căreia cunoașterea mecanismelor fiziopatologice este suficientă pentru a putea practica medicina este depășit iar în practica medicală survin 2 mari schimbări: pe de o parte medicul trebuie să aibă mai multe cunoștințe iar pe altă parte practica lui trebuie să fie mai eficientă. Toate acestea, în contextul în care există o schimbare a comportamentului pacientului, care devine mai informat și doritor să se implice mai activ în procesul de luare a deciziei. Tot odată, la nivelul politicilor din sistemul medical, au survenit și continuă să apară mari schimbări. In prezent medicul nu mai are timpul necesar analizei muncii sale și de aceea apare necesitatea de a folosi la maximum timpul pe care îl are la dispoziție, punându-și întrebări și căutând soluțiile cele mai bune la problemele pe care le are de rezolvat.

Ne aflăm în fața unor provocări cărora trebuie să le facem față. Zilnic apar noi dovezi care pot conduce la modificări majore ale practicii curente. Pe de altă parte, sunt necesare, zilnic, informații de calitate care să vină în sprijinul deciziilor care trebuie să fie luate. In funcție de tipul de serviciu medical în care își desfășoară activitatea, un medic vede zilnic un număr de pacienți de ordinul zecilor. In cadrul procesului de îngrijire a acestora apar inevitabil întrebări (studiile relevă apariția în medie a 2 întrebări la 3 pacienți). De-a lungul unui an de zile, un medic trebuie să ia câteva mii de decizii. Conform unui studiu efectuat în anul 1985 de Covell și colaboratorii, 40 % din întrebări sunt factuale (de tipul "Ce doze se administrează ?"), 43 % se referă la opiniile și aspectele medicale, iar 17 % nu sunt medicale. O treime din întrebări sunt adresate medicului la prima întâlnire cu pacientul. Deși dovezile respective sunt necesare, nu se reușește întotdeauna să fie găsite. De ce se întâmplă acest lucru ? In mare parte datorită faptului că sursele tradiționale fie sunt depășite (cazul majorității tratatelor medicale), fie sunt greșite (părerile unor experți în domeniu), ineficiente (cursuri și activități în cadrul educației medicale continue), fie dovezile respective sunt greu de utilizat și variabile ca validitate (cazul revistelor medicale).

In timp ce simțul clinic și cunoștințele cu privire la anumite practici se dezvoltă odată cu experiența, posibilitatea de a fi la curent cu noile dovezi științifice și eficacitatea activității scade odată cu trecerea timpului.

Medicul trebuie să fie informat și pregătit pentru a aprecia critic informațiile pe care i le prezintă pacientul. Astfel își mărește credibilitatea și vine în întâmpinarea dorinței pacientului de a fi tratat de un medic bine informat și capabil să ofere explicații clare și amănunțite. Pentru acestea, medicul practician ar trebui să citească în medie aproximativ 19 articole pe zi timp de 365 de zile pe an, în condițiile în care timpul alocat cititului este în medie de 30 de minute pe săptămână. (Sackett D. și col. 1997).

3. Avantajele practicării MBD

- permite integrarea firească a educației medicale continue cu practica medicală zilnică
- poate fi învățată de persoane cu diferite specialități și cu diferite nivele de pregătire (momente din carieră), de la studenții în medicină și până la profesorii universitari, inclusiv de către pacienți pentru a putea alege cea mai bună opțiune
- poate îmbunătăți continuitatea și uniformitatea îngrijirilor printr-o abordare comună și stabilirea unui limbaj comun în cadrul echipelor terapeutice
- permite utilizarea judicioasă a resurselor existente de către managerii sistemului de sănătate

Pentru medicul practician prezintă următoarele avantaje :

- permite înțelegerea metodologiei procesului de cercetare ştiinţifică
- familiarizează medicul cu metodele de cercetare
- dezvoltă gândirea critică
- permite medicului să-şi identifice "golurile" din pregătirea medicală
- creşte încrederea medicului în corectitudinea deciziilor luate în practica curentă
- este benefică pentru dinamica de grup (grup de medici)

Avantajele pentru pacient ar fi reprezentate de:

- comunicare mai bună între medic şi pacient
- compliantă mai bună a pacienților
- satisfacție mai mare a pacienților

4. Limite ale aplicării MBD

Unele dintre acestea sunt întâlnite frecvent în practica medicală, nefiind specifice Medicinii Bazate pe Dovezi. De exemplu:

- *lipsa unor dovezi coerente şi consistente*, care sunt suplinite de obicei prin experiența clinică şi judecata medicului practician. Câteodată însă dovezile deşi există, sunt inconsistente, neconcludente sau de proastă calitate. O posibilă rezolvare a acestei probleme este îmbunătățirea accesului şi diseminarea sintezelor sistematice ale literaturii medicale.
- *dificultățile de aplicare a dovezilor în cazul pacienților individuali.* Pentru a veni în întâmpinarea acestei critici, teoretic pot fi desfăşurate nişte studii clinice randomizate, particulare, intitulate „studii N = 1", analize pe subgrupe, utilizarea unor indicatori de tip "number needed to treat" sau "number needed to harm". Valorile pacienților pot fi încorporate prin desfăşurarea unor analize de decizie formale.
- *barierele practicării medicinii de calitate* în condițiile în care medicul vede mai mulți pacienți într-un timp mai scurt.
- *limitarea libertății clinice.* In realitate, Medicina Bazată pe Dovezi permite finanțarea acelor terapii eficace şi eliminarea intervențiilor care au fost dovedite ineficiente sau periculoase.
- alte limite sunt reprezentate de: *necesitatea dezvoltării unor noi deprinderi, resurse limitate şi timp limitat.* In întâmpinarea acestor probleme vin observațiile conform cărora medicii pot deprinde noile calități necesare oricând şi în mai multe stadii ale pregătirii medicale, iar resursele informative sunt în continuă dezvoltare.
- O ultimă observație ridicată ar fi aceea conform căreia *MBD nu "funcționează".* Deşi nu există dovezi care să provină din studii randomizate, există însă dovezi conform cărora pacienții care au primit terapii demonstrate a fi eficace au avut o evoluție mai bună decât cei care nu le-au primit. Pe de altă parte, există din ce în ce mai multe studii care vin să demonstreze că Medicina Bazată pe Dovezi este practicată în mod curent şi cu rezultate în pediatrie, chirurgie sau medicina de familie (Dowell, Gill, Neal şi colaboratorii, 1996).

Există însă şi câteva limite care provin din proasta percepere a principiilor MBD:

- denigrarea simțului clinic
- ignorarea preferințelor pacienților
- promovarea medicinii "după o carte de bucate"
- concept destinat doar medicilor cercetători

- se referă doar la efectuarea cercetării științifice și mai puțin la utilizarea rezultatelor studiilor în practică
- doar studiile randomizate și sintezele sistematice reprezintă dovezi în cadrul MBD

Acestea la un loc reprezintă de fapt pseudolimitări, care provin în general din necunoașterea sau neînțelegerea definiției MBD.

V. Etapele practicării MBD

În general, pașii parcurși pentru rezolvarea unei probleme în practica medicală curentă, sunt:

a) *conștientizarea unei nevoi de informații suplimentare* – recunoașterea acestei nevoi depinde în primul rând de atitudinea medicului în fața ridicării unei probleme practice
b) *formularea unei întrebări* la care să se poată răspunde
c) *căutarea unor dovezi* care să facă posibil răspunsul la întrebarea respectivă
d) *evaluarea validității* dovezilor respective
e) *estimarea posibilității aplicării* respectivelor dovezi în practica curentă
f) *măsurarea rezultatelor* utilizării în practică a dovezilor respective

Ciclul informației cuprinde următoarele etape:

- *recunoașterea de către medic a nevoii de informații* – depinde așa cum am spus mai sus de atitudinea acestuia în fața unor situații neobișnuite. De exemplu, un pacient care prezintă tuse persistentă, diagnosticat cu bronșită, revine la medicul său pentru persistența simptomatologiei după 2 zile de tratament cu eritromicină. In cazul în care medicul nu gândește de două ori înainte de a lua o decizie, pacientului îi va fi recomandat un alt antibiotic. Spre deosebire de acesta, un medic mai reflectiv încearcă să evalueze din nou diagnosticul ("Dacă bolnavul nu are bronșită?"; "Poate pacientul are un reflux sau vreo alergie"; "Dacă bronșita este virală?"). Pe lângă formularea acestor întrebări multiple, medicul reflectiv are și posibilitatea practicării unei medicini bazate pe nevoile pacientului. Astfel nu este recomandat a se efectua un test antigenic pentru toți pacienții care au gripă. Acest lucru ar oferi prea multe îngrijiri pentru unii și prea puține pentru alții. Din păcate, practica tradițională medicală urmărește mai degrabă cunoașterea răspunsului corect decât formularea întrebărilor corecte. Modelul paternalistic medical trezește o teamă atunci când se descoperă că nu se cunoaște răspunsul la toate întrebările și împiedică recunoașterea acestui fapt. Una din modalitățile prin care se evită "pauza" de câteva minute pentru a gândi critic este aceea de a formula răspunsuri de genul următor: "Acesta este modul în care acționăm noi, doctorii, de la Spitalul/Universitatea "X" și acționând așa toți pacienții au evoluat foarte bine.".
- *căutarea și urmărirea satisfacerii nevoii de informații* – este un pas care ține cont de atitudinea medicului, personalitatea, etica practicii sale, importanța întrebării, cunoașterea resurselor necesare precum și de unii factori de mediu, cum ar fi: accesul la resurse, timpul avut la dispoziție etc.
- *satisfacerea nevoi de informație* – este dependentă de: cunoașterea resurselor informatice, deprinderea de a formula întrebări și condițiile de mediu. Medicul practician are tendința de a formula mai degrabă întrebări specifice pacientului pe care îl îngrijește decât întrebări generale precum cele pe care le formulează cei care promovează principiile Medicinii Bazate pe Dovezi. De exemplu, un medic de familie formulează întrebări de genul : "Am un pacient de 38 de ani cu dispepsie al cărui tată a decedat în urma unui cancer de pancreas. Pacientul este îngrijorat să nu aibă și el cancer și eu trebuie să îl asigur că nu este adevărat. Care este cel mai bun test pentru a putea

exclude cancerul pancreatic în acest caz ? Ar trebui să îi efectuez o ecografie ?". Un epidemiolog sau un medic care practică Medicina Bazată pe Dovezi ar formula însă întrebarea în felul următor: "Care este testul cu specificitatea cea mai mare pentru cancerul pancreatic în cazul unor pacienți cu dispepsie ?".

- *decizia de a implementa răspunsul la o întrebare* în practica de zi cu zi depinde de factori de mediu precum costuri, constrângeri ale sistemului, acceptarea din partea pacientului, modelele de practică, părerea colegilor, etc.

Pasii implicati in practicarea EBM

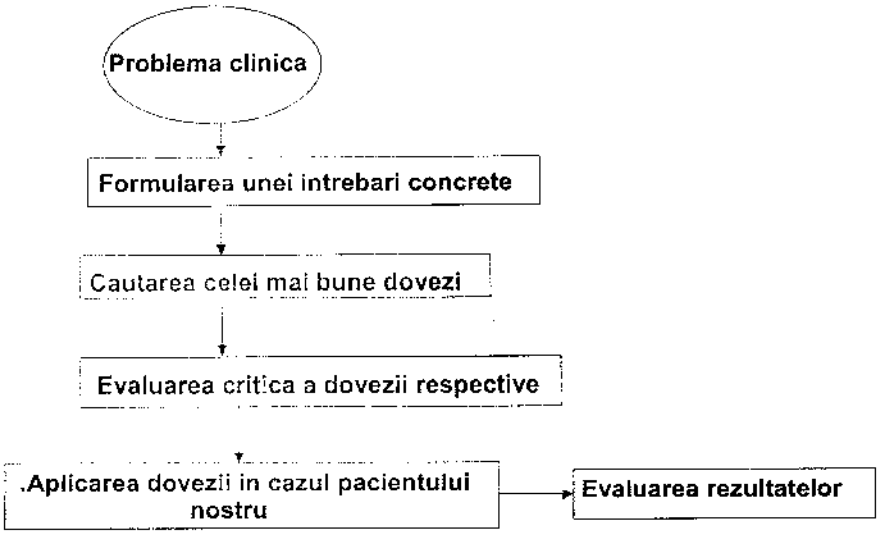


Figura 7.1.

1. Formularea întrebării clinice

Formularea întrebării reprezintă primul pas prin care de obicei medicul transformă lipsa de cunoaștere într-una sau mai multe întrebări care trebuie să posede câteva calități obligatorii: întrebarea trebuie să fie bine formulată, să fie relevantă și, nu în ultimul rând, să aibă o utilitate pentru practică/sau pentru pacient. In general, în practica medicală există două tipuri de întrebări: un prim tip este reprezentat de întrebările *generale* sau *de fond* ("*background questions*"); al doilea tip, de cele *specifice* sau *de perspectivă* ("*foreground questions*"). In domeniul medical, întrebările pot fi formulate ca atare, direct, de către pacienți sau familiile lor și adresate medicului curant, fie se nasc în cadrul unei inițiative de grup, fie sunt vehiculate de mass-media (de exemplu, articole în ziar privind aspecte controversate ale practicii medicale), fie, și nu în ultimul rând, sunt ridicate de adoptarea unor politici sau inițiative la nivel național (de exemplu, programe de screening).

In general, în formularea unei întrebări, trebuie să se țină cont de următoarele 3 aspecte :

a) Care este problema?
b) Ce se dorește să se facă/să se întreprindă?
c) Unde se dorește să se ajungă/ce se dorește să se obțină?

Revenind la cele două mari tipuri de întrebări, cele de fond au și ele două componente: una care reprezintă rădăcina și care este compusă dintr-o parte interogatorie (cine /ce /unde /când /de ce?) și un verb, precum și o parte de întrebare care se referă la o anumită

afecţiune sau aspect specific al unei afecţiuni. De exemplu: "Ce cauzează boala Levy ?" sau „când apar complicaţiile pancreatitei acute?" Intrebările generale acoperă de obicei întreg spectru de valenţe ale unei afecţiuni: biologice, psihologice sau sociologice.

Spre deosebire de acestea, există întrebări care se adresează unor aspecte specifice ale procesului de îngrijire (diagnosticul, prognosticul şi alternativele terapeutice adresate unor pacienţi cu o anumită afecţiune, prevenţia, precum şi întrebări strict adresate nevoii medicului de a-şi imbunatati cunoştinţele şi de a avea o practică mai eficientă, etc). Pentru a exemplifica tipurile de întrebări care pot să apară în practica curentă, să presupunem că la un serviciu de urgenţă se adresează un bărbat de 65 de ani, cu un istoric de ciroză şi ascită secundare consumului de băuturi alcoolice şi care prezintă hematemeză. La examenul general pacientul prezintă o stare generală alterată, dezorientat, cu o valoare a TA în clinostatism de 90 cu 60 mmHg şi de 70 cu 50 mmHg în ortostatism, cu o AV de 100 bătăi/minut. Intrebările care se pot naşte sunt următoarele :

a) aspectele clinice : – "Care este cel mai specific semn pentru ascită la examenul fizic: semnul valului sau matitate abdominală variabilă cu poziţia ?"
b) etiologie : - "Sângerarea poate produce confuzie la un pacient cu ciroză şi ascită"
c) diagnostic diferenţial : - "La pacienţii cu ciroză şi ascită care este cea mai frecventă cauză de hematemeză: hemoragia varicelor esofagiene sau ulcerul peptic?"
d) test diagnostic : - "La pacienţii cu istoric de abuz de băuturi alcoolice, utilizarea chestionarului CAGE este specifică pentru diagnosticarea abuzului de alcool?"
e) prognostic : - "Hemoragia digestivă creşte riscul de deces la un pacient cu ciroză?"
f) tratament : - "La un pacient cu ciroză şi varice esofagiene care sângerează tratamentul cu somatostatin scade riscul de deces?"
g) prevenţia : - "Tratamentul cu β-blocante scade riscul de deces la un pacient cu ciroză, ascită şi varice?"
h) perfecţionarea medicului : - "Câştig mai multe cunoştinţe despre fiziopatologia ascitei petrecându-mi o oră de studiu în bibliotecă sau petrecându-mi 15 minute consultând varianta pe CD- ROM a aceluiaşi tratat medical?"

Intrebările specifice au de obicei, conform modelului **PICO**, 3 sau 4 componente:

P (pacient)	**I (intervention)**	**C (comparison)**	**O (outcomes)**
Pacientul sau problema care ne interesează	Cum doresc să intervin ? (test diagnostic, factor de prognostic, tratament, percepţia pacientului ş.a.m.d.)	Cu ce mă compar ? (atunci când este cazul)	Care sunt rezultatele care ne interesează pe noi sau pe pacient ?

Tabel 7.2.

Să lămurim câteva aspecte cu privire la componentele unei întrebări formulate conform modelului **PICO** – aplicabil, în general, întrebărilor cu privire la tratament, dar nu numai. Astfel:

P (pacient sau problemă) se referă la aspectele caracteristice şi descrierea pacientului sau a problemei pe care o avem de rezolvat. Ele pot diferi mult în funcţie de situaţiile existente în cadrul comunităţii din care fac parte pacienţii sau în care apar problemele respective. Pentru a putea contura acest termen al întrebării, ar trebui să se răspundă la întrebările:

- "Cum s-ar descrie un grup de pacienţi similar cu pacientul respectiv?" (vârstă, sex, rasă etc)
- "Care sunt principalele caracteristice ale pacientului? (problema principală, condiţiile asociate etc)

Trebuie să evităm a fi prea specifici, pentru a nu pierde din vedere câteva dovezi importante, şi să menţinem un echilibru între găsirea acelor dovezi care se referă la acelaşi grup de pacienţi ca şi cel examinat şi găsirea de dovezi cu privire la toate tipurile de pacienţi. De exemplu, în cazul unei paciente de 83 de ani cu ulcer gambier pe fondul unui

diabet non-insulinodependent neglijat, pacientul din întrebare poate fi numit ca "femeie la post-menopauză cu ulcer gambier" sau, la extrema cealaltă, "femeie de 83 de ani cu diabet non-insulinodependent care locuiește singură și care are ulcer gambier". O formulare mai echilibrată ar fi totuși următoarea : "femeie vârstnică diabetică cu ulcer gambier".

I (**intervention**, **„intervenție"**) trebuie ales cu grijă în funcție de tipul de întrebare. Astfel:

- "Care este principala intervenție, expunere sau factor de prognostic care se dorește să fie modificat(ă)?"
- "Ce se dorește să se facă pentru pacient?" ("Să se prescrie un medicament?"; "Să se recomande un test de diagnostic?"; "Să fie operat?"; "Care factor de prognostic influențează evoluția pacientului – naturali precum vârsta, sexul, rasa sau intervenționali precum expunere la toxice, comorbidități?").

In general, întrebarea trebuie să fie formulată cât mai specific. De exemplu, în cazul întrebării care se adresează cu privire la alternativele terapeutice, în cazul îngrijirilor primare trebuie avute în vedere toate aspectele precum: modalitatea de administrare, frecvența determinărilor de laborator necesare diagnosticului etc.

C (**comparison**, **„comparație"**) nu este o componentă obligatorie dar atunci când este necesară se referă, în general, la principala alternativă de tratament/diagnostic existentă.

O (**outcomes**, **"rezultate"**) este o componentă a întrebării care trebuie să stabilească pentru ce merită să se depună efortul de căutare. Ce se dorește să se obțină /măsoare /îmbunătățească /modifice? Treptat, formularea întrebărilor trebuie să facă trecerea de la vizarea unor rezultate care să fie destinate identificării unor dovezi orientate asupra afecțiunii (**DOE**) spre acel tip de întrebări care se adresează nevoii de informații care îl interesează direct pe pacient (**POEMs**) - boală, temeri și îngrijorări – și care să fie totodată importante pentru evoluția pacientului (de exemplu, riscul de deces și nu numai normalizarea unor valori biologice sau a testelor imagistice).

La fel ca și întrebările generale și întrebările specifice se adresează unui spectru larg de aspecte ale îngrijirilor, de la cele biologice la cele psihologice sau sociale.

In practica curentă, este necesară formularea atât a întrebărilor generale cât și a celor specifice, într-o proporție însă variabilă în funcție de nivelul de experiență al medicului în raport cu o anumită afecțiune. De obicei, atunci când experiența este limitată (cazul studenților în medicină), întrebările sunt generale. In schimb, pe măsură ce experiență se îmbogățește (cazul medicului specialist), proporția întrebărilor specifice crește. Oricum, trebuie să reținem observația ce aparține părintelui MBD, David Sackett, conform căreia niciodată nu este prea târziu să formulăm întrebări specifice, dar în același timp nici destul de târziu încât să evităm întrebările generale (de fond).

Există câteva piedici în formulare unei întrebări. In cazul unui pacient cu o situație complexă, atunci când nu se știe de unde să se înceapă, trebuie să se identifice care aspect al îngrijirilor este mai puțin cunoscut și unde există o nevoie mai mare de informații: în interpretarea aspectelor clinice, în identificarea cauzelor afecțiunii, în alegerea testelor diagnostice etc. Atunci când apar probleme de formulare propriu-zisă a întrebării, se poate începe prin stabilirea problemei centrale și apoi, pe baza ei, să se alcătuiască anatomia întrebării în cele 3 sau 4 componente. Deprinderea de a formula întrebări la care să se poată răspunde apare cu timpul. In țările în care principiile Medicinii Bazate pe Dovezi sunt aplicate de ceva vreme în practica curentă, se organizează periodic cursuri și sesiuni practice de formulare a întrebării clinice destinate medicilor practicieni precum și bibliotecarilor medicali. Atunci când sunt mai multe întrebări decât timpul disponibil, ceea ce reprezintă o regulă pentru medicul practician din zilele noastre (studiile recente arată că în medie apar 2 întrebări la fiecare 3 pacienți examinați iar timpul avut la dispoziție pentru a răspunde acestor întrebări este extrem de limitat : câteva secunde pentru fiecare pacient și în jur de 30 de minute pe săptămână pentru documentare) trebuie să fie aleasă o întrebare la care să se răspundă inițial. Acest lucru poate fi realizat prin luarea în considerare a următoarelor aspecte:

- Care întrebare este mai importantă pentru binele pacientului?

- Care întrebare este mai interesantă pentru medic?
- La care întrebare este probabil a găsi răspuns în timpul avut la dispoziție?
- Care întrebare este mai probabil a fi întâlnită în practica curentă viitoare?

Atunci când se formulează întrebarea trebuie avută în vedere și perspectiva pacientului și să se conștientizeze faptul că uneori întrebările formulate de către medic nu sunt identice cu cele pe care le-ar formula pacientul. Preîntâmpinarea acestei probleme se poate realiza prin adresarea pacienților a unor întrebări de tipul: "Care considerați că este problema dumneavoastră ?", "Care sunt alternativele de tratament de care a-ți auzit/citit ?"- situații din ce în ce mai frecvent întâlnite și în practica medicală românească. De obicei, întrebările pe care le adresează pacienții medicilor sunt, mai degrabă, conforme cu experiențele lor legate de metode de diagnostic și tratamente decât cu percepția rezultatelor testelor sau îngrijirii propriu-zise. Cercetarea calitativă este cea care explorează percepțiile pacienților cu privire la o anumită afecțiune, test diagnostic, terapie etc.

Formularea întrebării este un pas esențial în aflarea informațiilor necesare și de aceea trebuie privită cu mare atenție de către medicii practicieni și exersată ori de câte ori este posibil în cazul practicii de zi cu zi.

2. a) Documentarea medicală

In prezent, asistăm cu toții la o explozie informațională, descrisă de Mulrow, în 1995, ca fiind un "informational big-bang". Conform acestuia, anual sunt publicate 2 milioane de articole în mai mult de 20000 de reviste biomedicale, ceea ce ar însuma un munte de hârtie de 500 de metri înălțime. Decanul Scolii de medicină de la Harvard University, profesor doctor Sydney Burwell, descria explozia informațională extrem de plastic: "studenții mei au rămas extrem de mirați atunci când le-am spus următoarele: peste 10 ani jumătate din ceea ce a-ți învățat pe băncile facultății va fi greșit. Nenorocirea este că nici unul din profesorii voștri nu știe care este acea jumătate". Pe de altă parte, informațiile necesare pot fi ascunse uneori în studiile nepublicate sau în cele nepopularizate, cunoscute ca literatura "cenușie" în Europa sau "neagră" în S.U.A. Medicul practician care vrea să fie la curent cu cele mai noi dovezi ale cercetării medicale trebuie să deprindă o abordare sistematică a procesului de căutare și utilizare a celor mai bune resurse informaționale disponibile.

Prin resurse informaționale se înțelege întregul spectru de surse în și din care pot fi descoperite informațiile, prezente sub diferite forme: tratate medicale , reviste, rapoarte, organizații, adresele de net ale unor asociații profesionale și instituții educaționale, baze de date computerizate etc.

Se impune lămurirea termenilor de *date/ informații/ informații relevante/ informații de calitate/ cunoaștere și înțelepciune (învățătură).*

Datele reprezintă o sumă de fapte sau evenimente măsurate, numărate sau cuantificate. Se începe prin colectarea de date, apoi acestea sunt sintetizate și analizate în lumina întrebării care a determinat căutarea lor. In urma acestei analize se obțin *informațiile.*

Informațiile reprezintă date ce au fost prelucrate de așa manieră încât să fie utile celui care le utilizează sau atunci când este determinată semnificația datelor pentru o anumită problemă, pacient sau practician.

Informațiile relevante sunt acele informații care cresc cunoașterea, scad incertitudinea și care pot fi utilizate ca atare pentru scopurile propuse.

Informațiile de calitate sunt informațiile relevante care au suficientă acuratețe (claritate), sunt suficient de complete, provin dintr-o sursă de încredere, sunt comunicate persoanei potrivite, în timp util, conțin un nivel corespunzător de detalii și, foarte important, *sunt înțelese de utilizator.* Pe baza informațiilor de calitate pot fi formulate recomandări și concluzii.

In domeniul medical există 4 mari tipuri de surse de informații :

1. *Cercetarea îngrijirilor medicale* cu privire la efectul intervențiilor medicale asupra pacienților sau populațiilor.
2. *Cercetarea serviciilor de îngrijiri* cu privire la costurile directe și indirecte ale intervențiilor și efectele lor asupra sistemelor de sănătate.

3. *Observații cu privire la practica medicală*, adică rezultatele examinărilor clinice, testelor de laborator și a altor măsurători clinice.
4. *Observații cu privire la starea de sănătate a unui pacient*, respectiv circumstanțele, factorii de risc și preferințele fiecărui pacient în parte.

Primele două tipuri de surse de informații constituie ceea ce este cunoscut sub numele de *"evidență externă"* care derivă din studierea sistematică a unor populații bine definite de pacienți și de practicieni. In timp ce medicul practician încearcă să aplice dovezile ce provin din această "evidență externă" circumstanțelor unor indivizi la un anumit moment dat și într-un anumit loc, managerii din sistemul medical încearcă să analizeze modul de aplicare a dovezilor ce provin din aceste surse de informații în cazul unor populații specifice, dintr-o anumită regiune.

Ultimele două tipuri de surse de informații constituie așa numita *"evidență internă"* care se constituie sau este alcătuită din observațiile specifice cu privire la pacienții și practicienii pentru care sunt luate deciziile respective. In timp ce practicienii folosesc "dovezile interne" în cazul indivizilor, managerii analizează distribuția factorilor de risc și a bolilor în cadrul populațiilor.

In funcție de tipul de surse de informații, există patru tipuri de sisteme de informații :

- *Sistem bazat pe cunoaștere* care culege, rezumă și analizează ceea ce se cunoaște cu privire la efectele intervențiilor medicale.
- *Sisteme administrative* care culeg informații despre procesul de îngrijiri, în ansamblul său și care permit formularea unor previziuni financiare și calcularea costurilor legate de îngrijiri.
- *Sisteme clinice* care colectează, organizează și expun observațiile clinice obținute din anamneză și examenul obiectiv precum și rezultatele testelor diagnostice.
- *Sisteme ale consumatorilor (pacienților)* care deși nu și-au făcut apariția în practica medicală din țara noastră, trebuie să colecteze, să organizeze, interpreteze și înregistreze date ce provin de la pacienți (cu privire la starea lor de sănătate, preferințele și nevoile lor informati

Ciclul informațiilor în medicină are 5 etape :

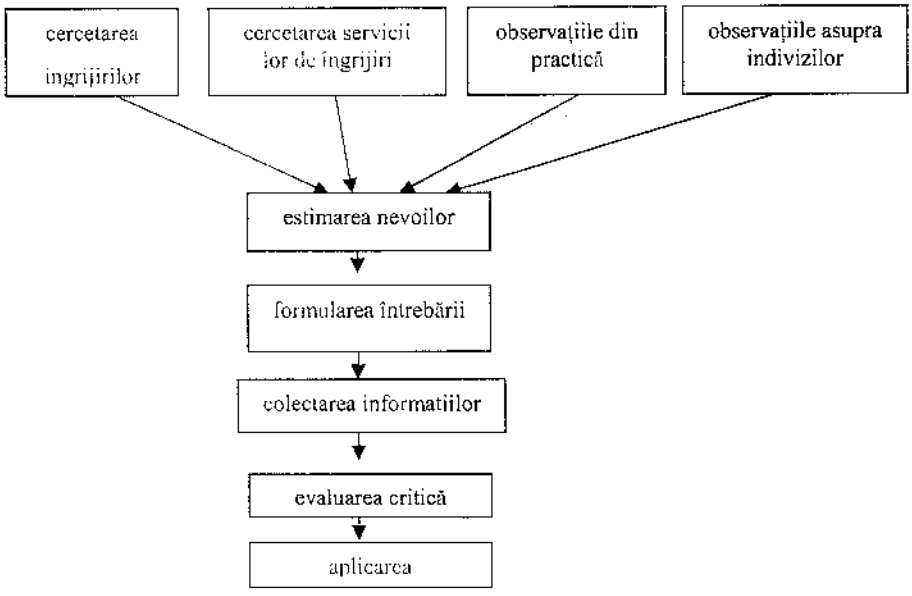


Figura 7.2.

Integrarea sistemelor de informații poate apare la anumite nivele prin:

- *combinarea* componentelor într-o singură formă
- *clasificarea* care permite prezentarea unui anumit tip de informații unui anumit tip de utilizator
- *analiza de context* care conține cel puțin 5 elemente: pacientul, practicianul, problema, procedura sau politica
- *cuplarea* cunoașterii cu anumite observații asupra unui anume eveniment
- *inteligența artificială*

Cunoașterea este sustrasă din informații atunci când "dovezile externe" sunt utilizate pentru a putea anticipa modul în care intervenții suplimentare pot modifica datele (de exemplu, acte operatorii care se adresează semnelor clinice, tratamente care normalizează rezultatele testelor de laborator și previn afecțiunile).

Înțelepciunea (învățatura) își face apariția atunci când datele interne și dovezile externe sunt integrate cu preferințele, valorile pacientului și costuri pentru a determina când și ce tip de intervenție primară trebuie efectuată într-un prim moment.

Pașii care trebuie parcurși în procesul de documentare sunt:

- Stabilirea tipului de *întrebare* care a fost pusă.
- Stabilirea tipului de *informație* care poate oferi răspuns întrebării formulate.
- Identificarea tipului de *studiu* care conține informațiile necesare.
- Identificarea tipului de *resurse informaționale* care oferă acces la rezultatele acestor studii.
- Identificarea celor mai bune informații din resurse selectate.

După stabilirea tipului de întrebare care a fost pusă, atenția se îndreaptă spre tipul de informație care este necesar.

2.b) Ce tip de informație este necesar pentru a răspunde la întrebare?

Tipul de informații utilizat ca dovadă pentru o întrebare despre tratament nu este identic cu cel necesar pentru a răspunde la întrebări despre prognostic, cost-eficiență sau calitatea vieții. Cele mai bune dovezi cu privire la tratament sunt oferite de informațiile cu privire la rezultatele ce decurg din utilizarea unei terapii în cadrul unui grup de pacienți în comparație cu neutilizarea acesteia în cadrul altui grup. Informațiile devin din ce în ce mai bune pe măsură ce erorile sunt diminuate prin randomizare, metode dublu-orb etc.

Intrebările cu privire la prognostic au răspuns de obicei prin informații de tipul ratelor de supraviețuire sau descrieri ale evoluției bolii în cadrul unor populații specifice.

Intrebările cu privire la implicațiile economice ale terapiilor acordate necesită informații referitoare la cost și eficiență.

In ceea ce privește întrebările cu privire la calitatea vieții pacientului, acestea necesită luarea în calcul a unor aspecte sau factori calitativi precum valori, percepții, credințe etc, de cele mai multe ori, greu de cuantificat. De aceea, atunci când medicii trebuie să ia o decizie cum ar fi, de exemplu, îngrijirile terminale trebuie să se țină seama și de rezultatele "cercetării calitative".

2.c) Ce tip de studiu ne oferă informațiile necesare ?

Ierarhizarea studiilor științifice în ordinea descrescătoare a "greutății" sau "valorii" științifice a rezultatelor lor este cunoscută sub numele de "piramida dovezilor". Pe de altă parte, ea ilustrează și evoluția literaturii medicale. La baza piramidei se află informațiile care apar în urma unor idei sau observații ale cercetării de laborator. Pe măsură ce aceste idei se transformă în teste diagnostice sau tratamente, ele sunt testate inițial în cadrul unor modele de laborator, apoi pe animale și în final pe oameni. Testarea pe oameni poate începe pe voluntari și parcurge apoi toate fazele studiilor clinice înainte de autorizarea utilizării la nivelul populației generale. Pe măsură ce urcăm în piramidă literatura disponibilă scade dar crește relevanța clinică și validitatea informațiilor pe care le aduc rezultatele acestor studii.

Studiile sunt de două tipuri:

- *Primare* (raportează direct rezultatele cercetării)
- *Secundare/ integrative* (încearcă să rezume rezultatele studiilor primare)

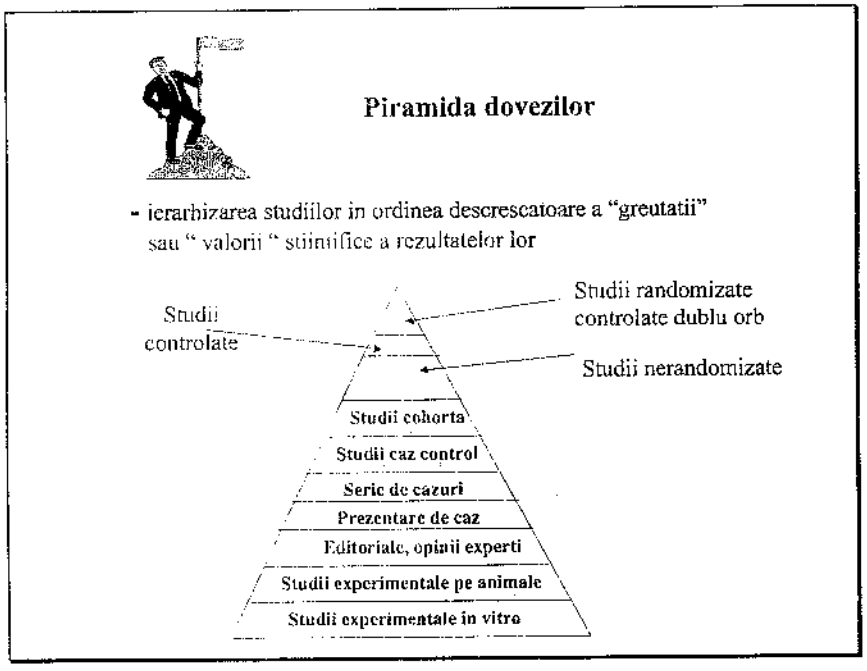


Figura 7.3.

Studiile primare, majoritatea cercetărilor publicate în revistele medicale, sunt de trei categorii :

- **experimentale** – în care este realizată o manevră asupra unui animal sau voluntar în condiții controlate în mod artificial
- **studii clinice** în care o intervenție, precum un tratament, este oferită unui grup de pacienți care sunt urmăriți pentru a vedea ce se întâmplă cu ei
- **studii observaționale** în care un atribut este măsurat în cadrul unui grup de pacienți/medici sau alte categorii sociale

Studiile secundare se împart în:

- **sumare** care se subîmpart în: ***sinteze nesistematice*** (rezumă studiile primare) și ***sinteze sistematice*** (rezumă studiile primare într-un mod riguros și conform unei metodologii precum meta-analiza care integrează prin anumite metode statistice toate rezultatele studiilor respective)
- **ghiduri** - trag concluzii din studiile primare și ajută medicii practicieni să ia decizii în cazul unor situații complexe
- **analize de decizie** - utilizează rezultatele studiilor primare pentru a crea arborii de probabilitate care vor fi utilizați de medici sau pacienți
- **analize economice** - utilizează studiile primare pentru a spune dacă o anumită desfășurare a acțiunii este urmată de o mai bună utilizare a resurselor

Datorită dominanței modelului terapeutic, de cele mai multe ori, informațiile care provin din studiile randomizate dublu-orb sau din sintezele sistematice ale acestora reprezintă cele mai bune dovezi pentru toate tipurile de întrebări. Dar nu întotdeauna lucrurile stau așa. Astfel: pentru întrebările cu privire la prognostic, studiile de cohortă pot oferi cele mai bune dovezi: prin analogie, atunci când dorim să aflăm dovezi care să vină în întâmpinarea nevoii de informații despre riscuri sau reacții nedorite ale tratamentelor, studiile de tip caz-control sunt cele mai indicate; pentru deciziile complexe, cum este cazul îngrijirilor terminale, trebuie avute în vedere informații variate precum practici, credințe, descrieri fenomenologice ale experienței de a muri, adică arsenalul cercetărilor "calitative".

Studiile analitice încearcă să asocieze expunerea la un factor de risc unei anumite afecțiuni. In ierarhia studiilor analitice, studiile de tip experimental sunt mult mai de încredere și conforme cu principiile Medicinii Bazate pe Dovezi. Studiile experimentale de tipul studiilor randomizate sunt considerate "standarde de aur" deoarece investigatorul controlează expunerea la factorul de risc. Atunci când nu pot fi realizate studii clinice randomizate sunt de preferat studiile observaționale de tip caz-control sau de tip cohortă. Spre deosebire de studiile analitice, cele descriptive raportează în general rezultate precum incidență, prevalență sau rate ale mortalității printr-o anumită boală. Majoritatea cercetătorilor consideră că studiile descriptive nu sunt conforme cu ideile și principiile MBD deoarece nu încearcă să găsească cauza sau efectul.

Sintezele sistematice Reprezintă sinteze ale rezultatelor diferitelor studii care încearcă să răspundă unei singure întrebări specifice. Constau în căutare sistematică, extinsă și transparentă a literaturii medicale. Studiile regăsite sunt analizate, evaluate și rezumate conform unor criterii bine definite.

Meta-analiza Se deosebește de sinteza sistematică a literaturii medicale prin faptul că utilizează metode statistice care rezumă rezultatele mai multor studii într-unul singur.

Studiile clinice randomizate In studiile randomizate dublu-orb, participanții sunt împărțiți aleator,

printr-un proces formal (de către un computer) sau informal (în funcție de data internării, sex, data nașterii etc) în două grupuri. Intr-unul din grupuri se intervine printr-un anumit tratament, în timp ce în celălalt se administrează un tratament placebo - controlat sau nu -, se administrează un alt tratament sau nu se administrează nimic. Loturile sunt urmărite o perioadă stabilită de timp, iar rezultatele sunt analizate (rata deceselor, a infarctelor miocardice, nivele serice etc). Deoarece loturile, în principiu, sunt identice la inițierea studiului, diferențele observate între rezultate se datorează, de principiu, intervenției respective. Alte studii care compară intervențiile în cadrul unui grup cu cele din grupul de control, nu pot fi randomizate din diverse motive: imposibilitatea randomizării, aspectele etice etc (de exemplu, au fost întrerupte studii care au dovedit mari diferențe, pe termen scurt, între grupul asupra căruia se acționează cu medicație activă în comparație cu grupul de control).

Unele rezultate ale studiilor randomizate au o aplicabilitate limitată datorită criteriilor de excludere, greșelilor de includere (selectarea unor pacienți nereprezentativi pentru cei cu o anumită condiție), refuzul unor pacienți de a fi incluși în studiu, stabilirea unor termene predefinite, obiective, de finalizare a studiului dar care exclud anumite aspecte calitative ale studiului și nu în ultimul rând greșelile de publicare (selectarea pentru a fi publicate doar a rezultatelor pozitive).

Există câteva avantaje și dezavantaje ale studiilor de tip randomizat :

Avantaje :

- permit evaluarea riguroasă a unei singure variabile în cadrul unui grup de pacienți bine definit

- designul de tip prospectiv (datele colectate fac referință la rezultate care se produc după începerea studiului)
- utilizează raționamente ipotetico-deductive (caută mai degrabă să infirme decât să confirme propriile ipoteze)
- pot elimina erorile prin compararea unor grupuri identice
- permit o analiza statistică a rezultatelor de tip meta-analiză

Dezavantaje :

- timpul și efortul consumat
- unele studii randomizate fie nu sunt realizate, fie au un număr limitat de pacienți, fie sunt urmăriți pe o perioadă prea scurtă
- majoritatea sunt sponsorizate de organizații mari științifice (universități sau sponsorizări guvernamentale), de companii de medicamente care pot să dicteze agenda de lucru
- termene de finalitate de tip surogat ce sunt preferate adevăratelor rezultate clinice «greșelile ascunse»
- randomizare imperfectă
- imposibilitatea randomizării tuturor pacienților eligibili (uneori este oferită intrarea în studiu a acelor pacienți care sunt considerați de medic că răspund pozitiv la inițiativa de tratament)

Studiile de cohortă

Intr-un studiu de cohortă, două sau mai multe grupuri de indivizi sunt selectate pe baza diferențelor care există în expunerea la un agent particular precum un vaccin, medicament sau toxic și care sunt urmărite pentru a vedea câți din fiecare grup dezvoltă o anumită afecțiune. Erau cunoscute sub numele de studii de urmărire sau longitudinale. Inainte de dezvoltarea bazelor de date computerizate, studiile de cohortă erau sinonime cu cele prospective. Azi, cercetătorii pot efectua studii de cohortă retrospective. De menționat că, spre deosebire de studiile randomizate, care implică grupuri de pacienți (indivizi care au deja o afecțiune), studiile de cohortă încep pe indivizi care pot sau nu să dezvolte o afecțiune. Un tip special de studiu de cohortă este utilizat pentru a determina prognosticul unor anumiți pacienți.

Studiile tip caz-control

In acest tip de studiu, pacienții cu o anumită afecțiune sunt identificați și comparați cu un grup de control format din pacienți cu altă afecțiune, indivizi din populația generală etc. Datele sunt mai apoi colectate (de exemplu căutând în documentele medicale sau din anamneză) și se încearcă identificarea unei expuneri la un posibil agent etiologic. Erau cunoscute sub numele de studii observaționale retrospective. Ca și studiile de cohortă, studiile de tip caz-control se referă, în general, la etiologia unei afecțiuni și mai puțin la eficiența unui tratament. Deseori, acest tip de studiu este singurul disponibil, în special în cazul afecțiunilor rare. Unul din avantajele acestui tip de studiu este acela că este mult mai rapid și mai puțin costisitor în comparație cu studiul de cohortă. O sursă importantă de erori în studiile caz-control este reprezentată de definirea "cazului", iar pe de altă parte acest tip de studiu nu demonstrează cauzalitatea între A și B , ci mai degrabă asocierea între cele două entități.

Studiile transversale

In acest tip de studiu un lot reprezentativ de indivizi din populația vizată este chestionat, examinat sau studiat în scopul aflării răspunsurilor la unele întrebări clinice specifice. Datele sunt colectate la un moment dat, dar acestea se pot referi la experiențe din

trecut. Ele răspund unor întrebări de tipul următor: "Care este înălțimea normală a unui copil de 3 ani?"; "Este adevărat că jumătate din diabetici sunt nediagnosticați ?", etc.

Seriile de cazuri și studiul de caz

In acest tip de studiu se raportează istoricul medical al mai multor sau doar a unui singur pacient în scopul ilustrării tabloului clinic al unei afecțiuni, evoluției sub tratament sau reacțiilor adverse la tratament. Deoarece nu utilizează grupuri de control, nu au validitate statistică. Aceste studii, alături de cercetarea din laborator și opinia colegiilor nu sunt văzute de marea majoritate a cercetătorilor ca fiind dovezi pe baza cărora să poți lua o decizie clinică.

2. d) Ce tip de resurse oferă accesul la informațiile necesare?

Tradițional, există 2 tipuri de surse :

primare (în cadrul cărora se publică studiile primare)

secundare (care oferă referințe sau oferă acces bibliografic direct către referințele din cadrul surselor primare de informații)

Această distincție a rămas de domeniul trecutului deoarece majoritatea revistelor medicale oferă și acces bibliografic.

Multe studii primare sunt publicate dar nu și popularizate. De obicei cele cu rezultate neconcludente sau negative sunt respinse de către editori cu o mai mare probabilitate decât cele cu rezultate pozitive și de aceea, uneori este extrem de greu să găsim ceea ce ne dorim. In al doilea rând există studii care sunt publicate dar care nu sunt popularizate și de aceea trebuie să ținem seama și de resurse precum teze, dizertații, circulare, rapoarte și alte materiale care formează așa-zisa literatura "gri". In al treilea rând, studiile care au fost acceptate spre a fi publicate pot să apară în reviste care au colective de apreciere critică și evaluare a calității materialelor pe care le oferă spre publicare. Numărul lor este foarte mare și pe lângă cele strict medicale există câteva mii din domenii apropiate medicinii precum: științele sociale, pedagogie sau psihologie care oferă informații extrem de utile la un moment dat. Extrem de utile sunt sintezele sistematice ale literaturii medicale precum și ceea ce este cunoscut sub numele de "literatură secundară". Ea cuprinde cărți și reviste care selectează și rezumă cele mai importante și puternice studii. Aceste rezumate sunt publicate în speranța că, deoarece altcineva a realizat selecția și rezumarea studiilor, medicul practician va citi, analiza și utiliza informațiile în practică. Publicațiile secundare nu sunt ceva nou. Ele au apărut încă de la jumătatea secolului al XVIII-lea, odată cu publicația trimestrială "Medical and Philosophical Commentaries" (Edinburgh). Avantajele acestui tip de publicații sunt:

- restrângerea doar la studiile relevante
- prezentarea informației sub forma unor rezumate structurate care oferă un sinopsis al tuturor studiilor individuale sau sintezelor sistematice și care permite evaluarea rapidă a validității și aplicarea rezultatelor în cazul pacienților individuali

Revistele medicale au devenit valabile prin intermediul WWW în diferite forme: format complet sau full-text, lista referințelor bibliografice, doar câteva numere valabile în format complet, posibilități de abonare etc.

In afară de revistele medicale, în cadrul surselor primare mai fac parte și următoarele:

- registre ale studiilor și cercetărilor care cuprind studii clinice randomizate, studii controlate sau studii clinice
- buletine cu privire la eficiența unor intervenții care cuprind aceleași studii ca și cele de sus și, în plus, câteodată, sinteze sistematice sau meta-analize
- buletine și rapoarte informative care pot cuprinde ghiduri de practică, sinteze sistematice/ nesistematice ale literaturii, proiecte, știri etc.

- rapoarte publicate
- literatura "gri" - dizertații, teze, rapoarte, circulare etc.
- sinteze ale unor conferințe
- baze de date nebibliografice
- INTERNET-ul

Sursele secundare sunt reprezentate de:

- "publicațiile secundare"
- bazele de date/ indexuri bibliografice sau full-text
- cataloage ale bibliotecilor

După identificarea tipului de resurse care oferă acces la studiile care interesează, se impune selectarea a ceea ce este mai bun din ceea ce a fost găsit.

In general, trebuie ales între :

a) universalitate - tot ce este posibil cu privire la toate aspectele care interesează, cu alte cuvinte efectuarea unei căutări cu sensibilitate crescută și specificitate scăzută

b) selectivitate - găsirea doar a materialului relevant, cu riscul însă de a pierde multe informații valabile printr-o căutare cu specificitate mărită și sensibilitate mică

Strategii de căutare

In general, nu există o strategie de căutare perfectă. Important este să găsim ceea ce ne-am propus. Punctele cheie ale unei strategii de căutare de calitate, aplicabile bazelor de date dar și altor surse de informații, sunt reprezentate de deprinderi bune de căutare și posibilități de căutare concomitent în mai multe baze de date. Conform ecuației utilității informației oferite de Shaugnessy și colaboratorii săi, informația este utilă atunci când raportul dintre validitatea și relevanța informației și efortul depus pentru identificarea ei este supraunitar :

Utilitatea = validitatea x relevanța/ efortul depus

După împărțirea întrebării în principalele componente, trebuie aleși termenii care urmează a fi căutați. Căutarea este un proces ciclic. O scanare rapidă a titlurilor și rezumatelor poate produce noi termeni. De obicei, este de preferat să fie utilizați mai mulți termeni înrudiți, pentru a nu rata vreun termen relevant. Se poate recurge la strategii de căutare utilizând operatori Booleeni

(AND, OR, NEAR etc.) sau modalități de trunchiere a finalelor de cuvinte sau simboluri care pot înlocui litere. Pot fi utilizate diferite procedee de extindere sau restrângere a căutării (căutări înalt senzitive atunci când literatura cu privire la un subiect nu este prea largă sau specifice în situații opuse). Căutarea "free-text" sau "natural language" are avantajul că identifică acele documente ce au în titlu sau rezumat cuvântul respectiv și nu neapărat documentele care au ca subiect principal acel cuvânt.

Deci, după ce a fost formulată o căutare cu sensibilitate crescută inițial, se poate începe restrângerea documentelor la acelea cu specificitate crescută. Aceasta se poate realiza prin trei metode:

Prima ar fi aceea de reformulare a termenilor de căutare cu păstrarea doar a celor înalți relevanți.

A doua - înlocuirea operatorului AND cu unul de tipul lui NEAR, care regăsește termeni strâns legați în cadrul unei fraze.

Cea de a treia metodă constă în căutarea de tip "Thesaurus" sau „MeSH „ (Medical Subheadings).

Pot fi utilizate și diferite filtre metodologice care restrâng documentele regăsite în funcție de tipul de studiu, anul de apariție, autor, etc. Acestea sunt extrem de utile atunci când literatura este vastă. Există baze de date bibliografice, baze de date cu acces full-text,

baze de date selective cu un singur subiect principal (AIDSLINE, TOXLINE, AGELINE etc.) Este bine să fie consultate mai multe tipuri de baze de date. Nu trebuie uitate şi indexurile citaţiilor ştiinţifice – Scientific Citation Index care oferă acces la "descendenţii" unui articol prin identificarea autorilor care l-au citat.

Prin analogie cu piramida dovezilor, se poate descrie şi o piramidă a resurselor informatice în format electronic. Cele de la baza piramidei conţin o cantitate mare de documente dar cu relevanţă mică. În comparaţie cu acestea în topul piramidei se află resurse puţine la număr, deci uşor de căutat şi înalt relevante pentru practica medicală.

Surse de informaţii :

➢ **Tratatele medicale**

- majoritatea dintre ele sunt bine organizate, astfel încât sunt uşor de utilizat în practica de zi cu zi
- au ca dezavantaj faptul că uneori este imposibil să fie identificată actualitatea informaţiilor din unele capitole
- cu excepţia aspectelor legate de fiziopatologie, restul (de etiologie, diagnostic, tratament, prognostic) sunt depăşite extrem de rapid, uneori imediat după publicarea materialului
- un exemplu de tratat medical modern, conform principiilor MBD este cel intitulat CLINICAL EVIDENCE, publicat de către BMJ Group şi American College of Physicians şi care respectă următoarele criterii:
  - este revizuit periodic (cel puţin odată pe an)
  - prezintă referinţe bibliografice puternice în special pentru informaţiile legate de diagnostic şi tratament
  - fiecare afirmaţie este nsoţită de descrierea explicită a dovezilor ştiinţifice care stau la baza ei

➢ **Revistele medicale**

- sunt extrem de numeroase şi prezentate în diferite formate: electronic, printat
- din cele 100000 de reviste ştiinţifice existente în anul 1990, 90% din majoritatea marilor descoperiri ştiinţifice se află în 150 dintre ele, iar 80 % din citaţiile cuprinse în Scientific Citation Index se regăsesc în mai puţin de1000 dintre ele
- majoritatea revistelor au colective care se ocupă de analiza metodologică şi evaluarea critică a articolelor publicate; există însă unele controverse cu privire la factorii care influenţează aprobarea spre publicare a materialelor ştiinţifice

➢ **Revistele medicale de tip EBM**

- aceste reviste cuprind articole cu privire la diagnostic, prognostic, tratament, calitatea îngrijirilor care îndeplinesc atât standardele metodologice (astfel încât rezultatele lor să fie valide), cât şi criteriile de relevanţă clinică
- ele reduc cantitatea de informaţii existentă la momentul respectiv cu 98%, ajungând până la 2% din totalitatea literaturii medicale care este riguroasă din punct de vedere metodologic şi relevantă clinic pentru medicul practician
- în aceste reviste dovezile ştiinţifice sunt prezentate sub forma unor rezumate bine structurate astfel încât facilitează evaluarea de către cititor, dar conţin şi câteva comentarii din partea unor experţi permiţând astfel medicului practician să aprecieze utilitatea informaţiilor în contextul practicii sale
- numărul revistelor de acest tip este în continuă extindere şi acoperă un număr mare de specialităţi medicale: Evidence Based Medicine, ACP Journal Club, Best Evidence, Evidence-Based Cardiovascular Medicine, Evidence-Based Mintal Health etc.

➢ **Baze de date tradiționale**

- unele sunt doar bibliografice, altele oferă acces în format complet la materialele științifice
- exemple:
  - MEDLINE este cea mai cunoscută bază de date bibliografică a literaturii biomedicale, cuprinde 3900 de reviste medicale, permite căutări controlate din punctul de vedere al vocabularului, dar este extrem de greu de utilizat
  - EMBASE – Excerpta Medica, ce permite un control al vocabularului căutărilor, mai utilă atunci când sunt căutate dovezi despre medicamente
  - Current Contents – produs de ISI, nu permite un control al vocabularului utilizat, ceea ce îi permite o viteză de căutare mult mai mare, o acoperire largă a ultimelor studii apărute dar și extrem de greu de utilizat

➢ **INTERNET-ul**

- este un instrument util pentru generarea și diseminarea rezultatelor cercetării
- oferă acces la baze de date de tip EBM precum Cochrane Library, reviste medicale etc
- este utilizat de organizațiile profesionale și guverne pentru diseminarea ghidurilor de practică bazate pe dovezi – National Guideline Clearinghouse, CPG Infobase etc
- conține și instrumente (CAT maker) care permit clinicienilor să realizeze scurte rezumate ale articolelor relevante pentru practică – Critical Appraisal Topic sau așa numitele "calculators" care permit calcularea unor indicatori care să permită interpretarea facilă a unor articole despre diagnostic, tratament etc
- conțin și adrese pentru pacienții care doresc informații suplimentare etc.

➢ **Baze de date de tip EBM**

- COCHRANE LIBRARY – este produsul unei organizații internaționale care poartă numele unui renumit medic și epidemiolog Archie Cochrane și care a luat ființă în anul 1992 în Marea Britanie cu scopul declarat de a produce, colecta și disemina sinteze sistematice ale literaturii medicale de înaltă calitate
- inițial au fost analizate articole publicate și nepublicate care se refereau doar la terapii dar ulterior au început să fie analizate și aspecte precum diagnosticul unor afecțiuni
- baza de date conține și rezumate ale sintezelor sistematice publicate în afara organizației respective (DARE): un registru al studiilor aflate în desfășurare în cadrul acestei organizații, un ghid metodologic pentru realizarea sintezelor sistematice precum și un manual al utilizatorului.

3. Aprecierea critică a literaturii medicale

Din păcate nu putem accepta faptul că, majoritatea articolelor publicate în reviste cu reputație, sunt de o calitate de neîndoit, astfel încât putem să ne încredem în ele oricând și în orice situație. Evaluarea articolelor este realizată uneori de către voluntari care au un timp redus la dispoziție. Pe de altă parte, câteodată, importanța informației pe care o aduc respectivele articole primează în fața calității. De aceea, întrebările care pot fi puse pe marginea unui articol, ar fi:

- De ce este realizat acest articol? (importanța problemei)
- Care este principala întrebare la care vrea să răspundă studiul respectiv?
- Ce tip de studiu a fost realizat?
- Este original studiul respectiv?
- A fost aleasă metodologia adecvată?

- Care a fost populația pe care s-a desfășurat studiul respectiv?
- Care sunt rezultatele studiului?
- Rezultatele sunt valide?
- Rezultatele au relevanță sau importanță pentru practică?

Intrebările pot continua. Materialul de față nu și-a propus să intre în complexitatea unei științe în devenire, "Evaluarea critică a literaturii medicale" (în termen anglo-saxon "Critical Appraisal"). Pentru evaluarea critică a literaturii de specialitate sunt necesare noțiuni de bază de epidemiologie clinică dar și mult efort (tradus prin foarte mult exercițiu) din partea celui care dorește să poată citi cu un ochi critic ceea ce întâlnește ca literatură medicală. In țările în care se încearcă, de ceva vreme, aplicarea principiilor Medicinii Bazate pe Dovezi, acestei etape îi este destinată o mare atenție încă de pe băncile facultății. David Sackett și colaboratorii săi au dezvoltat și expus pe larg problemele pe care încearcă să le rezolve dar și cele pe care le ridică aprecierea critică a literaturii medicale în cea mai recentă ediție a volumului său destinat învățării și practicării Medicinii Bazate pe Dovezi – "Evidence - Based Medicine *How to Practice and Teach EBM" 2000,* venind în sprijinul ideii conform căreia fiecare medic trebuie să poată aprecia critic ceea ce citește.

In continuare vor fi prezentate succint câteva aspecte privind aprecierea critică a literaturii medicale, în funcție de tipul de articol. Astfel:

a) In cazul unui articol despre tratament, întrebările ar fi:

- A fost realizată o randomizare reală a pacienților?
- Urmărirea a fost suficient de lungă și completă (>80%)?
- Pacienții au fost analizați în cadrul grupurilor în care au fost incluși inițial?
- A fost respectată regula dublu orb?
- Grupurile au fost similare la debutul studiului?
- Au fost tratate în mod egal grupurile respective (cu excepția intervenției principale)?

b) In cazul articolelor privind diagnosticul, aspectele care trebuie să fie urmărite sunt:

- A fost realizată o comparație independentă cu un standard de referință sau standard de aur?
- Testul diagnostic a fost evaluat la pacienți identici cu cei regăsiți în practica curentă?
- Testul de referință a fost aplicat indiferent de rezultatul testului de evaluat?
- A fost validat acest test și în cadrul unui grup de pacienți, independent față de primul?

c) Studiile cu privire la prognostic trebuie să răspundă la următoarele întrebări:

- A fost luat în studiu un eșantion de pacienți aflați în același stadiu al evoluției afecțiunii (de obicei la debutul ei)?
- Urmărirea a fost suficient de lungă și completă?
- Au fost utilizate criterii obiective și neeronate pentru desemnarea rezultatelor?
- In cadrul subgrupelor cu prognostic diferit a existat o ajustare a rezultatelor în funcție de factorii de prognostic?
- A existat o validare a rezultatelor în cadrul unui grup independent de pacienți?

d) Studiile despre etiologie sau reacții nedorite ale tratamentelor trebuie să fie evaluate în ceea ce privește următoarele aspecte:

- Au fost definite clar grupurile de pacienți din toate punctele de vedere, cu excepția expunerii la tratament sau alte cauze?

- Au fost măsurate tratamentele și expunerile precum și rezultatele într-un mod similar în ambele grupe (a fost realizată o evaluare a rezultatelor atât obiectivă cât și independentă de expunere)?
- Urmărirea a fost completă și destul de lungă?
- Au fost îndeplinite criteriile?

1. Expunerea precede instalarea rezultatului?
2. Există un gradient de tip doză-răspuns?
3. Există o asociere consistentă între rezultatele diferitelor studii?
4. Această asociere are sens biologic (este plauzibilă)?

In afară de aceste repere pe baza cărora putem aprecia critic conținutul unor articole medicale, există și criterii pentru aprecierea critică a analizelor economice, a analizelor de decizie, a sintezelor sistematice ale literaturii medicale precum și criterii de evaluare a ghidurilor de practică.

4. Aplicabilitatea rezultatelor din literatura de specialitate în practica curentă

Odată regăsite dovezile cele mai valide, trebuie stabilit dacă aceste rezultate sunt utile sau nu. Pot fi ele extrapolate la pacient?

Cu alte cuvinte trebuie să se găsească răspuns la întrebările:

a. In cazul articolelor despre tratament :

Este atât de diferit pacientul meu de cel din studiu încât să nu pot aplica aceste rezultate?

Este tratamentul fezabil cu situația practică?

Care ar fi potențialele beneficii și reacții adverse ale tratamentului în cazul pacientului meu?

Care sunt valorile și așteptările pacientului meu cu privire atât la ceea ce dorim să obținem cât și cu privire la ce dorim să evităm prin tratament ?

b. In cazul articolelor despre diagnostic :

Acest test este disponibil, ușor de realizat și precis?

Pot estima probabilitatea pretest a unei afecțiuni?

Probabilitatea post-test a unei afecțiuni îmi afectează posibilitățile de îngrijire ale pacientului meu?

După găsirea unui articol a cărui rezultate au fost apreciate ca fiind valide și utile se recomandă realizarea unui rezumat care să fie utilizat ulterior sau care să parvină și colegilor. Una dintre metode ar fi aceea de a realiza un rezumat intitulat în literatura anglo-saxonă CAT (Critticaly Appraised Topic). Constă în una sau două pagini în care sunt descrişi succint toți pașii implicați în aflarea dovezilor; trebuie să ofere acces imediat la metodologia și rezultatele cercetării. Are un titlu (identic cu întrebarea clinică), autor, sursele de informații utilizate, strategia de căutare, numărul de citații regăsite și respectiv selectate, data căutării, citațiile, sumarul studiului (pe cine, ce, rezultate etc.), evaluarea critică (validitatea și aplicabilitatea) etc.

5. Aprecierea performanțelor profesionale după aplicarea dovezilor

Medicul poate aprecia performanțele sale profesionale analizând dacă întrebările sale sunt bine formulate, dacă au fost identificate rapid cele mai bune dovezi, dacă a reușit să evalueze critic dovezile regăsite și dacă este posibilă o strategie de îngrijire bazată atât pe dovezile regăsite cât și pe ceea ce îi dictează experiența sa sau preferințele pacientului.

Acest proces închide, de fapt, ciclul pașilor destinați practicării Medicinii Bazate pe Dovezi, permițându-i clinicianului să se focalizeze asupra pașilor inițiali care necesită îmbunătățiri pe viitor.

VI. Moduri de practică a MBD

Atunci când urmărim să aplicăm principiile Medicinii Bazate pe Dovezi în practica de zi cu zi, putem alege 3 căi sau metode.

Prima cale ar fi aceea de a parcurge toţi paşii – "*doing mode*". Acest mod este de preferat a fi utilizat atunci când în practica curentă avem nevoie de cele mai noi informaţii iar domeniul la care fac referinţă respectivele informaţii este unul în continuă "mişcare" (de exemplu, tratamentul anginei pectorale instabile). Insistă foarte mult asupra aprecierii validităţii informaţiei regăsite şi încurajează medicii practicieni să citească literatura medicală primară şi să o evalueze critic. Deşi aparţine începuturilor Medicinii Bazate pe Dovezi, atunci când se realizau sinteze sistematice prin parcurgerea tuturor acestor paşi, această metodă de practicare rămâne încă un colac de salvare pentru medicul de familie, de exemplu sau pentru cazurile în care nu există surse de informaţie de tip secundar.

Al doilea mod ar fi acela de a căuta şi identifica dovezile care sunt deja evaluate critic de experţi în domeniu, precum: Cochrane Library, Best Evidence, ghiduri de practică etc – aşa numitul "*searching mode*" . Acest mod de a practica MBD poate fi aplicat atunci când nu avem prea mult timp la dispoziţie şi situaţiile la care fac referinţă sunt mai puţin întâlnite în practica curentă. El insistă mai puţin asupra evaluării critice a dovezilor şi aduce în prim plan relevanţa studiilor regăsite. Evolutiv, acest mod este posibil, mai de curând, odată cu apariţia unor sisteme şi surse de informaţie care să descrie în mod explicit dovezile pentru fiecare afirmaţie. De aceea, acest mod este mai accesibil şi util medicului practician din epoca contemporană. E mult mai uşor să cauţi în resurse de tipul Cochrane Library, Best Evidence, InfoRetriever etc.

In cazul în care există extrem de puţine dovezi cu privire la un aspect al îngrijirilor medicale, indiferent de calitatea şi cantitatea informaţiilor pe care le găsim, le utilizăm pentru a lua decizii. Acest mod este cunoscut ca fiind "*replicating mode*" şi atinge acele aspecte ale îngrijirii de tipul îngrijirilor acordate în cazul infecţiei cu un germene necunoscut încă, în cazul unui pacient cu neoplasm al unui organ transplantat. In acest caz, medicul utilizează informaţii care pot proveni atât din cazuri similare cât şi din rapoarte izolate, serii de cazuri, păreri ale unor experţi etc.

VII. Aspecte etice ale Medicinii Bazate pe Dovezi

Din punct de vedere al eticii medicale, principalele argumente în vederea promovării MBD sunt: MBD permite identificarea şi utilizarea metodelor de îngrijire medicală cele mai bine evaluate şi luarea celor mai bune decizii de către medici şi pacienţii lor. MBD este, însă, incapabilă să rezolve competiţia între diferitele interese de grup.

Medicina bazată pe dovezi reprezintă un exemplu practic al consecvenţionalismului – curent filosofic conform căruia calitatea unei acţiuni se poate determina prin măsurarea consecinţelor acelei acţiuni. Acestui curent i-au fost aduse trei critici:

- uneori rezultatele nu pot fi măsurate
- care interese trebuie avute în vedere atunci când sunt determinate rezultatele
- poate să conducă la concluzii care nu sunt conforme cu principiile etice

Aceste critici pot fi extrapolate şi Medicinii Bazate pe Dovezi. Ce spune aceasta ? Se referă la dovezi şi decide în acord cu aceste dovezi. Dar ce se întâmplă atunci când unele rezultate nu pot fi măsurate (de exemplu, dreptatea), sau măsurarea lor este inadecvată (de exemplu, durerea) iar altele, precum calitatea vieţii, nici măcar nu pot fi definite.

A doua problemă ridicată este aceea de a nu putea alege între mai multe interese competitive ale diferiților beneficiari. Pe de o parte, pacienții au puțin de spus în alegerea tematicii cercetării medicale, pe de altă parte, deși MBD nu oferea importanță prea mare părerii experților, uneori medicii determină obiectivele cercetării, care interpretează rezultatele cercetării și care le implementează în practică.

Câteodată, în cadrul unor meta-analize sunt incorporate și studii nepublicate care nu respectă principiile etice. Studiile clinice randomizate ridică și ele câteva probleme: selectarea pacienților, randomizarea, modul de oprire a studiului, rezultatele studiilor reprezintă un efect mediu dar pot să existe indivizi care să aibă de suferit.

Medicina Bazată pe Dovezi poate introduce o eroare sistematică de alocare a resurselor către acele tratamente susținute de dovezi puternice cu privire la eficiența lor, în loc să direcționeze finanțarea către acele tratamente care trebuie finanțate pentru a se demonstra că sunt eficiente.

Medicina Bazată pe Dovezi nu este un domeniu esoteric, încă o știință extrem de complexă și destinată în primul rând cercetătorilor, ci este o metodă practică a gândirii critice aplicate în medicină. Ea nu este rezervată doar unor centre universitare și instituții înalt tehnologizate ci este, într-unul din cele trei forme de a practica MBD, o metodă cu valențe de instrument, atunci când este exersată, pentru medicul practician de oriunde.

CAPITOLUL VIII

STAREA DE SĂNĂTATE IN ROMANIA[1]

Din punct de vedere demografic, în ultimii zece ani, România se găseşte într-un proces de tranziţie caracterizat prin scăderea natalităţii şi creşterea mortalităţii generale, cu consecinţe asupra sporului natural al populaţiei care a devenit negativ începând din 1992 şi cu o îmbătrânire evidentă a populaţiei. Această evoluţie a determinat o inversare a piramidei vârstelor, în prezent vârstele tinere fiind considerabil mai mici decât cele vârstnice.

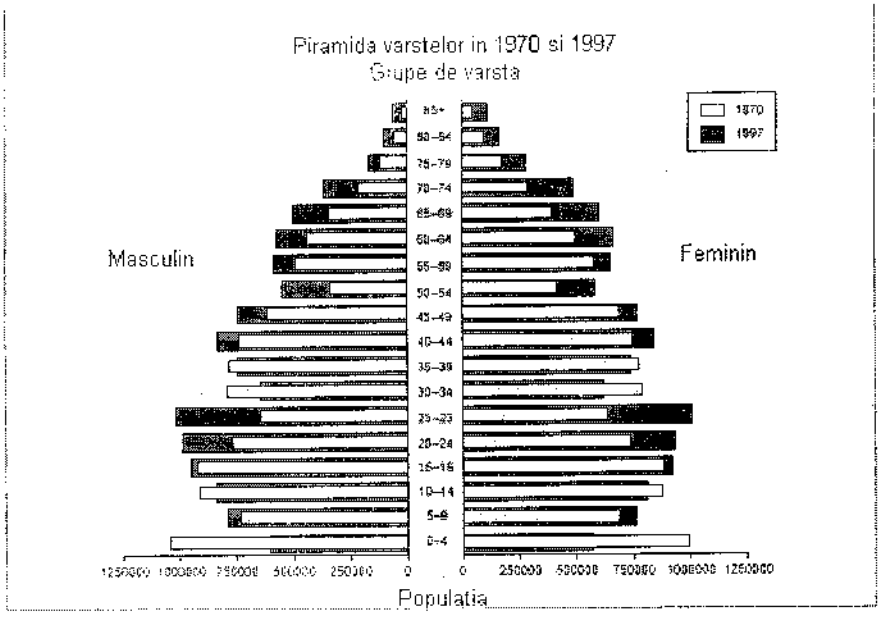


Figura 8.1.

Sporul natural al populaţiei României a început să scadă din anul 1989 (când s-a înregistrat valoarea de 5,3/1.000 locuitori), pentru ca în anul 2002, acest indicator să atingă valoarea de -2,7/1.000 locuitori, cea mai scăzută valoare înregistrată de acest indicator după anul 1989. Cauzele principale ale scăderii sporului natural au fost: creşterea mortalităţii generale, scăderea accentuată a natalităţii, emigrarea în ţările dezvoltate.

Natalitatea a înregistrat o scădere constantă, de la 16 nou născuţi/1000 de locuitori în 1989, la 9,7 nou născuţi/1000 locuitori în anul 2002.

Mortalitatea generală a înregistrat o creştere constantă, de la 10,7/1.000 locuitori în 1989, la 12,4/1.000 locuitori în 2002, fenomen explicabil prin procesul de îmbătrânire a populaţiei, înrăutăţirea condiţiilor de viaţă şi prin scăderea eficienţei serviciilor medicale. Tendinţa celor trei fenomene descrise mai sus este prezentată în Figura 8.2.

Mortalitatea maternă este încă ridicată, în anul 2002 înregistrându-se 22,32 decese materne la 100.000 născuţi vii. Deşi evoluţia acestui indicator este pozitivă, România continuă să se menţină şi în 2002 pe primele locuri în Europa în ceea ce priveşte nivelul ratei mortaltităţii materne.

[1] Adaptat dupa Strategia Naţională de Sănătate Publică, Ministerului Sănătăţii, 2004

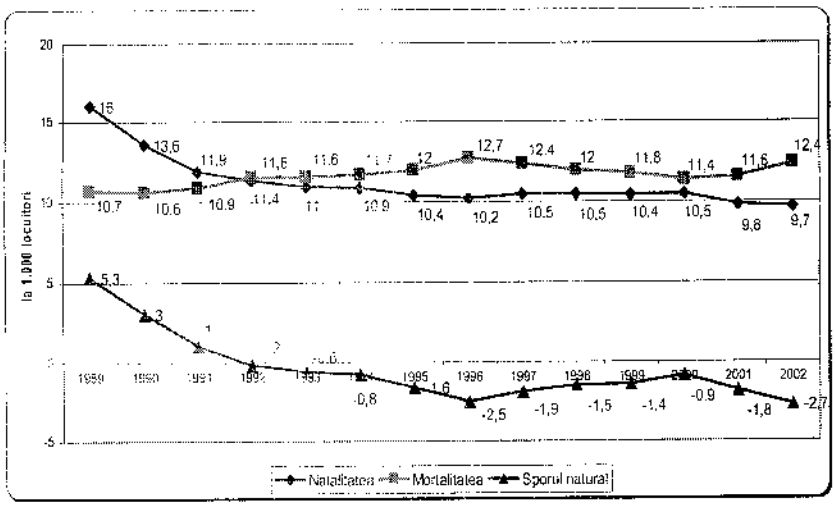


Figura 8.2. Evoluția natalității, mortalității generale și a sporului natural în România, în perioada 1989 – 2002.

Fertilitatea a înregistrat o scădere continuă începând cu anul 1989 (66,3 născuți vii la 1.000 femei 15-49 ani), pentru ca în anul 2002 valoarea acestui indicator să fie de 37,3 născuți vii la 1.000 femei 15-49 ani, reprezentând o scădere de 43,7% față de anul 1989.

Speranța de viață la naștere în România se înscrie pe o curbă ușor crescătoare, în anul 2000 având valoarea de 71,25 ani în rândul populației generale. Populația feminină prezintă o speranță de viață mai mare (74,82 ani) față de cea masculină (67,81). Comparativ însă cu celelalte țări europene din Centrul și Estul Europei, România se prezintă cu o speranță de viață mai mică (Tabelul 8.1.).

Tara	Speranța de viață	Bărbați	Femei
Rusia	65,43	59,15	72,36
Moldova	67,75	63,99	71,45
Romania	71,25	**67,81**	**74,82**
Ungaria	71,5	67,19	75,82
Bulgaria	71,71	68,48	75,09
Croația	73	69,12	76,68
Slovacia	73,45	67,38	77,64
Polonia	73,95	69,8	78,09
Cehia	75,21	71,75	78,61
Media Uniunii Europene	78,65	75,49	81,67
Media țărilor din Centrul și Estul Europei	73,03	69,16	76,93

Tabelul 8.1. Speranța de viață în câteva țări europene (2000)
Sursa: Health for All 2003

Mortalitatea infantilă a diminuat semnificativ după 1989: de la 26,9 decese 0-1 an la 1.000 născuți vii (1989), la 17,3 decese 0-1 an la 1.000 născuți vii (2002). Cu toate că acest

indicator a înregistrat o scădere continuă, se menține totuși la un nivel ridicat comparativ cu celelalte țări europene (Figura 8.3.).

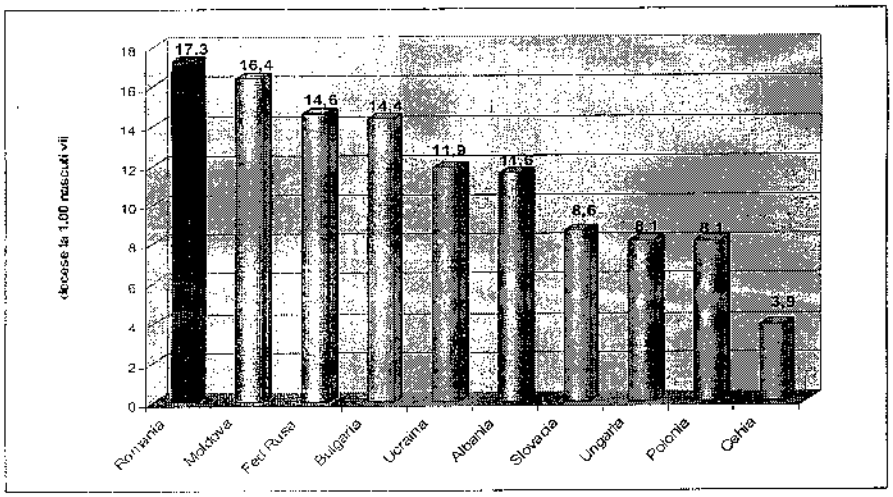


Figura 8.3. Mortalitatea infantilă în unele țări europene (2002 sau 2003)
Sursa: Health for All 2003

Mortalitatea pe cauze a relevat în anul 2003 că principalele cauze de deces în Romania sunt bolile aparatului cardiovascular, urmate de tumori, boli digestive, leziuni traumatice și otrăviri și bolile aparatului respirator (Figura 8.4.).

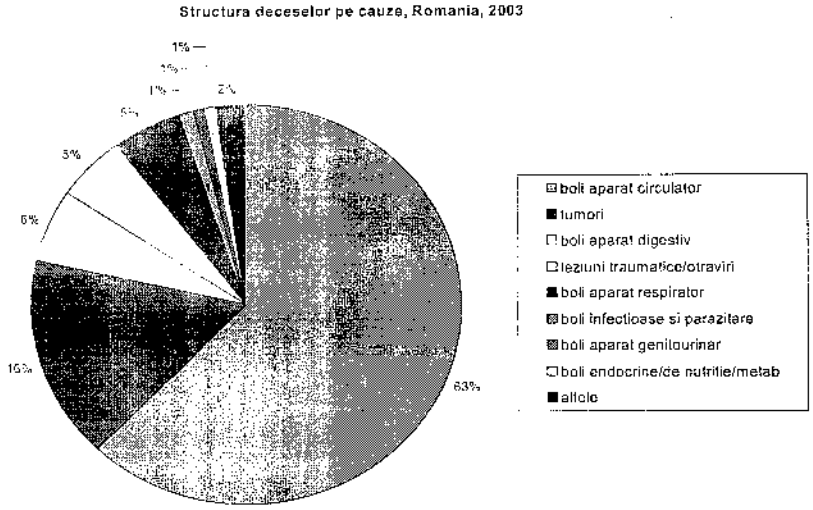


Figura 8.4. Structura deceselor pe cauze, România, 2003

Sursa: Anuar de statistică sanitară, 2003, Ministerul Sănătății, Centrul de Calcul Statistică Sanitară și Documentare Medicală

Trebuie amintit faptul că ratele specifice de mortalitate nu demonstrează şi povara bolii, măsurată printr-un indicator sintetic care ţine cont atât de anii de viaţă pierduţi prin deces prematur cât şi de anii de viaţă trăiţi în incapacitate. Acest indicator numit Disability Adjusted Life Years (DALY) pune în evidenţă o altă ierarhie a poverii bolii în România (Tabel 8.2.).

Grupa de boli	DALY la 1000 locuitori	% din total DALY
Boli cardiovasculare	60	31,88
Tumori maligne	18,97	10,1
Tulburări mentale/de comportament	18,79	9,98
Accidente, traumatisme, otrăviri	16,73	8,89
Boli ale Sistemului Nervos Central	13,67	7,26
Boli aparat digestiv	11,89	6,32
Boli aparat respirator	10,77	5,72
Boli infecţioase	3,67	1,95
Alte boli	33,61	17,86
Total DALY	188.1	100

Tabel 8.2. Structura DALY pe cauze, Romania, 1998
Sursa: Studiu efectuat de Institutul de Sănătate Publică Bucureşti, 1999

I. Morbiditate

In România modelele de morbiditate şi mortalitate au suferit modificări importante în ultimele decenii, în sensul creşterii prevalenţei bolilor cronice şi a mortalităţii de aceste cauze, în contextul creşterii ponderii populaţiei vârstnice, asociată cu acţiunea multiplă a factorilor de risc biologici, de mediu, comportamentali şi cu influenţa condiţiilor socio-economice şi de asistenţă medicală.

Informaţiile de rutină referitoare la morbiditatea bolilor netransmisibile subestimează mult nivelul real al fenomenului. Date de bună calitate s-au obţinut numai din anchetele stării de sănătate efectuate de Ministerul Sănătăţii prin Centrul de Calcul, Statistică Sanitară şi Documentare Medicală. Ultima anchetă efectuată a avut loc în 1997.

Pe de altă parte, informaţiile de rutină referitoare la morbiditatea bolilor transmisibile au o calitate mult mai bună, deoarece este funcţional un sistem de supraveghere al bolilor transmisibile, aflat în prezent în plin proces de restructurare. Dintre bolile transmisibile care reprezintă priorităţi ale sănătăţii publice putem aminti: tuberculoza (România se află pe primul loc în Europa în ceea ce priveşte nivelul incidenţei tuberculozei), bolile cu transmitere sexuală (incidenţa sifilisului a crescut de 3 ori în 2003 faţă de 1989), infecţia HIV/SIDA (4679 cazuri de SIDA în 2003), infecţiile nosocomiale (datele de care dispunem în prezent nu reflectă nivelul real al fenomenului).

II. Determinanții stării de sănătate

1. Factori comportamentali

Așa cum arată evidențele, factorii comportamentali cu impactul cel mai puternic asupra stării de sănătate sunt: fumatul, consumul de alcool, consumul de droguri, dieta, inactivitatea fizică.

Fumatul a luat amploare în România după 1990, atât în rândul bărbaților cât și al femeilor, dar mai ales în rândul tinerilor. Ancheta stării de sănătate a populației din 1997 a arătat că 46% dintre bărbații și 13 % dintre femeile de peste 18 ani fumează în mod regulat. Este o valoare mare dacă o comparăm cu media țărilor din Uniunea Europeană, dar similară cu cea a țărilor din Centrul și Estul Europei. Fumatul în spațiile publice a fost reglementat prin lege în decembrie 2002.

In ceea ce privește consumul de alcool, aceeași Anchetă a stării de sănătate a populației din 1997 a arătat că 56,2% dintre persoanele de peste 15 ani erau consumatori de alcool, dintre care 3,7% dependenți de alcool. Consumul de alcool este cel mai frecvent la grupa de vârstă 25-44 ani (66,3%).

Consumul de droguri este un fenomen care a apărut în România numai după 1990. Diferite studii efectuate în România au furnizat estimări foarte diferite ale prevalenței consumului de droguri intravenoase. De exemplu, un studiu al Institutului Național de Cercetare și Dezvoltare în Sănătate a estimat că în 1998 existau în România 1000 de consumatori de droguri intravenoase. Pe e altă parte, un raport preliminar al unui studiu efectuat de UNICEF a estimat la 30.000 numărul consumatorilor de droguri intravenoase în 2002, numai în București. Este nevoie și de alte studii care să ajungă la niște concluzii mai ferme.

2. Factori socio-economici

Factorii sociali și economici au contribuit și ei la deteriorarea stării de sănătate a populației din România după 1990 fie direct, fie indirect prin acțiunea asupra altor factori cu influență asupra stării de sănătate. Factorii socio-economici cu un impact deosebit asupra stării de sănătate sunt: nivelul sărăciei, rata șomajului, structura cheltuielilor în gospodărie, excluziunea socială.

Nivelul sărăciei în 2002 era estimat la 27%, iar cel al sărăciei extreme la circa 11%, conform raportului Băncii Mondiale din Septembrie 2003. Situația prezintă cea mai mare gravitate în regiunea de nord-est a țării, în care rata sărăciei depășește 40%. Categoriile populațioanle cele mai afectate de sărăcie sunt: copii abandonați, neglijați sever, abuzați, trăind în sărăcie extremă; familii în șomaj cronic; familii cu mulți copii; femei victime ale violenței domestice, victime ale traficului de persoane, exploatării sexuale; populația din zone defavorizate economic; populația romă săracă.

Rata șomajului în Romania a fost de 7% în decembrie 2003. Această valoare include numai șomerii înregistrați oficial. Grupa de vârstă cea mai afectată de șomaj este cea sub 25 de ani, la care nivelul ratei șomajului a atins în decembrie 2003 valoarea de 18,5%.

Structura cheltuielilor în gospodărie reflectă în general nivelul de bunăstare al unei familii. Deși populația României cheltuiește lunar mai puțin pe alimente în 2002 (35,8% din totalul cheltuielilor pe gospodărie) decât în 2000 (38,5%), această valoare este încă suficient de mare pentru a plasa populația României aproape de limita sărăciei (dacă se consideră această limită la 40% cheltuieli cu alimentele în gospodărie). Pentru sănătate, o gospodărie cheltuiește în medie numai 3,6% din totalul cheltuielilor.

3. Factori de mediu

Mediul înconjurător este un factor cu un impact deosebit asupra stării de sănătate, influențând apariția multor boli, cum ar fi: afecțiunile respiratorii cronice, cardiovasculare, alergice, endocrine, de metabolism și nutriție, bolile psihice și nu în ultimul rând bolile neoplazice. In această grupă de determinanți ai stării de sănătate trebuie să se ia în considerare: calitatea aerului, a apei, a solului, a alimentelor, a locului de muncă, a așezărilor umane și factori fizici cum ar fi zgomotul și radiațiile.

Conform rapoartelor publicate de Ministerul Mediului şi al Gospodăririi Apelor, s-a putut observa în ultimii ani o uşoară îmbunătăţire a calităţii aerului datorată pe de o parte diminuării activităţilor economice şi realizării programelor de retehnologizare şi modernizare de la nivelul unor unităţi industriale, şi pe de alta intensificării activităţii Inspectoratelor de Protecţia Mediului. Dacă în 1995 existau numai 474 de staţii de monitorizare a calităţii aerului, în 2002 numărul lor a ajuns la 700. Din datele raportate de Ministerul Mediului şi al Gospodăririi Apelor se poate observa o scădere a emisiilor totale anuale de gaze cu efect de seră, dintre care putem menţiona scăderea emisiilor de CO_2 (de la 194,8 ktone în 1989 la 66,8 ktone în 2000) şi CH_4 (de la 2,3 ktone în 1989 la 1,2 ktone în 2000). Au scăzut uşor şi emisiile de NO_2 (de la 362 ktone în 1996 la 332 ktone în 2000) şi de SO_2 (de la 898 ktone în 1996 la 773 ktone în 2000). Din aceleaşi date a rezultat că în anul 2000, circa 18 mii ha de teren agricol au fost contaminate prin acoperirea terenurilor cu deşeuri şi reziduuri solide, terenuri scoase din circuitul agricol.

Conform datelor publicate de Ministerul Transporturilor, Construcţiilor şi Turismului, transportul pasagerilor s-a intensificat în anul 2003 faţă de 2002, mai ales în transportul rutier (de la 5,2 milioane pasageri-km în 2002 la 9,4 milioane pasageri-km în 2003). Modurile de transport mai puţin poluante pentru mediu (fluvial, aerian) au marcat diminuări ale traficului.

CAPITOLUL IX

SĂNĂTATEA PUBLICĂ ŞI INTEGRAREA EUROPEANĂ

Uniunea Europeană reprezintă familia ţărilor democratice europene, dedicată eforturilor comune pentru menţinerea păcii şi prosperităţii. Nu este un stat care să înlocuiască statele existente, dar este mai mult decât orice altă organizaţie internaţională, Uniunea Europeană fiind unică din acest punct de vedere. Statele membre au constituit instituţii comune, cărora le deleagă o parte din suveranitatea lor, astfel încât deciziile în probleme specifice de interes comun pot fi luate în mod democratic la nivel European. Această extindere a suveranităţii este de fapt ceea ce este cunoscut sub termenul de "integrare europeană"

Rădăcinile istorice ale Uniunii Europene îşi au originea în timpul celui de- al doilea război mondial. Ideea integrării europene a fost concepută pentru ca astfel de crime şi distrugeri să nu se mai producă. A fost propusă pentru prima dată de Ministrul Afacerilor Externe al Franţei Robert Schuman într-un discurs din 9 mai 1950. Această dată, considerată data naşterii a ceea ce este acum Uniunea Europeană, este celebrată acum ca Ziua Europei.

În 1950 Robert Schuman a propus unificarea industriilor cărbunelui şi oţelului din Europa de Vest. Ca rezultat, în 1951, a fost înfiinţată Comunitatea Europeană a Cărbunelui şi Oţelului (ECSC), cu 6 ţări membre: Belgia, Germania de Vest, Luxemburg, Franţa, Italia şi Olanda. Puterea de decizie privind industria cărbunelui şi oţelului în aceste ţări se afla în mâinile unui independent, un organism supranaţional numit "Înalta Autoritate". Jean Monnet a fost primul preşedinte al acesteia.

ECSC a fost aşa un succes încât în câţiva ani, aceleaşi şase ţări au decis să meargă mai departe şi să integreze şi alte sectoare ale economiei.

În 1957 au semnat tratatul de la Roma creând Comunitatea Europeană de Energie Atomică (Euratom) şi Comunitatea Economică Europeană. Statele membre au îndepărtat barierele de schimb dintre ele formând o "piaţă comună".

În 1967 instituţiile celor trei Comunităţi Europene s-au unit, aparand astfel o singură Comisie şi un singur Consiliu de Miniştri, la fel ca si Parlamentul European.

Iniţial, membrii Parlamentului European erau aleşi de parlamentele naţionale, dar în 1979 s-au ţinut primele alegeri directe, permiţând cetăţenilor statelor membre să voteze candidatul dorit. De atunci, alegerile directe se desfăşoară din 5 în 5 ani.

Tratatul de la Maastricht (1992) a introdus noi forme de cooperare între guvernele statelor membre – ca exemplu în apărare şi în domeniul justiţiei şi afacerilor interne. Prin adăugarea acestei cooperări interguvernamentale la sistemul comunitar existent, Tratatul de la Maastricht a creeat notiunea de Uniunea Europeană, inclusiv cu aparteneta cetatenilor la acest spatiu comun.

În 1992 Uniunea Europeană a decis pentru o uniune economică şi monetară (EMU), implicând introducerea unei monede europene unice manageriată de Banca Centrală Europeană. Moneda unică – euro- a devenit realitate la 1 ianuarie 2002 , când bancnotele şi monedele euro au înlocuit moneda naţională în 12 din cele 15 ţări ale Uniunii Europene (Belgia, Germania, Grecia, Spania, Franţa, Irlanda, Italia, Luxemburg, Olanda, Austria, Portugalia şi Finlanda).

Uniunea Europeană s-a mărit prin mai multe valuri succesive de aderare. Danemarca, Irlanda şi Marea Britanie au aderat în 1973 urmate de Grecia în 1981, Spania, Portugalia şi Austria în 1986, Finlanda şi Suedia în 1995.

Uniunea Europeană a mai primit 10 noi țări în 2004: Cipru, Republica Cehă, Estonia, Ungaria, Letonia, Lituania, Polonia, Malta, Slovacia și Slovenia. Bulgaria și România se așteaptă să adere peste câțiva ani, iar Croația și Turcia sunt tari candidate, asemenea în proces de negociere a aderarii.

Pentru a se asigura că Uniunea Europeană poate să funcționeze eficient cu 25 sau mai mulți membri, sistemul de luare a deciziilor a trebuit să fie (re)organizat. De aceea Tratatul de la Nisa a stabilit noi reguli în ceea ce privește mărimea instituțiilor Uniunii Europene și modul lor de lucru. A intrat în vigoare la 1 februarie 2003. Din 2004 tarile membre au votat la Roma prima constitutie a UE.

Legislația este fundamentală pentru Uniunea Europeană. Toate procedurile si deciziile Uniunii Europene se bazează pe tratate, care sunt acceptate de toate țările membre ale Uniunii Europene.

În anii de început, majoritatea cooperărilor între țările europene era bazată pe schimburi și economie, dar acum Uniunea Europeană se ocupă de multe alte subiecte de importanță majoră pentru viața de zi cu zi, cum sunt: drepturile cetățenilor, securitatea și justiția; creerea de noi locuri de muncă; dezvoltarea regională; protecția mediului; realizarea globalizării muncii pentru fiecare.

Uniunea Europeană a oferit jumătate de secol de stabilitate, pace și prosperitate. A ajutat la creșterea nivelului de viață, construind o singură piață europeană, lansând o singură monedă europeană, euro, și întărind vocea UE în lume.

Mecanismele juridice prin care aceste structuri operează sunt reprezentate de **tratate, regulamente, directive, decizii, opinii si recomandări**. Tratatele au putere de lege în toate statele membre și dau UE competențe în anumite domenii în care poate emite regulamente și directive. Regulamentele (dispozițiile) au aplicabilitate directă și imediată. Directivele sunt adaptate la nivel national într-un interval fix. Deciziile au aceași putere ca regulamentele, doar pentru anumite state, organizații sau indivizi către care sunt direcționate. Opiniile și recomandările pot fi adoptate de Consiliul de Miniștri, dar nu au putere de lege. Se poate spune că baza legislației comunitare se sprijină pe tratate, regulamente și directive; interpretarea detaliată a acestora se face pe baza cazurilor judecate de către Curtea Europeană de Justiție.

Cadrul instituțional care asigură funcționalitatea UE este reprezentat de Consiliul de Miniștrii al Uniunii Europene care este format din guvernele statelor membre, aprobă legislatia cu vot majoritar (piata interna) sau unanim (sănătate publică - tutun)- Parlamentul European ales direct de către cetățenii statelor membre la fiecare 5 ani- Comisia Europeană care inițiază legislația secundară- Curtea Europeană de Justiție care este arbitrul final și Curtea de Conturi.

Tratatele UE care au definit baza legala pentru ''piata comuna'' au ca scop **apararea celor patru libertati de miscare**: a persoanelor, a capitalului, a serviciilor si a bunurilor. Sănătatea este mentionata în art. 36 al Tratatului Unic European din 1985, care dă dreptul statelor membre să limiteze comerțul bunurilor, acolo acest lucru se justifică pe baza protecției sănătății și vieții umane. Libera circulație a persoanelor are implicații atât pentru profesionistii sanitari cât și pentru pacienți; libera circulație a serviciilor poate avea implicații pentru asigurările de sănătate; libera circulație a bunurilor include produsele medicale, în special medicamentele și consumabilele.

Chiar dacă problemele de sănătate publică erau pe masa de lucru a Comisiei Europene înaintea conferinței interguvernamentale asupra uniunii monetare si politice, finalizate prin Tratatul de la Maastricht, doar în acesta din urmă apar referiri specifice la domeniul sănătății publice în art 129. Unul din cele mai importante paragrafe din acest articol se referă la protecția sănătății și cerința ca aceasta să se aplice la toate celelalte politici și programe ale UE. Aceasta clauză este

foarte clar statuată şi va trebui avută în atenţie nu doar de statele membre ci şi de cele candidate, precum România, atunci când dezvoltă programe în alte domenii decât cel sanitar, dar care pot avea consecinţe asupra sănătăţii populaţiei.

În esenţă, deşi nu există cerinţe ale UE ca sistemele sau reformele sistemelor de sănătate să aibă o structură anume, conform principiului convergenţei rezultatele acestora ar trebui să fie aceleaşi asupra stării de sănătate a cetăţenilor Uniunii Europene. Acest aspect, face neproductivă căutarea unui ''sistem de sănătate european'' în ale cărui tipare să se încerce realizarea sistemului de sănătate ideal. Pentru România acest lucru are cu atât mai multă relevanţă cu cât în perioada actuală sistemul naţional de sănătate trece prin cele mai radicale schimbări de structură din ultimii 50 de ani; practic, conform cerinţelor UE, important nu este modelul ales pentru furnizarea serviciilor de sănătate, ci rezultatul acestui sistem astfel încât starea de sănătate a populaţiei să nu aibe de suferit în urma alegerii făcute.

În capitolul de faţă se vor analiza succint implicaţiile libertăţii de mişcare pentru pacienţi şi personalul medical.

Faţă de standardele "empirice " ale ţărilor europene, densitatea medicală este scăzută, constatându-se un deficit de 35.6% faţă de ţările UE, şi de 38.4% faţă de ţările CEE.

România (1999) .....191.4 medici la 100000 locuitori
UE (1996) ..... 297.5 medici la 100000 locuitori
CEE (1996) ..... 311.1 medici la 100000 locuitori

În ceea ce priveşte structura pe specialităţi medicale, există importante diferenţe între România şi ţările europene, atât în ceea ce priveşte tipul şi denumirea specialităţilor, cât şi în repartiţia medicilor pe specialităţi (tabelele 9.1. si 9.2.).

Tara	Total MG	MG%000 loc.	Locuitori/1 medic
Letonia	489	19.97	5008
Rusia	34260	23.38	4277
Moldova	1674	38.94	2568
Slovacia	2160	40.07	2496
Olanda (1997)	6997	44.82	2231
Slovenia	933	47.26	2116
Estonia	789	54.42	1838
Elvetia	4250	59.78	1673
Lituania	2345	63.34	1579
Ungaria	6766	67.04	1492
Turcia	42937	67.67	1478
Cehia	6992	67.92	1472
Croatia	3066	68.12	1468
Portugalia	6841	68.55	1459
Romania	**18333**	**81.47**	**1227**
Italia (1997)	53880	93.71	1067
Germania (1997)	6703	103.32	968
Franta (1997)	84776	148.52	673
Belgia	15633	153.22	653

Tabel 9.1. Numarul total si indicele de asigurare cu medici de medicină generală (asistenţa primară) în câteva ţări europene, 1998
Sursa: Baza de date Health-for-All, 2000

Tara	Total medici spital	Procent medici spital	Locuitori/ 1medic spital
Franta (1997)	39880	22.5	1470
Cehia	8141	26.1	1265
Moldova	5092	33.8	844
Bulgaria	9796	34.4	843
Belgia	16020	39.8	637
Romania (1997)	**16313**	**40.4**	1382
Lituania	6273	42.9	590
Elvetia	10113	44.0	703
Estonia	1912	44.4	758
Ucraina	67266	46.0	744
Rusia	284326	46.1	515
Georgia (1997)	11555	47.1	467
Germania	135854	47.3	604
Slovenia	2251	50.0	877
Finlanda	7808	50.6	660
Ungaria	18646	51.7	541
Croatia	5393	52.4	835
Slovacia	10970	57.6	491
Portugalia	22501	72.3	444

Tabel 9.2. Numărul şi procentul medicilor care lucrează în spital în ţări europene, 1998

I. Libera circulaţie a specialiştilor în Uniunea Europeană

Specialiştii din domeniul sănătăţii au o poziţie privilegiată. Lor le-au fost încredinţate de către stat anumite drepturi care le sunt refuzate altora (cum ar fi prescrierea de medicaţie, în cazul medicilor şi, în anumite ţări, al asistentelor), şi tot ei au dreptul exclusiv de a fi angajaţi în anumite posturi. În schimb, au şi anumite responsabilităţi. Ca indivizi, ei trebuie să se asigure că îşi îmbunătăţesc în mod constant competenţele şi cunoştinţele, deoarece ei trebuie să respecte anumite standarde etice, în special cele care privesc evitarea unor situaţii în care poziţia lor în relaţia cu pacienţii ar putea fi exploatată. Împreună, specialiştii din domeniul sănătăţii joacă un rol important în stabilirea amplorii şi naturii pregătirii profesionale, în stabilirea unui cadru pentru învăţarea continuă, în monitorizarea calităţii practicii clinice şi în asigurarea aplicării unor înalte standarde etice.

Aceste responsabilităţi colective sunt asumate la nivelul fiecărui stat membru al Uniunii Europene (UE). Mecanismele folosite diferă în mod considerabil, reflectând diferenţele istorice între instituţiile implicate (universităţi, administraţie, organizaţii profesionale etc.) şi relaţia dintre specialiştii din domeniul sănătăţii şi stat. În esenţă, legislaţia europeană asupra circulaţiei specialiştilor nu reflectă aceste diferenţe, prevederile sale fiind bazate pe principiul recunoaşterii reciproce. Dacă un program de formare se conformează unui standard de bază, definit în mod obişnuit prin durata procesului de formare, se presupune că absolvenţii programului respectiv au atins un nivel de competenţă care le permite să lucreze oriunde în Uniunea Europeană.

Este evident că se vor obţine anumite beneficii din promovarea liberei circulaţii. Oferta de muncă în domeniul specialiştilor din domeniul sănătăţii este extrem de neuniformă în Europa, în unele ţări existând surplus, iar în altele forţa de muncă din acest

domeniu este insuficientă. Deşi reprezintă o potenţială problemă, diversitatea modurilor în care se asigură asistenţa medicală, creează şi numeroase oportunităţi pentru schimbul de exemple de bune practici. Cu toate acestea, există o oarecare îngrijorare în acest sens. În primul rând, există o convingere foarte puternică, în sensul că nu în toate ţările competenţele dobândite sunt echivalente, existând adesea diferenţe în ceea ce priveşte timpul petrecut în contact direct cu pacienţii şi experienţa practică rezultată de aici. Aceste convingeri pot acţiona ca o barieră în calea mobilităţii şi, deşi sunt ilegale, este posibil să se folosească forme indirecte de discriminare. În al doilea rând, dezvoltarea rapidă a cunoştinţelor din domeniul asistenţei medicale face ca o persoană care s-a calificat în acest domeniu cu zece ani în urmă să fie foarte repede depăşită dacă nu ia anumite măsuri pentru a fi la curent cu progresul. Această situaţie a fost motivul pentru care unele guverne au introdus un sistem de reconfirmare, conform căruia calificările unei persoane rămân valabile atâta timp cât persoana respectivă poate dovedi că este capabilă să practice respectiva profesie. Cu toate acestea, întregul domeniu al formării profesionale continue cunoaşte variaţii enorme în Europa.

Astfel, provocarea este identificarea modalităţilor prin care să se promoveze libera circulaţie, promovând în acelaşi timp şi înalte standarde de cunoştinţe profesionale, atât în momentul calificării iniţiale, cât şi pe întreg parcursul carierei.

II. Cadrul legal

Deşi Tratatul de baza al UE instituie un cadru general în ceea ce priveşte libera circulaţie a specialiştilor din domeniul sănătăţii, prevăzând posibilitatea de coordonare a regulilor care reglementează activităţile independente, s-a hotărât că pentru specialiştii din domeniul sănătăţii este nevoie de o atenţie specială. Legislatia specifica a UE prevede că "în cazul profesiei medicale, al profesiunilor adiacente şi al farmaciştilor, abolirea progresivă a restricţiilor se face în funcţie de coordonarea condiţiilor pentru exercitarea acestor profesiuni în diversele state membre". Acesta este motivul pentru care profesiunea de medic şi celelalte profesiuni din domeniul asistenţei medicale au fost printre primele profesiuni pentru care au fost elaborate reglementări specifice la nivelul Comunităţii Europene. (Lonbay, 2000; Richards, 2000).

Calificările profesionale pot fi recunoscute prin două modalităţi în toate ţările membre ale UE, şi există două tipuri de directive care stabilesc criteriile ce stau la baza recunoaşterii profesionale.

Directivele sectoriale se aplică anumitor profesiuni cum ar fi cele de arhitect, moaşă, farmacist, medic, asistentă medicală pentru asistenţă generală, stomatolog şi medic veterinar; aceste directive sunt puse în aplicare pe baza recunoaşterii reciproce a diplomelor.

Toate celelalte profesiuni sunt încadrate într-un sistem general de recunoaştere a profesiunilor care funcţionează conform principiului reglementării sau nereglementării unei anumite profesiuni.

Într-o încercare de a facilita libera circulaţie a specialiştilor din domeniul sănătăţii, au fost adoptate aşa numitele "directive ale medicilor" 75/362/CEE şi 75/363/CEE (Consiliul Uniunii Europene, 1975a şi b); directivele au fost adoptate în 1975 şi sunt în vigoare de la începutul anului 1976, cu mult înainte de realizarea pieţei comune. Aceste directive le asigură medicilor dreptul de a fi recunoscuţi ca atare în orice stat membru al UE dacă îndeplinesc concomitent condiţiile de mai jos:

- sunt cetăţeni ai unui stat membru;
- au absolvit studii fundamentale într-un stat membru şi au o diplomă recunoscută.

Prima directivă 75/362/CEE (Consiliul Uniunii Europene, 1975a) se referă la recunoaşterea reciprocă a calificărilor din domeniul medical, acestea fiind separate în trei categorii:

- diplome, certificate sau alte dovezi ale calificării formale în domeniul medicinii generale ;

- documentele referitoare la specializările în medicină care sunt comune tuturor statelor membre ;

- documentele referitoare la specializările în medicină specifice pentru două sau mai multe state membre .

Fiecare stat membru are obligația de a recunoaște calificările precizate în această directivă, acordând aceleași drepturi, în baza acestor calificări, pe teritoriul său ca și pe teritoriul statului membru care a acordat documentul respectiv. Recunoașterea specializării este un aspect mai complex decât recunoașterea studiilor fundamentale. Dacă un medic a urmat o specializare într-o specialitate comună tuturor statelor membre și cuprinsă în lista din directivă , atunci acel medic are dreptul să fie recunoscut ca specialist oriunde în cadrul UE. De asemenea, specializările care sunt comune pentru două sau mai multe state membre trebuie recunoscute pe tot cuprinsul UE . Totuși, aceste prevederi nu acoperă toate specializările, iar procesul de obținere a recunoașterii pentru specializările mai puțin comune poate fi extrem de lent.

Directiva 75/363/CEE (Consiliul Uniunii Europene, 1975b) prevede coordonarea cursurilor din cadrul învățământului medical. Statele membre au obligația de a asigura garanții conform cărora, pe parcursul pregătirii, indivizii vor dobândi:

- cunoștințe corespunzătoare în științele care stau la baza medicinii și o bună înțelegere a metodelor științifice;

- o înțelegere suficientă a structurii, funcțiilor și comportamentelor persoanelor sănătoase și bolnave, precum și a relațiilor dintre starea sănătății și mediul fizic și social al ființei umane;

- cunoștințe corespunzătoare despre disciplinele și practicile clinice;

- experiență clinică adecvată în spitale, sub supraveghere corespunzătoare.

În ceea ce privește pregătirea specialiștilor, pentru fiecare specializare sunt prevăzute perioadele minime de pregătire.

O directivă ulterioară, 86/457/CEE, (Consiliul Uniunii Europene, 1986: 26) se referă la standardele pentru practica generală, dar această directivă nu a fost pusă complet în aplicare decât în ianuarie 1995. Scopul său este de a compensa dezechilibrele considerabile care există între standardele pentru practica generală din statele membre.

Toate aceste trei directive au fost abrogate și codificate, cu diverse modificări pentru mai multe specializări, prin Directiva Consiliului 93/16/CEE (Consiliul Uniunii Europene, 1993a). Obiectivul principal al Directivei 93/16/CEE este de a stabili standardele minime de pregătire care sunt necesare și suficiente pentru recunoașterea reciprocă a diplomelor medicale. În afară de acest aspect, organizarea și conținutul pregătirii medicale sunt, în cea mai mare parte, responsabilitatea fiecărui stat membru. De asemenea, directiva are rolul de a stabili regulile referitoare la schimbul de informații dintre comisiile de autorizare/disciplinare din statele membre despre medicii care au oferit tratament neadecvat din cauza neglijenței, a calificării necorespunzătoare sau a unor probleme de sănătate mintală, inclusiv alcoolismul sau alte dependențe.

Conform aceleiasi directive, statele membre au obligația de a recunoaște diplomele enumerate la articolul 3, care au fost acordate în conformitate cu prevederile articolului 23. Articolul 23 stipulează faptul că pregătirea medicală trebuie să cuprindă un curs cu durata minimă de șase ani, cu 5500 de ore de pregătire teoretică la nivel universitar. Directiva se referă și la pregătirea medicală specializată.

III. Medicii generaliști

Începând cu luna ianuarie 1990, statele membre trebuie să instituie nivele minime suplimentare de pregătire. Din ianuarie 1995, medicii care doresc să devină practicieni generaliști în sisteme cum este Serviciul Național de Sănătate (National Health Service) din Marea Britanie trebuie să urmeze o pregătire profesională cu durata minimă de doi ani, sub supravegherea autorităților competente; această pregătire trebuie să fie mai mult practică

decât teoretică. Această pregătire profesională suplimentară trebuie să cuprindă şi angajarea cursantului în activităţi profesionale sau asumarea de responsabilităţi faţă de persoanele cu care lucrează.

IV. Specialiştii

Specializările enumerate în articolul 5 sunt recunoscute de către toate statele membre, iar cei care deţin diplomele relevante au dreptul să fie recunoscuţi automat, în baza faptului că specializările enumerate în articolul 7, şi care sunt comune pentru două sau mai multe state membre, sunt recunoscute automat de către statele membre enumerate în acest articol. Conform articolului 8, cetăţenii UE care vin din alte state membre care nu asigură pregătire în specializările menţionate în articolele 4 şi 6, dar care doresc să obţină o diplomă de specialist, trebuie să urmeze pregătirea cerută de către statul gazdă, dacă le este recunoscută pregătirea din domeniu pe care au urmat-o deja.

V. Măsuri de protecţie

Directiva le permite statelor membre gazdă să solicite informaţii referitoare la caracterul şi reputaţia medicilor imigranţi, dacă respectivul stat solicită astfel de referinţe şi pentru proprii săi medici Prin Decizia Consiliului 75/364/CEE (Consiliul Uniunii Europene, 1975 c) a fost instituit un Comitet Consultativ pentru pregătirea medicală (ACMT - Advisory Committee of Medical Training) care are rolul de a asigura respectarea unor standarde la fel de exigente atât în privinţa pregătirii fundamentale cât şi a celei continue. De asemenea, a fost înfiinţat un Comitet de Funcţionari Superiori în Sănătate Publică (Committee of Senior Officials on Public Health) care să adapteze directivele la condiţiile în permanentă schimbare dar, aceste schimbări se produc atât de rapid încât este dificil ca directivele să poată fi actualizate în acelaşi ritm (Lonbay, 2000).

Directiva 93/16/CEE (Consiliul Uniunii Europene, 1993 a) a fost recent modificată şi completată, fiind chiar şi în prezent supusă unor noi modificări şi completări. În 1998, Comisia Europeană a prezentat un proiect legislativ care viza actualizarea mai multor directive ale UE referitoare la recunoaşterea reciprocă a calificărilor profesionale. Aşa numita directivă SLIM, parte a iniţiativei Legislaţie Simplificată pe Piaţa Internă (Simpler Legislation in the Internal Market), avea rolul de a cuprinde modificările şi completările la "Directiva Medicilor", precum şi pe cele referitoare la diplomele de asistentă medicală, moaşă, stomatolog, medic veterinar şi arhitect. În mai 2001, Comisia Europeană a adoptat o nouă directivă (2001/19/CE) (Parlamentul European şi Consiliul Uniunii Europene, 2001 b), prin care se modificau directiva 93/16/CEE (Consiliul Uniunii Europene, 1993 a), precum şi alte directive referitoare la profesiunile de asistentă medicală în asistenţa generală, stomatolog, medic veterinar, moaşă, arhitect, farmacist şi medic.

VI. Directivele în vigoare

Pentru ca prevederile pieţei unice în privinţa specialiştilor din domeniul sănătăţii să aducă beneficii tangibile pentru sistemele de sănătate din Europa, acestea trebuie să faciliteze circulaţia la un nivel care să permită redresarea diferenţelor considerabile în oferta de muncă din întreaga Europă. Există prea puţine dovezi că s-a reuşit acest lucru (Jinks *et al.*, 2000). Deşi este posibil ca specialiştii din domeniul sănătăţii să aibă o poziţie mai bună decât alţii în ceea ce priveşte transferul competenţelor lor dintr-o ţară în alta, amploarea circulaţiei în UE a fost extrem de limitată. Mobilitatea medicilor a fost cea mai studiată. De exemplu, în Marea Britanie, care este prin tradiţie cel mai mare importator de specialişti din domeniul sănătăţii, în parte datorită utilizării pe scară largă a limbii engleze, au fost atraşi relativ puţini medici din alte ţări (Brazier et al., 1993; Lonbay, 2000). În 1998, 411 medici au venit în Marea Britanie din Germania. Lor li s-au adăugat 291 de medici din

Grecia, apoi din Italia şi Irlanda, din fiecare venind sub 200 de persoane (Lombay, 2000). În acelaşi an, 219 medici au migrat în Grecia (156 din Italia şi 43 din Germania).

Eşecul directivei pentru medici de a promova mobilitatea a fost atribuit barierelor culturale, sociale şi instituţionale (inclusiv problemei lingvistice) şi menţinerii politicilor naţionale restrictive. Nu toate statele membre au pus în aplicare directiva în toate domeniile. În 2000, Comisia Europeană a deferit Olanda, Irlanda şi Portugalia Curţii Europene de Justiţie pentru că nu au implementat Directiva 98/21/CE, care modifică şi completează Directiva 93/16/CEE (Consiliul Uniunii Europene, 1993a) privind medicii specializaţi în medicina ocupaţională. De asemenea, Comisia a trimis un aviz însoţit de justificări Olandei, Irlandei, Spaniei şi Portugaliei în privinţa neimplementării Directivei 98/63/CE pentru modificarea şi completarea Directivei 93/16/CEE (Consiliul Uniunii Europene, 1993a), modificând lista diplomelor medicilor specializaţi recunoscuţi în întreaga Uniune Europeană (Comisia Europeană, 2000a).

O altă problemă este aceea că directivele de recunoaştere reciprocă se aplică numai diplomelor obţinute în statele membre ale Uniunii Europene, şi nu acoperă diplomele din ţări terţe. Acest lucru ridică probleme în ţări cum ar fi Marea Britanie, unde foarte mulţi medici s-au specializat în ţări terţe (în special în zona Indiei), dar ale căror calificări au fost recunoscute şi aprobate de către GMC (organismul de reglementare al medicilor). Majoritatea acestor medici au obţinut, de asemenea, calificări suplimentare în Marea Britanie. Deoarece calificările lor sunt recunoscute de organismul de reglementare din Marea Britanie, se argumentează că acestea ar trebui recunoscute şi de celelalte state membre. Este programată extinderea legislaţiei care să oblige organismele de înregistrare să ia în considerare experienţa dobândită în ţări terţe de către medicii înregistraţi şi care practică în cadrul SEE (Spaţiul Economic European), astfel încât fiecare caz să poată fi tratat individual, deşi anumite ţări s-au opus (Richards, 2000).

VII. Implicaţiile pentru asistenţa medicală

După cum precizam anterior, directivele medicale stabilesc doar un set minim de standarde de instruire. Deşi aceste standarde pot fi puse în aplicare, modul oarecum vag în care sunt definite , în principal pe baza duratei pregătirii şi fără precizări în privinţa conţinutului acesteia, înseamnă că există variaţii considerabile la nivelul amplorii şi naturii pregătirii necesare în diferitele state membre. În prezent, nu există nici un fel de apropiere legislativă în ceea ce priveşte compoziţia, funcţia sau metodele de lucru ale autorităţilor naţionale competente care răspund de supervizarea pregătirii. De asemenea, nu există nici un forum european în care acestea să se reunească pentru a discuta probleme de pregătire şi de asigurare a calităţii (McKee, 2004). Problema pregătirii medicale de specialitate are implicaţii aparte pentru serviciile medicale, deoarece medicii care se formează sunt implicaţi atât în roluri din domeniul pregătirii, cât şi în roluri din domeniul asistenţei medicale. Din perspectivă istorică, durata pregătirii de specialitate variază considerabil de la o ţară la alta, având o durată semnificativ mai lungă în Marea Britanie şi Irlanda. În prezent, ambele ţări au redus aceste perioade, ceea ce a avut implicaţii importante pentru asigurarea personalului din spitale, în special la nivelul spitalelor mai mici, care s-au bazat foarte mult timp pe un flux continuu de studenţi care asigurau o proporţie însemnată din îngrijirile medicale şi chirurgicale, în special seara şi la sfârşit de săptămână. Reducerea perioadelor de pregătire, completată de trecerea de la componenta servicii la componenta pregătire, a ameninţat viabilitatea unor spitale, având implicaţii asupra distribuţiei geografice a unităţilor medicale. Această situaţie va fi influenţată în plus, după aplicarea directivei asupra orelor de muncă pentru tinerii medici (Consiliul Uniunii Europene, 1993b). Cu toate acestea, cea mai importantă consecinţă a acestei directive este presupunerea că specialiştii din domeniul sănătăţii care satisfac standardele minime prevăzute în directive sunt specialişti suficient de calificaţi pentru a practica.

Există astfel, mai multe probleme nerezolvate, a căror importanţă se amplifică pe măsură ce un număr tot mai mare de pacienţi sunt trataţi în alte state membre şi, în special,

în cazurile în care autoritățile din domeniul medical şi fondurile de asigurări medicale încheie contracte cu furnizori din alt stat membru. Formal, poziția legală este evidentă, adică cei care încheie contracte cu furnizori nu pot impune condiții care sunt, în mod direct sau indirect, discriminatorii. Acest lucru înseamnă că specialiștii din domeniul sănătății din celelalte state membre trebuie să respecte orice sisteme de formare profesională continuă şi reconfirmare care sunt în vigoare în primul stat membru. Totuşi, acest lucru înseamnă că este posibil ca specialiștii din domeniul sănătății care se angajează în acest tip de contracte să trebuiască să respecte mai multe regimuri de reglementare diferite şi costurile financiare şi de timp care decurg din acestea.

O problemă suplimentară apare atunci când un specialist din domeniul sănătății fie nu reuşeşte să obțină reconfirmarea în țara sa, fie este radiat din registrul profesional relevant. Atâta vreme cât există sisteme, deşi imperfecte, care se ocupă de a doua problemă, este foarte posibil ca o persoană să aibă permisiunea de a practica într-un alt stat membru, dar nu şi în statul său.

În rezumat, accentul pe care directivele îl pun pe promovarea liberei circulații este perceput a fi în detrimentul preocupării de a asigura o calitate constantă a specialiştilor implicați. Pe măsură ce statele membre trec de la un model în care calificarea ca specialist în domeniul sănătății îi dă unei persoane dreptul de a profesa pe viață, la un sistem bazat pe dovedirea formării profesionale continue, va fi nevoie să se introducă în mod explicit aspecte legate de calitatea profesională.

In ceea ce priveste statutul profesionistilor medicali din Romania, este important de mentionat ca, in cadrul procesului de negociere a aquisului comunitar (vezi mai jos), a fost agreeata formula: *2+2+3 ani* in ceea ce priveste libertatea de miscare a profesionistilor. Acest lucru inseamna ca in primii doi ani de la aderare un stat membru poate refuza acordarea dreptului de practica, daca considera ca acest lucru va distorsiona piata muncii; in urmatorii doi ani poate face acelasi lucru, insa cu instiintarea argumentata a Comisiei UE si in fine poate refuza dreptul de practica si pentru urmatorii trei ani, de data aceasta insa doar cu acordul Comisiei UE.

VIII. Aquisul comunitar

Pentru a fi pregătiți pentru aderare, noii membrii trebuie să adopte aşa-numitul *acquis comunitar* care înseamnă aplicarea a 80,000 de pagini de legislație UE, făcând structurile lor birocratice şi administrative mai eficiente, întărind sistemul lor juridic şi crescând securitatea la granițele estice, etc. Acestea devin acum granițele externe ale unei Uniuni a 25 de țări. Frontierele externe sunt o precondiție necesară pentru a menține deschise frontierele interne ale UE. UE a oferit asistență considerabilă atât materială cât şi tehnică şi consultanță pentru a aduce controalele la frontieră la standardele UE.

Condițiile de bază pentru calitatea de membru sunt:

- existența unor instituții stabile care să garanteze democrația;
- regula legii, respectării şi protejării drepturilor omului şi a minorităților
- existența unei economii de piață funcționale
- capacitatea de a face față forțelor pieței şi presiunilor competiționale în cadrul UE
- abilitatea de a-şi asuma obligațiile de membru, incluzînd unificarea economică şi monetară

Sunt 31 de capitole pe care un stat trebuie să le negocieze în vederea aderării la Uniunea Europeană si pe care pentru mai multa acuratete le vom prezenta in denumirea oficiala din engleza.

- Cap. 1 Free Movement of Goods
- Cap. 2 Free Movement for Persons
- Cap. 3 Freedom to Provide Services
- Cap. 4 Free Movement of Capital
- Cap. 5 Company Law
- Cap. 6 Competition Policy

- Cap. 7 Agriculture
- Cap. 8 Fisheries
- Cap. 9 Transport Policy
- Cap. 10 Taxation
- Cap. 11 European Monetary Union
- Cap. 12 Statistics
- Cap. 13 Social Policy
- Cap. 14 Energy
- Cap. 15 Industrial Policy
- Cap.16 Small and Medium Enterprises
- Cap. 17 Science and Research
- Cap.18 Education and Training
- Cap. 19 Telecommunications and Info
- Cap.20Culture and Audivisual Policy
- Cap. 21 Regional Policy and Co-ordination
- Cap. 22 Environment
- Cap. 23 Consumers and Health Protection
- Cap. 24 Justice and Home Affairs
- Cap. 25 Customs Union
- Cap. 26 External Relations
- Cap. 27 Common Foreign and Security Policy
- Cap. 28 Financial Control
- Cap. 29 Finance and Budgetary Provisions
- Cap.30 Institutions
- Cap. 31 Other Negotiations & Pre-Accession Coordination

Dupa cum se observa din cele 31 de capitole ale aquisului nici-unul nu este explicit legat de sanatate. Trebuie de asemenea subliniat de la început că în actul fondator al Comunității Europene. tratatul de la Roma, nu există nici o referire concretă la sănătate sau probleme legate de sănătate. EEC și-a dezvoltat programele și politicile economice fără să facă nici o cerință explicită referitoare la consecințele lor pentru sănătate. Un exemplu concret este agricultura: politica din acest domeniu avea scopul de a se dezvolta astfel încât să producă suficiente cantități de produse care să conducă la siguranța alimentară pentru populație și venituri suficiente pentru fermieri. Un rezultat al acestei politici a fost ca producătorii de tutun au primit subvenții substanțiale, chiar și azi acestea fiind, per ha, mai mari decât pentru orice altă cultură, impactul acestei politici asupra sănătății fiind evident.

Începând din anii 1970 miniștrii sănătății, la inițiativa celui belgian au început să se întâlnească pe o bază regulată: aceste reuniuni au devenit cunoscute drept 'consiliul sanitar''. În anii 1980 statele Comunității Europene au început să colaboreze în cadrul a diferite programe pe baza dezbaterilor și deciziilor adoptate de acest consiliu și au cerut Comisiei Europene să furnizeze suport administrativ și să sprijine implementarea acestor programe. În acest fel au demarat programe ca ''Europa contra cancerului'' și ''Europa contra SIDA''. Sprijinul administrativ a venit din partea unei unități de sănătate publică dezvoltate în cadrul Direcției de Sănătate și Securitate la locul de muncă, ca o parte a DG5, în Luxemburg.

Ca atare problemele de sănătate publică erau pe masa de lucru a Comsiei Europene chiar înaintea conferinței interguvernamentale asupra uniunii monetare și politice finalizate prin Tratatul de la Maastricht. În acesta din urma apar referiri specifice la domeniul sănătății publice în art 129.

1. UE trebuie să acționeze astfel încât să asigure un înalt nivel de protecție a sănătății umane prin încurajarea cooperării între statele membre și, dacă este necesar, prin sprijinirea activităților lor. Activitatea Comunității va fi îndreptată spre prevenirea îmbolnăvirilor, mai ales problemele de sănătate majore, inclusiv dependența de droguri, prin promovarea cercetării etiologiei lor și a transmiterii, la fel ca și informații și educație pentru și despre sănătate. Cerințele referitoare la protejarea sănătății vor trebui să reprezinte o parte de bază a politicilor comunitare din celelalte domenii. 2. Statele membre, împreună cu Comisia, vor trebui să coordoneze între ele politicile și programele în domeniile menționate în paragraful 1. Comisia poate, în strânsă cooperare cu statele membre, să inițieze orice activitate pe care o consideră utilă în promovarea unei asemenea coordonări. 3. Comunitatea și statele membre vor trebui să dezvolte cooperarea cu terțe state și organizațiile internaționale în sfera sănătății publice. 4. Pentru a realiza atingerea obiectivelor menționate în acest articol consiliul: - acționând în concordanță cu procedurile descrise în art.189b, dupa consultarea comitetelor economice și sociale și a celor regionale, va adopta măsuri de stimulare, excluzând orice armonizare a legilor și reglementărilor din statele membre. - acționând, la propunerea Comisiei, cu o majoritate calificată va adopta recomandări.

Tabel 9.3. Tratatul de la Maastricht, art. 129, sănătatea publică.

Acest paragraf se referă specific la domeniul prevenției, dar exclude serviciile de sănătate per se ca domeniu asupra cărora institutiile UE pot avea vreo autoritate. Totuși prevenția nu este clar definită. Prevenția primară care constă în modificarea mediului în care oamenii trăiesc astfel încât probabilitate îmbolnăvirii să fie cât mai mică este clar inclusă. Probabil prevenția secundară, bazată pe screeningul populației pentru depistarea timpurie a bolilor este de asemenea inclusă. Totuși când anumite afecțiuni sunt depistate acestea trebuie corectate cu ajutorul serviciilor terapeutice medicale. Prevenția terțiară include acele activități care au ca scop restaurarea acelor funcții fizice și psihice afectate de procesul patologic. În esență este vorba de procesul de reabilitare care de cele mai multe ori ține de serviciile terapeutice. Din acest punct de vedere nu există o limită clară a locului unde se termină activitățile preventive, singurele care sunt de competența UE conform art. 129. al Tratatului de la Maastricht.

Unul din cele mai importante paragrafe din acest articol se referă la protecția sănătății și cerința ca aceasta să se aplice la toate celelalte politici si programe ale UE; până acum implementarea acestei clauze nu a arătat prea multe rezultate. Cu toate acestea, această clauză este foarte clar statuată și merită avută în atenție nu doar de statele membre ci și de cele candidate precum România atunci când dezvoltă programe în alte domenii, decât cel sanitar, dar care pot avea consecințe asupra sănătății populației.

La câteva zile de la data de implementare a tratatului, Comitetul Parlamentului European asupra mediului, sănătății publice și protecției consumatorului a produs un Raport ce include recomandări referitoare la activități în domeniul sănătății publice, în lumina art.129. Astfel Comisia trebuie să creeze/organizeze o unitate de investigații epidemiologice, cu misiunea de a realiza și menține o bază de date de sănătate publică comună pentru statele UE. A fost de asemenea realizat un raport care detaliază criteriile după care problemele de sănătate vor fi considerate de competența și pentru intervenția la nivelul UE (tab. 9.3).

Următoarele sunt criteriile pentru identificarea bolilor sau ameninţărilor la adresa sănătăţii care necesită intervenţia comunităţii:
1. Boli care cauzează, sau pot cauza în absenţa unor intervenţii, mortalitate prematură semnificativă(ani de viaţă pierduţi) şi/sau au rate globale de mortalitate înalte.
2. Boli care cauzează, sau pot cauza în absenţa unor intervenţii, morbiditate semnificativă datorată prevalenţei crescute sau cu potenţialul de a cauza morbiditate crescută şi/sau handicapuri(disabilităţi) serioase(ani de viata fără handicap pierduţi).
3.Boli care au implicaţii semnificative pentru calitatea vieţii ca si efecte socio-economice importante, cum ar fi costuri ridicate pentru tratamente, sau absenteism crescut şi incapacitate de munca.
4. Boli pentru care există măsuri practice de prevenţie.
5. Boli pentru care măsuri de intervenţie la nivel comunitar ar duce la câştiguri si valoare adaugata la nivel european, mai ales prin economiile de scala.

Tabel 9.4. Criterii pentru idemificarea bolilor ce necesită intervenţia comunitară.

Este interesat de notat paragraful referitor la ''valoarea adaugată la nivel european'' . Implicaţia acestui paragraf este ca pentru anumite probleme de sănătate publică acţiunea la nivelul UE ar fi mai eficace şi eficientă decât acţiunea la nivelul statelor membre în mod individual.

În acelasi document sunt indicate opt domenii pentru dezvoltarea de politici selectate iniţial (tabel 9.5.). Unele reflectă doar continuarea unor activităţi în derulare pentru anumite programe (de ex. cele referitoare la droguri, promovarea sănătăţii, SIDA şi bolile transmisibile, cancerul). Altele necesită dezvotarea unor noi politici, mai ales în domenii precum dezvoltarea unor sisteme de baze de date adecvate, accidente, boli legate de poluare si boli rare.

Comisia a decis să clasifice programele proprii în programe ''verticale''(de ex. cele legate de anumite boli sau grupuri de boli precum cancerul) şi programe orizontale, precum promovarea sănătăţii şi sistemele de date de sănătate.

Domeniile considerate ca prioritare pentru activitatea viitoare a Comunităţii în domeniul sănătăţii publice pot fi acum determinate. Aceste domenii vor fi subiectul pentru propunerile Comisiei pentru programe multianuale comprehensive, cu obiective clar stabilite şi care vor respecta principiile deja menţionate în acest document, inclusiv cel al subsidiarităţii. Aceste programe vor fi introduse pe o perioadă de trei ani şi, pe baza experienţei acumulate pot continua până la cinci ani. Programele se vor adresa următoarelor categorii:
- promovarea sănătăţii, educaţie şi pregătire
- date şi indicatori de sănătate, monitorizarea şi supravegherea bolilor
- cancer
- droguri
- SIDA şi alte boli transmisibile
- accidente şi traumatisme
- boli legate de poluare
- boli rare

Pe baza experienţei acumulate şi evoluţiei incidenţei bolilor în UE, Comisia poate propune programe referitoare şi la alte subiecte considerate ca ameninţări la adresa sănătăţii.

Tabel 9.5. Probleme de sănătate publică prioritare pentru acţiune comunitară.

În esență, conform principiilor UE, deşi nu există cerințe ca sistemele sau reformele sistemelor de sănătate să fie identice, conform principiului convergenței, rezultatele acestora ar trebui să fie aceleaşi asupra stării de sănătate a cetățenilor. Acest aspect, subliniat de numeroşi cercetători în domeniu, face neproductivă căutarea unui ''sistem de sănătate european'' în ale cărui tipare să se încerce realizarea sistemului de sănătate ideal. Totusi, in anul 2001, Comisia UE a definit un set minimal de obiective pentru sanatate care ar trebui sa fie avute in vedere in dezvoltarea politicilor publice de santate si, subsecvent a sistemelor de santate publica, asa cum sunt prezentate mai jos.

- Garantarea accesului la asistenta sanitara de buna calitate pentru toti cetatenii
- Ameliorarea transparentei si calitatii sistemelor de asistenta sanitara
- Asigurarea viabilitatii financiare a sistemelor sanitare
- Important nu este modelul ales pentru furnizarea serviciilor de sanatate, ci rezultatul acestui sistem astfel încât starea de sănătate a populației sa nu aibe de suferit in urma alegerii facute

PARTEA A II-A

POLITICI ŞI SISTEME DE SĂNĂTATE

CAPITOLUL X

POLITICA DE SĂNĂTATE VERSUS POLITICA ÎNGRIJIRILOR DE SĂNĂTATE

În procesul de adoptare a celor mai bune soluţii care să asigure o sănătate optimă pentru populaţie, decidenţii şi cercetătorii din acest domeniu încearcă să găsească cel mai potrivit raport între răspunsul prompt la nevoile de sănătate - în continuă modificare cantitativă şi calitativă - şi constrângerile organizaţionale şi financiare ce presupun dezvoltarea un sistem administrativ complex, deseori cu un grad redus de flexibilitate şi cu o mare rezistenţă la schimbare. De aceea, independent de opţiunile de politică sanitară pe care o anumită ţară le adoptă, găsirea structurii optime a sistemului de sănătate s-a dovedit a fi o întreprindere deosebit de dificilă şi aproape totdeauna o temă extrem de controversată.

Înainte însă de trece la analiza propriu-zisă a domeniului legat de politicile de sănătate, vom încerca să explicităm unii dintre termenii cel mai des folosiţi în această lucrare, începând acest demers cu termenul de "sănătate".

"Sănătatea" este un cuvânt larg folosit dar care are mai multe interpretări - fiecare cu implicaţii diferite referitor la rolul diferiţilor actori şi în principal al statului în ceea ce priveşte politica sanitară. În primul rând, este important să se recunoască diferenţa dintre "sănătate" şi "asistenţă sanitară", termeni care sunt adeseori (şi incorect) folosiţi unul în locul celuilalt. Din această abordare se deduce şi diferenţa politicilor ce reglementează cele două arii, i.e. politica sanitară (sau " de sănătate" cum se poate întâlni mai ales în literatura anglo-saxonă) şi politica de îngrijiri de sănătate, care defineşte strict acele politici care reglementează sistemul de servicii medicale. Termenul de "sănătate" se referă la o stare fie a unei persoane, fie a unei comunităţi. Starea de sănătate poate fi influenţată de o serie de factori, unul dintre aceştia fiind şi asistenţa sanitară. Totuşi, există numeroşi alţi factori care influenţează semnificativ sănătatea, precum sărăcia, nivelul de educaţie, obiceiurile alimentare, accesul la apă potabilă şi salubritate, condiţiile de locuit etc. Sintetizând, se poate spune că sănătatea are determinanţi comportamentali, biologici, de mediu (fizic sau social) şi sanitari. Deşi, atunci când este vorba despre menţinerea sănătăţii, majoritatea resurselor se îndreaptă spre serviciile medicale, se apreciază că acestea nu influenţează decât cu maximum 25% starea de sănătate la nivel populaţional (Maxwell RJ, 1988). Legăturile dintre sănătate şi, consecutiv politica de sănătate şi serviciile medicale, cu politicile subiacente sunt reprezentate schematic în fig. 1.1.

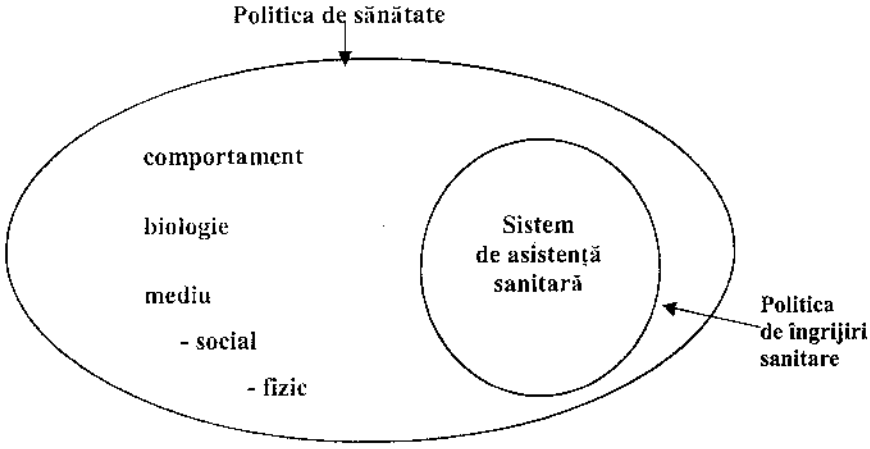


Figura 10.1. Determinaţii stării de sănătate şi politicile corespunzătoare

Potrivit celui mai limitat concept despre sănătate, aceasta este funcție de starea organelor și sistemelor din organismul uman. Individul nu este sănătos dacă o parte a corpului nu funcționează corespunzător. O definiție mai cuprinzătoare dar înrudită, vede sănătatea nu numai în termenii mecanicii diverselor organe ale corpului, ci în capacitatea corpului de a funcționa ca un tot. Această abordare este cunoscută ca și definiția « negativă » a sănătății, i.e. care o definește prin absența stării de sănătate sau prin apariția bolii. Prin contrast, în abordarea «pozitivă », definiția sănătății dată de OMS ca "starea de bunăstare fizică, psihică și socială și nu simpla absență a bolii sau a infirmității" indică îndepărtarea de definițiile anterioare, organice sau funcționale, mai limitate, date sănătății spre o concepție holistică. Aceasta consideră că sănătatea individului sau a comunității privește nu numai starea fizică (sau psihică), dar și relațiile economice și sociale, ținând cont de ponderea determinanților stării de sănătate

Modul în care este considerată sănătatea va afecta tipul de intervenție sanitară ca și politica elaborată în acest sens. Cele mai limitate definiții sunt strâns legate de **modelul medical al sănătății**, în care rolul serviciilor sanitare este văzut ca esențial în restabilirea funcționării organismului bolnav.

Sănătatea ca un drept. Sănătatea este, în opinia unora, un drept, analog cu justiția sau libertatea politică. Constituția OMS precizează că "... beneficierea de cel mai ridicat standard de sănătate posibil reprezintă unul dintre drepturile fundamentale ale fiecărei ființe umane, fără deosebire de rasă, religie, convingeri politice, stare economică sau socială" (OMS, 1981). Sănătatea este văzută ca un drept de o importanță primordială, încât constrângerile în calea atingerii ei complete trebuie să fie minimalizate, ceea ce implică și asigurarea accesului universal la asistența medicală. În mod logic, implică și angajamentul pentru a îndepărta toate celelalte constrângeri în calea unei sănătăți depline, deoarece asistența medicală este, după cum am menționat anterior, numai unul din factorii care afectează sănătatea individului.

Asistența medicală ca un drept. A doua poziție consideră accesul la asistența medicală, mai degrabă decât obiectivul greu de atins al sănătății egale, ca un drept adecvat. Statul este văzut ca având responsabilitatea de a asigura acest drept, comparabil cu rolul său de a asigura justiție egală pentru toți cetățenii săi. Potrivit acestei opinii, guvernul va fi preocupat îndeosebi de aspecte legate de echitate în asistența medicală. Accesul la asistență medicală poate fi considerat ca similar cu accesul la un nivel minim de hrană și adăpost. O variantă frecventă a acestei atitudini este aceea că există dreptul la asistență medicală *de bază* și nu la *toate* nivelurile de asistență medicală.

Sănătatea ca un bun de consum. Pentru alții, sănătatea este văzută ca un obiectiv individual important, care nu este comparabil cu "justiția", ci mai degrabă cu aspectele materiale ale vieții. O astfel de opinie se poate referi la sănătate sau asistență medicală ca un bun de consum. Statul nu are în acest caz responsabilități speciale pentru promovarea și asigurarea sănătății, ci lasă individul să ia decizii în acest domeniu. Conform acestei opinii, rolul statului ar putea să se limiteze la garantarea calității adecvate a asistenței medicale (cum ar fi prin garantarea menținerii unor standarde profesionale), în același mod în care monitorizează calitatea oricăror mărfuri sau servicii, de exemplu, alimentele.

Sănătatea ca o investiție. În fine, o altă opinie consideră sănătatea importantă datorită impactului pe care îl are asupra capacității de producție a forței de muncă. Boala poate influența producția totală, fie prin absenteism fie prin diminuarea productivității. Strategiile de dezvoltare pentru multe țări (coloniale și postcoloniale) în anii '50 și '60 au considerat creșterea Produsului Intern Brut (PIB) ca factor esențial și indicator al dezvoltării. Aceste strategii au fost reflectate în accentul pe care l-a pus statul pe sectoarele productive - industrie, agricultură și extracția de

minereu. Pentru a atrage atenția (și finanțarea), efectele bolii asupra productivității au fost adeseori subliniate de susținătorii sectorului sanitar (deși legăturile au fost slab evidențiate).

Opiniile contradictorii de mai sus referitoare la sănătate și asistență medicală au fost descrise ca existând în mod izolat. În practică însă, este puțin probabil ca vre-un un guvern sau societate să subscrie la o părere simplistă care să includă numai una dintre aceste abordări. În plus, atitudinile pot varia în funcție de diverse tipuri de asistență medicală: este probabil ca intervențiile care salvează viața să fie privite diferit de chirurgia cosmetică, iar asistența medicală preventivă pentru copii, precum vaccinurile, să fie privită diferit față de operațiile de înlocuire a șoldului la persoanele în vârstă. Aceste atitudini pot fi văzute ca și componente ale unei atitudini și mai complexe față de sănătate și demonstrează că este foarte probabil ca guvernele cu opinii diferite referitoare la sănătate (legate de ideologiile lor) să perceapă responsabilitățile lor față de sectorul sanitar în moduri extrem de diferite. Astfel, guvernele de dreapta sunt înclinate să vadă sănătatea ca pe o responsabilitate individuală, statul jucând un rol minor, în timp ce guvernele de stânga pot considera accesul la asistență medicală ca pe un drept, statului revenindu-i în acest caz un rol important în promovarea acesteia.

Un al doilea domeniu care necesită clarificări se referă la termenii de planificare, stabilire a politicii și, uneori, chiar și cel de management ; aceștia sunt adeseori legați și utilizați în mod interschimbabil. Pe parcursul acestui capitol vom încerca să clarificăm diferențele specifice ca și aspectele comune implicate de acești termeni, cu toate că nu există definiții universale "corecte". Vom menționa însă de la început că activitatea de planificare și cea de elaborare a politicilor de sănătate se întrepătrund și intercondiționează reciproc. Astfel, deși elaborarea politicilor pune accentual pe judecăți de valoare, ea nu poate apare și/sau implementa în vid, ci doar pe baza analizei situației existente și a unor estimări pentru viitor, caracteristici esențiale ale procesului de planificare.

Există adeseori o suprapunere de înțeles și între planificare și management. În ultimii ani, termenul de management a fost folosit din ce în ce mai mult pentru a-l înlocui pe cel de "administrare". Managementul este în general văzut ca incluzând drepturi atribuite, în timp ce administrarea se referă la aplicarea legilor și a reglementărilor stabilite la nivel superior. Managementul este procesul general de luare a deciziilor într-o organizație. Unul din aspectele sale privește însă și deciziile care se iau în legătură cu viitorul , i.e. planificarea. Pe de altă parte planificarea are sens numai dacă conduce la o implementare cu succes, cea din urmă reprezentând un aspect al managementului. Ele sunt deci activități care se suprapun și sunt legate în mod intrinsec, principala diferență privind natura viitoare a deciziilor de planificare (Vlădescu, C. 2000). Toți acești termeni sunt utilizabili atât pentru demersuri la nivel general (sistem de sănătate, în cazul nostru), cât și la nivel micro (organizational, unități sanitare), capitolul de față concentrându-se mai ales pe explicitarea dimensiunii generale, macro- sistemice.

Un sistem de sănătate ar trebui să fie un mijloc pentru atingerea unor anumite obiective. La modul teoretic, majoritatea țărilor definesc pentru sistemele lor sanitare următoarele trei obiective:

- *acces universal și echitabil* la un pachet rezonabil de servicii de sănătate,
- ***libertatea opțiunilor*** pentru consumatorii și furnizorii serviciilor de sănătate
- ***utilizarea eficientă*** a resurselor disponibile și ***controlul costurilor*** serviciilor sanitare.

Figura de mai jos prezintă schematic obiectivele sistemelor sanitare.

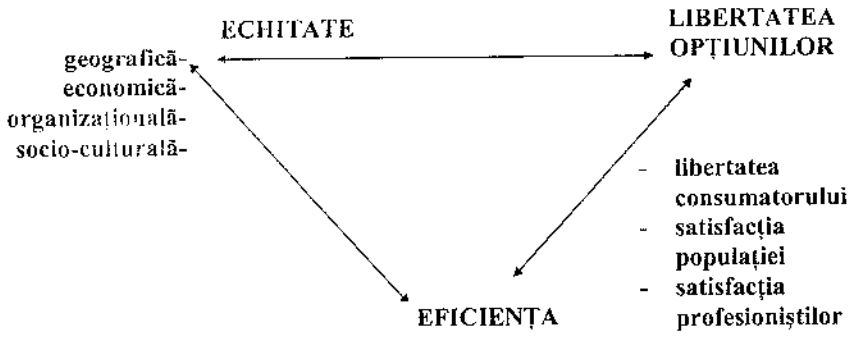


Figura 10.2. Obiectivele sistemelor sanitare

Cu tot acest relativ consens asupra obiectivelor de atins prin funcționarea diferitor sisteme sanitare, atunci când este vorba de stabilit ponderea și prioritatea acestora apar dificultăți în majoritatea țărilor care doresc să-și reformeze sistemul de sănătate. Acest aspect poate fi atins numai după ce au fost clar stabilite obiectivele și prioritățile socio-economice ale unei țări, astfel încât sistemul de sănătate dorit să poată funcționa eficient și în concordanță cu acestea .

Trebuie subliniat că nici-un sistem de sănătate nu poate atinge simultan, în proporție maximă, toate obiectivele menționate anterior. Astfel atunci când există o **mare libertate de alegere**, atât din partea consumatorilor (pacienții) cât și din partea profesioniștilor sanitari(medicii) apar frecvent probleme legate de costuri(care cresc considerabil). În același timp și **accesibilitatea poate fi îngrădită semnificativ** datorită faptului că libertatea de alegere este însoțită de regulă de costuri ridicate ce trebuiesc suportate de pacienți.

Astfel, un sistem de sănătate care pune un accent deosebit pe libertatea opțiunilor este cel al SUA și care de altfel demonstrează efectele nedorite menționate anterior (în ciuda calității crescute a serviciilor oferite și a faptului că SUA cheltuie 14% din P.I.B. pentru sănătate, există circa 35 milioane de cetățeni americani care nu au acces în mod constant la asistența medicală, nefiind asigurați).

Un **acces crescut** la asistența medicală, cu echitatea consecutivă, duce la **limitarea opțiunilor**, a libertății de alegere, într-un grad mai mare sau mai mic, în funcție de resursele utilizate de respectivul sistem de sănătate. Spre exemplu sistemul de sănătate britanic (NHS) asigură un acces general pentru populație, fiind unul dintre sistemele de sănătate cele mai puțin costisitoare din Uniunea Europeană (UE). Acest lucru se face însă cu limitarea posibilităților de alegere, "listele de așteptare" fiind un factor definitoriu al sistemului de sănătate britanic (peste un milion de pacienți sunt pe liste de așteptare pentru diferite tipuri de intervenții medicale). Altfel spus **pentru a avea acces universal (pentru toți cetățenii) echitabil, cu libertate totală de alegere a unor servicii și a furnizorilor de servicii medicale de calitate, sunt necesare costuri foarte ridicate**, pe care practic nici-o țară nu și le poate permite; ca o consecință a acestui fapt alegerea politicilor și sistemelor de sănătate va duce la preponderența unora din obiectivele menționate anterior în "defavoarea" altora. Aceste opțiuni depind de o serie **de factori ideologici, politici, economici, sociali, culturali** ce vor fi prezentați pe parcursul acestei lucrări

Factorul istoric are de multe ori relevanță în explicarea unui anumit model sanitar, experiența istorică a unei societăți putând influența modul in care arată un anumit sistem de sănătate. Rădăcinile actualelor sisteme de sănătate pot fi găsite în Evul Mediu la nivelul breslelor. Membrii acestor structuri puneau împreună fonduri pentru sprijinirea bătrânilor și

bolnavilor, realizându-se astfel solidaritatea între membrii breslei în ceea ce priveste asistența unor membrii cu nevoi socio-sanitare. Acest model cu participare individuală și responsabilitate comună este similar cu principiile de bază ale sistemelor de asigurări de sănătate din zilele noastre, acest aspect explicând în parte și apariția sistemelor de asigurări în zone cu mare dezvoltare a breslelor (Germania, Franța).

Tot în Evul Mediu un alt precursor al sistemelor de sănătate a fost reprezentat de către organizațiile și activitățile de caritate, de cele mai multe ori dezvoltate de sau în preajma unor instituții religioase, fiind vorba în majoritatea cazurilor de asistența medicală preponderent ancorată în realitatea comunitară, fără existența unor politici sau planuri de amploare națională. Pentru o lungă perioada de timp instituțiile și activitățile de caritate au reprezentat cel mai important actor din domeniul medical. Acest patern s-a modificat substanțial spre sfarșitul secolului 19, consecutiv revoluției industriale. In Germania, cancelarul Bismarck a instituit primul sistem de sănătate modern. In acesta era asigurată asistență medicală gratuită pentru muncitorii industriali, pe o schemă de asigurări de sănătate, motiv pentru care asemenea sisteme se mai numesc și astazi **sisteme de tip Bismarckian**. O abordare asemănătoare a apărut și în Anglia, unde la începutul sec. 20 au fost introduse asigurări de sănătate obligatorii pentru mineri. Peste ocean, pe același fundal se dezvoltă primul plan de asigurări sociale de sănătate, organizate de către Henri Kaiser, și care de atunci poată numele de organizațiile medicale "Kaiser Permanente" și care au în prezent cateva milioane de asigurați în SUA.

Odată cu emergența statului bunăstării sociale au loc mutații și la nivelul sistemelor de sănătate, în sensul **asumării de către stat și societate a responsabilității pentru asistența sanitară a populației**. După cel de-al doile război mondial apare sistemul de sănătate britanic (NHS), organizat de către lordul Beveridge (de unde și denumirea de sisteme de **tip Beveridge** pentru toate sistemele bazate pe aceleași principii). In Europa de Est este generalizat modelul sovietic de sănătate, numit de **tip Semasko**, după numele celui care a organizat asistența medicală în fosta URSS în anii 30 ai secolului XX și care avea la bază principiile politicilor socialiste, cu un sistem ierarhic, puternic centralizat, în proprietatea statului, cu puține alternative pentru individ și cu acces universal la o serie de servicii sanitare.

După schimbarea regimurilor comuniste în Europa de Est, majoritatea țărilor din această zonă se îndreaptă către sisteme de tip Bismarckian, acest fapt putand fi explicat și prin faptul că în prima parte a acestui secol aceste țări au fost puternic influențate de experiența germană (și) în acest domeniu.

Un alt important factor pentru dezvoltarea sistemelor de sănătate este **factorul ideologic și politic**. Acest factor este de fapt complementar cu cel istoric de vreme ce "politica de astăzi reprezintă istoria de mâine", așa cum notează Roemer, unul din cercetătorii cei mai cunoscuți din zona sistemelor de sănătate. In esență majoritatea dezbaterilor din accastă zonă se poartă între adepții liberei inițiative ca bază a funcționării sistemului sanitar și susținătorii planificării guvernamentale ca principal mijloc al funcționării sistemului, o prezentare mai detaliată a acestui subiect fiind făcută în secțiunea rezervată principalelor tendințe ideologice din sectorul sanitar. Desigur că și **factorii socio-economici** au un rol important în determinarea politicii de sănătate, a tipului de sistem sanitar adoptat și a performanțelor acestuia. Sunt descrise o serie de corelații interesante între o serie de indicatori economici și indici sanitari, independent de tipul de sistem de sănătate care funcționează într-o anumită țară. Astfel, există o relație directă între PIB pe cap de locuitor și speranța medie de viață sau mortalitatea infantilă. Sunt documentate și influențele altor indicatori socio-economici asupra stării de sănătate precum gradul de școlarizare – și în special cel al populației feminine -, statutul profesional, distribuția venitului în populație, proporția șomerilor etc.

Un alt obstacol major în calea găsirii unui răspuns ferm la întrebarea referitoare la cel mai bun sistem de sănătate este cel reprezentat de **lipsa informațiilor adecvate** despre funcționarea și performanțele diferitelor sisteme de sănătate.

În fine, indiferent de tipul de sistem sanitar predominant, majoritatea țărilor din Uniunea Europeană au aderat la următoarele **principii** ca baza pentru politicile lor sanitare:

- acces universal și echitabil la un pachet minim de servicii de sănătate;
- eficiență macro-economică: costurile asistenței de sănătate nu trebuie să depășească o proporție rezonabilă din resursele țării respective (în general "rezonabilul" în aceste țări variază între 7% și 9% din PIB);
- eficiență micro-economică: gama serviciilor oferite trebuie să garanteze, pentru un cost minimal, rezultate bune în planul sănătății si al satisfacției pacienților;
- libertate de alegere din partea pacienților;
- autonomia prestatorilor/furnizorilor de servicii de sănătate;
- protecția veniturilor: pacienții nu trebuie să plătească servicii medicale prea scumpe în raport cu veniturile lor, prețurile acestor servicii ar trebui să fie legate de capacitatea lor de plată, ceea ce înseamnă prevenirea situațiilor în care costul unui tratament ar putea amenința existența normală a unui individ sau a unei familii;
- implicarea statului în piața serviciilor medicale și responsabilitatea sa, în diferite grade, pentru asistența sanitară a propriilor cetățeni.

Majoritatea statelor dezvoltate economic și-au elaborat politicile sanitare pe bazele acestor principii comune, diferite fiind doar modalitățile de punere a acestor principii în practică, i.e. tipul de sistem de sănătate adoptat.

Trebuie menționat că toate aceste dileme și incertitudini stau de fapt la baza politicilor prin care diferiți actori încearcă să-și impună propria viziune asupra celui mai adecvat sistem de sănătate. În continuare vor fi dezbătute modalitățile prin care politicile de sănătate pot duce la atingerea obiectivelor sistemelor sanitare, atât la nivel național cât și la cel comunitar.

CAPITOLUL XI

POLITICA ŞI PLANIFICAREA SANITARĂ: DEFINIŢIE, PROCES SI ACTORI

Pentru început ar trebui definit unul din termenii ce vor fi des utilizaţi în această lucrare, şi anume "**politica**". Cu toate că mulţi specialiştii au încercat să definească sensul noţiunii de politică, nu există un acord în înţelegerea acestui termen. Ca punct de plecare vom folosi activitatea lui David Easton, care a argumentat că activitatea politică poate fi caracterizată prin preocuparea sa pentru "**alocarea autoritară a valorilor**" în societate (Easton,1953,p136). Easton atribuie valorilor un sens mai larg pentru a include toată gama de recompense şi sancţiuni pe care cei aflaţi în poziţii de autoritate publică le pot distribui. Valorile sunt alocate prin semnurile politicilor, şi pentru Easton "politica... constă într-o multitudine de decizii şi acţiuni care alocă ...valori" (Easton,1953, p.130). Valorile sunt reprezentate de ceea ce are semnificaţie pentru membrii societăţii. Acestea pot fi bunuri materiale sau servicii(de sănătate sau educaţie ca ex.) sau pot fi simbolice ori spirituale(dreptul la liberă exprimare, dreptul de a avea acces la mijloace abortive atunci când o sarcină nu este dorită etc). Politica este aşadar procesul prin care autorităţile decid ce valori să aloce şi cui anume. Acest proces este necesar deoarece numărul de valori ce pot fi alocate este mai mic decât numărul de valori existente, fapt ce duce la insuficienţa şi competiţie între valori şi destinatarii lor. Această insuficienţă poate fi de natură fizică (economia nu are suficiente resurse pentru a furniza toate bunurile şi serviciile dorite de cetăţeni), fie de natură spirituală (idei diferite ale oamenilor în legătură cu ceea ce este considerat a fi "bun" sau acceptabil social). De aceea autorităţile trebuie să ia decizii atât referitoare la bunurile fizice cât şi la cele spirituale (de ex. dreptul la avort la cerere sau dreptul la asistenţa de sănătate universală)

Se pot face mai multe precizări despre această definiţie. Astfel, studiul politicii examinează atât decizii oficiale cât şi acţiuni. O decizie prin ea însăşi nu este o acţiune, însă reprezintă selecţia dintre mai multe alternative. Ce se întâmplă în practică poate diferi de ceea ce s-a intenţionat prin luarea unei decizii, şi este important de urmărit ce se întâmplă după luarea unei decizii. Altfel spus, trebuie avut în vedere cum este implementată politica enunţată.

A doua precizare din definiţia lui Easton sugerează că politica poate implica **o serie de decizii mai degrabă decât una singură**. Două aspecte trebuie avute în vedere în acest context. Mai întâi, actorii care iau decizia sunt rar aceiaşi cu cei care sunt responsabili de implementare. Al doilea aspect este chiar la nivelul elaborării politicii: politica nu este trasată printr-o singură decizie. Există tendinţa de a fi definită în termenii unei serii de decizii, care luate împreună înseamnă mai mult sau mai puţin o înţelegere comună a ceea ce este politica.

A treia precizare, **politicile se schimbă invariabil cu timpul**. Declaraţiile de intenţie de ieri pot să nu mai fie la fel astăzi, fie din cauza ajustărilor incrementale a primelor decizii sau din cauza schimbărilor majore ale direcţiei. De asemenea, experienţa implementării unei decizii poate influenţa prin feed-back procesul elaborării deciziei, conducând astfel la schimbări în alocarea valorilor. Aceasta nu vrea să semnifice că politicile se schimbă mereu, ci pur şi simplu că procesul politicii este mai degrabă dinamic decât static şi că trebuie să fim conştienţi de schimbarea definiţiilor aspectelor luate în calcul.

A patra precizare, corolarul ultimului punct, este nevoia de a recunoaşte că studiul politicii are ca una din cele mai importante preocupări **examinarea non-deciziei şi inacţiunii**. Deşi neinclus în definiţia lui Easton, conceptul de non-decizie a devenit tot mai

important în ultimii ani şi centrarea pe acest concept a fost criticată pentru ignorarea activităţilor de rutină ce conduc la menţinerea politicii şi chiar la inerţie. Într-adevăr s-a comentat că o mare parte din activitatea politică se preocupă de păstrarea status quo-lui şi astfel rezistă la încercările de re-alocare a valorilor, aceasta fiind una din explicaţiile cele mai frecvente legate de rezistenţa la diferite reforme politice. Analiza acestei activităţi este o parte necesară a examinării dinamicii procesului politic, cu atât mai mult atunci când se preconizează sau sunt propuse modificări de politică majore (Bachrach şi Baratz, 1970).

În final, definiţia lui Easton ridică întrebarea dacă politica poate fi văzută ca acţiune fără luarea unei decizii. În timp ce Easton doreşte sublinierea faptului că politica e mai mult decât o decizie legală şi formală, se poate de asemenea considera adecvat punctul de vedere că pot exista politici în absenţa deciziilor, aşa cum se afirmă că pot exista şi decizii neurmate de acţiuni concrete de transpunere în practică(aşa-numitele politici simbolice).

De aceea se poate spune că acţiunile ca şi deciziile pot fi o ţintă potrivită analizei politice. În concordanţă, această parte a lucrării se ocupă atât cu procesul de elaborare a politicii la nivelul guvernului cât şi cu examinarea implementării politicilor determinate central ca şi influenţele locale asupra procesului de elaborare a politicilor de sănătate.

Procesul politic. Discuţia poate urma un stadiu suplimentar prin luarea în considerare a unui cadru pentru analizarea procesului politic. Încă o dată, cercetările lui Easton furnizează un punct de referinţă valoros şi analiza sa privind activitatea politică în termenii teoriei sistemelor poate ajuta la clarificarea domeniului complex al fenomenului investigat. Easton, spre deosebire de alţi analişti politici, nu a luat ca punct de plecare doar analiza distribuţiei puterii în sistemele politice. El consideră acest lucru de importanţă secundară în comparaţie cu întrebarea privind modul cum persistă şi se schimbă în timp aceste sisteme politice. Analiza puterii presupune existenţa unei activităţi politice relativ stabile şi nu ia în considerare în ce condiţii această activitate este capabilă să continue. Este ultima întrebare care îl preocupă pe Easton, care caută să dezvolte o teorie generală a vieţii politice (Easton, 1953; 1965a; 1965b). La baza teoriei lui Easton stă presupunerea că activitatea politică poate fi analizată în termenii unui sistem care conţine un număr de procese care trebuie să rămână în echilibru, dacă activitatea trebuie să supravieţuiască. Paradigma pe care o ia în calcul este aceea a unui sistem biologic ale cărui procese interacţionează unul cu altul şi cu mediul pentru a produce o schimbare, dar nu afectează în nici un caz stabilitatea corpului respectiv. Sistemele politice sunt precum cele biologice, argumentează Easton, şi există într-un mediu care conţine o varietate de alte sisteme, incluzând sistemele sociale şi pe cele ecologice. Unul din procesele cheie ale sistemelor politice este reprezentat de **intrări**, care iau forma cererilor şi a acţiunilor de suport. **Cererile** implică acţiuni ale indivizilor şi grupurilor care caută alocarea cu autoritate a valorilor de la autorităţi. **Acţiunile de suport** includ activităţi cum ar fi votarea, respectarea legii şi plata taxelor. Acestea alimentează "cutia neagră" a procesului luării deciziilor, cunoscut de asemenea ca proces de conversie, pentru a produce **ieşiri** (output). Acestea sunt în mod esenţial reprezentate de deciziile şi politicile autorităţilor. Ieşirile se disting de **rezultate** (outcome) care sunt efectele sau impactul acestor politici asupra cetăţenilor. Analiza lui Easton nu se opreşte aici, deoarece în cadrul sistemelor se permite feed - back - ul prin care realizările sistemului politic influenţează intrările în sistem. Întregul proces este reprezentat în figura 11.1, iar principale surse de input-uri politice în Caseta 11.1 , o analiză mai detaliată a acestora realizându-se pe parcursul lucrării.

1. GRUPURI DE PRESIUNE
Organizatiile producătorilor de servicii de sănătate vs. organizatiile consumatorilor
Organizații interne vs. organizații internaționale
2. PARLAMENT
Comisii de specialitate, grupuri parlamentare, partide politice
3. MASS-MEDIA
surse de informare, agenți de presiune, socializare, mecanisme de propagandă.
4. AUTORITĂȚI SANITARE
Ministerul Sănătății, Autoritățile Sanitare Locale, Companiile de Asigurări Publice, Funcționarii Publici, Birocrația.
5. ROLUL IDEILOR
-tendințe ideologice:politici conservatoare, liberale, radicale

Caseta 11.1. Surse pentru input-uri politice în domeniul sanitar

Suportul în sistemele politice este reprezenat de trei entități. În primul rând sunt **autoritățile**, reprezentate de cei ce dețin puterea oficială la un moment dat. În al doilea rând este **regimul politic** sau setul de aranjamente constituționale în cadrul cărora poate avea loc activitatea politică. În al treilea rând, este **comunitatea politică**, prin care Easton înțelege disponibilitatea membrilor unui sistem politic de a coopera în rezolvarea problemelor politice. Easton notează că pot apare tensiuni dintr-un declin al suportului sau din presiuni ale cererilor. Tensiuni din partea cererii pot fi produse prin modificarea volumului de cereri ce au loc în sistemul politic sau prin conținutul acestor cereri. Astfel, autoritățile se pot confrunta cu un volum mai mare de cereri decât cel la care pot face față, sau cu cereri care sunt inacceptabile în termenii sistemului lor de valori. Tensiuni pot apare chiar și când procesul de rezolvare a cererilor este în lucru servind la reducerea presiunilor asupra autorităților. Tensiuni din partea acțiunilor de suport pot rezulta din neglijarea cererilor de către autorități sau prin eșecul de a satisface cererile. În analiza lui Easton, una din caracteristicile sistemelor politice este capacitatea lor de a răspunde și de a se adapta la stress.

Răspunsurile pot lua forma:

- alocărilor cu autoritate a valorilor,
- schimbării autorităților sau
- adaptarea la regim.

Cu alte cuvinte, pot fi schimbări în politici, schimbări de personal sau alterații fundamentale ale ordinii constituționale, incluzând crearea de noi structuri politice. Acest din urmă caz apare în mod excepțional, de aceea merită subliniat că în Romania, imediat după 1989 am avut de-a face cu o asemenea situație, urmările acesteia având repercusiuni la nivelul politicii sanitare cu mult mai târziu însă. Sistemele politice sunt capabile să se dezvolte în aceste moduri fără a amenința comunitatea politică. Sistemele sunt astfel **responsive, dinamice și deschise** la influențele largi din mediu.

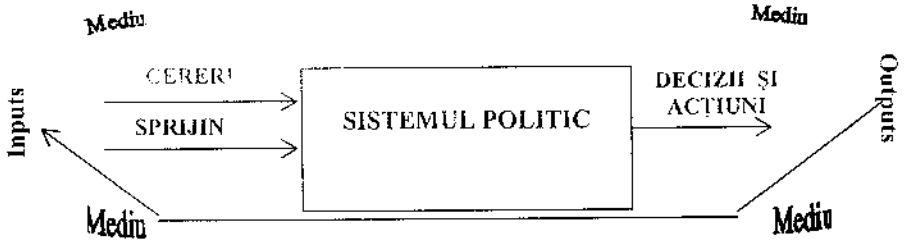


Figura. 11.1. Model simplificat al sistemului politic
Sursa: Easton (1965a)

Un număr de cercetători au găsit cadrul teoretic al lui Easton ca un instrument foarte util în analiza procesului politic, abordarea teoriei sistemelor având meritul de a oferi un mod de conceptualizare a ceea ce este un fenomen politic complex. Teoria sistemelor este de asemenea valoroasă în accentuarea interdependenţelor variatelor procese care compun activitatea politică şi în arătarea modului în care aceste procese se potrivesc împreună pentru a forma un întreg. Un punct forte particular abordării lui Easton este analiza detaliată a cererilor şi a procesului de reglementare a cererilor prin bariere la intrare şi prin excluderi culturale. Mai mult, deşi Easton este cel mai interesat de persistenţa şi stabilitatea sistemelor politice, el este capabil să demonstreze cum stabilitatea se poate menţine prin schimbare.

Aceast demers sistemic dezvoltat de Easton poate fi complementat însă şi cu alte abordari în domeniu. Astfel, din perspectiva procesului de luare a deciziei, a aparut un nou concept "intrari din interior" sau, specific pentru domeniul sanitar, de "cerere creată de ofertant", i.e., autorităţile însele pot fi sursa cererilor, respectiv cerere pentru anumite tipuri de servicii medicale create de furnizorii acestor servicii (şi ca atare alocarea resurselor conform acestui patern).

Cererile politice pot fi induse de lideri care astfel creează condiţiile pentru propria lor acţiune (Edelman, 1971). Prin manipularea limbajului şi crearea crizelor, autorităţile pot impune propria lor definiţie a problemelor şi pot astfel influenţa direct agenda politică a momentului. Recunoaşterea acestor procese este o corecţie importantă a presupunerii legate de raţionalitatea procesului politic pe baza unor cereri "obiective" aşa cum apare el în abordarea sistemică.

În plus, un alt aspect important ce este necesar să complementeze teoria generală a sistemelor se referă la analiza celor care câştigă şi a celor care pierd din alocarea autoritară a valorilor, i.e. distribuţia puterii.

Teoria sistemelor scoate în evidenţă importanţa centrală a procesului de conversie, cutia neagră a procesului de luare a deciziei, dar îi acordă o importanţă relativ mică în comparaţie cu analiza detaliată a cererilor şi a acţiunilor de suport. Desigur, pentru anumiţi cercetători, procesul de conversie rămâne o cutie neagră datorită dificultăţilor de penetrare a activităţilor de luare a deciziilor ale agenţiilor guvernamentale. Tradiţional, luarea în calcul a organizaţiilor guvernamentale centrale a fost limitată la descrierea formală a instituţiilor majore cum ar fi Guvernul şi Parlamentul. În ultimii ani totuşi, colectarea experienţelor a numeroşi demnitari a furnizat noi puncte de vedere din interiorul cutiei negre, puncte de vedere care au putut duce la explorarea maşinăriei de elaborare a politicilor, inclusiv din sistemul sanitar.

În acest context **planificarea** este privită ca un demers esenţial în procesul politicilor de sănătate, fiind deseori, aşa cum am menţionat la începutul acestui capitol, privită ca o parte implicită sau explicită a procesului de dezvoltarare a politicilor de sănătate.

Planificarea are de multe ori înţelesuri diferite pentru cei ce utilizează acest termen. În general prin planificare se înţelege " *o metodă sistematică de a încerca atingerea unor obiective viitoare clare, prin folosirea eficientă şi adecvată a resurselor existente în prezent şi pe viitor* " (Rathwell, T). În domeniul sanitar sunt descrise diferite tipuri de procese de planificare: planificare pentru rezolvarea problemelor, planificare de programe, pentru alocarea resurselor, pentru standardizarea procedurilor de lucru. De obicei toate aceste forme implică trei dimensiuni: planificare operaţională, tactică şi strategică (Blum,M.L).

Indiferent de abordarea utilizată, obiectivul final al planificării serviciilor socio-sanitare este oferirea unor prestatii de sănătate către populaţie mai eficiente decât în cazul unor acţiuni randomizate, aleatorii. Pentru aceasta, este necesar:

- să se clarifice ce anume se doreşte a se îmbunătăţi

- să se identifice statusul socio-sanitar prezent
- să se realizeze deficiențele (insuficiențele actuale)
- să se sugereze cum se pot aborda aceste probleme
- să se sugereze gradul de îmbunătățire a situației pe care planificarea acțiunilor îl poate aduce (Baranowski et al.).

În principal, planificarea din domeniul sanitar poate fi considerată că se încadrează în două tipuri principale - planificarea activității și a repartiției.

- *Planificarea activității* se referă la stabilirea unor programe care pot fi controlate pentru realizarea activităților pre-stabilite, care are multe puncte commune cu managementul sanitar.
- Partea mai complexă și controversată a planificării și care prezintă interes pentru aceast capitol, se referă la *planificarea repartiției* - luarea deciziilor referitoare la modul în care ar trebui alocate resursele.

Planificarea în sine include un sistem de luare a deciziilor cu privire la modul în care organizația va își va utiliza resursele în și pentru viitor. De remarcat totuși faptul că definiția de mai sus nu limitează planificarea la efectuarea schimbării numai cu resursele proprii ale organizației. O organizație poate stimula schimbarea prin schimbări directe în serviciile pe care le oferă ea însăși, sau provocînd schimbări în alte organizații. Acest aspect va fi abordat ulterior, cu referire specială la rolul dublu al statului în planificarea serviciilor pe care le oferă în mod direct și în reglementarea serviciilor și a standardelor celorlalte organizații, inclusiv ale sectorului particular.

Planurile, rezultatul acestor decizii de planificare, sunt așadar declarații de intenție referitoare la modul în care vor fi utilizate resursele pentru realizarea obiectivelor organizației.

Necesitatea acestor decizii pornește de la recunoașterea faptului că resursele sunt limitate. La nivel individual, nu este greu de recunoscut că de multe ori avem dorințe care depășesc resursele de care dispunem și că trebuie să alegem între acestea. Și organizațiile trebuie să facă aceste opțiuni. De exemplu, organizațiile producătoare trebuie să ia decizii cum ar fi aceea privitoare la caracterul adecvat al gamei lor curente de produse în viitor. De asemenea, ele trebuie să decidă dacă se vor dezvolta, restrânge sau fuziona. Asemenea organizații au la dispoziție fonduri limitate pentru a investi în activități noi și trebuie să opteze. Organizațiile care furnizează servicii - așa cum este sectorul sanitar - trebuie să examineze cu atenție dacă gama curentă de servicii oferite ar trebui schimbată pentru a satisface viitoarele cerințe, precum și dacă amplasarea și mijloacele de asigurare a serviciilor sunt adecvate. Nu toate cerințele vor putea fi satisfăcute și sunt de asemenea necesare decizii legate de ierarhizarea acestora. Aceste decizii de stabilire de priorități își au din nou originea în resursele limitate la care ne-am referit mai sus.

După cum s-ar exprima economiștii, resursele sunt puține în comparație cu utilizările pe care societatea sau organizația dorește să le dea. În cadrul sectorului de sănătate, resursele disponibile sunt insuficiente pentru a satisface toate cerințele sau cererile asistenței medicale pe care societatea ar dori în mod ideal să le satisfacă. Această lipsă nu se limitează la țările în curs de dezvoltare, conceptul putând fi aplicat în egală măsură țărilor dezvoltate. În Marea Britanie, de exemplu, se cheltuiesc anual peste 1,300 USD pentru asistența medicală a fiecărui cetățean, și totuși rămân nesatisfăcute cerințe importante de sănătate - așa cum demonstrează, de exemplu, listele de așteptare pentru operații - iar specialiștii din domeniul sănătății aduc argumente puternice pentru fonduri suplimentare; în SUA, desi se cheltuiesc pentru sănătate de peste doua ori mai multe resurse pe cap de locuitor decat in Marea Britanie raman peste 35 de milioane de cetateni

fara acces la asistenta medicala de baza; în Romania, deşi se cheltuie doar 60USD/locuitor, legal toţi cetăţenii au acces la aproape toate serviciile medicale disponibile fără costuri suplimentare oficiale directe, fapt greu de realizat şi care duce la diferite efecte secundare (plăţi neoficiale, limitarea accesului la asistenţa medicala etc.). Cu toate că această discrepanţă există si în ţări cu resurse bogate, ea este mult mai mare în ţări cu resurse limitate, aşa cum se prezintă în Tabelul 11.1.

Ţări	Cheltuieli pentru sănătate pe locuitor ($)	Cheltuieli pentru sănătate (% din PIB)	Rata mortali-tăţii infantile (decese per 1000 sub 5 ani)	Speranţa de viaţă la naştere (ani)
Romania	60	4.1	20	69
Africa sub-sahariană	24	4.5	175	52
India	21	6.0	127	58
China	11	3.5	43	69
Alte ţări şi insule din Asia	61	4.5	97	62
America Latină şi Caraibe	105	4.0	60	70
Orientul Mijlociu	77	4.1	111	61
Fostele economii socialiste din Europa	142	3.6	22	72
Economii de piaţă stabilite	1860	9.6	11	76
Mondial	323	8.0	96	65

Tabelul 11.1. Indicatori ai resurselor şi cerinţelor de sănătate: ţări şi regiuni selectate
Sursa: Raportul asupra dezvoltării mondiale (WB, 1993) şi baza de date a O.M.S.

Deşi acesta poate fi un fapt greu de acceptat politic, se recunoaşte tot mai mult că nici un sistem de asistenţă medicală nu poate satisface toate cerinţele de sănătate ale cetăţenilor săi şi, prin urmare, trebuie să fie luate decizii de ierarhizare şi de raţionalizare a resurselor, ceea ce reprezintă cel mai dificil şi provocator aspect al planificării din domeniul sănătăţii, dar care oferă potenţial cele mai mari satisfacţii atunci când resursele sunt dirijate cu succes de la utilizări cu prioritate redusă la unele cu prioritate mare. Figura 11.2. prezintă câteva exemple ale opţiunilor pe care trebuie să le facă sectorul sanitar la diferite nivele.

Aşadar, planificarea este o activitate pe care o desfăşoară toate organizaţiile mai mult sau mai puţin explicit. În plus, aşa cum am văzut, planificarea este o activitate care nu se limitează la sectorul public. În cadrul sectorului particular, spitalele particulare trebuie să planifice dacă se vor extinde sau nu şi în ce zone, de unde va proveni personalul, ce taxe vor percepe, şi aşa mai departe. Gradul în care ne referim în mod normal la aceste decizii ca "planificare" gravitează în bună măsură în jurul gradului în care decizia a fost deschisă şi clară, i.e. explicită sau doar implicită.

Gama de alternative disponibilă şi, în consecinţă, gradul de libertate cu care poate acţiona persoana sau organizaţia este crucială pentru importanţa reală a planificării pentru acea organizaţie. Gama poate fi redusă din interior în cadrul organizaţiei (de exemplu, structura sa constitutivă sau prin atitudinea profesională), sau din exterior (de exemplu, prin restricţii legislative). Planificarea este percepută ca un mijloc de minimalizare a efectelor influenţelor exterioare asupra organizaţiei, care ar putea produce abateri de la traiectoria sa optimă. Ea este prezentată uneori ca o tentativă de minimalizare a gradului de nesiguranţă sau risc cu care se confruntă organizaţia din partea mediului exterior. Uneori, o situaţie de incertitudine mare este folosită ca argument împotriva planificării. Şi totuşi, tocmai în aceste împrejurări este deosebit de necesară o opinie clară asupra direcţiei în care dorim să

ne deplasăm pentru a putea reacționa adecvat la schimbările din mediul exterior, fără a pierde din vedere obiectivele sectoriale. În aceste condiții, este evident necesară dorința de a schimba strategiile pe termen scurt ca răspuns la schimbare, precum și un sistem de planificare suficient de flexibil care să permită acest demers.

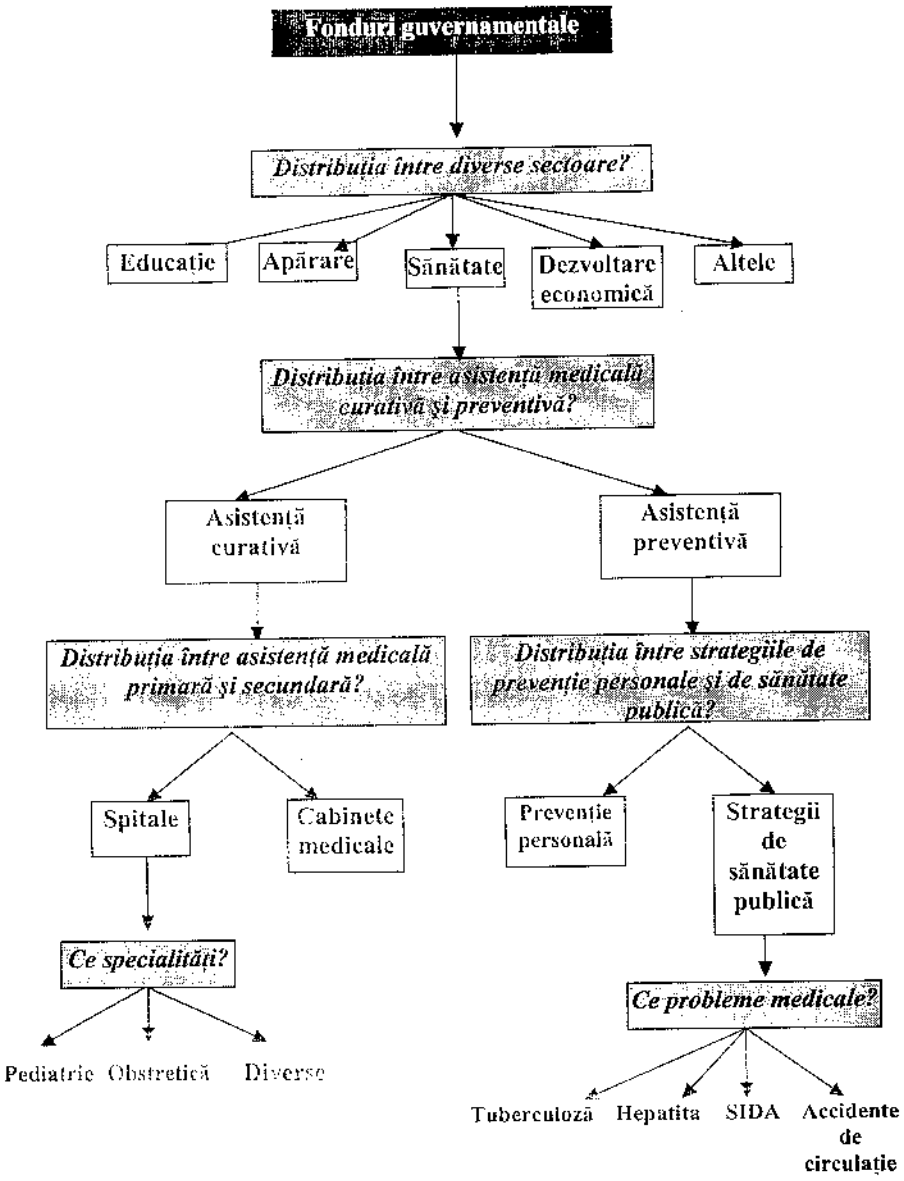


Figura 11. 2 Exemple de opțiuni în alocarea resurselor în sectorul public de sănătate

Sunt, aşadar, necesare decizii prezente legate de acţiuni care vor afecta viitorul. În cazul unei persoane, aceste decizii pot fi luate în oarecare măsură subconştient, şi ca atare implică o examinare mai puţin clară a alternativelor. Totuşi, în cazul organizaţiilor care includ grupuri de oameni, fiecare cu propriile valori şi interese, este necesar un grad mai mare de transparenţă în legătură cu aceste decizii, şi în acest sens, planificarea este inevitabilă. Organizaţiile au desigur alternative reale de a acţiona şi acestea le vor afecta viitorul. Atâta vreme cât trebuie să fie făcute (sau create) opţiuni, luarea de decizii este inevitabilă.

În acelaşi timp pentru a explica conţinutul, ritmul şi consecinţele anumitor decizii politice sunt descrise trei tipuri posibile de teorii ale procesului politic ca bază a planificării: incremental, raţional şi mixt, în continuuare fiind realizată o dezbatere a câtorva dintre aspectele caracteristice fiecărei abordări. Trebuie subliniat aici că această abordare descrisă pentru dezvoltarea politicilor sanitare poate sta şi la baza demersurilor de planificare, de multe ori, din considerente contextuale (ideologice, culturale, istorice etc.), cei doi termeni fiind socotiţi echivalenţi.

Modelul raţional porneşte de la premiza că elaborarea politicii şi subsecvent, planificarea este un proces logic şi secvenţial care presupune:

i) cunoaşterea tuturor alternativelor,
ii) cunoaşterea consecinţelor,
iii) ordonarea după preferinţe şi selectarea variantei optime.

Practica curentă poate sugera că orice decizie legată de viitor necesită o succesiune de etape logice cum sunt cele prezentate în Fig. 11.3. Această serie de etape este descrisă adeseori ca un ciclu continuu. În continuare sunt stabilite scopurile (unde dorim să fim). Sunt enumerate şi evaluate modurile posibile de a acţiona cu privire la fezabilitatea lor şi la capacitatea de realizare a scopurilor. În cele din urmă, după ce s-a stabilit care este cea mai potrivită alternativă, sunt luate măsuri de implementare a sa. Ciclul reîncepe în continuare cu reconsiderarea sau evaluarea situaţiei. Este greu de criticat o asemenea serie de etape logice şi puţine din persoanele care se ocupă de dezvoltarea politicilor vor dori să conteste că acest proces (tipic pentru ce este cunoscut drept abordare raţională) este de dorit într-o lume ideală.

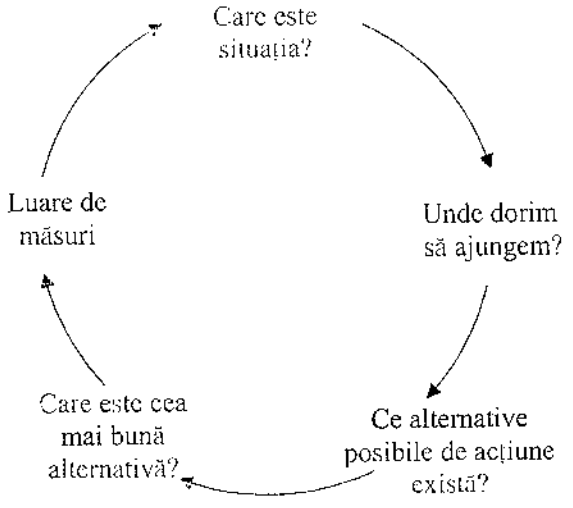


Figura 11.3. Etape în abordarea raţională

În practică apar totuşi o serie de dificultăţi în ceea ce priveşte aplicarea acestui mod de abordare.

- Abordarea propune cicluri de evenimente ordonate cronologic, fiecare pornind inexorabil de la cel anterior. În practică este foarte probabil să fie stabilită o serie de sub-cicluri şi într-adevăr diferite activităţi pot să apară în paralel. De exemplu, obiectivele fixate pot fi modificate în lumina discutării implicaţiilor diferitelor opinii asupra resurselor cu înţelegerea faptului că obiectivele au fost prea ambiţioase sau excesiv de prudente. În mod similar, pot apare activităţi de evaluare în orice punct din procesul de planificare. Aceste modificări ale modelului simplu nu schimbă ipotezele de bază şi susţinerea logică a modelului. Etapele rămîn, deşi într-o ordine diferită şi mai complexă.
- Există dificultăţi mai mari care pun sub semnul îndoielii chiar fezabilitea unui asemenea mod de abordare. Aceste preocupări se referă la imposibilitatea de a realiza, în viata reală, o listă de operatii atât de cuprinzătoare şi exhaustivă. De exemplu, întregul proces prezentat mai sus necesită evaluarea tuturor opţiunilor alternative. Totuşi, numărul opţiunilor potenţial disponibile în elaborarea, de exemplu, a unui plan naţional de sănătate este foarte mare. Cerinţele informative de examinare a implicaţiilor detaliate ale fiecărei opţiuni sunt vaste şi nu pot fi evaluate în practică. Abordarea a fost în cele din urmă abandonată ca inaplicabilă în forma originală, în bună măsură ca rezultat al cerinţelor uriaşe ale procesului în sine, în ceea ce priveşte resursele umane şi informatice.

Modelul mixt recunoaşte dificultăţile de operare ale unui sistem atât de cuprinzător precum cel sanitar. În acest caz, a fost luată o decizie atentă pentru a restrânge sfera de mişcare, concentrând atenţia asupra zonelor de interes selectate. O fază iniţială din ciclul modificat (vezi Fig. 11.4.) cuprinde stabilirea priorităţii sau a domeniilor problemă de elaborare a politicilor şi de planificare, cu examinarea opţiunilor chiar în cadrul acestora. Examinarea mixtă (Etzioni 1967) este denumită astfel deoarece susţine o privire largă asupra întregul sector de sănătate, de la care se porneşte în continuare în examinarea mai amănunţită a zonelor alese pentru acţiunea de planificare. Acest mod de abordare este mai puţin costisitor în ceea ce priveşte resursele informaţionale şi de timp. Alegerea zonelor prioritare pentru alternative reflectă în mod cert realitatea limitării resurselor, dar ridică totuşi o problemă fundamentală: pe ce bază va apare această examinare?

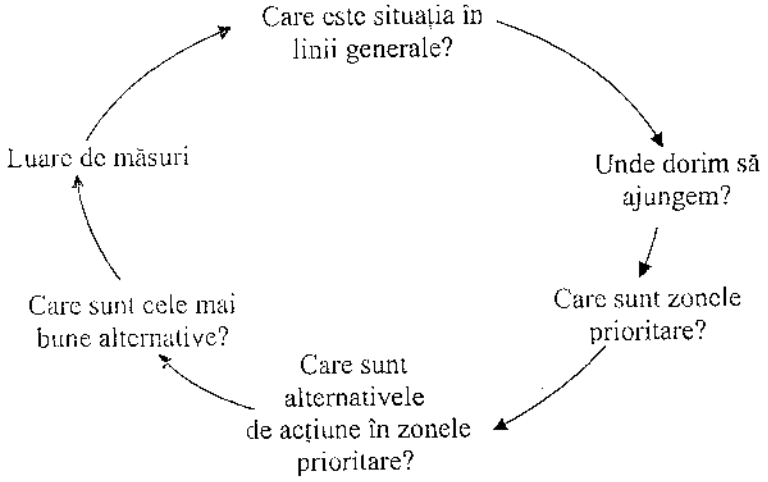


Figura 11. 4. Ciclul modelului mixt

Criteriile trebuie se fie stabilite cu privire la ce constituie o problemă sau prioritate şi merită o atenţie deosebită. De ce să ne concentrăm, de exemplu, asupra sănătăţii mamei şi a copilului, a spitalelor sau asupra structurii organizatorice a sistemului sanitar? Prin natura lor, aceste decizii - luate într-o etapă a procesului de planificare în care nu a avut loc o examinare în detaliu - vor include un grad mare de instinct, intuiţie sau experienţă. Aceste decizii includ în ultimă instanţă aprecieri subiective cu privire la zonele prioritare şi, în consecinţă, nu mai fac parte din procesul raţional (aparent) obiectiv descris anterior (raţionalism).

· Aceasta ridică una din principalele probleme ale acestor modele: măsura în care ipotezele sau sistemele de valori care susţin deciziile adoptate sunt clare şi recunoscute în procesul decizional.

Planificarea alocativă este interesată de posibilitatea schimbării. Dacă planificarea a fost interesată numai de menţinerea situaţiilor existente, atunci va fi redusă numai la planificarea activităţii. Schimbarea (şi posibilitatea de schimbare) în cele mai multe situaţii, va avea câştigători şi perdanţi şi astfel susţinători şi adversari ai planului. Pentru ca planificarea alocativă să reuşească, este necesară o analiză a efectelor asupra diferitelor grupuri de diferite propuneri şi a susţinerii sau opoziţiei care rezultă din aceasta. Au fost elaborate tehnici specifice în acest scop precum analiza acţionarilor(stakeholders analysis) şi harta politică (political mapping) (Reich 1994).

O serie de cercetători,care au examinat în detaliu întregul proces de stabilire a priorităţilor şi alocare a resurselor, susţine că planificarea nu poate fi niciodată o activitate tehnică, absolut obiectivă, deoarece necesită judecăţi de valoare de bază care susţin tehnicile. Cu toate că aceast lucru este poate mai evident, prin procesul de selecţie, în cazul abordării mixte, este valabil şi în cazul raţionalismului, în ciuda pretenţiei de obiectivitate absolută (ilustrată de cuvântul "raţionalitate", care sugerează absenţa oricărui factor subiectiv de judecată de valoare).

Modelul incremental recunoaşte natura politică a luării deciziilor în general şi a planificării în particular, mult mai deschis decât oricare dintre abordările anterioare. Termenul "politic" este utilizat aici în sens larg şi, cu toate că include ideologia şi parţial politica, nu se limitează la acestea, ci este folosit pentru a prezenta şi acţiunile care recunosc natura şi efectul unor grupuri de interese diferite din societate, indiferent dacă se bazează pe clasă, serviciu sau afacere, zonă de locuit, asociaţie profesională sau sindicat, religie, caracter etnic, gen sau orice alţi factori care determină valorile, îndatoririle şi acţiunile individului. Figura 11.5 prezintă schematic câteva dintre principalele grupuri şi sub-grupuri care manifestă se pot implica în deciziile de politică şi planificare sanitară, o discuţie mai amplă pe această temă fiind făcută în secţiunea referitoare la grupurile de interese şi la actorii din domeniul sanitar.

Aşa cum este văzută în această a treia abordare a fost descrisă ca un proces de "a o scoate la capăt" (Lindblom 1959) sau sau ca o serie de "etape incoerente" care se deplasează şi se acumulează către scopul stabilit, mărimea acestei mişcări fiind determinată în orice moment de contextul politic aşa cum a fost definit mai sus.

La prima vedere, incrementalismul este mai degrabă descrierea realităţii unei activităţi mari de planificare decât prescrierea normativă a modului în care să se planifice. El recunoaşte că în planificarea care se ocupă de probleme sociale care afectează grupuri de oameni, nu există obiectivitate, sau ipoteze împărtăşite unanim. Membrii diferitelor grupuri (oricum ar fi definite) vor avea opinii diferite referitor la oportunitatea acţiunilor planificate. Un plan care pare complet raţional şi rezonabil pentru factorul de decizie, poate fi privit cu suspiciune, sau chiar cu opoziţie de unele grupuri care s-ar putea să i se opună. În consecinţă, planurile se desfăşoară rar în linie dreaptă spre obiectivul stabilit. Un exemplu în acest sens poate fi dezbaterea referitoare la avort. Susţinătorii acestuia

argumentează pe libertatea de opțiune a femeii referitoare la propriul corp, în timp ce opozanții susțin dreptul la viață al produsului de concepție, indiferent de vârsta. "Raționalitatea" contradictorie a fiecărui grup se sprijină pe și își are originea în valorile lor diferite.

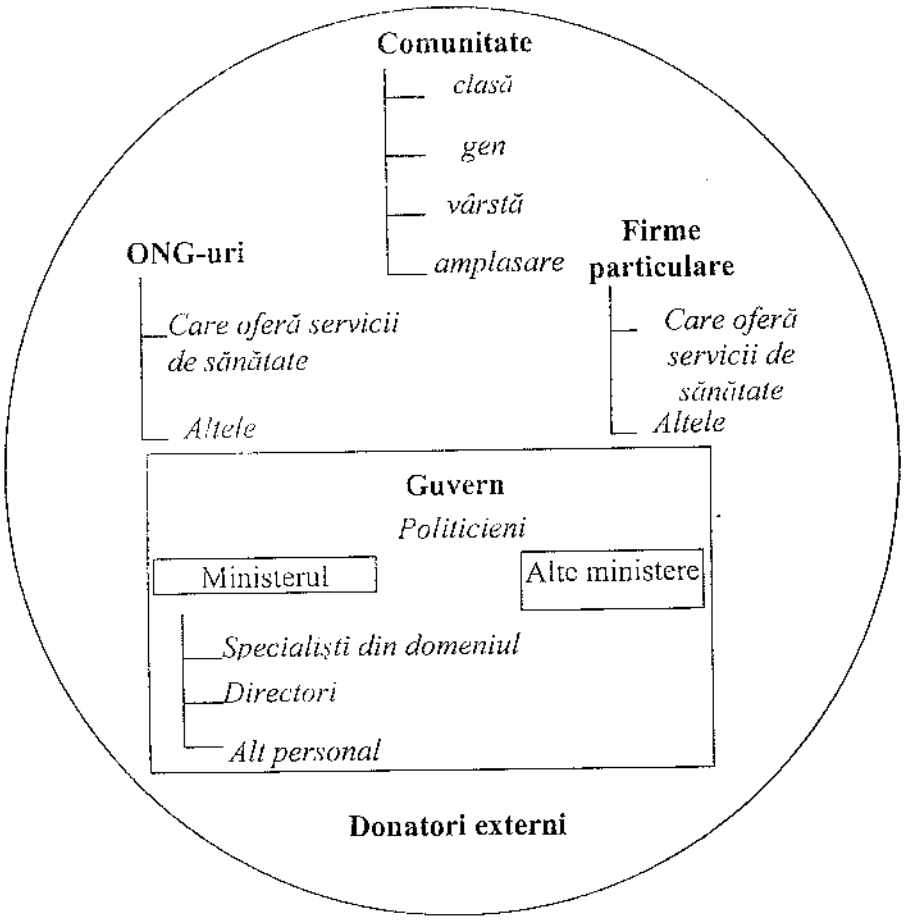


Figura 11. 5. Grupuri implicate în procesul de decizional din domeniul sanitar

Incrementalismul este văzut de o manieră mai prescriptivă de către unii cercetători, care propun ca persoanele care se ocupă de elaborarea de politici și de planificare să ia în considerare aceste forțe politice și să-și adapteze planurile în consecință. Această abordare a fost comparată cu navigația care se bazează pe forța vântului. Marinarul care nu ia în considerare direcțiile dominante ale vântului și care încearcă să piloteze nava urmând o traiectorie în linie dreaptă se va răsturna. Marinarul priceput navighează rareori direct către destinația dorită, el recunoaște mai degrabă direcția vântului și "se fixează" pe destinația dorită, așa cum se prezintă în Fig. .8. În această situație este perfect fezabil să se adopte o propunere de plan care pare să fie incompatibilă cu obiectivul final căutat, dacă această mișcare este considerată ca o etapă intermediară necesară pentru a ține seama de contextul politic și de realitate. Măsura în care un plan se poate desfășura constant în linie

dreaptă către obiectivul dorit, fără abatere, depinde în mare măsură de gradul în care planul are suficientă susținere politică directă pentru a înfrânge forțele care se opun (A. Green, 1999).

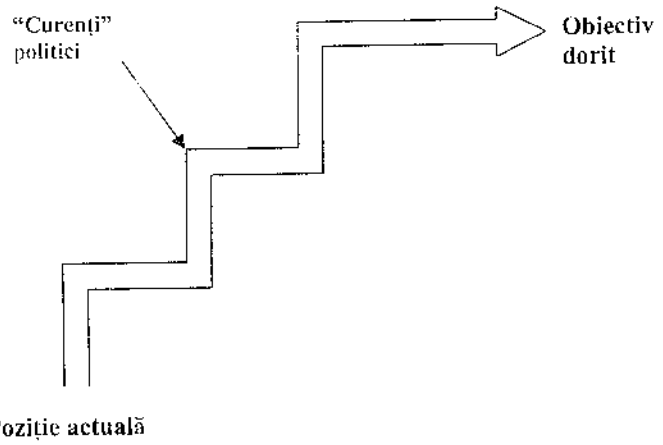


Figura 11. 6. Reprezentarea schematică a incrementalismului, modificat după A. Green, 1999

Acest mod de abordare poate fi considerat în contradicție cu acela al raționalismului absolut, potrivit căruia planificarea este un marș comandat către obiectivul fixat, folosind cea mai scurtă distanță dintre punctul de origine și ultima destinație și care nu va recunoaște necesitatea unor abateri pe termen scurt de la această traiectorie.

Concepția incrementalistă a politicii și planificării poate fi așadar o descriere corectă a realității dintr-o bună parte a activității de planificare. Accentul pe care îl pune pe aspectele politice este un memento util al naturii inerent politice a luării deciziilor și a planificării, însă prea multă atenție acordată analizei politice ar putea înăbuși posibilitatea unei schimbări radicale necesare în multe țări cu niveluri foarte scăzute ale statutului de sănătate și resurselor și împovărate cu o structură inadecvată a asistenței medicale. În locul unei acțiuni radicale, ea poate întări noțiunea de planificare ca și un fenomen de "robinet care picură". S-ar putea ca în această situație să fie în definitiv mai ușor să se adopte în permanență linia minimei rezistențe și să se piardă din vedere obiectivele pe termen lung din sectorul de sănătate. În această situație, planurile pot să devină doar o simplă oglindire a forței relative a unor grupuri speciale și ca atare pot asigura menținerea status quo, sau consolidarea poziției celor puternici.

În practică, nici un sistem de planificare nu se supune unuia din modelele absolute de mai sus. Totuși sistemele de planificare pot fi analizate și se pot constata în cadrul lor unele tendințe într-o direcție sau alta. Unele din modelele foarte "raționale" și tehnocrate utilizate mai ales în țările în curs de dezvoltare au eșuat în parte datorită cerințelor informaționale și accentului pus pe tehnici în contrast cu procesul și politicile. Pe de altă parte, procesul mangerial al OMS pentru dezvoltare sanitară națională (vezi Fig. 9) deși propune o secvență clară de măsuri care urmăresc cadrul de bază al planificării prezentat anterior în acest capitol, admite natura inerent politică a planificării prin accentul pus pe susținerea politică în diverse etape ale procesului.

O politică sanitară reușită trebuie să combine cunoștințe tehnice solide cu recunoașterea procesului politic. În toate etapele procesului, nu trebuie scăpată din vedere fezabilitatea oricăreia dintre acțiuni nu numai în ceea ce privește factorii tradiționali (resurse și factori tehnici), dar și a procesului politic mai larg.

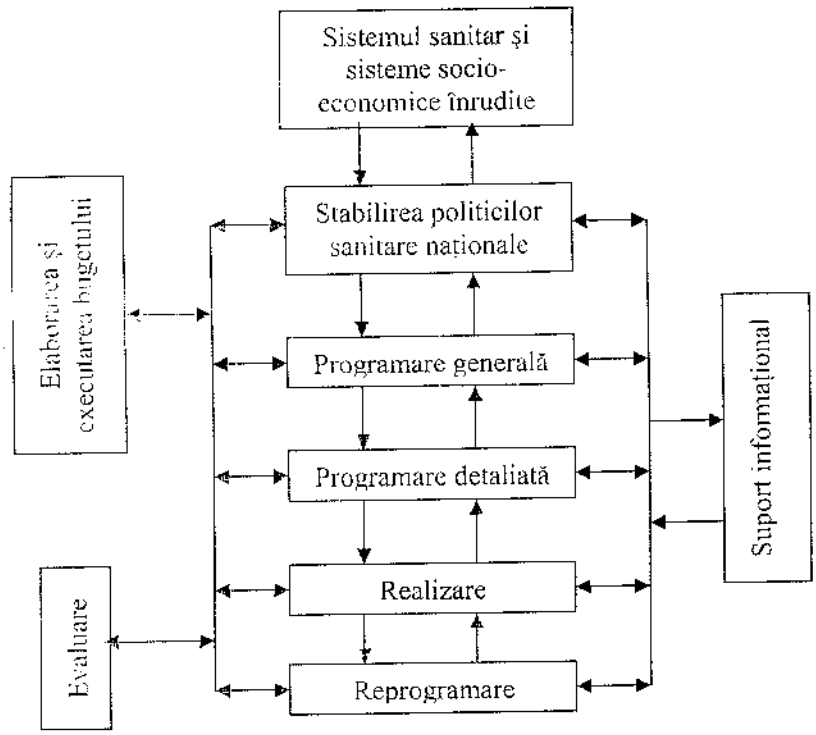


Figura 11. 7. Procesul managerial pentru dezvoltare sanitară națională. W.H.O. 1981

Figura 11.8 prezintă principalele etape pe care este de așteptat să le urmeze un asemenea proces rațional. Reprezentarea schematică a planificării ca un set de activități ciclice se întâlnește în mod frecvent. De fapt, ar fi poate mai exact să fie descrisă ca o spirală de planificare, punctul final al fiecărui ciclu formând punctul inițial al următorului ciclu, dar pe un plan superior. Vom descrie pe scurt fiecare etapă a acestei spirale, menționând din nou că în multe situații acest demers este utilizat (și) pentru descrierea elaborării și implementării politicilor sanitare la modul general.

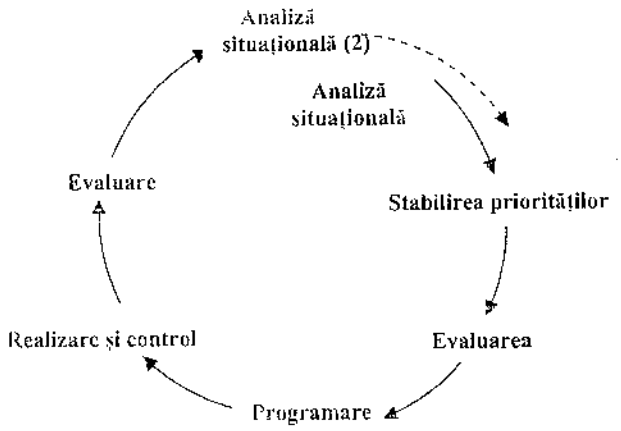


Figura 11. 8. Spirala planificării în politicile sanitare

Analiză situațională. Prima etapă în acest proces implică evaluarea situației prezente. Aceasta este adesecori denumită analiză situațională și analizează situația actuală din diverse perspective:

- Examinează caracteristicile curente și cele estimate ale populației inclusiv *demografia* acesteia.
- Examinează caracteristicile *fizice și socio-economice* ale zonei și *infrastructura* acesteia.
- Analizează *politica și mediul politic*, inclusiv *politicile sanitare* existente.
- O parte esențială este analiza cerințelor medicale ale populației.
- Examinează de asemenea, *serviciile* prestate atât de *sectorul non-sanitar* cât și de *sectorul sanitar* propriu-zis. Cel din urmă se va concentra asupra unităților existente, discrepanțelor între utilizarea acestora și servicii, precum și asupra măsurilor organizatorice.
- Analiza situațională va examina de asemenea *resursele* utilizate pentru asigurarea serviciilor, precum și *eficiența, valabilitatea, echitatea și calitatea* curentă a serviciilor.

De remarcat că analiza situațională efectuată pentru sectorul de sănătate trebuie să acopere sectorul sanitar în întregime și să nu se rezume numai la serviciile asigurate direct de sectorul public. Mulți cercetători afirmă că esența politicilor de sănătate în general și a planificării sanitare în particular este **identificarea corectă a nevoilor** populației, i.e. identificarea nevoilor și utilizarea lor ca obiective în stabilirea priorităților pentru ca alocarea resurselor să țină cont de cele mai acute/stringente nevoi. Așadar evaluarea nevoilor sanitare reprezintă o etapă esențială a unei planificări sanitare eficiente.

Sociologii, economiștii, medicii, administratorii și politicienii au analizat "nevoile" din prisma domeniului lor de activitate. S-a spus că acest concept are o caracteristică esențială: "nevoia" era sinonimă cu opinia expertului. Conceptul tradițional de nevoie se referă la diferența dintre starea existentă și cea dorită a statusului de sănătate. Această diferență care este în principiu măsurabilă devine "nevoie" în contextul politicii sociale atunci când, potențial, poate fi prevenită sau ameliorată prin utilizarea serviciilor sanitare, sau intr-un context mai larg, servicii sociale(Abramhson, J.H)

Apare astfel evident că baza deciziei referitoare la existența unui deficit sau la capacitatea unei anumite intervenții de a-l îmbunătăți va diferi între variatele grupuri implicate în respectivul proces.Medicii consideră stabilirea priorităților ca fiind promordial o problemă legată de o corectă definire a mortalității și morbidității. Politicienii consideră esențial în același domeniu răspunsul dat percepțiilor populației referitor la ce consideră ea ca important. Administratorii văd prioritățile mai ales din punctul de vedere al disponibilității metodelor tehnice de control ale problemei. Economiștii vor accentua mai ales dimensiunile legate de costuri (Culyer, A., Lavers, R.J. and Williams, A). În acest mod fiecare parte încearcă să-și sublinieze propria contribuție în determinarea "nevoilor" și ca atare și serviciile pe care le pot oferi în acest sens.

Vom prezenta în continuare punctele de vedere cele mai răspândite referitoare la o definire cât mai "obiectivă" a acestui aspect.

La nivel populațional "nevoia" este reprezentată de suma nevoilor individuale. La nivel individual Kalimo distinge între "nevoi resimțite" și "nevoi neresimțite". El a definit "nevoia" ca diferența dintre nivelul ideal și cel observat al sănătății. Cum orice nevoie poate avea o componentă medicală sau socială predominantă, Kalimo a descris 8 grupuri tipologice (tabelul 11.2).

Nevoile grupurilor din grupa A și H sunt clare: indivizii cu condiții extreme de boală sau sănătate. Pentru celelalte categorii din tabelul 1 există grade variate de dificultate în evaluarea nevoilor. Grupul B reprezintă persoane cu nevoi sociale, dar fără necesități

medicale clar definite (bătrâni singuri de ex.). Cei din grupul C nu sunt conştienţi de statusul lor medical: ei pot avea o boală pe care (încă) nu o percep (cancer asimptomatic). În grupul D sunt persoane la care bolile sunt într-un stadiu mai avansat. Persoanele din grupurile E şi F reprezintă cazuri de nevoi "nejustificate". Ei simt că au anumite nevoi medicale, dar opinia lor nu este sprijinită de raţionamentul profesioniştilor; diferenţa dintre E şi F este dată de gradul alterării funcţiei lor sociale. Grupul G reprezintă o parte importantă a populaţiei : deşi au o afecţiune medicală reală, comportamentul lor societal normal nu este alterat (ex.: bolnavii cronici care au o viaţă cvasi-normală.).

Nevoie Definită Medical		Nu		Da	
		Nevoie determinată social		Nevoie determinată social	
		Nu	Da	Nu	Da
Nevoie Percepută	Nu	Nici o nevoie A	Nevoi sociale nejustificate medical, fără perceperea nevoii II	Nevoi medicale inaparente B	Nevoi medicale şi sociale nepercepute C
	Da	Nevoie resimţită nejustificată	Nevoie medicală justificată, nevoie socială E	Nevoie Medicală resimţită fără modificări comportamentale F	Nevoi general admise G

Tabel 11. 2. Tipologia nevoilor pentru servicii de sănătate la nivel populaţional
Sursa: Kalimo, 1979

Abordarea sociologică a nevoilor este exemplificată de Bradshaw, care a creat patru categorii în acest domeniu:

a) **Nevoia normativă**. Bradshaw sugerează că indiferent de ce intenţionează să facă cineva în legătură cu anumite deficienţe legate de sănătate, acestea există şi pot fi descrise (ex.: fracturi, IMA, lipsa imunizării, etc). Aceste nevoi au fost definite de profesionişti/experţi care definesc respectiva "nevoie" ca o deviaţie de la "normal". Problema care se pune este cea a "normalului": normalitatea variază cu vârsta, sexul, dar şi cu o mulţime de alţi factori determinaţi de cultura şi filozofia predominentă în societate. De asemenea, acest concept de "nevoie normativă" identifică o terţă parte: experţii şi/sau profesioniştii din domeniu. Acest aspect poate conduce la multiple variaţii în definirea unei "nevoi normative", deoarece diferiţi profesionişti pot avea opinii diferite despre acelaşi aspect legat de starea de sănătate/boală. Această situaţie implică şi faptul că nu există o "nevoie normativă" absolută; ridică de asemenea întrebări referitor la cine ar trebui să fie considerat "judecătorul legitim" în ceea ce priveşte procesul de planificare sanitară - doctorii, managerii, politicienii etc! sau dacă fiecare are un rol legitim în acest proces, care este acel rol?

b) **Nevoia resimţită** este deseori echivalată **dorinţei**. Astfel când se evaluează nevoile pentru un anumit serviciu de sănătate, cetăţenii sunt întrebaţi dacă ei consideră că au nevoie de respectivul serviciu. Dar acest răspuns poate fi influenţat de mulţi factori, unul dintre ei fiind auto-percepţia şi cunoaşterea: care ar fi probabilitatea ca cineva să solicite ceva dacă nu este conştientă de existenţa unei probleme sanitare sau de posibilitatea existenţei unui serviciu medical care să îmbunătăţească/rezolve respectiva problemă? Reciproc o falsă opinie/percepţie poate fi creată despre nevoi de sănătate care nu există, sau despre remedii

pentru asemenea nevoi nedezvoltate încă. Se poate astfel afirma că "nevoile resimțite" sunt puternic influențate de percepția individuală a problemei.

c) **Nevoi exprimate** (sau **cerere**) sunt nevoile resimțite puse în acțiune/ operaționalizate. Cererea reprezintă utilizarea unui serviciu de către consumator. În sistemele sanitare în care pacienții plătesc direct pentru serviciile medicale, cererea reprezintă puterea de cumpărare efectivă. În țările cu asigurări obligatorii generalizate aceste considerente economice nu mai sunt concludente (dar pot apare alte "costuri" precum timpul de așteptare pentru un anumit serviciu sau plata "pe sub masă"). Cererea este afectată de numeroși factori/forțe, dar cel mai important pare a fi disponibilitatea fizică a serviciilor, cuplată cu prezența sau absența unor bariere în calea utilizării serviciilor respective. Există numeroase exemple care sutin legea lui Roemer "cererea crează oferta în domeniul medical". S-a constatat de exemplu că mai mulți chirurgi și mai multe paturi de spital chirurgicale vor duce la mai multe intervenții chirurgicale și zile de spitalizare chirurgicală, fără existența unei îmbunătățiri consecutive a stării de sănătate a populației, fenomen cunoscut sub numele de "hazard moral".

d) **Nevoile comparative** se stabilesc/definesc prin studierea caracteristicilor populației ce beneficiază de anumite servicii. Conform acestui concept atunci când există populații cu caracteristici similare dar care nu primesc un anumit serviciu medical, atunci ele sunt în situația de a avea o "nevoie" sanitară. Poate fi însă argumentat că o utilizare crescută a unui anumit serviciu poate semnifica uneori supra-utilizare nejustificată, în timp ce o utilizare redusă poate reflecta o folosire adecvată a serviciilor sanitare. De aceea utilizarea "nevoilor comparative" poate fi primejdioasă, deoarece dacă se consideră ca standard nivelele ridicate ale serviciilor medicale rezultatul poate fi o escaladare a costurilor asistenței sanitare fără îmbunătățirea consecutivă a stării de sănătate a populației.

Opinia lui Bradshaw este că numai considerând toate aceste 4 forme de nevoi se poate avansa în direcția măsurătorii "nevoilor reale" de sănătate.

Un stadiu suplimentar legat de nevoi este modul în care acestea sunt sau pot fi măsurate în sănătate.

Tehnici de măsurare utilizate în evaluarea nevoilor de sănătate. Nu doar definirea conceptuală a nevoii de sănătate este laborioasă ci și operaționalizarea sa, i.e. utilizarea celor mai adecvate instrumente pentru măsurare și cuantificare, ca suport al planificării sanitare. Cele mai utilizate metode asociate cu politicile de sănătate sunt descrise în continuare.

1. Anchetele: se bazează pe realizarea unui eșantion al comunității studiate și analizarea datelor obținute din acel studiu al eșantionului. Realizată corect această metodă poate furniza informații valide despre nevoile sanitare ale unei comunități(Reinke,A.R.). Sunt descrise mai multe tipuri de anchete utlizabile în evaluarea nevoilor de sănătate:

- anchete descriptive, care analizează boala în relație cu persoana, locul și timpul; furnizează preponderent informații descriptive (ex: câte persoane cu o anumită afecțiune se găsesc la un moment dat într-o anumită populatie); din punct de vedere al procesului de planificare anchetele descriptive furnizeză cadrul de la care se pornește; "unde ne aflăm acum".
- anchete analitice, ce pot fi orientate spre grupuri sau spre indivizi; în esență ele sunt comparații între grupuri populaționale, utilizând informații despre rate/proporții (în primul caz) sau informații despre fiecare individ din grup.

Asemenea tipuri de anchete sunt utilizate frecvent de agenții publice, locale sau naționale, pentru măsurarea și satisfacerea nevoilor grupurilor populaționale din zone specifice. Informațiile obținute din asemenea anchete sunt considerate a fi utile în:

- identificarea unor grupuri ţintă cu nevoi de sănătate specifice, informaţiile obţinute fiind apoi utilizate în elaborarea de programe pentru satisfacerea respectivelor nevoi
- identificarea utilizatorilor serviciilor de asistenţă sanitară specifică (Muton, P.H.)

Majoritatea ţărilor realizează atât anchete ale furnizorilor cât şi ale consumatorilor pentru a evalua cât mai corect nevoile de servicii de sănătate , putându-se clasifica astfel aspecte importante legate de nevoile pentru asistenţa medicală. Sunt descrise astfel numeroase astfel de anchete elaborate /efectuate pentru estimarea nevoilor de sănătate "reale" ale populaţiei ca bază pentru stabilirea cantităţii şi tipului de resurse sanitare necesare pentru furnizarea serviciilor medicale dorite.

Asemenea studii au încercat:

a. să analizeze caracterul şi amplitudinea morbidităţii în populaţia ţintă - morbiditate ce poate fi: fie "percepută" de indivizi, fie "definită" de către profesioniştii medicali;

b. să transforme informaţia legată de morbiditate în anumite nevoi pentru servicii sanitare specifice.

Spre exemplu, o astfel de anchetă a implicat câteva zone urbane şi rurale în care experţii în furnizarea de servicii de sănătate au considerat că cererea pentru asistenţa sanitară era satisfăcută, i.e. nu existau liste de aşteptare pentru spitalizări sau consultări medicale; pentru realizarea anchetei fiecare membru al comunităţii a primit o fişă pe care au fost înregistrate toate serviciile de sănătate utilizate, într-o anumită perioadă de timp(Muton, P.H.). După această anchetă de utilizare a serviciilor sanitare a fost efectuată de specialiştii medicali o anchetă referitoare la starea de sănătate a populaţiei. Obiectivul acestor anchete masive a fost de a determina "icebergul nevoilor de sănătate", partea ascunsă ca şi cea vizibilă, pe baza definiţiei medicale a nevoilor. Pe baza comparaţiilor între aceste două anchete despre "utilizare" şi "nevoi" s-au elaborat estimări legate de "suprautilizare", "subutilizare" şi "greşită utilizare" a resurselor de sănătate.

O altă zonă a planificării sanitare ce beneficiază de utilizarea anchetelor este cea referitoare la grupurile la risc: în acest sens, prin corecta identificare a indivizilor celor mai predispuşi la anumite condiţii, resursele de sănătate pot fi utilizate direcţionat şi mult mai eficient.

Se poate aprecia că, realizate corect, anchetele pot furniza cele mai valide şi utile informaţii referitoare la nevoile sanitare ale unei comunităţi.(Beauchamp, D.E.). Această abordare este flexibilă, putând fi utilizată împreună cu alte metode de evaluare a nevoilor sanitare. Unul din principalele dezavantaje ale acestor anchete este că sunt printre cele mai costisitoare abordări, necesitând şi o echipă cu persoane special pregătite, motiv pentru care sunt utilizate mai ales în ţările dezvoltate economic.

Abordarea demografică, se bazează pe date demografice care depind de gradul de complexitate al sistemului de sănătate publică şi de înregistrare al unei ţări. De obicei sunt utilizate, în evaluarea nevoilor sanitare, următoarele tipuri de date:

- date rutiniere de statistică vitală, relizate de autorităţile centrale şi locale; aceste date sunt orientate spre boli şi nu dau o imagine a regiunii; de asemenea, acolo unde există un deficit de medici, greşita clasificare a cauzelor de mortalitate este comună;
- date de morbiditate rutiniere: în unele ţări doar bolile transmisibile sunt raportate rutinier;
- date orientate spre servicii: pot folosi nu doar la evaluarea problemelor legate de boli, dar şi la cele referitoare la furnizarea de servicii de sănătate; aceste tipuri de date fiind întâlnite doar în ţările dezvoltatee din punct de vedere al serviciilor medicale furnizate (în general în OECD);

- date legate de anumite programe (screening pentru cancer de sân, tbc, etc.), furnizând informații extinse pentru o singură boală/afecțiune.

Deseori însă planificatorii sanitari utilizează, complementar cu datele anterioare, anchete ale utilizatorilor și furnizorilor.

Abordarea indicatorilor sociali se bazează pe inferențele referitoare la nevoile de sănătate ce se pot face pe baza datelor aflate în înregistrările și rapoartele oficiale. Ipoteza acestei abordări este că se pot face estimări ale nevoilor de sănătate (și de bunăstare socială) într-o comunitate pe baza analizei unor factori anumiti, care se consideră că au o puternică corelație cu persoanele cu nevoi sanitare; astfel, respectivele date statistice sunt considerate ca indicatori ai nevoilor de sănătate.

Un exemplu de aplicație practică a acestei abordări este formula RAWP, elaborată în Marea Britanie ca o încercare de a răspunde variațiilor nevoilor de sănătate în funcție de localizarea geografică; se analizează diferențele în vârstă, sex și status marital, ca și a ratei standardizate a mortalității, ca indicatori specifici. Se poate realiza astfel o comparație a nevoilor de sănătate între diferite regiuni, estimarea nevoilor este urmată de realocarea resurselor în concordanță cu variațiile nevoilor populației, la nivel regional.

Abordarea indicatorilor sociali se bazează pe inferențele referitoare la nevoile de sănătate ce se pot face pe baza datelor aflate în înregistrările și rapoartele oficiale. Ipoteza acestei abordări este că se pot face estimări ale nevoilor de sănătate (și de bunăstare socială) într-o comunitate pe baza analizei unor factori anumiti, care se consideră că au o puternică corelație cu persoanele cu nevoi sanitare; astfel, respectivele date statistice sunt considerate ca indicatori ai nevoilor de sănătate.

Un exemplu de aplicație practică a acestei abordări este formula RAWP, elaborată în Marea Britanie ca o încercare de a răspunde variațiilor nevoilor de sănătate în funcție de localizarea geografică; se analizează diferențele în vârstă, sex și status marital, ca și a ratei standardizate a mortalității, ca indicatori specifici. Se poate realiza astfel o comparație a nevoilor de sănătate între diferite regiuni, estimarea nevoilor este urmată de realocarea resurselor în concordanță cu variațiile nevoilor populației, la nivel regional.

Metodele de căutare a consensului constituie o altă modalitate utilizată în evaluarea nevoilor și problemelor de sănătate (Pineault R, Daveluy C.). Metoda se bazează pe ideea că un consens, obținut de un grup de persoane care cunosc bine comunitatea si problemele studiate, este suficient de fiabil pentru ca rezultatele lui să poată fi utilizate în mod avantajos. In primul rând trebuie reunite persoanele, care pot fi cetățeni sau factori decidenți, care vin frecvent în contact cu un mare număr de rezidenți din comunitate, sau /și experți în problema respectivă. Acestui grup de persoane i se cere apoi să ajungă la un consens referitor la nevoilor sanitare ale populației.

Una dintre tehnicile cele mai utilizate în acest context este cea a grupului nominal. Această metodă folosește un proces de reflectare tăcută care permite să se depășească constrângerile legate de participarea la grup, favorizând astfel concentrarea asupra sarcinilor care trebuie îndeplinite în cadrul grupului. In timpul acestei faze de reflectare tăcută membrii grupului suferă o anumită tensiune care îi determină să se concureze reciproc pentru a găsi idei bune. Această utilizare ajută grupul să evite argumentele superficiale, clișeele și ideile preconcepute.

In ceeace privește tehnicile care folosesc grupuri interactive, cum sunt forumul comunitar și "brainstorming-ul", ele se caracterizează printr-un schimb liber și deschis între participanți. Grupurile interactive au totuși inconvenientul de a inhiba pe unii dintre participanți pentru care mediul social al grupului este un obstacol în calea sarcinii pe care o au de îndeplinit. Organizarea unor astfel de grupe trebuie să țină seama de factorii interpersonali; de exemplu, pentru a evita tensiuni inutile, se va încerca a se crea grupuri

omogene din punct de vedere al competenței, dar având puncte de vedere diferite. Animatorul trebuie să favorizeze participarea, insistând asupra importanței contribuției fiecărui participant, ca și asupra importanței de a face critici constructive respectând punctele de vedere ale celorlalți.

Abordarea prin informatori-cheie. Prin informatori-cheie se definesc acele persoane care sunt rezidente sau care lucrează în comunitate și despre se știe că au o bună cunoaștere a acesteia. Această bună cunoaștere a mediului este în funcție de natura contactului cu rezidenții, pe de-o parte, și de durata experienței lor de viață și de lucru în această comunitate, pe de altă parte. Din cauza acestor caracteristici astfel de persoane sunt interesante a fi consultate în cadrul unui studiu al nevoilor de sănătate, ceea ce explică faptul că diferite tehnici le solicită opinia. Există astfel tehnici denumite de grup nominal și de grup Dephi care, fără a se limita la acest fel de respondenți îi folosesc adesea pentru a forma grupe de studiu sau de lucru.

Metoda de mai sus presupune totuși o întrevedere individuală cu fiecare din aceste persoane pentru a cunoaște impresiile lor asupra unui subiect dat. Trebuie să precizăm că, în contrast cu tehnicile de grup nominal și de grup Delphi, abordarea prin metoda informatorilor cheie nu urmărește atingerea unui consens printre participanți deoarece în cadrul acestui tip de studiu nu există nici-un fel de schimburi între ei. Dacă în cele din urmă se stabilește un consens aceasta înseamnă că există o concordanță între ideile exprimate de diferiții participanți.

Procedura care trebuie adoptată pentru a face o anchetă cu informatorii-cheie este descrisă mai jos.

1. Definirea obiectivelor. Grupul de planificare trebuie mai întâi să se pună de acord asupra obiectivelor studiului. Poate fi vorba de identificarea problemelor de sănătate, de grupele de risc, căile de intervenție, etc..

2.Elaborarea chestionarului. Odată ce obiectivele au fost clar identificate, se trece la pregătirea chestionarului care va servi drept bază pentru interviu. Trebuie să se țină seama nu numai de modul de colectare a datelor, ci și de forma de întrevedere aleasă: structurată, semi-structurată, prin telefon, prin corespondență sau personal ?

3. Selecționarea si contactarea participanților. Pornind de la întrebările alese se determină tipul de informații utile anchetei. In cazul unui studiu cu privire la nevoile de sănătate poate fi vorba de manageri, de planificatori, sau de reprezentanți ai diverselor grupuri și asociații. O anchetă cu informatori-cheie poate de asemenea să cuprindă orice altă persoană pertinentă pentru obiectivele studiului. (comerciant, preot, persoană care nu este implicată oficial în organismele comunității etc). Selecționarea se poate face fie în mod aleator, pornind de la o listă de nume ale persoanelor care corespund definiției informatorului-cheie, fie prin numire directă cu ajutorul persoanelor-resurse, sau prin tehnica eșantionajului în avalanșă în care persoanele întâlnite identifică unul din informatorii potențiali si așa mai departe. Această ultimă metodă este cea mai puțin recomandabilă din cauza evidentelor erori subiective pe care le determină.

In funcție de mărimea comunității studiate, numărul de respondenți recomandat este de 10-15 persoane pentru un teritoriu mic, dar poate ajunge la 300 când este vorba de totalitatea unui județ.

4. Intrevederea cu participanții. Așa cum s-a menționat în etapa a 2-a întrevederea se poate face personal, prin telefon sau prin poștă. In acest ultim caz rata răspunsurilor riscă să fie mai mică. O întrevedere semi-structurată permite celui care face interviul să culeagă infroamții despre aspecte care nu au fost atinse în chestionar. Pentru a facilita munca de compilare și de analiză este de dorit să se înregistreze întrevederile cu ajutorul reportofonului.

5. Analiza rezultatelor întrevederilor. Fiecare dintre întrevederi este ascultată si rezumată. Sunt identificate principalele teme și comentariile care sunt regrupate în cadrul acestor teme. Aceasta permite identificarea elementelor prioritare de sănătate în funcție de ansamblul respondenților.

6. Redactarea raportului final. Rezultatele studiului sunt prezentate într-un raport final care cuprinde atât telurile fixate, cât și modalitățile de abordare și metodologia folosită.

Avantajele si dezavantajele anchetei cu informatori-cheie. Interesul acestui tip de studiu este că, în măsura în care selecția făcută a permis să se atingă diferitele sectoare ale grupurilor din comunitate, metoda permite să se identifice o gamă a nevoilor de sănătate existente în comunitate. Pe de altă parte, ca permite adesea identificarea elementelor unei strategii de ameliorare a situației și are ca efect secundar implicarea informatorilor-cheie în procesul de planificare și, uneori, în punerea în lucru a programelor de sănătate care vor decurge din studiu. In fine, acest tip de studiu este relativ simplu si puțin costisitor.

În această abordare, bazată pe percepțiile respondenților este totuși posibil ca incidența si prevalența reală a problemelor de sănătate să nu fie întru totul conformă cunoștințelor pe care le au informatorii-cheie, activitatea acestora punându-i în contact nu cu ansamblul populației, ci cu clientela care utilizează serviciile asociațiilor sau organizațiilor lor. Din acest motiv respondenții trebuie să fie chestionați în legătură cu nevoile identificate de ei în cadrul propriilor lor servicii sau activități, mai curând decât cu ansamblul nevoilor comunității, despre care s-ar putea să nu dispună de date pertinente. Din acest punct de vedere selecția informatorilor este o problemă primordială, deoarece în cazul omisiunilor, anumite grupuri au riscul ca nevoile lor să nu fie reprezentate.

Trebue să subliniem pe de altă parte că un studiu bazat pe percepții si impresii nu ia în considerație decât în foarte mică măsură nevoile viitoare ale indivizilor; un astfel de studiu se referă, în primul rând, la situația prezentă. Este deci mai puțin probabil ca problema "prevenției", de exemplu, să aibe dimensiunea corespunzătoare. Aceasta din urmă este adesea uitată deoarece de ele culese se referă la problemele actuale, desigur mai importante deoarece sunt mai prezente în activitatea sau sfera de interes a informatorilor, decât cele care vor apare mai târziu. De aici importanța completării acestui tip de studiu cu metode cantitative pentru ca anumite aspecte ale nevoilor sanitare să fie cunoscute decidenților.

Tehnica Delphi este o altă metodă consensuală care are drept scop cunoașterea opiniei anumitor persoane în legătură cu problemele prevalente în comunitate. Putând să se adreseze la fel de bine informatorilor-cheie ca si experților, tehnica Delphi se deosebește de metoda care folosește informatorii-cheie în sensul că ea constă într-un proces de grup. Chiar dacă nu comunică direct între ei, membrii unui grup Delphi reacționează față de informația emisă de alți participanți în așa fel încât ajung la un consens fără ca între ei să fi avut loc discuții. De fapt această metodă folosește o serie de chestionare adresate prin poștă. Fiecare din chestionare este formulat pornind dela răspunsurile date în chestionarul precedent. Cercetarea se încheie în momentul în care s-a ajuns la un consens si când informația obținută este suficientă. Formarea unui grup Delphi este de asemenea interesantă pentru găsirea de idei si de soluții. Această metodă permite să se stabilească un contact cu persoane care sunt în posesia unor informații de prim ordin, care nu sunt încă disponibile în literatură, fără ca să fie nevoie ca respectivele persoane să se deplaseze pentru a le transmite.

Procedura Delphi trece prin etapele următoare:

1. Formularea întrebării

Este vorba de a circumscrie subiectul studiului. Care este informația dorită? Ce se va face cu această informație? Odată ce s-a căzut de acord asupra tipului de răspuns dorit este mai ușor să se formuleze întrebarea. Problemele pot fi de orice natură: fizică, psihologică sau

socio-economică. In general întrebarea trebuie să permită respondentului să dea prin răspuns o informație precisă si concisă

2. Alegerea respondenților. Ca și în metoda descrisă înainte, participanții la grupul Delphi pot fi cetățeni, utilizatori, decidenți, experți, etc. Desigur că alegerea fiecăruia dintre respondenți depinde de interesul acestuia pentru subiectul studiat, de pertinența informației pe care o pot deține, de disponibilitatea lor ca și de profitul pe care-l pot avea ca urmare a participării lor la un astfel de studiu. Mai mult decât în orice altă tehnică este important ca membrii grupului Delphi să fie motivați să participe, deoarece interesul lor trebue să fie păstrat pe toată durata anchetei, care poate să se întindă pe o perioadă de 45-70 de zile.

Odată ce au fost definite caracteristicile pe care trebuie să le aibe respondentul, este posibil să se treacă la determinarea dimensiunilor grupului. Numărul de participanți poate varia. Este sigur că, ținând scama de importanța sarcinii de analiză asociată cu o astfel de metodă, se va încerca limitarea participanților la un număr minim. Dacă grupul este omogen pot fi suficienți 30 de participanți. Un grup mai mare va genera puține idei noi suplimentare. Dacă însă respondenții provin din grupuri de referință diferite va fi necesar să se crească numărul lor.

3. Compunerea si expedierea scrisorii de introducere și a primului chestionar. Primul chestionar trebuie desigur să fie însoțit de o scrisoare de introducere. Aceasta va conține elementele următoare: mulțumiri adresate persoanei pentru participarea sa, explicații asupra importanței ajutorului său și informații despre utilizarea ulterioară a rezultatelor activității grupului Delphi, instrucțiuni cu privire la etapele de urmat si stabilirea datei la care trebuie expediat răspunsul. Anumite puncte sunt importante în ceea ce privește succesul chestionarului, cum ar fi: absența greșelilor tehnice, atât în ceea ce privește scrisoarea cât și chestionarul, o prezentare agreabilă și personalizată, claritatea informațiilor și rapiditatea transmiterii chestionarului ca urmare a acceptării primite prin telefon. Aceste două instrumente, scrisoarea si chestionarul, trebuie să fie pre-testate cu respondenții care nu fac parte din grupul oficial.

4. Analiza rezultatelor primului chestionar. Această analiză trebuie să permită să se ajungă la o listă de elemente și de comentarii făcute de respondenți. Lista trebuie să reflecte opiniile respondenților, dar să fie în același timp suficient de scurtă pentru a facilita analiza și critica. In acest scop membrii grupului de analiză înscriu fiecare din problemele prezentate de fiecare dintre respondenți, pe o fișă. Enunțurile echivalente sunt grupate sub un nume(tema) comun, pe baza înțelegerii între membrii grupului; apoi, fiecare din aceste nume este enunțat sub forma unei fraze complete, ușor de înțeles de către respondenți. Aceste fraze vor constitui conținutul celui de-al doilea chestionar. Trebue deci să se ajungă la categorii care acoperă ansamblul aspectelor, rămânând în acelaș timp diferite.

5. Compunerea si expedierea celui de-al doilea chestionar. Cel de-al doilea chestionar cere participantului să-și manifeste acordul sau dezacordul în legătură cu fiecare nevoie sau problemă, pe care le poate de asemenea clarifica, dacă va considera că acest lucru este necesar. I se cere de asemenea să clasifice informațiile în ordinea importanței, selecționând cele mai importante 10 aspecte, cifra cea mai mare fiind atribuită aspectului cel mai important. Aspectele trebuie prezentate în chestionar sub formă de fraze complete suficient de descriptive, răspunsurile date la primul chestionar servind acestui scop. Nu trebuie să se rezume într-un singur cuvânt comentariile făcute de respondenți. Cu toate acestea trebuie să fim atenți ca întregul chestionar să poată fi completat în 30 de minute. Scrisoarea de însoțire dă instrucțiuni cu privire la felul în care trebuie să se procedeze; ea are de asemenea rolul de a încuraja participanții să continue experiența începută. Pentru a favoriza returnarea unui număr cât mai mare de răspunsuri se sugerează să se adreseze o scrisoare de

rapel personalizată, sau chiar să se telefoneze celor care întârzie cu trimiterea răspunsurilor dincolo de data limită specificată.

6. Analiza celui de-al doilea chestionar. Această analiză are drept scop compilarea rezultatelor votului asupra problemelor sau nevoilor prioritare si să rezume comentariile primite cu privire la acestea din urmă. Fiecare din voturi este înregistrat pe o foaie de pontaj pe care se găsesc: numărul de probleme, numărul de respondenţi care au votat pentru problema respectivă, numărul de clasament dat de fiecare dintre respondenţi la fiecare din probleme şi votul total. In cazul în care comentariile sunt prea numeroase este posibil ca ele să fie rezumate, fie prin selecţionarea a câte unui exemplu din fiecare comentariu, fie enunţând un paragraf care condensează diferitele comentarii.

7. Elaborarea si trimiterea celui de-al treilea chestionar (ultimul chestionar). Acest chestionar final permite participanţilor să-şi revadă răspunsurile şi să se pronunţe asupra importanţei fiecărei probleme în lumina votului total şi a comentariilor prezentate de ceilalţi membri ai grupului. Vom regăsi deci, pentru fiecare din problemele reţinute în prealabil, enunţul problemei, rezultatul votului preliminar, un rezumat al comentariilor si un spaţiu pentru indicarea votului final, acordând un punctaj mai mare pentru problema cea mai importantă. Pentru a restrânge lista problemelor prioritare se poate cere să se voteze doar 5-7 probleme. Acest chestionar, ca si precedentele, nu trebue să necesite mai mult de 30 de minute pentru a fi completat. O scrisoare de însoţire adresată respondentului specifică ce anume se aşteaptă de la acesta.

8. Analiza celui de-al treilea chestionar. Analiza acestui chestionar foloseşte aceleaşi procedee ca pentru cel de-al doilea. Trebuie să se ţină seama că informaţia compilată va fi difuzată unor persoane care nu au participat la studiu şi din acest motiv formularea rezultatelor trebuie să fie clară si uşor de înţeles.

9. Redactarea raportului final. Raportul final trebuie să conţină, printre altele, elementele următoare: scopul studiului, metoda folosită şi rezultatele obţinute. Pe de altă parte, atunci când se foloseşte metoda Delphi pentru identificarea problemelor, ordinea priorităţilor permite să se facă sugestii sau recomandări decidenţilor cu privire la programele de sănătate care ar trebui să fie dezvoltate în viitorul apropiat sau mai îndepărtat. Este evident că participanţii trebuie să primească raportul sau rezumatul rezultatelor obţinute la ultimul chestionar. Acest raport nu le va fi adresat numai în semn de mulţumire pentru faptul că au acceptat să folosească timpul lor personal, dar şi pentru că se găsesc în poziţii care le permit să acţioneze ca agenţi pentru promovarea viitoarelor programe de sănătate. Din acest punct de vedere este util ca participanţii să fie informaţi în legătură cu acele probleme susceptibile să ducă la o intervenţie.

Avantajele si inconvenientele tehnicii Delphi. Tehnica de grup Delphi prezintă mai multe avantaje.In primul rând lasă timp de gândire. Pe de altă parte anonimatul procedurii evită influenţarea participanţilor de către ceilalţi membrii ai grupului; în acest fel tendinţa unor indivizi de a se conforma opiniei grupului este diminuată. Ansamblul punctelor de vedere exprimate este cunoscut de participanţi deoarece toate informaţiile le sunt returnate în mod sistematic. Respondentul este liber să răspundă la momentul convenabil, în interiorul datelor limită, şi nu este obligat să se deplaseze; persoane îndepărtate pot fi contactate.

După unii specialişti, principalul dezavantaj al tehnicii Delphi este legat de informaţia privitoare la procedura însăşi, care nu precizează anumite detalii; de exemplu, anonimatul care există pentru respondenţi trebuie să se aplice şi la membrii grupului de analiză? Care este numărul minim de respondenţi necesar atunci când este vorba de un grup heterogen?, etc. Obligaţia de a ajunge la un acord are ca efect abandonarea poziţiilor extreme, chiar dacă acestea din urmă reprezintă idei interesante. Principala limitare este însă legată de

durata procesului care este relativ lung; riscul de pierdere a participanților este mai mare decât în cazul în care s-ar recurge la ei o singură dată.

Anumite condiții sunt deci esențiale pentru succesul grupului Delphi. In orimul rând este nevoie să dispunem de un timp relativ îndelungat (45-70 de zile). Participanții trebuie să știe cum să comunice în scris și să manifeste un interes susținut deoarece vor trebui să răspundă la trei chestionare succesive. Pe de altă parte, procesul necesită o investiție relativ importantă din partea persoanelor implicate, în afara respondenților, cu alte cuvinte decidenții și personalul însărcinat cu ancheta. Acesta din urmă trebuie de asemenea să dea dovadă de competență în interpretarea rezultatelor obținute.

Tehnica grupului nominal are ca țel identificarea problemelor si nevoilor și clasificarea lor în ordinea importanței. Trebuie să subliniem că această metodă este utilă atât pentru determinarea priorităților, cât și pentru dezvoltarea planului și evaluarea programelor. Principiul de bază al tehnicii grupului nominal este că procese de grup diferite trebuie să fie folosite pentru faza de generare a ideilor și de evaluare. Intr-adevăr, se pare că reflectarea în tăcere este mai bună pentru generarea ideilor, în timp ce interacțiunea este mai utilă pentru evaluare. După autorii acestei tehnici un grup nominal, adică un grup format din persoane care nu comunică între ele (un grup care nu are decât numele) produce mai mult în ceea ce privește studiul dimensiunilor unei probleme și a calității sugestiilor pentru soluții, în comparație cu un grup care interacționează în această fază de identificare a faptelor și de generare a ideilor. Conform acestui principiu, tehnica grupului nominal este completată cu o fază de reflectare colectivă și printr-un vot personal cu privire la elementele identificate de către grup. Este deci, înainte de toate, un proces structurat de schimb de informații.

Procedura de urmat în cazul utilizării tehnicii grupului nominal.

Etapele de pregătire. In vederea redactării întrebării care urmează a fi dezbătută de grup sunt recomandate următoarele patru etape:

1. Determinarea cu echipa de planificare a obiectivului reuniunii grupului nominal.
2. Definirea nivelul de abstracție sau de specificitate căutat.
3. Dezvoltarea diferitelor alternative în chestiune.
4. Testarea acestor întrebări cu un grup-martor.

Ca urmare participanții pot fi selecționați și convocați. Participanții la tehnica grupului nominal au de obicei aceleași caracteristici ca cei din tehnica Delphi și a informatorilor-cheie: ei trebuie să fie interesați de subiectul studiat și experiența pe care o au îi fac să fie resurse utile pentru planificare. Trebuie de asemenea să menționăm că, de regulă, au avantajul de a folosi același limbaj. Grupul nu trebuie să fie prea heterogen, si nu va trebui să aibe mai mult de 7-10 participanți. Trebuie menționat că logistica unor astfel de întâlniri necesită nu numai o sală de reuniuni ci și material necesar tehnicii propriu-zise (retroproiector, flipchart, fișe, etc.).

Ședința de lucru

1. Redactarea ideilor în tăcere. După ce animatorul a prezentat întrebarea el va cere fiecărui participant să răspundă prin fraze scurte; această etapă durează 10-15 minute. Animatorul nu trebuie să dea exemple de răspuns, ci mai curând să-i incite pe membrii grupului să scrie ceea ce le vine în mod spontan în minte. Se cere fiecăruia să lucreze în tăcere și în mod autonom. Această etapă tăcută este urmată de o prezentare a rezultatelor reflecției personale.

2. Enunțarea ideilor pe rând. Făcând ocolul mesei se cere fiecărui participant să enunțe una din ideile conținute în lista sa. Animatorul înscrie ideea pe o foaie mare de hârtie, continuând cu persoana următoare până la epuizarea tuturor ideilor. Această procedură poate să necesite 30-60 de minute, sau mai mult, în funcție de tipul de întrebare care s-a pus

şi de numărul de idei care au fost generate. Ideile pot fi înscrise, dar nu este permis pentru moment să se comenteze sau să se discute ideile. Aici se va face doar enumerarea lor cu cuvintele folosite de participant. Această procedură poate duce la 20-25 de item-uri. In cazul în care mai multe grupe nominale sunt angajate în paralel pe aceiaşi temă procedura poate duce la identificarea a sute de nevoi.

3. Perioada de discuţii. Discuţia are drept scop clarificarea, adăugarea sau eliminarea anumitor idei. Este posibil, dar nu obligatoriu, să se justifice alegerea făcută şi să se comenteze importanţa elementelor de pe listă. Fiecare element este studiat pe rând pentru a se înţelege bine semnificaţia sa, logica şi argumentele pentru şi contra. Cu acordul participanţilor este atunci posibil ca enunţurile care se referă la aceiaşi idee să fie fuzionate.

4. Votarea importanţei item-urilor. Se cere apoi fiecărui participant să aleagă 5-9 itemuri din lista totală. Aceasta se poate face în cinci minute. In cazul în care criteriile nu au fost alese în prealabil de grup, şi dacă acesta consideră că este necesar , animatorul trebuie să precizeze pe ce bază poate fi apreciată importanţa item-urilor. Fiecare din nevoile alese este înscrisă de fiecare participant pe o fişă separată. Se cere apoi fiecăruia să claseze fişele în ordinea importanţei, acordând cifra cea mai mare subiectului cel mai important, si aşa mai departe. Toate operaţiile din această etapă se fac individual si anonim. In cea mai mare parte a situaţiilor procedura se încheie prin compilarea voturilor. Este totuşi posibil să se obţină o evaluare mai clară organizând o ultimă discuţie asupra rezultatelor votului preliminar si efectuînd un vot final.

In rezumat, tehnica grupului nominal cuprinde patru etape, si anume:

1. înregistrarea în tăcere a ideilor
2. enumerarea ideilor pe rând până la epuizarea listei
3. discutarea si împărtăşirea informaţiilor
4. votarea pentru a selecţiona elementele prioritare

Avantajele si inconvenientele tehnicii de grup nominal. Tehnica grupului nominal este o metodă utilă în situaţiile complexe în care trebuiesc luate decizii. Ea permite participarea persoanelor care au experienţă diversificată. Deoarece studiază orice idee exprimată, tehnica grupului nominal oferă tuturor participanţilor posibilitatea să-şi exprime opiniile, fără să intre în concurenţă unii cu alţii, aşa cum este cazul cu grupele interactive. Pe de altă parte metode duce la generarea unui număr mare de idei fără să fie nevoie de manipulări matematice si statistice complicate. Tehnica grupului nominal poate fi utilizată în diferite etape ale procesului de planificare, de exemplu pentru definirea criteriilor, pentru stabilirea priorităţilor, generarea de soluţii sau evaluarea rezultatelor.

Principalul dezavantaj al acestei metode este lipsa de precizie. Este posibil să rămânem la un nivel superficial al enunţului ideii, afară de cazul în care toate item-urile enunţate sunt listate pentru a defini fiecare din nevoile identificate. Un alt inconvenient este legat de procesul de vot şi clasificare; acesta obligă, la fel ca tehnica Delphi, să se selecţioneze ideile astfel că poziţiile extreme sunt respinse, chiar dacă este vorba de idei novatoare. Tehnica de grup nominal este un proces foarte structurat; anumiţi participanţi pot să se simtă manipulaţi dacă nu sunt familiarizaţi cu metode atât de formalizate. In acest sens unii experţi subliniază că această tehnică poate să declanşeze anumite conflicte la grupele care se află în stare de concurenţă pentru aceleaşi resurse. In ceea ce priveşte animatorul se pare că este mai uşor să se controleze procesul când avem un expert extern decât atunci când un lider local se găseşte printre persoane cunoscute. Pe de altă parte tehnica grupului nominal nu se adresează decât unei singure probleme în acelaş timp, şi prin comparaţie cu tehnica Delphi, necesită deplasarea participanţilor.

Tehnica 'brainwriting' face si ea apel la o şedinţă de reflectare tăcută, dar se deosebeşte de tehnica de grup nominal prin aceea că ideile de pornire cu privire la probleme si soluţii

posibile sunt scrise în prealabil de către animator si așezate în centrul mesei. Procedura constă în următoarele: se cere în primul rând fiecărui participant, în număr de 6-8, să scrie propriile sale idei în tăcere. Dacă nu mai are idei personale, schimbă lista proprie cu una din mijlocul mesei. Adaugă la aceasta din urmă alte idei si așa mai departe până la epuizarea ideilor. După aceea este posibil să se procedeze la fel ca la grupul nominal, adică un tur de masă al ideilor, urmat de o discuție și în cele din urmă de clasificarea în ordine a subiectelor.

Brainstorming-ul este o altă tehnică utilizată pentru identificarea problemelor de sănătate. Cunoscută de aproape 50 de ani ea pare deosebit de utilă pentru generarea ideilor, și este deci recomandată pentru analiza problemelor sanitare și pentru explorarea alternativelor de intervenție. Acumul când se studiază nevoile de sănătate, tehnica de brainstorming favorizează identificarea elementelor pe baza cărora sunt definite problemele. Această tehnică necesită aplicarea următoarelor două principii: orice formă de judecată trebuie să fie evitată în timpul sesiunii și, cu cât cantitatea ideilor emise este mai mare, cu atât mai mult va crește și calitatea lor. Deoarece procesele mentale de evaluare și de creativitate sunt, se pare, incompatibile, membrii grupului de brainstorming nu trebuie să țină seama, în această etapă, de acceptabilitatea sau de importanța ideilor emise. In afară de aceasta, animatorul va recomanda să se emită un număr cât mai mare de idei, forțând astfel participanții să depășească nivelul ideilor mai convenționale pentru a ajunge la idei originale si novatoare. La aceste două principii se adaugă nevoia de a combina si de a rafina pe cât posibil ideile emise.

Procedura de urmat în tehnica de brainstorming. Grupul se compune din persoane care au cunoștințe sau/și experiență în legătură cu subiectul care va fi studiat. Se recomandă ca grupul să cuprindă 12 participanți. Un secretar va înregistra ideile prezentate. Pentru a aminti membrilor grupului modul în care se va proceda se sugerează ca sesiunea să înceapă cu un exemplu care va încălzi atmosfera. După aceia animatorul va anunța subiectul ședinței și va încuraja un "foc continuu" de sugestii, fiecare având dreptul la a face o sugestie [illegible] ordă. Se va aminti participanților să nu critice ideile emise; evaluarea sugestiilor va avea loc într-o ședință ulterioară. Dacă apar perioade de pauză animatorul va putea prezenta propriile sale sugestii, sau va introduce variații la una din sugestiile emise deja. Sesiunea va dura în total 30-60 de minute.

Avantajele si inconvenientele tehnicii de brainstroming. In comparație cu grupurile în care critica este permisă, grupul de brainstorming este mai inovator și rezultatele sunt de calitate mai bună. Această tehnică este simplă si accesibilă si nu cere decât puțin timp de la participanți. Brainstorming-ul poate să pară mai puțin formal si, ca o consecință, mai puțin serios în ochii participanților. Pe de altă parte obligația de a nu emite judecăți poate să fie greu de respectat. Așa cum s-a arătat mai sus, rezultatele brainstorming-ului trebuie să fie evaluate și/sau criticate într-o sesiune ulterioară. Dacă procesul nu a fost completat, reluarea ideilor emise poate să devină o problemă.

Forumul comunitar definește o adunare deschisă tuturor membrilor dintr-o comunitate dată. S-ar mai putea folosi termenul de "audiență publică". Forumul comunitar se deosebește de celelalte metode prin aceia că nu limitează în nici-un fel participarea. Fiecare membru al comunității este considerat ca o resursă importantă și este încurajat să se exprime public în legătură cu un subiect dat, în acest caz fiind vorba de nevoile de sănătate ale populației. Forumul poate să fie organizat ca atare, sau în combinație cu alte metode. In cazul în care este folosit ca atare, forumul servește la identificarea problemelor și nevoilor de sănătate în același mod ca și grupul nominal, grupul Delphi, sau informatorii-cheie. El poate fi întrunit după ce una din aceste metode a fost deja aplicată în comunitatea respectivă, în acest caz servind la o mai bună definire a naturii nevoilor anumitor grupe

care sunt identificate ca fiind la risc. O altă formulă posibilă este de a forma grupe nominale, sau altfel de grupuri, cu participanții la forum. Atât într-un caz, cât și în altul, procedura forumului comunitar este relativ asemănătoare.

Procedura de urmat în cazul forumului comunitar favorizează exprimarea unui număr cât mai mare de opinii asupra subiectului în studiu. Cu cât reprezentarea diverselor elemente ale comunității este mai largă, cu atât rezultatele sunt mai credibile. Pentru a asigura această reprezentare este necesar să se facă un efort publicitar pentru ca toate persoanele și toate grupurile să fie informate despre ședința forumului. Trebuie să se folosească diferitele medii de comunicare, în limbile vorbite de rezidenții comunității(acolo unde este cazul). Aceste mesaje trebuie să enunțe clar locul, data, ora și scopul pentru care se ține forumul. De asemenea trebuie menționat numele organizatorilor. Trebuie să subliniem că logistica trebuie să fie pregătită împreună cu persoane bine informate despre comunitate. Adunarea se va ține în teritoriu 'neutru' iar președintele ei va fi ales dintre membrii cei mai respectați ai comunității. Pentru a permite unui număr cât mai mare de persoane să se exprime asupra subiectului în studiu , și deoarece un forum durează în general 3-4 ore, se pot utiliza anumite reguli simple de adunare, cum ar fi, de exemplu, să se ceară celor care iau cuvântul să nu vorbească mai mult de 3 minute, să lase locul celor care nu au avut încă prilejul să vorbească, etc. In mod ideal consultarea ar trebui să se facă pe grupuri mici pentru a încuraja participarea individuală, iar ideile și comentariile ar trebui de asemenea să fie înregistrate. Succesul forumului nu se limitează la ținerea adunării, ci depinde de asemenea de urmarea pe care dorim să o dăm acesteia. In acest scop se poate adresa o scrisoare participanților pentru a le mulțumi pentru participare și pentru a-i informa asupra urmărilor imediate ale forumului. Indivizii sau grupurile care au comunicat că sunt disponibili pentru etapele ulterioare ale procesului trebuie să fie întâlniți cât mai curând posibil pentru ca interesul lor să nu dispară.

*Avantajele si inconvenientele forumului comunitar.*In comparație cu alte metode, forumul comunitar este economic si relativ ușor de organizat, cu atât mai mult cu cât unele sarcini pot fi îndeplinite de voluntari din comunitate. Deoarece este deschis tuturor membrilor comunității, forumul permite exprimarea unei game largi de nevoi, cu condiția ca el să permită a se lua contactul cu persoane și grupuri care folosesc rareori sau deloc serviciile de sănătate. Forumul permite indivizilor, grupurilor si organizațiilor să se sensibilizeze față de nevoile comunității. In cele din urmă forumul oferă organizatorilor posibilitatea de a identifica pe cei care sunt interesați să participe la planificarea si la punerea în aplicare a programelor susceptibile să satisfacă aceste nevoi.

Nu toți membrii comunității participă sau se exprimă în cadrul forumului, astfel încât unele puncte de vedere sunt fie sub- fie supra-reprezentate. In acest caz imaginea nevoilor nu este conformă totalității nevoilor comunității. Pe de altă parte, unele persoane sau grupuri pot să se servească de forum pentru a se plânge sau pentru a prezenta probleme care nu au decât o legătură indirectă cu subiectul studiat, sau pentru care organizațiile respective nu poartă o responsabilitate directă.Interesul si entuziasmul create de forum pot, pe de altă parte, să suscite așteptări nerealiste cu privire la programele ce se vor adopta în viitor. In acest caz populația poate să devină refractară față de programele care vor fi implementate în realitate. Un ultim inconvenient este legat de datele care se înregistrează cu ocazia unui forum. In cea mai mare parte a cazurilor este vorba de impresii si de păreri, rareori de fapte - altfel decât sub o formă anecdotică. Pe de altă parte nu există nici un fel de garanție că ceea ce se spune este reprezentativ pentru toate grupurile din comunitate. Pentru aceste motive unii specialiști susțin că tehnica forumului nu trebue să fie folosită decât ca un complement al celorlalte metode pentru a construi 'un consens de sprijin al programului'.

Acesta este de altfel modul în care abordarea denumită 'impresiile comunitare' tratează problema.

Abordarea numită "**impresii comunitare**" este de fapt o combinație de metode diferite. Ea permite să se integreze informații obținute din sursele oficiale existente, cu cele obținute de la membrii comunității. Este probabil metoda care permite să se meargă cel mai departe în ceea ce privește ansamblul problematicii, cu alte cuvinte pentru identificarea problemelor, a nevoilor, a grupurilor-țintă și pentru explorarea naturii, cauzelor și consecințelor posibile ale problemelor identificate. Această metodă cuprinde trei etape: 1) întrevederea cu informatori-cheie, 2) compilarea datelor pornind de la indicatori și anchete de sănătate cu privire la utilizarea serviciilor, și 3) forumul comunitar cu sub-grupurile identificate ca având cele mai mari nevoi. Inițiind acest proces de răspuns la nevoi identificate, procedura ne permite să completăm și procesul de evaluare a nevoilor.

Procedura de urmat în tehnica "impresiilor comunitare" cuprinde următoarele etape.

Intrevederea cu informatorii-cheie. Dacă se prevede că se vor ține mai multe forumuri comunitare este foarte important ca întrevederile cu informatorii-cheie să facă să apară grupurile cu cele mai mai riscuri, astfel încât să se poată organiza un forum pentru fiecare din aceste grupuri specifice. Informațiile culese vor putea fi, la nevoie, înregistrate pe o hartă geografică a comunității care va permite să se vizualizeze sectoarele cele mai defavorizate în materie de sănătate.

Integrarea datelor obținute din surse oficiale cu impresiile informatorilor-cheie. Această a doua fază are drept scop integrarea informațiilor culese de la informatorii-cheie cu tot ceea ce există deja din punct de vedere al datelor despre sănătate si despre utilizarea serviciilor.

Forumul comunitar. Se planifică apoi un forum comunitar, organizat pentru fiecare din grupurile sau sectoarele comunității care au fost identificate ca având cele mai mari nevoi de sănătate. Obiectivul acestor forumuri este în același timp să confirme și să infirme observații relative la nevoi, precum și să completeze analiza asupra ansamblului problematicii. Pe de altă parte aceste forumuri au avantajul de a implica persoane direct preocupate de definirea propriilor lor nevoi și, în mod secundar în căutarea soluțiilor pentru problemele lor

Avantaje si dezavantajele metodei 'impresii comunitare'. Dată fiind bogăția de informații care pot fi dobândite, această metodă este relativ puțin costisitoare. In comparație cu metodele care se folosesc izolat, aceasta are avantajul de a combina date de natură faptică cu date perceptuale cu privire la nevoi. Are de asemenea avantajul că face să participe persoane direct interesate, acțiunea care implică informatorii-cheie permițând o selecție a grupurilor-țintă. In plus, permite profesioniștilor ca și rezidenților din comunitate să lucreze la un proiect comun și să ameliorez astfel comunicarea.

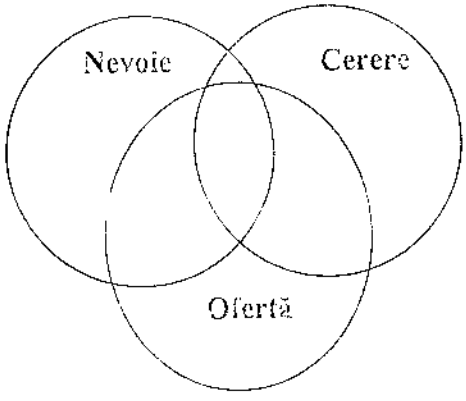
In ciuda avantajelor menționate trebuie subliniat că această metodă se bazează totuși în mare parte pe impresii. In măsura în care aceste impresii sunt confirmate de date oficiale (ceea ce nu este totdeauna cazul) se pun mai puține întrebări despre fiabilitatea si despre validitatea metodei. Este posibil pe de altă parte ca unele date oficiale să nu fie reținute de forumul comunitar, unele probleme, foarte importante, nefiind percepute în cadrul preocupărilor cotidiene ale participanților la studiu. Așa cum stau lucrurile cu orice altă metodă, nu putem fi niciodată siguri că am identificat toate problemele și toate nevoile.

Numeroși cercetători au argumentat că o analiză și imagine rezonabilă a nevoilor de sănătate poate fi obținută doar printr-o combinare a mai multor asemenea tehnici. MacStarvick a enumerat patru tehnici: anchete ale populației, analize demografice, analiza de utilizare și tehnici consensuale, considerându-le ca indispensabile și complementare

pentru o analiză eficientă a nevoilor de sănătate ale unei populații în procesul de planificare sanitară.

Din această discuție se poate admite că, deși există dificultăți în interpretarea și definirea conceptului de "nevoi de sănătate", se poate spune că "nevoile" pot fi percepute sau nu. Nevoia percepută pote fi exprimată sau nu. Nevoia exprimată se transformă în cerere. Cererea poate fi satisfăcută sau nesatisfăcută, în funcție de oferta de servicii de sănătate; relațiile între toate aceste elemente sunt schițate în figura 11.9.

Din această figură se poate aprecia că nevoia, cererea și oferta se întrepătrund, generând opt câmpuri, inclusiv un câmp extern, unde un serviciu sanitar potențial nu este necesar, cerut sau furnizat. Idealul pentru un sistem sanitar ar fi suprapunerea acestor câmpuri, astfel ca nevoia, cererea și oferta de servicii de sănătate să coincidă.



Nevoie - ceea ce aduce beneficii populației

Cerere - ceea ce populația solicită

Ofertă - ceea ce este oferit

Figura 11.9. Nevoie, Cerere si Ofertă în Sectorul Sanitar

1. Servicii necesare care nu sunt cerute sau furnizate
2. Cerere nejustificată, nesatisfăcută
3. Servicii neutilizate
4. Servicii necesare, cerute, dar care nu sunt oferite/furnizate
5. Servicii furnizate pentru satisfacerea unei cereri nejustificate (din punct de vedere al nevoilor)
6. Servicii furnizate necesare, dar neutilizate
7. Nevoia și cererea satisfăcute prin ofertă
8. Servicii care nu sunt necesare, nesolicitate și nefurnizate

Sursă: Stevans & Gabbay, 1991 (modificat)

Stabilirea priorităților. A două etapă a spiralei de planificare include stabilirea unei ierarhii între *scopurile, obiectivele* și *sarcinile* unei organizații - cu alte cuvinte, ce dorește să realizeze. Aceasta va fi influențată de analiza situațională, în special de cerințele medicale și de obiectivele politice mai largi ale organizației sau ale statului. Orice sistem de planificare realist trebuie să asigure că prioritățile stabilite sunt fezabile în cadrul climatului social și politic și în contextul resurselor disponibile. În practică, aceasta înseamnă că numai unele probleme sunt abordate în cadrul oricărei perioade de planificare și sunt necesare criterii clare de selecție pentru aceste probleme prioritare care ar trebui să includă fezabilitatea politică.

Pentru selectarea intervențiilor prioritare în cadrul instituțiilor de sănătate publice sunt utilizate anumite criterii precum cele ce urmează:

- capacitatea de a reduce semnificativ o anumită patologie;
- existenta unei relații cost-eficiență rezonabile;
- concordanta cu dorințele publicului.

Pentru a fi implementate, prioritățile selectate astfel trebuie să îndeplinească trei criterii de fezabilitate:

- să fie vorba de intervenții care pot fi realizate la un nivel calitativ rezonabil de sistemul sanitar existent
- să poată fi disponibile pentru majoritatea celor ce au nevoie de ele, ținând cont de resursele existente și sau proiectate
- să reflecte un consens politic rezonabil referitor la necesitatea introduceri lor

Atunci când se stabilesc noi priorități sanitare ce trebuiesc implementate este posibil ca noi mecanisme de alocare a resurselor și de reglementare a raporturilor dintre actorii sistemului sanitar să fie necesare.

Deși la început, stabilirea priorităților în domeniul sanitar pe baze explicite a beneficiat de câteva experimente în unele din țările membre OECD. Astfel, spre exemplu, în Olanda un comitet guvernamental a analizat, în lumina resurselor limitate disponibile, ierarhizarea serviciilor de sănătate în cadrul pachetului de servicii de sănătate oferite la nivel național. Pentru a fi incluse în pachetul de bază, procedeele medicale trebuiau să treacă 3 teste/întrebări:

- sunt necesare din punct de vedere al comunității?
- sunt eficace și eficiente?
- pot fi sau nu lăsate în responsabilitatea personală a pacienților?

Dacă serviciile de sănătate treceau de aceste teste, ele deveneau responsabilități colective, care trebuiau furnizate în cadrul pachetului de servicii universale, restul serviciilor trebuind să fie cumparate de indivizi cu propriile resurse (Ham, C.J, 1995)

În același domeniu, în Suedia, o comisie parlamentară a stabilit că raționalizarea serviciilor medicale trebuie să aibe la bază următoarele 3 principii etice:

- **principiul demnității umane**: toate ființele umane au demnitate egală și aceleași drepturi, independent de caracteristicile lor personale sau de statutul social;
- **principiul nevoii și al solidarității**: resursele trebuie direcționate către acele domenii în care sunt cele mai mari nevoi, o atenție specială trebuind acordată acelor grupuri care au mai puține șanse în a-și face auzite opiniile și a-și exercita drepturile;
- **principiul cost-eficienței**: în alegerea diferitelor opțiuni, trebuie avută în vedere o relație rezonabilă între costuri și efectul produs; acest principiu trebuie folosit doar în cazul comparațiilor între diferite tratamente pentru aceeași boală.

Aceste principii sunt ierarhizate în ordinea priorității, astfel că principiul cost-eficienței are prioritate practică scăzută.

Aceeași comisie a stabilit și criteriile care **nu pot** fi acceptate ca bază a raționalizării serviciilor medicale:

- vârsta înaintată
- rănile/traumatismele autoprovocate
- poziția socială

Cele două abordări prezentate au dus la definirea anumitor servicii prioritare și a altora neprioritare, din punct de vedere al cheltuielilor publice.

Astfel [illegible] serviciile stomatologice pentru adulți, medicina homeopatică și fertilizarea in vitro au fost scoase din pachetul esențial de servicii de sănătate. În Suedia cea mai mare prioritate a fost acordată tratamentului afecțiunilor acute care primejduiesc viața, tratamentului bolilor cronice și mentale, urmate de serviciile de prevenire și reabilitare, cu prioritatea cea mai scăzută atribuită afecțiunilor autolimitante pentru care auto-îngrijirea este suficientă. Un aspect important al ambelor abordări constă în efortul dedicat consultării publicului în acest domeniu.

În Romania, ca de altfel în toate fostele țări socialiste europene, stabilirea priorităților, în ceea ce privește serviciile de sănătate la care există acces universal, este o problemă de mare actualitate. Acest lucru decurge din ei puțin două aspecte:

- mai întâi, bugetele alocate pentru asistența de sănătate sunt atât de reduse încât fac practic imposibilă furnizarea tuturor serviciilor de sănătate cerute de medici și populație
- apoi, multe intervenții eficiente și din punct de vedere economic și medical sunt neglijate, sub-finanțate sau furnizate la standarde calitative reduse, când tocmai acest gen de intervenții ar trebui să aibe o prioritate sporită și să beneficieze de resurse mai importante, având certitudinea unui impact pozitiv asupra stării de sănătate a populației. În general discuțiile despre prioritățile în acest domeniu au fost limitate ca amploare, de obicei excluzându-se din pachetul de servicii esențiale doar prestații marginale ca amploare, precum chirurgia cosmetică.

Trebuie reiterat că prioritățile din sectorul sanitar nu se pot stabili în vacuum, ele trebuie să fie congruente cu principiile și valorile societale ca și cu obiectivele politice dominante. Cadrul instituțional și legislativ al sistemului sanitar stabilește limitele în care prioritățile sanitare sunt elaborate precum: restrângerile bugetare, cererea și implementate. De asemenea aceste priorități sunt influențate la rândul lor de o serie de alți factori pentru serviciile sanitare și implicarea politică, asa cum reiese și din figura de mai jos.

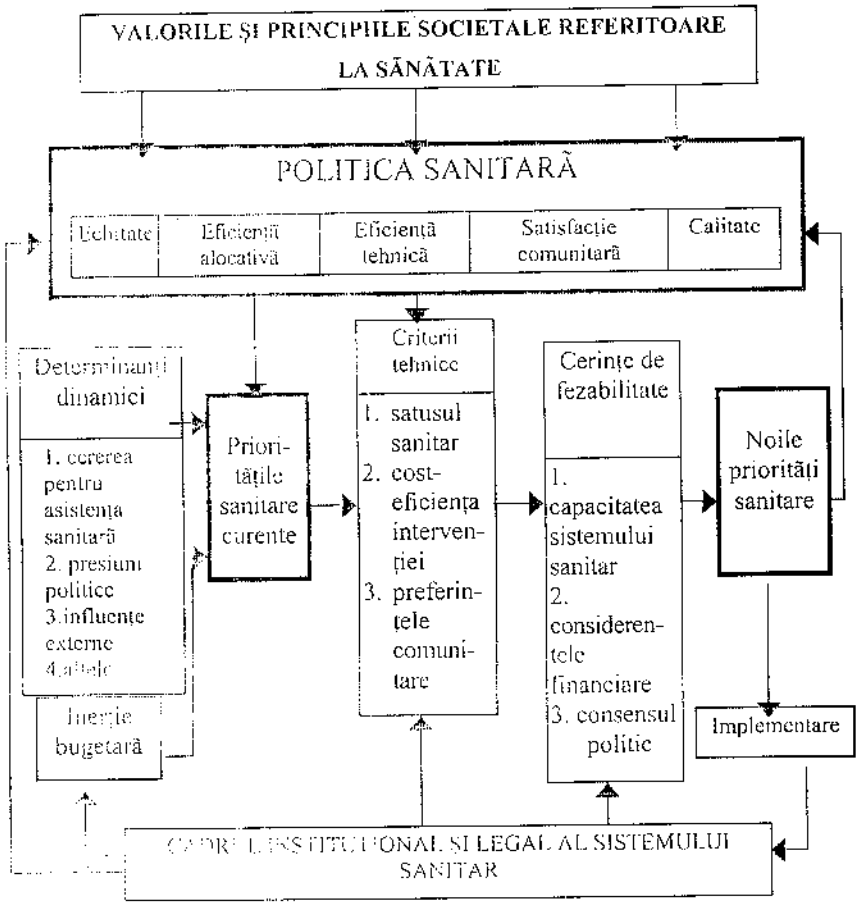


Figura 11.10. Dezvoltarea politicilor sanitare la nivel național. Sursa: W.H.O., 1997

Evaluarea opțiunilor. A treia etapă cuprinde *generarea* și *evaluarea* (adeseori denumită *evaluarea opțiunilor*) diferitelor opțiuni de realizare a obiectivelor și sarcinilor stabilite. Fiecare sarcină poate fi realizată în mai multe feluri. De exemplu, dacă sarcina este reducerea cu 25% în termen de 5 ani a nivelurilor de mortalitate infantilă, va exista o diversitate de modalități de realizare - cum sunt scheme de alimentație suplimentară, dotarea secțiilor de neonatologie sau programe de educație a mamelor. Deși apariția în această etapă a unei diversități de idei creatoare este adeseori utilă și productivă, este important ca acest set de opțiuni să fie redus rapid, fără o analiză prea complicată, la o listă rezonabilă a celor selectate. Aceste criterii preliminare sunt deseori aplicate în practică în mod inconștient, de exemplu, în această etapă se poate renunța la opțiuni prin recunoașterea implicațiilor pe care le au resursele mari, caracterul lor politic sau social inacceptabil, sau imposibilității realizării lor tehnice.

Fiecare dintre opțiunile rămase pe lista celor selectate este examinată și evaluată pe rând în trei feluri:

- Este examinat impactul fiecăreia pentru a vedea ce efect are asupra obiectivului sanitar stabilit. Fiecare variantă de abordare va avea un efect diferit asupra problemei sanitare (în ceea ce privește momentul și gradul) - în acest exemplu, cauzele de deces infantil
- Sunt examinate implicațiile resurselor, atât în ceea ce privește eficiența cu care fiecare alternativă poate satisface sarcinile (cunoscută drept eficiența costurilor sale) cât și pentru a stabili dacă în general opțiunea poate fi aleasă, date fiind restricțiile legate de resurse.
- Este examinată fezabilitatea fiecărui mod de abordare pentru a vedea dacă există alte bariere în calea succesului său (cum ar fi constrângeri politice sau tehnice).

Programare și stabilirea bugetului. Etapa de evaluare a opțiunilor duce la alegerea unor opțiuni preferate (sau o combinație între abordări) care vor forma ulterior o parte a planului. Procesul va fi realizat pentru fiecare zonă prioritară și este asociat cu un set de sarcini. Etapa de programare transpune rezultatele deciziilor anterioare într-o serie de programe, fiecare cu un buget. În urma acestei acțiuni se obține un document de plan, care este o declarație de intenție privitor la activitățile din perioada cuprinsă în plan. Pe măsură ce planificarea din sectorul public devine mai descentralizată, planificarea se concentrează pe zone geografice specifice fiecare în limita resurselor lor.

Realizare și control. Penultima etapă include *realizarea* planului, o parte neglijată și totuși esențială a planificării . Aceasta cuprinde transformarea programelor generale în seturi de sarcini și activități cu un buget și o programare mai specifice, precum și elaborarea unui plan mai operațional sau a unui plan de lucru. *Controlul* realizării acestor activități este o parte esențială a procesului.

Evaluarea. În sfârșit, procesul de evaluare a planului oferă baza pentru următoarea analiză situațională și în consecință un nou indiciu în spirala de planificare pe care am prezentat-o și, implicit, în dezvoltarea unei anumite politici sanitare.

CAPITOLUL XII

TENDINȚE IDEOLOGICE ȘI GRUPURI DE INTERESE ÎN POLITICILE SANITARE

Așa cum am menționat anterior unul din factorii ce influențează major structura unei politici sanitare și a unui sistem de sănătate este cel numit convențional "factor ideologic", adică altfel spus, concepțiile dominante despre rolul diferitilor actori în structura socială si economică a unui stat, acestea bazate la randul lor pe convingeri mai profunde despre valori sociale,umane, morale etc. Din acest punct de vedere, una din cele mai simple, dar totodată și cele mai cuprinzătoare abordări, clasifică politicile de sănătate în trei mari categorii (Blicheweig, 1992):

1. conservatoare

2. liberală

3. radicală

1. Abordarea **1conservatoare** implică intervenția guvernului doar pentru menținerea legii; suveranitatea consumatorului este atributul de bază derivat din această concepție, fiind acceptate ca legitime doar intervențiile ce sprijina **"egalitatea in fata legii** "a tuturor cetățenilor. Planificarea in domeniul sanitar este respinsă ca o intervenție ce poate periclita mecanismele pieței; se susține o piață liberă cu doar doi actori importanți: vânzătorii de servicii de sănătate și cumpărătorii acestor servicii, acționind pe baza cererii și ofertei.

2. Abordarea **liberală** consideră că Guvernul este o forță mediatoare ce însumează preferințele individuale într-o politică ce reflectă interesele unor sectoare largi ale populației, guvernul asumându-și astfel responsabilitatea furnizarii unor servicii către populație., contrastând din acest punct de vedere cu concepția conservatoare de neintervenție. Scopul global al acestei politici este de a obține o **"egalitate a șanselor"**. Se acceptă faptul că piața medicală nu este o piață liberă. De aceea, realizarea "egalității șanselor" nu poate fi lăsată doar pe seama pieței și necesită intervenția statului pentru a spori raționalitatea in procesul de alocare a resurselor, a promova responsabilitatea succeselor și insucceselor în sistemul sanitar. Principiul de baza al intervenției este imbunătățirea sănătății populației. In mod practic acest lucru implică adoptarea unui sistem național de sănătate sau a unor agenții de asigurări sociale, ghidate de către stat.

3. Abordarea **radicală** se preocupă mai mult de obiective decât de mijloace, justificând astfel intervenția statală, oricât de masivă și cu indiferent ce costuri pentru realizarea scopului ultim: "egalitatea rezultatelor". Echitatea este garantată prin planificarea centralizata și mobilizarea tuturor resurselor de catre stat. Atât input-urile cât și output-urile sunt strict controlate, toti profesioniștii medicali având statut de salariat. Socializarea profesioniștilor duce la diminuarea autonomiei profesionale și a libertății de luare a deciziilor.

Ca o exemplificare concretă a modului în care o anumită orientare ideologică poate influența politica sanitară și structura sistemului sanitar vom prezenta impactul pe care ideologia de dreapta (conservatoare) la avut în anii '80 asupra sistemului din S.U.A și a celui britanic, mai ales în ceea ce privește mixul public-privat.

Astfel, reducerea rolului statului și privatizarea serviciilor publice in general și a celor sanitare în particular a fost una dintre componentele de baza ale guvernelor bazate pe ideologii de dreapta ; cele mai cunoscute in acest sens sunt exemple reprezentate de guvernul conservator britanic Thatcher și de Executivul American condus de republicanul Ronald Reagan. In cazul S.U.A privatizarea serviciilor de sănătate nu implica modificari esențiale, practica privată - cuplată cu asigurările de sănătate private - reprezentând norma,

modificarile introduse de administratia republicana fiind indreptate catre sectorul dereglementarii si al sporirii rolului pieţei în cadrul serviciilor sanitare (de exemplu s-a renuntat la asa numitul "certificat de nevoi"care restricţiona construcţia de spitale sau dotarea cu aparatura de înaltă performanţă în funcţie de anumite condiţii administrative), concomitent cu încercările de a reduce influenţa medicilor asupra sistemului.

In cadrul Marii Britanii impactul ideologiei în ceea ce priveste serviciile sanitare a fost însă mult mai important, ţinând cont de faptul că sistemul sanitar era in proporţie de 90% public. Valorile politice şi ideologice ale guvernelor de dreapta au inclus prezumpţia că statul este în mod inerent ineficient şi ca atare rolul său trebuie redus cât mai mult, astfel încât fiecare individ să fie obligat să-şi asume mai multă responsabilitate pentru sine, inclusiv în ceea ce priveşte serviciile de sănătate. De asemenea ideologia conservatoare a guvernelor Thatcher (şi apoi Major) a avut ca principiu central deviza "piaţa este cea mai bună", însă acest lucru nu poate fi echivalat cu reducerea rolului guvernului. După cum Klein (1989) afirma: "într-un anume mod Guvernul Conservator poate fi văzut ca un echivalent al monarhiei Tudorilor, sporind puterea Statului pentru a moderniza o ţară dominată până atunci de interese şi feude locale; pentru a dispersa grupurile corporatiste care au creat consensul postbelic în slujba propriilor interese statul trebuie să-şi utilizeze întreaga autoritate. Ca urmare Guvernul are nevoie de mai multă putere pentru a sparge monopolul unor asemenea interese corporatiste şi astfel să fie modernizată economia şi societatea britanică". De aceea era nevoie de mai multe reglementări şi control de la centru pentru a diminua puterea grupurilor de interese. Atacul guvernului Thatcher asupra principiului autonomiei profesionale poate fi considerat ca parte a acestui proces de slăbire a acelor structuri cu suficientă influenţă politică şi resurse ca să se poată opune şi obstrucţiona programele Guvernului. Un alt element major al "Thatcherismului" a fost retorica consumatorismului şi a opţiunilor, a liberei alegeri a consumatorilor, cu accentul pus pe libertatea pieţei şi pe competiţie. S-a argumentat că piaţa serveşte la protecţia libertăţii individuale, aceasta fiind echivalată cu libertatea de a alege şi cumpăra bunuri şi servicii. In acelaşi timp ideologia "noii drepte" denunţă "statul doică" pentru birocraţia sa ineficientă şi pentru cheltuielile în creştere.

Serviciile de stat dau prea multă putere profesioniştilor (ca de ex. medici); aceste grupuri de interese exercită o presiune excesivă asupra sistemului politic pentru a obţine drepturi speciale care sunt costisitoare şi, ca o consecinţă, cheltuielile publice devin prea mari. Din aceste considerente statul ar trebui să se retragă din scena politicilor sociale, lăsând consumatorii să decidă singuri, cu minimum de intervenţie din partea autorităţilor publice. Consecutiv, privatizarea este un aspect de interes public deoarece "readuce puterea şi demnitatea în mâinile consumatorilor, prin faptul că le dă libertatea de a alege serviciile dorite" (Jones K. 1992). Un alt aspect derivat din ideologia noii drepte a fost acela că impozitarea redusă va duce la profituri crescute, recompensându-i astfel pe cei mai întreprinzători: în timp, acest aspect va duce la un stat mai bogat, în beneficiul tuturor cetăţenilor săi. Ca urmare a acestor principii anii '80 şi '90 au fost marcaţi de schimbări majore. Un consens ce dura de peste 4 decenii în legătură cu statul bunăstării sociale a fost abandonat. Noi principii de operare au fost adoptate: individualism în locul colectivismului, independenţă şi interes individual mai degrabă decât preocupare pentru comunitate şi aspecte sociale.

In acest context în care toate domeniile sociale au suferit serioase reduceri bugetare Sistemul Sanitar Britanic(NHS) s-a dovedit a fi cel mai rezistent sector la ofensiva guvernului conservator. Astfel, cu excepţia unei reduceri minore la începutul anilor '80, NHS-ul a menţinut o creştere bugetară incrementală anuală (Harrison, 1988), fapt datorat faptului că NHS-ul este domeniul care se bucura de cel mai mare prestigiu în rândul

britanicilor: serviciile de sănătate sunt considerate ca "bijuteria coroanei" statului bunăstării sociale.

O altă explicație se găsește în puterea deținută de medici. Astfel aceștia constituie un puternic grup de presiune. Asociațiile lor naționale (B.M.A. și Colegiile Regale) sunt bine organizate și dispun de resurse considerabile, câștigându-și cu mult timp în urmă dreptul de a fi consultate oricând este vorba de modificări ce se doresc a fi aduse de către Guvern NHS-ului. Această componentă a puterii medicale este cunoscuta sub termenul de "macro-putere". Dar medicii sunt de asemenea puternici și ca indivizi la nivelul local (al pacientului). Această putere derivă din doctrina "libertății clinice" care spune că medicul are dreptul de a practica liber de ingerințe ierarhice manageriale, dreptul de a refuza anumiți pacienți, dreptul de a coordona și conduce celelalte profesiuni medicale și de a considera cunoștințele medicale ca un cumul al celorlalte discipline (Harrison S. 1998). Medicii controlează internările și externările diagnosticul și alegerea tratamentului adecvat pentru pacienți. La acest micro-nivel medicii s-au dovedit mult mai puternici și rezistenți la schimbare decât orice altă profesiune (categorie profesională)

Ținând cont de toate acestea și de asemenea de înaltă stimă acordată medicilor chiar premierul britanic a declarat că "NHS-ul este în siguranță cu noi la putere" încă din 1982, factor ce poate fi luat în considerare pentru a explica dificultatea Guvernului de a restrânge cheltuielile publice pentru sănătate.

In același timp, datorită unor multipli factori s-a ajuns la declarația medicilor că NHS-ul este subfinanțat. Cum guvernarea de dreapta din Marea Britanie a declarat permanent din 1979 că un obiectiv prioritar este reducerea fiscalității, nu au existat opțiuni prea mari pentru obținerea de resurse suplimentare semnificative pentru sănătate

Pe baza acestei ideologii au avut loc modificari semnificative în sistemul sanitar britanic: astfel au fost introduse noi modalitati de furnizare a serviciilor de sănătate atât la nivelul asistenței primare, cat si la nivelul spitalelor si al asigurarilor de sănătate. La nivelul primar au aparut medicii generaliști deținători de bugete (GP fund-holders) din care trebuiau să acopere asistența pacienților nu doar la nivelul asistentei primare ci și, pe baze contractuale, la nivelul specialistior din ambulator sau spitale. La nivelul spitalelor au fost dezvoltate modalitati noi de furnizare a serviciilor si de gestiune a resurselor aparand asa-numitele "trusturi", spitale publice cu larga autonomie. In esenta s-au promovat principii (si personal) ale managementului privat în cadrul unor institutii publice(asa-numitul "nou management"). Ca exemple: externalizarea serviciilor auxiliare (hrana, reparatii, intretinere etc), posibilitatea unor unitati publice de a obtine imprumuturi bancare pe baza unor proceduri competitive, contractarea unor servicii medicale din afara spitalului, inclusiv din zona privata (atunci cand exista liste lungi de asteptare) sau oferirea de servicii catre piata privata, atunci cand erau solicitate. Concomitent au fost introduse reglementari financiare care favorizau achiziționarea de asigurări medicale private, prin oferirea de deduceri atat pentru firme cat si pentru angajati care contractau asemenea asigurari suplimentare. In toate exemplele anterioare temelia schimbărilor din politica sanitară a fost reprezentată de conceptul supremației consumatorului și al libertății de alegere a acestuia, prin opoziție cu statul, sau o structura similară, care era cel care decidea în numele pacienților până atunci.

Grupuri de Interese. Elaborarea politicii de sănătate, sau a oricărei politici publice în general, este influențată și deseori condiționată de rolul și poziția ocupată de așa-numitele **grupuri** de interese sau de presiune. Principalele caracteristici ale unor asemenea organisme sunt enumerate în continuare:

a. sunt organizații independente, autonome, private

b. au scopul declarat al realizării sau atingerii anumitor obiective

c. in acest proces nu se implică ca parte formală a administrației guvernamentale

Altfel spus, GI nu sunt interesate de obținerea puterii politice formale. Dacă se ajunge la un asemenea stadiu, grupul de interese devine parte a structurilor și procesului de guvernare, de cele mai multe ori transformându-se în partid politic și participând la procesul de luare a deciziilor din interiorul sistemului.

Grupurile de Interese pot avea origini foarte diferite , de regulă fiind vorba de un grup de oameni care sunt preocupați cu rezolvarea unei cauze comune.

Unii cercetători dau o definiție largă activității grupurilor de presiune ca: "toate interacțiunile prin care indivizi sau grupuri particulare ce nu dețin autoritate guvernamentală încearcă să influențeze procesul politic, împreună cu acele interacțiuni ale oficialilor guvernamentali care încearcă să-și exercite influența în afara domeniului lor de autoritate specifică" (Walt G. Gilson L. 1994)

Conform acestei definiții chiar anumite structuri guvernamentale pot acționa ca și grupuri de interese atunci când încearcă să influențeze decizii politice ce nu țin de sfera lor de competență imediată. Un astfel de exemplu ar putea fi reprezentat de încercarea reprezentanților Ministerului Sănătății de a modifica politica comercială în domeniul produselor pe care la consideră dăunătoare sănătății, fapt care de altfel s-a petrecut în multe țări.

Ținând cont de toată această tipologie o clasificare exhaustivă este dificil de realizat. Un exemplu este înfățișat mai jos, în care clasificarea se face în funcție de obiectivul declarat al grupului de interese.

Obiectivele grupului	Denumirea grupului
1.Obiectivul principal este să protejeze interesele	• Parțial
membrilor; exercitarea de presiune politică este	• Sectorial
secundară și subsecventă; apartenența este	• Al Producătorilor
restricționată pe anumite criterii	
2. Obiectivul principal este de a promova o anumită	• Exclusiv
cauză; apartenența este deschisă pentru toți cei	• Promovând o cauză
care susțin respectiva cauză	• Al Consumatorilor

Caseta 12.1. Clasificarea Grupurilor de Interese
Sursa: Walt, G., 1997

Primul tip de Grup de Interese (al producătorilor, al unor interese specifice, particulare) se bazează pe o agregare a unor indivizi cu un rol similar în societate și care pot negocia cu guvernul având o poziție relativ puternică în fața acestuia, putând amenința cu anumite sancțiuni în caz de neînțelegeri majore. Un exemplu comun al unui asemenea Grup de Interese este reprezentat de sindicate.

Profesioniștii din domeniul sanitar reprezintă un caz particular al unui asemenea Grup de Interese. Până de curând, la nivel european, medicii erau considerați ca având o poziție dominantă, monopolistică chiar, în cadrul sistemului sanitar; ei aveau un control considerabil în ceea ce privește regiementările și formarea profesională a propriilor membrii, precum și capacitatea de a domina celelalte profesii medicale. Mai mult medicii erau/sunt percepuți ca având un statut deosebit atât de către majoritatea guvernanților cât și de către publicul larg.

De la sfârșitul anilor 1980 această imagine a început să se modifice. Statutul privilegiat al profesiei medicale a început să fie contestat la fel ca și "modelul medical" al sănătății, care explica boala preponderent în legătură cu factori biologici. Asistența de sănătate primară a fost o parte a acestei noi abordări de politică sanitară, cu accentul pe îngrijirile de bază și controlul

unor factori din afara medicinei alopate, ca un pas important în îmbunătățirea stării de sănătate a populației.

De asemenea, creșterea costurilor asociate îngrijirilor sanitare a dus la considerarea în multe țări europene a medicilor cu principali "risipitori" de resurse; ca atare multe guverne au început, din [illegible] să reducă puterea organizațiilor medicale, care au început să-și piardă poziția privilegiată în elaborarea politicilor de sănătate.

Interesant de precizat în acest context poziția diferită a acestor Grupuri de Interese în două țări cu sisteme sanitare asemănătoare ca structură, dar cu importante diferențe de cultură politică specifică. Astfel, în Anglia, Asociatia Medicala Britanica (B.M.A.) se încadrează în acest trend de reducere a influenței politice în ultimii 10 ani, introducerea, demararea reformelor SSN fiind făcută de Guvernul Thatcher fără consultarea acestora, fapt fără precedent în istoria britanică; în plus conținutul acestor reforme, dacă va fi realizat, va duce practic la diminuarea controlului medicilor asupra resurselor și sporirea puterii autorităților sanitare și a managerilor unităților medicale.

In România, după 1989 ca și înainte, medicii au avut putere politică mai ales la nivel individual, majoritatea pozițiilor de decizie din Ministerul Sănătății fiind ocupate de medici. După 1996, odată cu înființarea Colegiului Medicilor, medicii se organizează ca un clasic Grup de Interese (intrare restricționată, interese specifice sectoriale, statut neguvernamental) și încearcă să joace un rol important în politica sanitară, reușind să influențeze multe din deciziile politicii sanitare majore din ultimii ani. România pare astfel să repete experiența vestică, fiind din punct de vedere al puterii de influență a medicilor la nivelul anilor premergători introducerii reformelor structurale în diferite sisteme sanitare din UE, părând a se îndrepta spre o soluție de tip corporatist în domeniul politicii de sănătate.

Al doilea tip de Grup de Interese (al consumatorilor) își alege membrii dintr-o masă mult mai mare de cetățeni și are ca obiectiv promovarea unor probleme ce sunt de un interes (mai) general și nu cantonate neapărat la interesele membrilor grupului. Ca exemple pot fi date, în domeniul sănătății, grupurile ce militează pentru persoanele cu SIDA sau alte afecțiuni specifice și care pot fi alcătuite din persoane ce nu au respectiva afecțiune. Grupurile Consumatorilor, ce au ca scop protejarea intereselor consumatorilor, militează pentru modificarea politicilor specifice în diferite domenii (ca de exemplu furnizarea de indicații adecvate pe etichetele produselor farmaceutice și al alimentelor).

O altă clasificare a Grupului de Interese se referă la modul în care sunt percepute de autorități. Din acest punct de vedere pot exista două categorii de Grupuri de Interese: agreate și neagreate de Guvern (Walt G., 1994).

Grupurile de Interese agreeate sunt considerate ca legitime și acceptate ca parteneri de dialog de către autorități în ceea ce privește elaborarea politicilor de sănătate. Uneori asemenea Grupuri de Interese sunt chiar invitate să facă parte din anumite comitete consultative și să participe direct la procesul de luare a deciziei. Acest procedeu este folosit uneori pentru beneficiu mutual, fiind prevenite sau reduse eventualele conflicte. Asemnea Grupuri de Interese cheltuie uneori timp și energie considerabilă pentru a-și prezerva acest statut de partener favorizat, una din cele mai uzitate tehnici fiind cooptarea în rândurile membrilor a unor înalți funcționari publici, retrași din activitate ca și organizarea de întâlniri periodice cu înalți funcționari în funcție (atât de la nivel Ministerial cât și de la cel Parlamentar).

In România exemplul tipic este reprezentat de Colegiul Medicilor, dar și alte grupuri pot fi încadrate în această tipologie. In Marea Britanie reprezentantul tipic al unui asemenea Grup de Interese agreat este Asociația Producătorilor Britanici de Produse Farmaceutice și desigur Asociația Medicilor Britanici(B.M.A.)

Grupurile de lobby se definesc ca acele grupuri de profesioniști care au ca scop persuadarea și convingerea politicienilor de a promova orice cauze. Aceste Grupuri de Lobby sunt grupuri profesioniste, în sensul că sunt plătite pentru activitatea desfășurată de către cei a căror cauză o promovează. De multe ori Grupurile Lobby sunt angajate de diferite Grupuri de Interese pentru a le promova interesele specifice (sau pentru a le proteja/menține pe cele deja obținute). Ca și în cazurile anterioare tehnicile de lucru variază de la atragerea în rândul

personalului propriu a unor personalități publice sau foști politicieni, până la organizarea de conferințe sau vizite pentru promovarea intereselor clienților.

In România, după 1989, în domeniul sanitar, activitatea de lobby profesionist, în sensul arătat mai sus, practic nu a existat. Se poate însă aprecia că a existat "lobby" din convingere pe diferite domenii ale politicii sanitare, de la ameliorarea sănătății până la introducerea asigurărilor de sănătate, în unele țări, în general incurajatoare.Un caz aparte în acest domeniu este reprezentat de companiile farmaceutice(producători și/sau distribuitori) ale căror demersuri pot fi mai mult sau mai puțin integrate în activitatea de lobby, dar care au avut impact asupra acestui sector mai ales datorită sistemului de reglementare fragmentar din această zonă(liste de medicamente compensate cu puține criterii clare de includere sau excludere, transparență redusă în luarea deciziei, [illegible] semnificativ etc.).

Această succintă prezentare a conținutului conceptului de Grup de Interese a încercat să evidențieze faptul că aceste grupări sunt o parte intrinsecă și legitimă a rețelelor de influențare a politicii de sănătate. Chiar dacă Guvernul și autoritățile publice sunt în centrul procesului de luare a deciziei în domeniul politicii de sănătate, Grupuri de Interese de la diferite nivele pot influența, stimulând sau blocând, politica sanitară; sensul acestei influențe poate fi determinat doar printr-o cunoaștere a fenomenului și prin angajarea în dialog cu diferitele Grupuri de Interese. De menționat că, în cadrul Grupului de Interese, se pot include atât organisme ce acționează la nivel național, local sau central, cât și la nivel internațional. Mai mult, organime internaționale pure, sunt privite uneori ca și Grupuri de Interese.

Figura 12.1. prezintă schematic principalii actori din sistemele de sănătate incluzând aici și grupurile de interese care pot avea structuri diferite în funcție de paticularitățile naționale și locale.

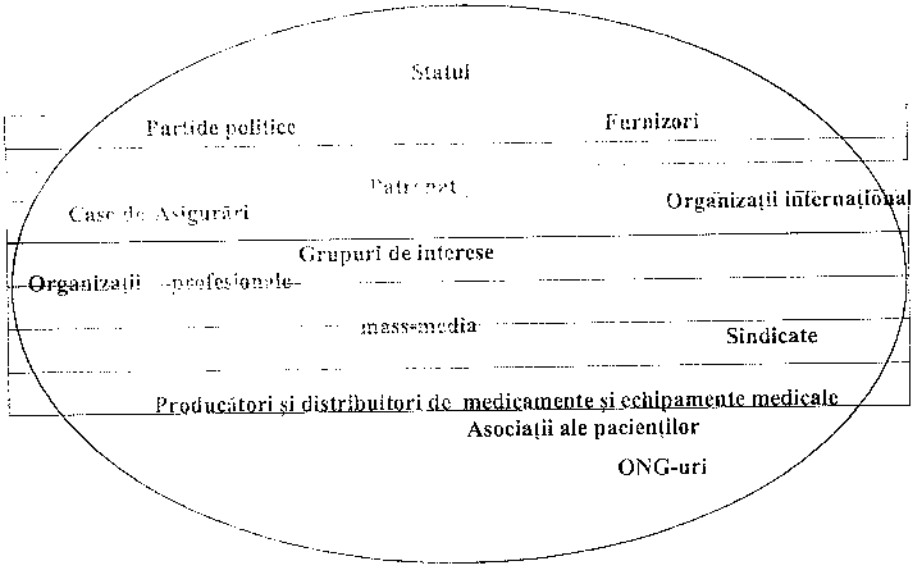


Figura 12.1 Actorii din sistemele de sănătate

În funcție de cultura organizațională și de structura sistemelor sanitare acești actori pot avea reprezentări diferite. Spre exemplu în cazul Romania atunci când menționăm statul, ne putem referi la diferite structuri de la nivel central sau local care au funcții în sănătate : Ministerul Sănătății, Direcțiile de Sănătate Publică, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, Casele Județene de Asigurări de Sănătate sau Primăriile și Consiliile Județene și ele cu

anumite responsabilităţi pe linie de sănătate. În cadrul organizaţiilor profesionale un rol primordial revine Colegiului Medicilor şi Colegiului Farmaciştilor, atât la nivel central cât şi la nivel judeţean ; după cum am arătat anterior aceste colegii pot fi încadrate şi în cadrul grupurilor de interese specifice, la fel ca şi producătorii şi distribuitorii de medicamente sau anumite ONG-uri. Printre organismele internaţionale cu rol major în politica sanitară din Romania pot fi citate Banca Mondială, Organizaţia Mondială a Sănătăţii sau UNICEF.

Aşa cum am menţionat la începutul acestui capitol există o interconditionare între obiectivele sistemelor de sănătate, structura acestor sisteme şi politicile de sănătate dezvoltate. Practic, politicile de sănătate care duc la o anumită structură a sistemului sanitar sunt influenţate şi răspund obiectivelor pe care decidenţii politici vor să le atingă în ceea ce priveste asistenţa medicală a populaţiei. Nu poate exista o politică de sănătate şi un sistem de sănătate care să asigure un acces universal, pentru toată populaţia unei ţări, la toată gama de servicii de înaltă calitate şi care să asigure limitarea costurilor, atât la nivel macro-sistemic cât şi micro-sistemic. Acest lucru se poate tradace prin imposibilitatea universalităţii şi echităţii în ceea ce priveşte accesul la servicii comprehensibile şi cu costuri scăzute. În ceea ce priveşte mecanismele utilizate în elaborarea politicilor de **alocare a resurselor** în sănătate, trebuie subliniat faptul ca practic in toate tarile in care plata pentru serviciile medicale nu se face direct, apare fenomenul **de raţionalizare a serviciilor**, aspect ce va fi analizat în continuare.

I. Raţionalizarea serviciilor de sănătate

In orice sistem in care există un terţ plătitor pentru asistenţa sanitară, aceasta va fi raţionalizată, adică nu toată lumea va primi toate serviciile medicale solicitate, la momentul dorit. Ca atare acest fenomen, raţionalizarea, apare atît in sistemele finanţate prin impozite generale cît şi în cele finanţate prin asigurări de sănătate, publice sau private (Saltman RB, von Otter C.). Se poate spune astfel că acest fenomen nu este nou, ci doar că dezbaterile, academice şi politice, sunt mai intense acum. Trebuie subliniat că deşi acest proces de raţionalizare este vechi, abordarea explicită, cea de care mă voi ocupa în continuare, nu este la fel de comună, cu alte cuvinte au existat puţine politici sanitare explicite în acest sens, care să stabilească clar cine la ce servicii are dreptul. Astfel, în sistemele de tip naţional, ca cel al Marii Britanii de ex., existau mecanisme implicite şi mai puţin explicite: medicii generalişti acţionau ca "portari" faţă de asistenţa secundară, trimiţînd la asistenţa de specialitate doar anumiţi pacienţi, iar in ce priveşte asistenţa de specialitate, ambulatorie sau spitalicească, raţionalizarea era făcută prin intermediul listelor de aşteptare. Acest proces era unul implicit, atîta vreme cît nu existau reglementari clare care sa stabilească volumul şi calitatea serviciilor medicale la care se pot aştepta pacienţii, incluzînd aici şi timpul de aşteptare pentru intervenţii medicale specifice. In urma reformelor ce au loc in Marea Britanie, aceste decizii tind să devină explicite, prin intermediul contractelor negociate intre furnizorii de servicii si cei ce le platesc, stabilindu-se mai clar numărul pacienţilor ce vor fi tratati ca şi calitatea şi volumul respectivelor servicii.

Fenomenul raţionalizării serviciilor medicale apare şi în cadrul sistemelor bazate pe asigurări de boală, publice sau private. Aici însă raţionalizarea are mai frecvent o abordare explicită, existînd de obicei contracte detaliate între casa de asigurări şi furnizorii de servicii medicale in care se specifică ce servicii sunt acoperite de poliţa de asigurare, incluzînd şi criteriile după care respectivele servicii vor fi produse (calitate, timp de aşteptare, costuri suplimentare pentru pacienţi etc.)

În acest context se poate aprecia că în Romania la ora actuală mecanismele raţionalizării sunt implicite, neexistînd practic o politica oficială care să statuteze faptul că

anumite servicii nu sunt disponibile pentru toată populația în mod gratuit, sau că pentru anumite intervenții sunt necesare anumite condiții (vîrsta, timp de așteptare, plăți etc). Cu toate acestea, nenumărate articole si dezbateri arată ca raționalizarea există, de cele mai multe ori fiind făcută la nivelul medicilor care decid ce pacienți să trateze și cum anume, fără a avea însă criterii explicite pentru aceste decizii, chiar dacă insuficiența resurselor face inevitabile asemenea decizii.

Aceasta situație poate sa fie pe placul celor ce elaborează politicile sanitare și decid ce și cîte resurse să fie investite in diferite arii ale sectorului sanitar, de vreme ce pot să facă acest lucru fără sa fie nevoie sa justifice deciziile luate pe baza unor criterii obiective și clar motivate.

Daca în raționalizarea va ajunge sa fie o parte explicită a diferitelor politici sanitare, anumite întrebari vor trebui sa capete răspuns (Harrison S, Hunter DJ.):

- cine ar trebui să elaboreze deciziile legate de raționalizarea serviciilor medicale?
- ce mecanisme ar trebui utilizate în elaborarea și implementarea acestor decizii ?
- ce criterii ar trebui să stea la baza acestor decizii?

Restul acestei secțiunii va încerca să răspundă acestor întrebări, intenția fiind de a lista principalele alternative cu principalele avantaje și dezavantaje pentru fiecare. Trebuie însă subliniat că aceste întrebări nu definesc totdeauna stagii distincte, anumite decizii legate de raționalizare putîndu-se adresa mai multor faze (de exemplu utilizarea autonomiei clinice va defini atît pe cel ce va lua deciziile cît și mecanismul).

Luarea deciziilor. În esență există patru grupuri principale care pot lua decizii legate de raționalizare in sfera politicilor și a serviciilor sanitare:

- **politicienii,**
- **administratorii sanitari,**
- **profesioniștii medicali și**
- **publicul** (Klein, RE.).

Politicienii. Este evident că politicienii sunt cei mai îndreptățiți să ia decizii, atîta vreme cît raționalizarea serviciilor de sănătate este în esență un exercițiu politic, adică implică alocarea autoritară a valorilor (Heginbotham C.). Acest aspect este cu atît mai evident în cazul unui sistem bazat pe impozite, ca cel al Romaniei sau al Marii Britanii, unde acest sector intră în competiție cu celelalte obiective/sectoare ale cheltuielilor publice. Fără modificarea mecanismului de finanțare, deciziile politicienilor, din parlament sau Guvern, în legătură cu resursele disponibile pentru sănătate vor fi imposibil de evitat. Cu toate acestea două opțiuni politice rămîn nedeterminate în acest context. Mai întîi, necesitatea ca guvernanții să facă opțiuni explicite în ce privește alocarea resurselor între diferite domenii nu duce obligatoriu și la decizii legate de prioritățile din cadrul sectorului sanitar. Astfel dacă de multe ori s-au anunțat "prioritați" pentru asistența sanitară, rareori politicienii au anunțat care ar fi domeniile neprioritare, probabil datorită sensibilității electorale a unor asemenea decizii. Cu alte cuvinte posibilitatea ca responsabilii politici să stabilească ce anume servicii sunt furnizate prin sistemul public a ramas neutilizată, chiar dacă discuții despre un "pachet de servicii" national se poarta în multe alte țări occidentale (Saltman R.B.). În Romania pachetul de servicii s-a încercat a fi definit prin intermediul unor proiecte finanțate de Banca Mondială și UE, dorința fiind ca rezultatul să fie inclus în "contractul cadru", document care ar trebui să decidă ce anume servicii vor fi oferite celor care sunt cuprinși în Sistemul de Asigurări Sociale de sănătate. Din motivații atât politice cât și tehnice nu s-a luat o decizie clară în acest domeniu, mai multe detalii despre acest proiect fiind oferite în studiul de caz referitor la Romania.

Trebuie subliniat faptul că atunci cînd ne referim la politicieni și guvernanți avem în vedere atât pe cei de la nivel central, ci și pe cei de la nivel local care de multe ori pot avea un rol important în realizarea anumitor politici sanitare, de exemplu în Romania fiind responsabile de cumpărarea asistenței sanitare pentru populația arondată, e drept în limita bugetului aprobat central, putînd să integreze serviciile ce afectează sănătatea și să permita si o mai mare participare directa a cetaților la luarea deciziilor ce-i privesc direct.

Autoritățile sanitare: în sistemele sanitare de tip național, precum cel din Romania, autoritățile sanitare sunt răspunzătoare de asistența sanitară a unei populații dintr-o arie geografică definită. Pentru realizarea acestei atribuții autoritățile sanitare trebuie să realizeze o raționalizare a serviciilor sanitare, atîta vreme cît bugetul lor este finit și trebuie să decidă ce anume servicii să furnizeze. Din punct de vedere legal autoritatea sanitară locală (Direcția de Sănătate Publică în Romania) este un reprezentant al Ministerului Sănătății, fiind alcătuită din membrii numiți, care au la dispoziție personal administrativ.

În general autoritățile sanitare au încercat să evite raționalizarea explicită a unor tratamente sau investigații anume, îndreptîndu-se spre alocarea de resurse mai degrabă unor domenii medicale mai largi. Studiile au arătat că discuțiile referitoare la disponibilitatea anumitor [illegible] medicale s-[illegible] mai mult mai ales pe tema unor servicii marginale (ca de ex. fertilizarea in vitro, chirurgia plastică pentru înlăturarea tatuajelor sau cosmetica rinofacială) și mai puțin în legătură cu pachetul de servicii comprehensive ce ar trebui să fie disponibil (Wistow G. Harrison S.). Cu toate acestea, pe măsura avansului tehnologic și a creșterii solicitărilor din partea populației, sunt indicii că autoritățile sanitare vor trebuii să ia din ce în ce mai multe decizii legate de serviciile pe care le vor furniza.

Desi s-ar părea ca autoritatile sanitare se bucură de mai mult suport public ca raționalizatori ai serviciilor medicale, prin comparație cu politicienii, marea problema pentru aceste structuri este lipsa lor de legitimitate. Astfel, autoritățile sanitare din majoritatea țărilor cu servicii naționale de sănătate nu sunt nici alese si nici nu răspund direct în fața electoratului pentru care iau decizii; în acelasi timp nu posedă nici tipul de legitimitate pe care îl acordă pacienții și publicul medicilor, în virtutea rolului lor direct în furnizarea asistenței medicale. Cu alte cuvinte autorităților sanitare le lipsește atît autoritatea deontică recunoscută politicienilor cît și cea epistemică, asociata profesioniștilor medicali. Ca atare autoritățile sanitare ocolesc luarea unor decizii explicite ce ar putea duce la reducerea anumitor tipuri de servicii în favoarea altora, însă această abordare devine din ce în ce mai dificilă pe măsură ce restricțiile bugetare îi obligă să decidă ce anume să ofere populației [illegible], în viitor creșterea rolului decizional în raționalizarea medicală pentru autoritățile sanitare va necesita fie aplicarea unor anumite mecanisme de legitimare (alegerea directă sau consultarea extensiva a publicului, aspecte detaliate în secțiunea dedicată descentralizării) fie stabilirea unor criterii clare care să stea la baza deciziilor manageriale de raționalizare.

Medicii Medicii au fost pînă în prezent principalul actor în procesul de raționalizare a serviciilor medicale, cel puțin în ceea ce privește hotărîrile referitoare la care sunt tratamentele disponibile la un moment dat și cine să beneficieze de ele. Procedînd astfel s-ar părea că ei acționează cu o mare doză de legitimitate. Nu numai că profesiunea medicală este plasată printre cele mai stimate profesii în sondajele de opinie, dar diferite studii îi identifică pe medici drept cei mai potriviți factori ce ar trebui să raționalizeze serviciile disponibile în cadrul Sistemului Sanitar

Acest aspect permite politicienilor să exploateze deferența publică fața de medici și să evite deciziile dificile (electoral) pe care ar trebui să le ia ei ca reprezentanți legitimi ai populației. Un asemenea comportament prezintă, în opinia noastră, două tipuri de neajunsuri. Primul este de ordin pragmatic: necesită cooperarea doctorilor. Cum în urma

reformelor ce au loc în prezent în majoritatea sistemelor occidentale medicii sunt supuşi unei puternice presiuni manageriale, nu este sigur că o asemenea cooperare mai poate continua, mai ales ţinînd cont de pesimismul manifest legat de resursele disponibile pentru sănătate în viitor. Mai mult, este dificil de evaluat cum medici cu anumită specialitate ar putea [illegible] referitoare la alocarea resurselor între diferite specialităţi medicale, mai ales în contextul noilor performanţe tehnologice şi în acelaşi timp al insuficienţei resurselor.

Al doilea neajuns este principial: dacă raţionalizarea este delegată medicilor, criteriile utilizate de aceştia vor fi greu evaluabile şi nu vor exista mecanisme pentru a fi făcuţi responsabili pentru deciziile luate.De exemplu clinicienii pot decide pe baza nevoii pe care ei o constată, sau a eficităţii tratamentului, dar în aceeaşi măsură pot avea în vedere judecăţi sociale (ca de exemplu vîrsta şi apartenenţa socială) sau doar dorinţa lor de a aplica sau nu un anume tratament (Harrison S.).

Paradoxul poziţiei doctorilor şi politicienilor este astfel evident. Cei din urmă, din punct de vedere constituţional cel puţin, ar trebui să ia deciziile legate de raţionalizarea asistenţei medicale, lucru pe care nu îl fac, situaţie ce pare a avea şi suportul publicului. Pe de altă parte medicii sunt cei ce fac "raţionalizarea" serviciilor medicale, beneficiind de suportul public pentru aceasta, deşi din punct de vedere constituţional nu ar fi cei îndreptăţiţi să o facă.

Publicul. Una din noile abordări legate de raţionalizarea serviciilor sanitare este aceea că autorităţile sanitare ar trebui să consulte populaţia de care răspund în legătură cu prioritătile [illegible] medicale, adică altfel spus cu deciziile legate de raţionalizarea asistenţei sanitare. Această abordare poate avea oarecare atracţie în furnizarea legitimităţii pentru decizii care altfel ar putea fi considerate incerte ca legitimitate. Însă aici apar din nou o serie de neajunsuri. Primul este de consistenţă: atîta vreme cît guvernanţii ignoră evidenţele substanţiale care arată că publicul ar dori mai multe resurse pentru sănătate (Jowell R, Witherspoon S, Brook L.), pare oarecum inconsistent să soliciţi aceeasi opinie referitor la alocarea acestor resurse.

În al doilea rînd există [illegible] serioase legate de dorinţa publicului de a fi implicat în asemenea decizii. O serie de cercetări au evidenţiat o aparentă lipsă de dorinţă din partea publicului pentru a lua decizii dificile (Bowling A, Jacobson B, Southgate L.), iar diferite anchete au arătat că subiecţii din rîndul medicilor şi al managerilor sanitari au răspuns mult mai frecvent decît subiecţii din rîndul publicului că deciziile de raţionalizare ar trebui luate de către public.

În al treilea rînd nu există nici un mod pentru a şti ce criterii vor fi utilizate în luarea unor asemenea decizii de către public. Spre exemplu ar trebui ca tratamentul gratuit să fie oferit doar victimelor SIDA "inocente" ? Sau ar trebui ca transplantul hepatic să nu fie oferit celor ce au ca etiologie a bolii lor abuzul de alcool? ţinînd cont de asemenea incert[illegible] deciziile legate de pedepsele corporale şi pedeapsa capitală, ca exemplu luate în Marea Britanie pe baza democraţiei reprezentative şi nu prin cea participativă directă (plebiscitară) (Klein RE.).

Desigur nu poate fi exclusă orice formă de participare a publicului la luarea unor decizii de raţionalizare care îl privesc direct, dar în general sunt propuse forme precum paneluri reprezentative de respondenţi sau aşa numitele quasi-jurii ale publicului, toate aceste abordări încercînd să reducă influenţele legate de asimetria informaţională dintr-un asemenea domeniu precum cel medical (Drummond B.).

Mecanismele. Sunt descrise şase principale mecanisme care sunt, sau ar putea fi, utilizate ca instrumente ale politicilor sanitare:

- plățile,
- utilizarea asistenței medicale primare ca "portar",
- listele de asteptare,
- regulile explicite și
- informarea pacienților (Harrison, S).

Nu sunt trecute pe această listă factori care deși sunt cunoscuți că pot avea rol de mecanisme de raționalizare a serviciilor medicale, cu greu pot fi considerați ca opțiuni politice. Aici pot fi trecuți factori ca inaccesibilitatea fizică a facilităților medicale (datorită localizării, transportului dificil etc.) și bariere sociale sau psihologice, precum cele legate de comportamentul personalului medical.

Plățile. Plățile pentru serviciile medicale pot lua diferite forme: plata unor sume fixe pentru serviciile medicale primite, indiferent de valoarea acestora, plata unor procente din costul servicilor medicale (numită și coasigurare) sau plata primelor "x" lei din costul serviciilor (spre exemplu primele 5000 de lei din costul medicamentelor prescrise trebuie suportate de pacienți, restul fiind apoi plătit de casa de asigurări). În Sistemele Naționale de Sănătate plățile sunt mai ales sub forma sumelor fixe și sunt utilizate în special pentru plata medicamentelor prescrise și a tratamentelor stomatologice, cu excepția persoanelor cu venituri scăzute, cum ar fi cazul șomerilor și al pensionarilor, care sunt exceptate de la aceste plăți (total sau parțial). În acest context poate fi amintit că în Romania, deși se afirmă că asistența medicală este gratuită, plățile suplimentare suportate de pacienți, pentru îngrijirile sanitare sunt considerate mai mari decît în multe țări occidentale, ajungînd conform unor studii, la 25-30% din costurile medicale, fiind vorba, mai ales de al doilea tip de plăți procentuale (World Bank Report) (întîlnite mai ales pentru medicamente, dar în forme mai mult sau mai puțin reglementate oficial și pentru plata anumitor prestații medicale în sistemul public). Efectul acestor plăți asupra comportamentului pacienților este foarte dezbătut și controversat, însă este evident că acesta poate fi un mecanism de raționalizare a serviciilor medicale, efectele cele mai puternice întîlnindu-se însă la cei cu venituri modeste care de obicei sunt și cei care au cele mai mari nevoi sanitare, motiv pentru care acest mecanism trebuie reaționat cu atenție de posibilitatea de plată (Appleby, J.).

Selecția la nivelul asistenței medicale primare. Accesul la asistența medicală secundară, alta decît cea de urgență, în Sistemele Naționale de Sănătate ca cel din Romania sau Anglia de ex., era și este controlat de medicii de medicină generală, care sunt cei care selecționează cazurile ce trebuiesc trimise spre investigații și tratament la eșaloanele medicale superioare. Acest mecanism reduce cererea de servicii medicale secundare, fapt evident din comparațiile cu sistemele unde accesul la asistența de specialitate este liber (Maxwell RJ.). În Romania, deși legal situația este aceeași (adică nu au acces la asistența secundară decît pacienții care au fost trimiși de către medicul generalist din cadrul rețelei de asistență primară), de multe ori sistemul este scurtcircuitat, mai ales în cazul spitalelor unde admiterea se poate face sub forma urgențelor medicale (formale) care nu mai necesită trimiteri.

Listele de așteptare. Listele de așteptare pentru asistența medicală (secundară în special), comune în multe țări, ex. tipic fiind Marea Britanie, par a avea mai multe roluri, nu toate recunoscute oficial. Sunt astfel un tampon între cererea de servicii și capacitatea de a le satisface, permit condițiilor medicale auto-limitante să se manifeste și pot avea chiar un efect placebo. E probabil ca aceste liste să influențeze și comportamentul medicilor: cu cît listele de așteptare [illegible] sunt mai lungi, cu atît trimiterea pentru acea procedură va fi mai improbabilă (Goldacre MJ, Lee A, Don B.).

Autonomia profesională. Autonomia profesională a medicilor este o altă instituție ce îndeplinește mai multe funcții. Ea duce la încrederea pacienților că deciziile legate de tratamentul lor sunt luate pe criterii strict medicale și nu administrative și permite medicilor să

se opună intervenţiilor administrativ-manageriale în activitatea lor. Dar serveşte şi ca un mecanism de a refuza anumite tratamente care nu pot fi satisfăcute cu resursele existente. Acest mecanism face ca deciziile de raţionalizare să devină mai puţin evidente pentru pacienţi, public, poate chiar şi pentru medici uneori (Aaron HJ, Schwartz WB). Avantajele unui asemenea mecanism "invizibil" pentru ceilalţi actori implicaţi în procesul de raţionalizare sunt evidente, fiind în [illegible] a medicilor, după cum am arătat anterior.

Reglementări explicite. Este posibil să previzionăm crearea de reglementări explicite despre ce tratamente trebuie sau nu furnizate de sistemul de sanătate; asemenea reguli pot include referiri la anumite circumstanţe în care un anumit tratament poate fi oferit sau refuzat. Deşi asemenea reglementări sunt rare în sistemele finanţate prin impozite (în general este vorba despre reguli referitoare doar la siguranţa medicamentelor şi a echipamentelor medicale), tendinţa este de a introduce contracte explicite între autorităţile sanitare şi unităţile medicale furnizoare, care să evidenţieze ce anume se oferă pacienţilor şi în ce condiţii. Din punct de vedere al politicii sanitare problema rezidă în justificarea unor asemenea măsuri, atît din punct de vedere al legitimităţii procesului de luare a deciziilor (vezi discuţia anterioară) cît şi al criteriilor ce stau la baza acestor decizii, după cum voi arăta mai jos.

Informarea pacienţilor. Cererea pentru servicii medicale poate fi influenţată şi de tipul şi forma informaţiilor puse la dispoziţia pacienţilor. Exceptînd eforturile individuale ale medicilor există puţină experienţă legată de utilizarea acestor informaţii în forma unei politici sistematice. Cea mai avansată ţară în acest domeniu este SUA cu programe speciale pentru diferite tipuri de intervenţii medicale, cu avantajele şi dezavantajele fiecăruia; introducerea unui asemenea program în Marea Britanie, cu benzi video adresate potenţialilor pacienţi pentru chirurgia prostatei a dus la o reducere a cererilor pentru asemenea operaţii, însă experimentul este abia la început încît datele disponibile nu sunt foarte concludente (Wennberg J.).

Criteriile. Sunt descrise trei criterii generale care pot influenţa deciziile de raţionalizare a serviciilor medicale într-un sistem sanitar în care există un terţ plătitor:

- principiul „salvării",
- eficienţa,
- echitatea.

Lista aceasta pare a omite două criterii care sunt descrise în mod frecvent: dreptul la asistenţă sanitară pe baza plăţii unei taxe şi "nevoia". Primul este omis chiar dacă este frecvent resimţit de pacienţi şi public, însă contrazice toată noţiunea de terţ plătitor, fiind întîlnit doar sub forma plăţilor directe, relativ rare în Europa occidentală. Al doilea principiu nu este de fapt omis din discuţie; noţiunea de nevoie definită ca şi capacitatea individului de a beneficia de tratament medical este încorporată în discuţia despre eficienţă, în timp ce noţiunea de nevoie socială e inseparabilă de principiul echităţii, o discuţie mai amplă a acestui aspect fiind realizată la începutul capitolului.

Principiul salvării în termeni generali acest principiu afirmă că sistemul sanitar trebuie să încerce să-i ajute pe cei aflaţi la nevoie, acordînd prioritate celor aflaţi în circumstanţe ce le ameninţă viaţa (Harrison, S., 1997).

Acest principiu este decelabil şi în alte arii ale vieţii publice sau chiar private, fiind privit ca unul din elementele definitorii ale civilizaţiei moderne. O caracteristică a acestui principiu este că pune cel puţin la fel de mult accentul pe actul de a ajuta în sine, adică pe proces, ca şi pe rezultatul acestui act.

Acest fapt face ca acest principiu să fie greu de utilizat ca un criteriu de raţionalizare. Deşi nu este nimic evident greşit în utilizarea acestui principiu este dificil de a-l operaţionaliza astfel că nu se pot dezvolta criterii instrumentale care să arate cînd ar trebui încetate eforturile pentru menţinerea unui pacient în viaţă, spre exemplu. Astfel, costul oportunităţilor asociat cu utilizarea

acestui principiu poate fi extrem de ridicat (altfel spus: cîți alți pacienți ar fi putut beneficia de resursele utilizate cu un singur pacient, avînd rezultate cel puțin la fel ca pentru acesta?)

Eficiența. Dacă ar trebui stabilit care este criteriul de raționalizare a asistenței medicale cel mai des menționat în literatura de specialitate probabil că acesta ar fi eficiența. În Marea Britanie are loc o întregă mișcare centrată pe acest criteriu (Cochrane AL.), eficiența fiind de altfel unul din principiile pe care Serviciul Sanitar Britanic (NHS-ul) declară că îl are în vedere atunci cînd stabileste prioritățile la nivelul sistemului sanitar britanic: în termenii economiștilor, actorii ar trebui să fie interesați de asistența medicală eficientă, i.e. acea asistență pentru care există " o probabilitate rezonabilă de a avea un impact pozitiv asupra sănătății lor " (Andersen TF, Mooney G. [illegible] chiar și această formulare tehnică face ca deciziile de raționalizare să aibă [illegible] cît nu este clar definit care ar fi o probabilitate "rezonabilă" și cine ar trebui să o determine.

O modalitate de a încerca rezolvarea, măcar parțială, a problemei legate de eficiența anumitor tratmente sau procedee medicale constă în a le compara costurile asociate. Deoarece deciziile de raționalizare trebuie să opteze pentru anumite tratamente în defavoarea altora, trebuie găsite unități de măsură pentru eficiența respectivelor tratamente. O tehnică care corelează eficiența tratamentului cu costurile asociate este QALY (Quality Adjusted Life Years, adică ani de viață ajustați din punct de vedere al calității). Este o metodă destul de laborioasă care încearcă să sumarizeze beneficiile intervențiilor medicale din punct de vedere al anilor de viață salvați ca și al calității vieții salvate. Informațiile legate de costuri pot fi adunate ulterior și astfel costurile pentru anii de viață cîștigați, ajustați din punct de vedere al calității, pot fi calculate. Utilizînd aceste procedee pentru mai multe tratamente se poate obține un tabel ca cel de mai jos pentru diferite tratamente utilizate pentru una sau mai multe boli, avînd la bază cele mai ridicate costuri pentru anii cîștigati, la aceeași calitate, iar în vîrf cele mai scăzute costuri. Avantajul teoretic al unui asemenea tabel este că poate furniza celor ce iau deciziile de raționalizare o regulă de lucru care să maximizeze numărul de ani de viață cîștigați, ajustați din punct de vedere calitativ, utilizînd un buget fix (Gerard K, Mooney G.). Spre exemplu se poate demonstra astfel ca [illegible] în raspitalicească este mai puțin eficientă din punct de vedere al costurilor decît transplantul renal, în timp ce implanturile de pacemkeri cardiaci sunt cu mult mai eficiente decît celelalte proceduri, din punct de vedere al abordării QUALY, (Drummond M, Torrance G, Mason J.).

În practică trebuie avut în vedere că luarea unei decizii de politică, chiar sanitară, este un proces cu mai multe fațete și cu mai mulți actori, care nu poate fi redus la o singură formulă, de altfel această abordare fiind controversată și departe de a avea o recunoaștere universală ca mecanism pentru raționalizarea serviciilor medicale. Amintim totusi că abordarea QALY a fost utilizată într-un important și faimos experiment de raționalizare a serviciilor medicale în statul Oregon din SUA, care a încercat să definească serviciile ce ar trebui finanțate din bugetul public.

Oricum, adoptarea unei politici de raționalizare bazate pe o asemenea abordare ar trebui să aibe în vedere răspunsul la două întrebări esențiale. Mai întîi, este avută în vedere creșterea eficienței globale a serviciilor sanitare dintr-o țară? Dacă acesta ar fi rezultatul unei asemenea politici, un efect care nu ar fi luat în considerație deloc ar fi distribuția acestei eficiențe între diferitele grupuri sociale (vezi mai jos).

În al doilea rînd, sunt dispuși cei ce iau deciziile să rezume la o singură formulă problema complexă [illegible] acesteia, ignorînd problemele sanitare care pot afecta și viața altor persoane în afara pacienților (ca de ex. rudele sau cei care au grijă de pacienți), mai ales că o asemenea formulă face abstracție de avantajele legate de sănătate ce ar putea deriva din alte politici decît cea sanitară [illegible] de redistribuire a veniturilor sau îmbunătățirea condițiilor de [illegible] (Cochrane R.A.).

Echitatea În timp ce eficiența se referă la obținerea celor mai ridicate rezultate medicale cu un un anumit nivel al cheltuielilor, echitatea are în vedere mai ales distribuția acestor rezultate. Echitatea implică tratament egal al persoanelor cu nevoi egale (echitatea orizontală) și în mod corespunzător tratament diferențiat pentru persoane cu nevoi diferite (echitate verticală) (McClelland A.).

Pentru cei ce iau deciziile este necesara stabilirea unei definiții operaționale a echității, iar pentru aceasta este nevoie de definirea a două dimensiuni distincte ale acestei noțiuni.

Mai întîi, deoarece decidenții politici nu pot să se ocupe practic de echitatea referitoare la indivizi, ce grupuri sociale ar trebui comparate? Exemplele cele mai frecvent utilizate par a fi clasa socială, sexul, apartenența etnică și localizarea geografică (Whitehead M.).

În al doilea rînd politica sanitară ar trebui să aibe în vedere echitatea la nivelul resurselor, al proceselor (tratamente) sau al rezultatelor măsurate din punct de vedere al stării de sănătate? O asemenea abordare este însă insuficientă, atîta vreme cît persistă inechități semnificative în ceea ce privește [illegible] și mobilitatea, în special între clase sociale diferite, fapt ce implică existența unor nevoi inegale, diferite pentru sănătate. Ca atare politicienii ce urmăresc echitatea în domeniul rezultatelor, adică diminuarea diferențelor în starea de sănătate între diferite grupuri sociale, pot să aibe în vedere o abordare care pornind de la acest nivel să se ocupe de identificarea serviciilor sanitare necesare pentru reducerea acestor diferențe și pe această bază să stabilească o repartizare a resurselor care să susțină un astfel de patern.

Avînd în vedere că serviciile sanitare nu sunt singurul sau cel mai important determinant al stării de sănătate (Lalonde M.) o asemenea abordare ar trebui să includă o arie mai vastă de preocupări care să cuprindă aspecte legate de politici de mediu favorabile sănătății și politici sociale cu impact important la nivelul sănătății(ca de exemplu cele referitoare la la locuințe și la distribuția veniturilor) Trebuie să scoatem în evidență în acest context că o particularitate a sectorului de sănătate, indiferent de gradul de descentralizare și de raportul public-privat de pe piața serviciilor de sănătate, statul are un rol important în ceea ce privește planificarea serviciilor de sănătate, în condițiile în care resursele nu sunt nicăieri în lume la nivelul cererilor de îngrijiri medicale, aspect ce a fost dezbatut în secțiunea dedicată planificarii și, implicit, raționalizarii serviciilor de sănătate. Luând în considerare chiar și SUA (unde se întâlnește cel mai ridicat nivel de privatizare în sănătate) nici un sistem de sănătate nu este bazat numai pe piața privată, [illegible] de dinamitea guvernului. Sunt câteva cauze pentru acest lucru,detaliate mai jos, transacțiile pentru îngijirile de sănătate mediate pe piață sunt problematice datorită asimetriei informațiilor dintre furnizorii, consumatorii și finanțatorii îngrijirilor de sănătate. Mai mult, dacă este în interesul lor, medicii pot să convingă pacienții să urmeze tratamente care pot să nu fie necesare dar care le aduc lor profituri (așa numitul "hazard moral"), deoarece piața serviciilor medicale nu funcționeaza ca alte piete. Ea este caracterizata prin asimetrie informațională privind pacienții care adesea sunt incapabili să stabilească dacă simptomele lor sunt grave sau nu. În plus, de obicei ei nu cunosc nivelul și forma tratamentului necesar și, în general, au puține informatii despre eficacitatea tuturor tratamentelor existente. Pentru o mai clară explicitare a acestui fenomen putem face o analogie cu sectorul economic sau al altor servicii. Astfel un client care dorește să cumpere un televizor, cu un comportament de piață normal, va decide ce tip de televizor dorește, cu ce dimensiuni, caracteristici tehnice (alb-negru, color, număr de canale, rezoluție, sunet etc.) și la ce preț (suma totală, eșalonarea plății). Va căuta apoi furnizorul care răspunde cel mai bine nevoilor sale și condițiilor stabilite de către el anterior și va alege cea mai bună ofertă dintre cele existente pe o piață concurențială. Translatând acest comportament la nivelul îngrijirilor sanitare ne putem imagina situația unui bolnav (consumator de servicii medicale) care are, spre exemplu, o cefalee. Pentru a avea un comp[illegible] pacientul să știe de ce anume servicii medicale are nevoie, să spun[illegible] tomografie computerizată de o anumită rezoluție și la un anumit preț, după

care să înceapă să caute furnizorul care îi oferă cel mai bun serviciu la cel mai mic preț, lucru care în mod evident nu se întâmplă frecvent la nivelul pieței serviciilor de sănătate.

Complexitatea datelor, multitudinea alegerilor și starea psihică proastă a multora care descoperă că sunt bolnavi, au drept rezultat încrederea consumatorului (pacient) în furnizor (medic) pentru a primi informații. Aceasta a condus la situația atipică pentru o piață liberă în care medicul ia decizii referitoare la folosirea serviciilor medicale în numele pacientului, întâlnindu-se cu fenomenul specific pieței medicale **"cererea creată de ofertă"**. În plus firmele particulare de asigurări sunt interesate să evite clientela considerată riscantă (așa numita "selecție adversă") și care rămâne astfel neasigurată sau are de plătit prime de asigurare ridicate.

CAPITOLUL XIII

STATUL ŞI SECTORUL SANITAR

Există mai multe categorii de activităţi necesare pentru funcţionarea unui sistem sanitar , precum stabilirea politicii sanitare, finanţarea, asigurarea calităţii serviciilor de sănătate, definirea de standarde şi controlul respectării acestora, iar statul, în diferite ţări, îşi poate asuma diverse tipuri şi roluri dintre cele menţionate. În continuare vor fi trecute în revistă câteva dintre rolurile cel mai des asumate de către stat în sectorul sanitar.

Statul şi stabilirea politicii sanitare. Primul potenţial rol pentru guvern este acela de stabilire a politicii sanitare. Este de aşteptat ca un guvern care consideră sănătatea sau accesul la asistenţa medicală ca un drept să joace un rol principal în stabilirea politicii acestui sector ca un întreg. Elementele acestei politici se pot întinde de la declaraţii generale referitoare la rolul în sectorul sanitar al diferitelor organizaţii de asistenţă medicală cum sunt spitalele particulare, la stabilirea unor condiţii pentru persoanele care prestează servicii sanitare legate de aspecte cum ar fi amplasarea unităţilor sanitare şi aspecte medicale tehnice (de exemplu, practice de vaccinare, standarde şi pregătire profesională, medicamente). Un guvern care consideră asistenţa medicală ca un bun de consum, fără caracteristici speciale, poate totuşi să stabilească politica pentru modul de operare al pieţei medicale, de exemplu prin asigurarea unei funcţionări corecte a mecanismelor de stabilire a preţului şi aplicarea unor hotărâri legate de acreditarea specialiştilor din domeniul sanitar.

Statul şi finanţarea asistenţei medicale. Finanţarea asistenţei medicale poate fi realizată în mai multe feluri. În fond, oricare sistem este folosit, cetăţenii unei ţări sunt cei care plătesc pentru asistenţa medicală din acea ţară. Totuşi, mijloacele şi repartizarea responsabilităţii de plată au implicaţii importante. Indivizii pot plăti direct, atunci când consumă asistenţă medicală (prin preţurile sau onorariile percepute pentru servicii) în mai multe modalităţi, sau se pot asigura faţă de aceste note de plată printr-o formă de plată anticipată. Ca alternativă, statul îşi poate asuma responsabilitatea finanţării asistenţei medicale printr-un mecanism centralizat de finanţare, cum este impozitarea sau asigurările sociale, care nu are nici o legătură cu nivelul sau tipul de serviciu personal prestat. (Variante mai complexe ale acestor abordări sunt prezentate în Berciu. I. şi Vlădescu., C. 1999).

În cazul abordării pieţei particulare, statul are un rol minim în generarea efectivă de fonduri pentru asistenţa medicală, deşi ar putea avea un rol de reglementare prin garantarea faptului că au fost fixate costurile pentru asistenţa medicală şi că acestea sunt administrate corect. În cazul unui mecanism de finanţare mai colectiv, statul exercită un rol mai activ în strângerea resurselor financiare pentru asistenţa medicală (prin impozite sau contribuţii de asigurări) şi distribuirea lor la prestatorii de servicii. Acest sistem permite strângerea şi cheltuirea echitabilă a fondurilor, deoarece statul încheie contracte cu organizaţii de asistenţă medicală de stat (şi/sau particulare) pentru a acorda asistenţă medicală în condiţiile pe care le fixează.

Statul ca furnizor de servicii. Ne-am referit mai sus la rolul statului în finanţarea asistenţei medicale. Următoarea potenţială responsabilitate include asigurarea efectivă a asistenţei medicale. Guvernele multor ţări în curs de dezvoltare, precum şi economiile în tranziţie din Europa centrală şi de est joacă în mod curent un rol important prin asigurarea directă a asistenţei medicale, proprietate asupra unităţilor sanitare şi angajarea personalului medical. În unele ţări, aceasta reprezintă o moştenire din perioada colonială, când ministerul sănătăţii era direct răspunzător de asistenţa medicală a unor anumite grupuri de oameni (funcţionari de stat, funcţionari guvernamentali şi armata). În Europa centrală şi de est, aceasta este moştenirea fostei politici comuniste. În unele ţări, este rezultatul unei decizii politice curente deliberate, bazată pe convingerea că este de dorit ca asistenţa medicală să fie controlată de stat.

În altă parte, statul își poate găsi un rol propriu în organizarea și finanțarea asistenței medicale, dar consideră că activitatea de asigurare a serviciilor de sănătate este realizată cel mai bine de organizații care nu sunt de stat (sectorul particular sau de voluntari). În cadrul acestui scenariu, statul, în calitate de finanțator (și în fond, cumpărător) al asistenței medicale, poate să exercite totuși un control important asupra naturii și direcției prestatorilor de asistență medicală.

Statul ca factor de control. În cele din urmă, statul poate avea un rol de reglementare a tipului și calității asistenței medicale prestate. Funcția de control este, în mare măsură, opusul funcției de stabilire a politicii. Ea este mecanismul care garantează că politicile stabilite sunt realizate. Ca atare, au putut fi stabilite reglementări referitoare la orice aspect al asistenței medicale, complexitatea și profunzimea acestui rol depinzând din nou de opinia pe care o are statul despre sănătate și în consecință, rolul său în această privință. Astfel, a putut fi stabilit un control în diverse zone cum ar fi taxe pentru asistență medicală, standarde pentru asigurarea asistenței medicale, amplasarea unităților sanitare, tipul și mărimea unităților sanitare permise, precum și standarde profesionale. Capacitatea guvernelor de a realiza aceste funcții de control va depinde atât de resursele pe care le poate dedica funcției, adeseori subdimensionate în trecut, cât și de puterea sa politică.

Figura 13.1 prezintă o matrice cu posibile combinații diferite ale rolului statului în două [illegible] în finanțarea și asigurarea.

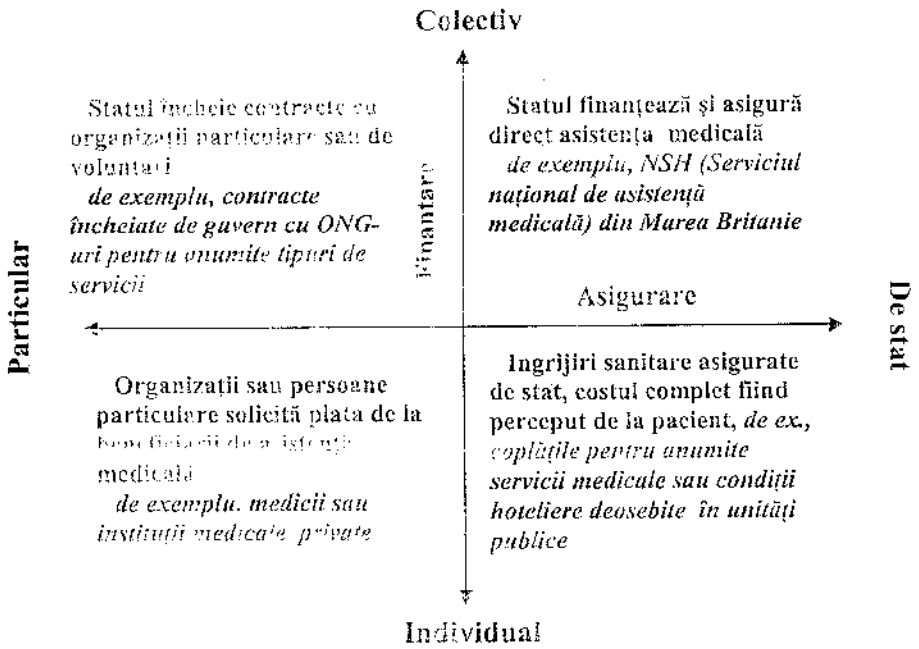


Figura 13.1. Combinații ale finanțării și asigurării asistenței medicale

Am folosit termenul de "stat" pentru a ne referi la organizații care sunt direct controlate de guvern, cu toate că trebuie recunoscut faptul că granițele nu sunt întotdeauna bine definite. Unele instituții, cum este ministerul sănătății, se încadrează în mod cert în definiție, însă situația este mai puțin clară în cazul altora. În acest capitol, termenul de "stat" este folosit pentru a face referință la organizații pentru care guvernul are puterea finală de a controla direcția strategică.

Din prezentarea anterioară rezultă că guvernele pot interveni în sectorul sanitar în multiple modalități (de la monitorizarea numărului și activității medicilor, prin impunerea de limite privind achiziționarea de tehnologii medicale, prin controlul investițiilor de capital pentru îngrijirile de sănătate, prin standarde în acordarea licenței pentru personalul medical [illegible] medicilor, etc.). Alături de autorități în acest proces pot fi implicați și reprezentanți ai societății civile. În continuare încercând să facem o scurtă prezentare a unor asemenea actori mai puțin analizați în literature de specialitate din Romania, i.e. organizațiile neguvernamentale (ONG)

Organizațiile neguvernamentale (ONG-uri)

Nu există o definiție clară a ceea ce reprezintă exact o organizație neguvernamentală, diferențele fiind mari de la țară la țară. În unele țări, însuși termenul folosit este diferit, alți termeni utilizați incluzând denumiri ca "organizații voluntare particulare" (PVO), "organizații voluntare" și organizații de caritate". Cu toate că aceste diferențe între țări nu prezintă importanță pentru obiectivul de stabilire a politicii interne a statului, este important ca cel puțin în cadrul unei țări să fie adoptată și respectată o definiție de lucru.

În cadrul prezentului capitol, ONG-urile sunt definite ca organizații care au trei caracteristici principale distinctive:

- motivele lor sunt promovarea bunăstarii (sau, în sens restrâns, sănătății) și nu realizarea profitului
- sunt în mare măsură autonome de stat în luarea deciziilor
- sunt organizații oficial constituite.

Desigur că [illegible] din re aceste criterii nu este absolut și nici nu poate fi operațional cu ușurință. De exemplu, nici o organizație nu poate fi complet autonomă față de stat, ca organ legislativ suprem și nici conceptul de profit nu este clar definit în unele situații. Totuși, lăsînd de o parte unele organizații care nu se încadrează exact în grupul ONG-urilor, aceste criterii vor permite să se facă deosebirea între majoritatea prestatorilor de asistență medicală din sectorul care nu este de stat.

ONG-urile joacă de mulți ani un rol important în sectorul sanitar. Într-adevăr, serviciile de asistență medicală din multe țări s-au dezvoltat pornind de la asistența sanitară furnizată de misionari, care avea adeseori motive duble: de a oferi îngrijiri pentru misionari și angajații acestora (și mai târziu, pentru congregațiile acestora) și de a servi ca mijloc pentru răspândirea propriei religii

În multe țări, asistența sanitară legată de biserică formează încă o bună parte a întregului sector, cu toate că motivele misionare au fost adeseori minimalizate sau înlocuite de preocupări mai generale cum ar fi furnizarea de asistență sanitară pentru grupurile dezavantajate. Apariția ONG-urilor laice reprezintă o contribuție de dată mai recentă. Acestea au fost inițial organizații predominant internaționale, cum sunt Organizația Societăților de Cruce și Semilună Roșie, Fondul Salvați Copiii sau Medicine sans Frontieres. Organizații autohtone din diverse țări (deși adeseori [illegible] au devenit tot mai reprezentative. Adeseori, aceste organizații sunt tot mai puțin implicate în furnizarea de asistență sanitară generală în spitale, dispensare și clinici, în modul în care au fost deseori organizațiile legate de biserică și pot avea funcții, roluri și grupuri specifice care au fost altfel neglijate. În practică, ONG-urile din multe țări, mai ales dintre cele în curs de dezvoltare, sunt angajate într-o gamă largă de activități. Tabelul 13.1. prezintă exemple ale [illegible] purilor de activități din sectorul sanitar în care ONG-urile se pot implica.

Una dintre cele mai frecvente dezbateri legate de ONGuri se referă la întrebarea dacă și în ce zone, aceste organizații au un avantaj față de stat. În particular, există motive

inerente pentru care organizațiile particulare cu scop lucrativ sau ONG-urile pot furniza servicii mai eficiente sau de mai bună calitate?

Activități	
Furnizare de servicii, cuprinzând:	Furnizare de servicii de asistență medicală pentru populație în general, sau pentru anumite grupuri ale populației:
Asistență medicală generală	• Asistență medicală pentru populația dintr-o zonă în spitale, dispensare și clinici
Asistență de specialitate	• Asistență medicală pentru grupuri țintă, cum sunt asistență medicală pentru pacienți cu boli psihice sau SIDA
Pilot, originale	• Proiecte de dimensiuni mici pentru testarea unor noi forme de furnizare a asistenței medicale
Sensibile la politică	• Furnizarea de servicii acceptabile sau nu pentru stat, dar care sunt considerate că sunt sensibile la politică, statul neputând fi asociat direct acestea, de exemplu asistență medicală pentru refugiați, sau planning familial în cadrul anumitor culturi
Educarea publicului	• Programe educaționale pe teme sanitare care se adresează publicului
Cercetare	Activități de cercetare care pot fi raportate la programe pilot sau la activități de susținere, așa cum au fost prezentate mai sus
Asistență pentru stat	Consultanță pentru stat pe anumite domenii ale politicii. Aceste organizații pot acționa ca grupuri de presiune în numele unor anumite cauze
Colectare de fonduri	Colectarea de fonduri de la public, fie pentru organizația propriu-zisă sau pentru subvenționarea altor organizații
Coordonarea celorlalte ONG-uri	Există o diversitate de organisme de coordonare care oferă o gamă de funcții, de la coordonarea politicii la perfecționare, furnizarea unor servicii de asistență, achiziționare mixtă și asistență pentru stat în probleme de ONG-uri

Tabel 1.6.1. Activități ale organizațiilor neguvernamentale

În ultimii zece ani interesul față de ONG-uri a crescut rapid, și în bună parte, s-a manifestat ca apologie neeritică acestora. ONG-urile sunt adeseori menționate ca:

- mai eficiente decât serviciile sanitare de stat
- [illegible] mai motivată
- mai flexibile decât statul
- capabile de a lucra mai strâns cu comunitățile
- posesoare a unei experiențe specifice dobândită prin contactul cu experiența internațională
- capabile de a genera sau a câștiga acces la resurse inaccesibile statului

- pregătite să lucreze în domenii, locuri sau cu grupuri țintă nepopulare.

Afirmații similare au fost făcute și despre sectorul particular cu scop lucrative (pentru profit), cu accent deosebit asupra presupusei sale eficiențe și a receptivității consumatorului.

Cu toate acestea au fost elaborate puține studii de țară pentru a se testa aceste afirmații generale și, mai mult, nu există dovezi care să indice că toate ONG-urile sau organizațiile particulare au unele dintre aceste caracteristici, chiar dacă unele dintre ele le împărtășesc. O a doua etapă în realizarea politicii necesită, după cum am menționat în prima parte a cestui capitol, evaluarea avantajelor comparative prezente și potențiale ale sectorului. În scopul stabilirii politicii, este de asemenea necesară o evaluare a motivelor pentru fiecare dintre aceste avantaje comparative. Este oricare dintre avantajele comparative rezultatul direct al naturii inerente a sectorului, sau este numai reflecția poziției curente? De exemplu este posibil ca un spital patronat de biserică să furnizeze în mod curent servicii mai eficiente decât unul de stat. Aceasta în sine nu dovedește că situatia este fie inevitabilă sau viabilă și ar putea fi, de exemplu, rezultatul unor anumite caracteristici ale ONG-urilor (cum este motivația), sau poate reflecta punctele slabe curente din funcționarea spitalelor de stat, cum ar fi un management greșit, care pot fi corectate. În cele ce urmează sunt prezentate unele domenii în care se susține că ONG-urile au un avantaj comparativ față de sectorul de stat.

Eficiență. Organizațiile din sectorul care nu este de stat sunt adeseori expuse ca modele de eficiență și în multe cazuri chiar așa și sunt. Este demn de remarcat faptul că eficienta este măsura raportului dintre input și rezultat. Unele ONG-uri au acces la resurse (adeseori ascunse, sub forma de subvenții, donații sau personal "liber" din străinătate) care, dacă sunt evaluate în ecuația intrări-ieșiri, vor reduce eficiența lor percepută.

Totuși, chiar ignorând acești factori, sectorul care nu este de stat poate susține în continuare ca este mai eficient decât sistemele administrative aparent ineficiente ale unor state din mai multe motive, printre care:

- În primul rând motivația și calitatea personalului este considerată adeseori superioară aceleia a personalului echivalent din sectorul de stat și duce la disponibilitatea de a lucra ore suplimentare și la o productivitate mai ridicată. Personalul unor ONG-uri poate fi motivat de obiectivele organizației lor, deși nu întreg personalul ONG-urilor se identifică cu scopurile organizației lor. La fel ca și personalul din sectorul particular, ei pot considera organizația în care lucrează ca o alternativă și probabil, ca pe un patron mai stimulativ. Cu toate acestea, personalul care activează în cadrul ONG-urilor și a sectorului particular nu are neapărat o pregătire mai bună decât aceea a omologilor lor de la stat, care ar putea avea un acces mai bun la programe de perfecționare.
- În al doilea rând, s-a sugerat că natura ONG-urilor precum și structurile particulare organizatorice și de management permit reacții mai rapide și mai flexibile la situații specifice, iar dimensiunile mai mici ale organizațiilor permit o flexibilitate de răspuns mai mare din partea acestora. De remarcat, totuși că unele ONG-uri (și îndeosebi cele internaționale) sunt organizații mari, cu proceduri birocratice aproape tot atât de greoaie ca și acelea din sectorul de stat.

O examinare atentă indică faptul că particularitățile pozitive de mai sus nu sunt obligatoriu caracteristici ale tuturor organizațiilor care nu sunt de stat și nici nu duc neapărat la organizații mai eficiente decât cele ale organizațiilor de stat. De exemplu, este posibil ca, prin structuri de stimulare și procese de selecție adecvate, să fie recrutat personal extrem de motivat în serviciul de stat. În plus, dimensiunile mici ale unor organizații neguvernamentale pot duce la o eficiență redusă datorată incapacității lor de a avea

avantajele financiare (prețuri reduse pentru volum mare) pe care le au instituțiile de stat în domenii cum ar fi servicii de cumpărare, pregătire și în general auxiliare.

În sfârșit, trebuie să se facă distincția între eficiența internă a unei instituții (cum este spitalul) și aceea a sectorului luat ca un întreg. Cu toate că teoria de piață consideră că eficiența este sporită de concurență, există argumente în cadrul sectorului sanitar că eficiența globală a sectorului este promovată mai bine prin colaborare. Instituțiile separate pot, în limitele în care funcționează, să fie cât se poate de eficiente. Acolo unde sectorul de sănătate este fragmentat în instituții necoordonate izolate, eficiența globală poate fi redusă. De exemplu, [illegible] (sau trimiterea din partea) unităților sanitare de asistență primară poate fi făcută cu ajutorul (sau la) spitalelor (spitalele) din aceeași organizație decât de (sau la) cea mai apropiată unitate tehnică competentă. Cumpărarea poate de asemenea să nu fie coordonată și astfel să nu se realizeze economii prin reducerile care se practică la achiziționare în stoc.

Într-adevăr, este posibil ca, folosind politicile de descentralizare elaborate în mod adecvat, sectorul public să poată combina avantajele date de mărime cu cele ale flexibilității realizată prin operații mici.

Generarea de resurse. Sectorul particular cu scop lucrativ s-a bazat în mod tradițional pe costurile percepute de la utilizatori, drept principală sursă de venit. Deși, până nu de mult, numeroase state nu au dorit să utilizeze acest mecanism de finanțare, atât datorită implicațiilor de echitate cât și nepopularității sale, situația se schimbă, în parte datorită presiunilor externe, acest avantaj aparent comparativ al sectorului particular dispărând astfel.

ONG-urile sunt în măsură să genereze resurse (financiare sau în natură) la care statul nu are acces. Acestea pot crește prin colectare publică de fonduri, sau, în cazul ONG-urilor cu legături internaționale, prin sprijin din surse din străinătate, care nu sunt disponibile pentru state [illegible] limitate de politicile centrale în zone cum ar fi recuperarea costurilor.

Folosirea de voluntari. Legat de cele de mai sus, ONG-urile utilizează voluntari, fie la nivelul stabilirii politicii (de exemplu, ca membri ai consiliului director sau ai comitetului de administrație), sau la nivel direct, sau de furnizare a unor servicii de sprijin. Voluntarii reprezintă de fapt un exemplu particular de generare de resurse la care au acces ONG-urile, dar pe care statul sau alte sectoare nu îi pot recruta cu atâta ușurință.

Furnizarea de servicii sensibile din punct de vedere politic. Unele guverne preferă ca alte organizații să ofere anumite servicii pe care ar dori să le vadă asigurate, dar pe care, din motive politice, nu sunt pregătite să le furnizeze ele însele. Exemplele includ oferirea de servicii pentru refugiați politici, sau de servicii de planing familial în cadrul anumitor culturi. În unele cazuri statul poate chiar "să angajeze" pentru aceste activități ONG-urile, acordându-le subvenții pentru a desfășura anumite activități.

Domenii de activitate specializate. Unele ONG-uri pot câștiga experiență prin operațiile lor internaționale care pot fi aplicate ulterior în altă parte. Unele ONG-uri (de exemplu, Crucea Roșie și Médecins sans Frontières) și-au dobândit renumele de a activa în domeniul de ajutor de urgență. Este posibil ca țările care nu sunt expuse în mod obișnuit la dezastre [illegible] proprie redusă a acestei activități în cadrul statului, iar specialiștii ONG-urilor internaționale pot avea un avantaj comparativ clar în acest domeniu.

Capacitatea de a lucra în domenii nepopulare. ONG-urile sunt adeseori menționate ca fiind gata (și în unele cazuri mandatate prin structura lor) să acționeze în zone sau domenii nepopulare [illegible], anumite organizații pot să lucreze cu grupuri țintă specifice, care ar fi altfel neglijate (de exemplu, persoanele cu handicap psihic, sau pacienții cu

SIDA), sau în zone îndepărtate defavorizate, ceea ce nu este cazul organizațiilor particulare dornice de profit.

Abordare multisectorială. Organizațiile neguvernamentale pot fi mai puțin constrânse de restricțiile sectoriale ridicate în jurul ministerelor de stat, care le pot limita capacitatea de a stabili strategii multisectoriale de promovare a sănătății. O serie de ONG-uri al căror obiectiv general este, de exemplu, dezvoltarea comunității, pot include aici o gamă de activități de la generarea venitului, educație și locuințe până la asistență medicală. Este mai puțin probabil ca, date fiind obiectivele sale, sectorul particular cu scop lucrativ să adopte acest punct de vedere holistic mai general asupra sănătății.

Organizații la nivelul comunității. ONG-urile au renumele de a se apropia de comunități și deci de a fi mai eficiente atât în ceea ce privește activitățile generale de promovare a sănătății, cât și în realizarea unei participări reale a comunității. Mai mult, o serie de ONG-uri sunt angajate în mod explicit în lucrul cu membrii defavorizați ai comunității [illegible] deși acest lucru este foarte adevărat pentru o serie de organizații, există altele care sunt foarte centraliste, dar, din nou, este imposibil să facem afirmații generale de acest fel despre toate ONG-urile.

Trebuie amintit aici că organizațiile din sectorul particular cu scop lucrative (pentru profit) sunt considerate apriorie ca fiind mai receptive la cerințele celor care beneficiază de serviciile lor, ca o componentă esențială de a atrage clienți, fapt deseori infirmat de realitățile din sectorul sanitar, motivele fiind în mare măsură legate de caracteristicile particulare ale pieței în sănătate..

Pentru a contrasta avantajele comparative potențiale de mai sus, există și o serie de **posibile probleme**, care includ după cum urmează.

Motivație. Cea mai mare dificultate a sectorului particular cu scop lucrativ își are probabil originea în motivația de căutare de fonduri, care poate veni în contradicție cu obiectivele sanitare mai largi ale comunității. Unele ONG-uri pot avea de asemenea motivații care duc la activități sau servicii incompatibile cu politicile de stat - de exemplu, serviciile sanitare asigurate de biserică, motivate în primul rând de scopuri evanghelice și nu de obiective sanitare pot veni în contradicție cu politicile generale de stat. Un exemplu în ceea ce privește aceste diferențe poate fi lipsa de dorință din partea unor anumite biserici de a [illegible]

Fragmentarea din cadrul sectorului. Am discutat deja dacă concurența dintre furnizori duce la eficiență sectorială sau la ineficiență mai mare. În timp ce pentru organizațiile particulare motivul profitului va duce la o astfel de concurență, aceasta poate fi de asemenea probabil pentru ONG-uri care au motive diferite. Un rezultat negativ datorat potențial naturii individualiste a multor ONG-uri este posibilitatea de concurență și nu de colaborare dintre ele. În situația în care există o penurie de resurse, este foarte probabil ca această concurență să fie contraproductivă și să nu determine eficiența, din lipsa unor economii care decurg din anvergură și a beneficiilor care apar ca urmare a distribuției planificate a facilităților.

Ineficiență organizațională și managerială. Eficiența aparentă a ONGurilor poate fi parțial rezultatul dimensiunilor lor mici și a capacității lor de a opera cu structuri nestandardizate (cu birocrație limitată) de management. Asemenea structuri devin nepotrivite pentru organizații mari și pe măsură ce organizațiile mici de succes se dezvoltă, se pot confrunta cu dificultăți în a face tranziția necesară la cerințele manageriale și organizaționale ale unei funcționări pe scară mai mare.

Schimbarea destinației personalului. Capacitatea unor organizații care nu sunt de stat de [illegible] avantaje suplimentare a dus în unele țări la un exod important al personalului din sectorul public.

Diversitatea experienței. Listele de mai sus cuprinzând avantaje comparative și probleme nu sunt exhaustive, ci numai ilustrative și, mai important, fiecare exemplu trebuie să fie văzut numai ca avantaj sau dezavantaj potențial. Este foarte probabil ca fiecare țară, regiune și district dintr-o țară să aibă experiențe diferite cu sectorul particular și ONG-urile. Într-adevăr, această diversitate de experiențe face dificilă generalizarea în ceea ce privește politica și impune ca o cerință esențială ca planificarea de sănătate din sectorul public să examineze caracteristicile specifice ale sectorului, atât ca întreg cât și pe fiecare din membrii săi constitutivi, înainte de a stabili politica și planurile.

La finalul acestei secțiuni tabelul 13.2. prezintă schematic diferitele roluri ale statului în sectorul sanitar, așa cum au fost descrise anterior, cu mențiunea că arareori statul î-și va asuma toate aceste roluri concomitent.

A. Definirea de standarde referitoare la
• pachetele de servicii oferite
• grupul țintă
• calitatea serviciilor
B. Monitorizarea actorilor principali (furnizori + terți plătitori)
C. Evaluarea procedeelor diagnostice și terapeutice admise
D. Colectarea centralizată a informațiilor despre serviciile de sănătate
E. Acreditarea
• profesioniștilor medicali
• furnizorilor
• instituțiilor de sănătate
• terților plătitori
F. Finanțarea serviciilor de sănătate
• pentru anumite grupuri de afecțiuni (pachete de servicii predefinite)
• pentru anumite grupuri populaționale
G. Furnizarea de servicii de sănătate
• proprietarul instituțiilor medicale
• organizarea activităților sanitare
• plata instituțiilor sau a profesioniștilor
H. Managementul direct al sistemului și al serviciilor de sănătate
• selecționarea conducătorilor unităților sanitare
• [illegible] a normelor de performanță individuale
• monitorizarea procesului și/sau rezultatelor manageriale
I. Planificarea paternului dorit al serviciilor de sănătate
• evaluarea nevoilor
• alocarea resurselor: principii, criterii, mecanisme
• raționalizarea serviciilor
• evaluarea rezultatelor și a impactului acestora

Tabel 13.2. Rolul statului pe piața serviciilor de sănătate
Sursa: Vladescu, C.(1998)

În funcție de rolul în care și-l asumă statul, atât în relație cu sectorul particular, fie el pentru profit sau nu, cât și în relație cu structurile locale decizionale se poate vorbi de politici și sisteme de sănătate cu un grad de centralizare sau descentralizare mai mare sau mai mic, aspect care va fi abordat în ultima parte a acestui capitol.

CAPITOLUL XIV

DESCENTRALIZAREA LA NIVELUL SISTEMELOR SANITARE: FORME ŞI MECANISME DE IMPLEMENTARE

Descentralizarea serviciilor de sănătate este considerată ca un concept cheie in reformarea sistemelor sanitare din numeroase ţări, inclusiv Romania. Este considerata ca un mijloc eficient de stimulare a iniţiativei locale/individuale care să faciliteze astfel o mai bună alocare a resurselor in conformitate cu nevoile de sănătate, ducând, prin implicare comunitară, la luarea mai eficientă a deciziilor si la reducerea inechitatii in asistenta de sănătate. Trebuie insa evitata considerarea descentralizarii ca un panaceu universal pentru problemele structurale ale unui sistem sanitar si trebuie avute in vedere si posibilile dezavantaje [illegible] abordare, cu de exemplu fragmentarea si duplicarea serviciilor ca si costurile crescute. Interesul crescut in descentralizarea autoritatii centrale se considera că apare ca urmare a trei forte convergente:

i) dezinuzia apartata in legatura de rezultatele planificarii si controlului centralizat in sectorul public in ultimii 40-50 de ani;

ii) concepţia conform carii complexitatea crecinda a societatilor moderne nu mai poate fi administrata eficient de la "centru";

iii) dificultatea din ce in ce mai mare pentru mobilizarea sprijinului in favoarea unor actiuni determinate central (Galinowska S, 1995).

Deşi des menţionată, descentralizarea serviciilor sanitare are deseori înţelesuri diferite pentru diferitii actori implicati in sfera politicilor de sănătate; de multe ori cele patru mari forme ale descentralizarii (deconcentrarea, delegarea, devolutiunea, privatizarea) sunt desemnate prin acelasi termen generic al descentralizarii, desi exista diferente majore intre ele. In continuare vom analiza succint acest concept în domeniul serviciilor de sănătate.

Formele tradiţionale ale descentralizării în domeniul serviciilor sanitare au fost definite prin intermediul analizei rolului administraţiei publice, această abordare concentrându-se pe modul în care o structură politică naţională se relaţionează cu distribuţia autorităţii şi responsabilităţii pentru serviciile de sănătate la nivel teritorial.

În mod tradiţional tendinţa predominantă a studiilor în domeniu era aceea că descentralizarea duce în mod automat la atingerea unor obiective majore pentru sistemele de sănătate: echitate, calitate sporită, eficienţă şi, în afara acestor obiective specifice, chiar îmbunătăţirea [illegible].

Experienţa acumulată în ultimii ani pare să sugereze însă că există numeroase cazuri când descentralizarea serviciilor sanitare eşuează în a-şi atinge scopurile sau le atinge pe unele în dauna altora (OMS, 1996).

În plus, aproape fără excepţie, se remarcă că descentralizarea serviciilor de sănătate publice şi funcţionarea lor ca atare, sunt mai costisitoare (World Bank, 1993); acest aspect singur nu este per se un argument contra descentralizării, dar este important de avut în vedere în cazurile în care se preconizează descentralizarea serviciilor de sănătate în condiţii de restricţii bugetare majore.

În ceea ce priveşte analiza procesului politic al descentralizării serviciilor de sănătate există relativ puţine studii despre cum şi de ce diferite guverne adoptă şi implementează anumite programe de descentarlizare, ce grupuri de interese stau în spatele acestor decizii, care sunt principalii actori implicaţi, etc. În mod tradiţional se consideră că descentralizarea este o metodă de organizare administrativă locală, care constă în garantarea autonomiei unităţilor locale pentru rezolvarea problemelor recunoscute ca având interes local.

Conform [illegible] administrativ, pentru a ne putea vorbi de *descentralizare* trebuie să fie îndeplinite [illegible] condiții:

i) existența unei comunități locale cu propriile mijloace materiale necesare sub forma bugetului propriu;

ii) organe de conducere locale alese de către comunitatea locală și nu de către organele centrale;

iii) girare administrativă, exercitată de către organul central, care urmărește ca [illegible] fie depășită limita între problemele locale și cele de interes general (Fesler,J).

Din punct de vedere politic, termenul de descentralizare se referă la organizarea locală opusă centralizării (care neagă existența interesului specific al comunităților locale, acestea din urmă fiind conduse prin funcționari publici, numiți de către organul central). În general, descentralizarea nu este un scop în sine însăși, ci este mai degrabă un mijloc pentru atingerea anumitor obiective: ca o regulă, descentralizarea este o parte componentă a mai multor procese de reformă comprehensive .

Ar trebui făcută aici o distincție între *centralizare - descentralizare și concentrare - deconcentrare*; aceasta din urmă sugerând anumite modalități ale sistemului centralizat. În cazul [illegible], [illegible] de administrării centralizate de stat sunt atribuite unui număr de funcționari publici care sunt apropiați, teritorial vorbind, de oamenii pe care-i conduc (Gosselin. R, 1984).

Concentrarea atribuie toată puterea administrației centrale orașului capitală.

Exemple tipice pentru asemenea modalități administrative sunt:

- primarul: autoritate descentralizată
- prefectul: autoritate deconcentrată.

Prefectul reprezintă guvernul central la nivel local (districtual, județean în cazul României). Acesta coordonează toate activitățile serviciilor de stat la acest nivel. Personalul local al diferiților funcționari publici aparținând de diferite ministere este, de obicei, responsabil în fața prefectului pentru activitatea zilnică.

Primarul, ales direct de către cetățeni, este președintele consiliilor (sau altor structuri de putere echivalente) locale. Aceste consilii locale sunt independente, fiind și ele alese direct, și reprezintă niveluri separate de guvernământ asupra cărora autoritățile centrale exercită un control limitat și nu direct (Elliot, M.J, 1981).

O formă particulară a descentralizării administrației de stat este individualizarea anumitor servicii sub forma instituțiilor publice: aceasta este așa-numita *descentralizare prin* [illegible] care diferă complet de *descentralizarea administrativ-teritorială* (geografică), care nu ține de resortul procedurilor electorale (Smith,B.C.,1985). În cadrul descentralizării funcționale există un transfer de autoritate către birouri locale [illegible] în rezolvarea unor sarcini specifice.

Din punct de vedere organizațional, anumiți autori definesc descentralizarea ca modalitate de distribuire a puterii între grupuri cu interese diferite, în care cel puțin un grup reprezintă organismul central, Guvernul. Din acest unghi, deconcentrarea este văzută ca distribuirea puterii în cadrul unui grup cu interese comune, structura politică în acest caz reprezentând interesul unui grup particular. În acest mod autorii fac distincție între descentralizare și deconcentrare ca două procese distincte de distribuție a puterii (MacMsod, J., 1983).

Alți autori argumentează că din punct de vedere organizațional există două forme de descentralizare :

- descentralizarea verticală cu dispersarea puterii în jos pe lanțul autorității;

- descentralizarea orizontală, cu manageri având oarecare putere decizională, în [illegible] în interiorul sistemului autoritar formal, dar care poate implica persoane din afara organizației (specialiști ,experți). În acest caz, se consideră că acești outsideri au suficientă putere de-a influența deciziile (Mintzberg, H., 1979).

Deși [illegible] mai sus, există o diferență între descentralizare și deconcentrare, în realitate, deconcentrarea este curent văzută ca o formă inițială de descentralizare, în particular de descentralizare funcțională, formă de cel mai mare interes în sistemele de sănătate.

Recent însă atît tendințele ideologice cât și eforturile de reformă sanitară din lume, cu **accentul sporit acordat mixului public/privat**, au dus la o diversificare și chiar la o perspectivă diferită asupra descentralizării. Această nouă abordare se bazează pe un "model de piață" care sugerează că **principiile descentralizării ar trebui să depășească sfera principiilor administrației publice**. Conform acestei abordări instituția sanitară (spitalul, centrul de sănătate, cabinetul medical) este un actor principal al sistemului și ar trebui să aibe delegată suficientă autonomie încât să poată reacționa la stimulii pieței. O variantă mai radicală a acestei abordări susține că pacientul este/ar trebui să fie de fapt subiectul descentralizării serviciilor sanitare, el trebuind să poate alege totalmente liber serviciul medical, furnizorul sanitar sau schema de asigurări dorită. Însă chiar și în această abordare, rămân important de analizat și utilizat principiile administrației publice, atîta vreme cât administrația publică are un rol major pentru corectarea imperfecțiunilor pieței în sectorul sanitar, aspect întâlnit în toate tipurile de sisteme sanitare, indiferent de gradul și forma de descentralizare adoptată. Conform acestei din urmă abordări rolul Guvernului este mai mult de putere ce reglementează activitatea în domeniul sanitar, motiv pentru care această din urmă formă este denumită și a "**pieţelor sanitare reglementate**".

Aceste două tipuri de abordări ale descentralizării (din perspectiva administrației publice și din cea a pieței) nu trebuie privite însă drept incompatibile una cu alta, ele fiind de obicei complementare, astfel se discută frecvent despre modul în care descentralizarea administrației publice ar putea să conducă la servicii de sănătate care să aibe eficiența pieței private în domeniul sanitar și în același timp, cum poate fi organizată piața privată de servicii de sănătate încât să păstreze unele din atributele serviciilor administrate public, precum echitatea și universalitatea accesului

În general, se consideră că descentralizarea poate lua 4 forme majore:

- **deconcentrarea** (se referă la un transfer parțial al autorității administrative centrale către biroul local al unui minister, i.e. Ministerul Sănătății și Direcția de Sănătate locală)
- **devoluția** (această formă implică crearea sau consolidarea nivelului administrativ sub-național autonom, care trebuie să beneficieze de o mai mare independență față de eșalonul național, respectivele autorități fiind alese la nivel local și nu numite de către [illegible]
- **delegarea** (această metodă se bazează pe transferul responsabilităților manageriale ce aparțin unui număr de poziții bine-definite, unei anumite organizații -denumită uneori 'parastatală'- aflată în afara structurii administrative centrale și care este controlată indirect de cea de a doua)
- **privatizarea** (descentralizarea procesului de luare a deciziilor prin utilizarea unui sistem de prețuri ca un set de 'semnale' pe care consumatorii și producătorii le pot utiliza pentru a lua deciziile [illegible] s. A., 1990).

Această taxonomie încearcă să utilizeze atât abordarea administrației publice cât și pe cea mai recentă legată de rolul pieței libere în asistența de sănătate. Diferența între acești patru termeni depinde in special de cadrul legal al descentralizării, dar un anumit rol poate fi jucat de alți factori cat resurse, suport politic, acordul cetățenilor (OMS,1996). Clasificarea de mai sus îi poate dovedi utilitatea în clarificarea termenilor, mai ales din punct de vedere [illegible]. În practică, totuși, este dificil să întâlnești situații ce permit o delimitare clară dacă se ține seama de multitudinea de mecanisme adoptate pentru descentralizare uneori chiar în interiorul aceluiași sector . în continuare vor fi analizate succint cele patru forme ale descentralizării din prisma sectorului sanitar.

1. **Deconcentrarea.** Se referă la un transfer parțial al autorității administrative centrale către biroul local al unui minister (în cazul României - Ministerul Sănătății). În cazul deconcentrării poate fi o delegare parțială a puterii, în timp ce responsabilitatea reală continuă să rămână la persoana sau instituția investită prin lege cu prerogativele în cauză (adică Ministerul Sănătății). Instituția în cauză poate să restrângă în orice moment prerogativele delegate autorității locale (Rodinelli,D.A.,1987). Uneori, deconcentrarea este mai degrabă transferul muncii de la nivelul central ministerial al guvernului la propriul personal situat în birouri din afara capitalei, fără transferarea autorității de-a lua decizii sau de-a avea libertate în îndeplinirea lor(Cheema, G.S.,and Rodinelii, A.D., 1983). Din punctul de vedere al Ministerului Sănătății. această formă implică înființarea unor autorități locale de sănătate(Direcții Sanitare Județene în Romania), cu funcții bine definite și cu o anumită autonomie, așa încât angajații sănătății la acest nivel să rezolve problemele locale fără un acord permanent de la nivelul central, ministerial.

Poi existe două tipuri diferite de autorități locale deconcentrate:

a) structura "verticală" sau "administrația locală neintegrată"

b) administrația locală "integrată" sau "prefectorială" (Smith, B.C. 1979).

În cazul așa numitei structuri "verticale" fiecare angajat este responsabil față de ministerul de care aparține. În această situație personalul local al structurilor centrale și personalul administrativ local operează independent unul de celălalt. Ambele grupe de oficiali sunt responsabile în fața autorităților centrale, dar ele nu au putere oficială unul asupra celuilalt iar coordonarea se face informal. Totuși în unele țări au fost create structuri de coordonare locală cu scopul de a împiedica organizațiile locale să-și ignore activitățile de la același nivel. În plus față de reprezentanți ai administrației locale aceste comitete au printre membrii politicieni, membrii ai parlamentului, etc. Uneori, bugete speciale sunt acordate comitetelor locale, ca o măsură pentru rezolvarea nevoilor locale. Totuși, de obicei aceste comitete au numai o funcție consultativă, de obicei fiecare agenție "tehnică" opeând în concordanță cu liniile de acțiune pregătite de supervizorii centrali (Rodinelli, D.A., 1987).

În cazul tipului "integrat" sau "prefectorial" reprezentantul local al administrației centrale (de ex. prefectul sau guvernatorul) este însărcinat cu toate funcțiile administrative dintr-un anumit teritoriu, dar acesta este răspunzător la rândul său unui organism central (Ministerul de Interne sau Ministerul Administrației Locale). Deși personalul local poate fi angajat, plătit, instruit, promovat și transferat de către ministerul local, funcționarii sau personalul local acționează ca personal tehnic pentru prefect și sunt responsabili în fața acestuia pentru modalitatea în care rezolvă problemele locale, în timp ce ministerul exercită doar o [illegible]. E primesc de la miniștri de care aparțin doar instrucțiuni legate de probleme [illegible] și de politică generală (Furnis. N., 1974).

Deconcentrarea în sectorul de sănătate implică crearea unor nivele suplimentare cu putere managerială (de ex. la nivel de comitat, district, regiune) și cu delegarea funcțiilor

administrative la aceste niveluri. Schematic, numărul minim de elemente implicate în deconcentrarea sectorului sanitar sunt:

- o arie geografică si o populatie distinctă pentru care există o structură de conducere;
- personal cu prezăţi e specifică însărcinat cu administrarea asistenţei sanitare într-o zonă anume, care a primit puteri bine definite;
- buget şi personal bine definite;
- un mecanism care să permită planificatorilor de la nivel central să fie informaţi despre nevoile de asistenţă medicală de la nivel local (Mills, A. and al., 1990).

Când descentralizarea serviciilor de sănătate implică o politică de deconcentrare se aşteaptă ca Ministerul Sănătăţii să joace un rol important. Autorităţile sanitare locale se bazează pe resursele financiare furnizate de administraţia centrală prin Ministerul Sănătăţii. În general bugetele sunt aprobate la nivel central, şi manevrarea sumelor de către autorităţile locale este foarte limitată în ceea ce priveşte schimbarea destinaţiei cheltuielilor. Chiar când autorităţile locale de sănătate sunt libere să angajeze personal, nivelul salariului este subiectul verificării centrale. La fel, şi investiţiile in sănătate sunt de regulă, decise la nivel central (Vaughan, J.P.,1984)..

Într-un sistem de sănătate deconcentrat planificarea este responsabilitatea Ministerului Sănătăţii. Uneori judeţele/districtele sunt solicitate să facă planuri locale care vor servi ca propuneri pentru planul central, dar decizia finală este luată tot de centru iar judeţelelor/districtelor li se cere să implementeze planul central (Mills, A.and al., 1990).

2. Devoluţia. Această formă implică crearea sau consolidarea nivelului administrativ sub-naţional autonom,(i.e. administraţia locală) care trebuie să beneficieze de o mai mare independenţă faţă de eşalonul naţional.

În principiu, asemenea niveluri administrative au statut legislativ definit, cu recunoaşterea hotarelor geografice. Acestora le sunt încredinţate sarcini specifice şi sunt împuternicite să stabilească impozite locale şi să facă anumite cheltuieli. Deşi asemenea organisme sunt numai parcori complet autonome, ele dispun de mijloace proprii ce le conferă o mare marjă de manevră în aria lor de responsabilitate, situaţie care nu este întâlnită la unităţile administrative subordonate în cazul deconcentrării (Rodinelli, D.A.,1981).

Astfel, devoluţia implică o restructurare mai radicală a serviciilor de sănătate. În general vorbind, este necesară la nivel local o infrastructură administrativă puternică, pentru ca devoluţia serviciilor de sănătate să fie eficientă.

După cum am menţionat mai sus administraţia locală are dreptul să adopte acte legislative şi să colecteze impozite locale şi să aibă propriul buget, pe care să-l utilizeze în conformitate cu nevoile de sănătate locale. Rolul organismelor naţionale, ca Ministerul Sănătăţii este doar acela de-a stabili politica naţională şi de-a furniza suport tehnic. Totuşi, pot apare probleme importante când administraţiilor locale li se încredinţează responsabilităţi în domeniul îngrijirilor de sănătate. În primul rând, sectorul sanitar are cheltuieli importante. Deşi autorităţile locale pot stabili taxe, în general este foarte dificil pentru ele să facă faţă sinoure costurilor pe care le implică funcţionarea optimă a sistemului de sănătate. Astfel apare tendinţa de finanţare a serviciilor de sănătate de la administraţia centrală (care alocăt fonduri administraţiei locale); ca rezultat, autorităţile locale vor fi dependente de centru, şi autonomia locală va fi în consecinţă diminuată (Lowndes, S.,1991)..

Altă problemă este că devoluţia poate să complice eforturile de construire a unei structuri ierarhice logice a serviciilor de sănătate, precum şi crearea structurilor regionale.

Astfel independența organizațiilor de îngrijiri de sănătate poate duce la structuri paralele, mai multe organizații de sănătate din aceeasi arie funcționând fără coordonare și independent una față de alta. Ca rezultat, resursele alocate pentru îngrijirile de sănătate nu vor fi întotdeauna utilizate pentru rezolvarea problemelor prioritare ale stării de sănătate. Multe decizii de la nivel local nu iau suficient în considerare politicile generale de sănătate și funcționarea coerentă și cuprinzătoare a serviciilor de sănătate (Longest, B.B.,1990).

Trebuie subliniat că atunci când descentralizarea este rezultatul devoluției, membrii autorității locale sunt, ca o regulă generală, aleși. Cu toate acestea organizațiile locale pot sau nu avea un consiliu local de sănătate cu responsabilități pentru îngrijirile locale de sănătate [illegible] membri aleși sau numiți de către organele locale. În multe cazuri, [illegible] personal lipsește autorità insuficienței personalului calificat pentru acesta la nivel local. Mai mult, devoluția prezintă riscul unei largi dispersii a abilităților manageriale și crește de asemenea numărul de salariați cu capacități manageriale, atât la nivel național (nivelurile administrative superioare necesită venirea în contact cu un număr crescut de organe locale) cât și la nivel local.

De asemenea, lipsa personalului calificat apare ca rezultat al devoluției care implică o mai largă autonomie în planificarea, dezvoltarea, îndeplinirea programelor, ținând de ansamblul serviciilor publice locale pe baza politicii globale și strategiei la nivel local. Pentru aceasta o pre-condiție a devoluției este existența unui sistem administrativ local bine consolidat, cu personal bine instruit în procesul de planificare sanitară (Rodinelli, D.A., et al.,1983).

Pentru a prevenii asemenea probleme următoarele abordări au fost menționate:

- dezvoltarea unui sistem de evaluare și control pentru monitorizarea implementării corecte a libertății acordate nivelurilor locale
- aceast sistem de evaluare necesită dezvoltarea unui sistem informațional coerent și bine dezvoltat;
- [illegible] standarde acceptate național
- [illegible] unui personal adecvat cerut de noile niveluri de descentralizare (după corecta estimare a numărului personalului care va fi necesar) (Mills, A. and al., 1990).

Toate acestea indică că descentralizarea serviciilor de sănătate prin devoluție la nivelul structurilor locale necesită un angajament financiar considerabil din partea statului și de asemenea o foarte bună cooperare cu autoritățile locale pentru a asigura servicii de sănătate specializate. Toate acestea fac devoluția o alegere dificilă pentru descentralizarea sistemului de sănătate în țările în curs de dezvoltare sau cu resurse financiare puternic limitate unde metoda cea mai frecvent folosită a fost deconcentrarea (Cheema, G.S.,and Rodinelli, A.D.,1983).

3. Delegarea se bazează pe transferul responsabilităților manageriale ce aparțin unui număr de poziții bine-definite, unei anumite organizații (denumită uneori 'parastatală') aflată în afara structurii administrative centrale și care este controlată indirect de cea de a doua. De asemenea, autoritatea pentru anumite funcții specifice este, de obicei, transferată prin delegare, guvernul central menținîndu-și însă responsabilitatea ultimă pentru acele funcții (Rodinelli, D.A.,1981).

[illegible] termenul 'descentralizare funcțională' în loc de delegare (Leonard, D.K.,1982) argumentînd că acest termen este mai semnificativ și comparîndu-l cu noțiunea de "descentralizare spațială" ce se referă la deconcentrare și devoluție. În domeniul sănătății, delegarea este aplicată serviciilor de sănătate finanțate prin sistemul asigurărilor [illegible] și în cazul managementului spitalelor [illegible] (Mills, A. and al.,1990).

Finanțarea se bazează în special pe o taxă (asigurare) percepută pe salarii. Astfel de organizații parastatale au propriul statut legal, își controlează personalul și, de obicei, dețin proprietatea asupra echipamentelor și a localurilor în care funcționează. Au un consiliu de administrație: membri acestui consiliu pot fi aleși dintre membri organizației sau pot fi numiți de autoritățile centrale sau locale. Ei răspund de managementul organizațiilor lor și, de obicei, sunt subordonați atât guvernului cât și populației asigurate (Ellenoweig A.Y.,1992).

Dar aceste organizații parastatale pot să nu fie ele însele descentralizate, deoarece autoritatea luării deciziilor poate fi extrem de centralizată în cadrul organizației, de regulă consiliul de administrație fiind cel ce deține responsabilitatea. Aceasta este de altfel o problemă comună tuturor formelor de descentralizare, și anume, pînă la ce grad poate fi relizată descentralizarea și la ce nivel al organizației trebuie să fie oprit acest proces.

Cînd managementul unui întreg sistem naționalizat al sănătății este asigurat (prin delegare) de un organism parastatal distinct, rolul Ministerului Sănătății este axat pe problemele [illegible] de politică generală. Practica actuală este de a delega unele funcții ale asistenței de sănătate, cum ar fi serviciile de sănătate numai pentru angajații asigurați. Dar și în acest caz pot să apară probleme în coordonarea serviciilor de sănătate finanțate direct de către Ministerul Sănătății cu cele furnizate categoriilor ce sunt acoperite de asigurările de sănătate (OMS, 1978).

4. Privatizarea reprezintă cea de a patra formă de descentralizare se referă la. Unii autori contestă privatizarea ca formă specifică a descentralizării serviciilor de sănătate, pe motiv că transferul autorității către sectorul privat semnifică mai degrabă o modificare și un transfer către un tip de sistem managerial diferit și nu un transfer între diferite forme de management din interiorul aceluiași system (Collins, 1996). Vom include totuși privatizarea printre formele descentralizării considerînd că obiectivul general al sistemului în care operează rămîne același, i.e. furnizarea serviciilor de sănătate către pacienți. In același timp [illegible] menționat [illegible], chiar și în această abordare nu se poate vorbi de o descentralizare totală, unele funcții rămînînd în continuare în mîinile unor organisme non-private, astfel că nu există la ora actuală un sitem de sănătate complet privat(izat). Mai mult, există cazuri în care furnizarea serviciilor sanitare este privată, dar o parte importantă a costurilor este plătită din fonduri publice (ca în cazul Canadei sau chiar al SUA).

[illegible] guvernul e să renunțe la unele sau toate responsabilitățile legate de [illegible] funcției, fie prin transferarea lor unor organisme neguvernamentale, fie prin permisiunea acordată unor intreprinderi particulare, profit sau non profit, de a indeplinii aceste funcții în cadrul unor înțelegeri mai mult sau mai puțin oficiale.

Unii economiști au argumentat că cea mai bună definiție a privatizării în asistenta de sănătate (sau în orice alt domeniu) este descentralizarea procesului de luare a deciziilor prin utilizarea unui sistem de preț și a unei serie de 'semnale' pe care consumatorii și producătorii le pot utiliza pentru a lua decizii (Donaldson, C., and Gerard, H., 1992).

S-a argumentat că atunci cînd sistemele planificate în mod public și/sau centralizat eșuează sau par să eșueze în realizarea necesităților legate de sănătate, privatizarea (și în consecință concurența) este soluția viabilă pentru realizarea sau alinierea nevoilor consumatorilor la posibilitățile sistemului general (Iglehart,J.K.,1992). Astfel, privatizarea și subordonarea față de forțele pieței sunt, uneori, considerate ca avînd potențialul de a îmbunătăți eficiența sistemelor de sănătate, de a obține venituri suplimentare din surse private sau ambele (Immergut,E.M.,1992).

În același timp s-a afirmat că privatizarea serviciilor de sănătate sporește posibilitatea de alegere a consumatorului și duce la limitarea creșterii exponențiale a costurilor pentru îngrij[illegible] [illegible] sunt discutabile; mulți autori au arătat că

privatizarea nu îmbunătățește libertatea de alegere a pacienților: în timp ce sistemul bazat pe practica privată și pe asigurarea particulară permite doctorilor să prescrie tratamente fără a lua în considerare costurile, acesta nu oferă o adevărată libertate de alegere consumatorilor de servicii de sănătate neinformați sau dezorganizați (Enthoven, A.,1986). Un exemplu al acestui trend este reprezentat de către furnizarea de servicii de sănătate de anumite organizații de sănătate private din SUA(numite HMO) în cadrul cărora libertatea de alegere este puternic restricționată, chiar mai mult decât în cazul multor sisteme publice(criteriul esențial fiind aici cel al eficienței economice).

Din aceste cauze, în diverse țări a apărut un amalgam de de servicii de sănătate publice și private mai degrabă decât o privatizare totală, cu un accent deosebit pus pe noțiuni ca piețele de îngrijiri de sănătate "interne" sau "administrate". Trebuie menționat că, din perspectiva autorului, privatizarea serviciilor de sănătate nu poate fi privita ca un scop în sine, ci mai degrabă ca un mijloc de atingere a unor obiective prestabilite. Acest lucru are implicații importante în definirea modalităților de introducere a practicii private în domeniul sanitar, având în vedere că atingerea a diferite tipuri de obiective poate conduce la acceptarea anumitor modalități de privatizare în defavoarea altora. Spre exemplu co-plățile pot fi introduse, paradoxal la prima vedere, fie pentru a crește accesul la anumite servicii care sunt solicitate în exces, fie pentru a reduce cererea pentru ele (în funcție de opțiune, se alege o soluție specifică). De asemenea privatizarea poate avea ca prioritate sporirea fondurilor care se îndreaptă spre sectorul sanitar sau reducerea resurselor publice către acest sector etc. În esență privatizarea este un mijloc pentru atingerea unui scop prestabilit, atunci când se dorește realizarea unei strategii coerente, iar, ca regulă generală, privatizarea care nu asigură competiție poate fi mai nocivă decât lipsa privatizării.

Un aspect special legat de privatizarea serviciilor de sănătate în general, și în particular de finanțarea privată, este cel al coplăților și pe care, dată fiind larga discuție în jurul acestui subiect în Romania, vom încerca să-l abordăm mai pe larg din perspectiva experienței internaționale existente în acest domeniu in capitolul destinat integral descrierii finanțarii serviciilor de sanatate.

Putem spune la finalul secțiunii dedicate privatizării că, în multe țări, privatizarea serviciilor de sănătate a căpătat o conotație ideologică, susținătorii economiei de piață considerînd privatizarea ca formă optimă de descentralizare și eficiență. Acest proces al privatizării poate fi considerat ca o parte a apariției neo-consrvatorismului în anii '80 și '90(așa cum am menționat în secțiunea despre rolul ideologiei în politica sanitară). Totuși, o altă dimensiune din afara scenei politice poate să ajute la explicarea acestui fenomen, cum ar fi faptul că sistemele de finanțare nu sunt destul de eficiente în ceea ce privește atât accesibilitatea la asistența medicală cât și calitatea serviciilor oferite; drept rezultat, publicul este tot mai puțin satisfăcut de asistența de sănătate publică și caută surse alternative pe piața particulară; privatizarea și concurența pot apare ca reacție la aceste presiuni (Inglehart, J.H. 1990). Tabelul 14.1. sintetizează prezentarea de până acum referitoare la descentralizare.

O etapă importantă în procesul de operaționalizare a politicilor de sănătate este reprezentată de faza implementării; în continuare vom aborda acest proces cu accentul pus pe politica de descentralizare, ca mecanism prioritar în adecvarea deciziei la nevoile comunitare.

În general, s-a reținut faptul că procesul de descentralizare ar trebui să înceapă prin sensibilizarea opiniei publice în scopul de a crea o opinie generală favorabilă reformei.

În cea ce privește dezvoltarea acestui proces, există două strategii generale:

- procesul poate să fie inițiat de sus în jos sau de jos în sus;
- procesul poate să fie inițiat din interiorul sau din exteriorul sectorului sănătății;

- procesul poate fi realizat utilizând în principal un canal politic sau unul managerial (Berman, P.,1978).

FUNCȚII	DECON-CETRARE	DEVO-LUȚIE	DELE-GARE	PRIVA-TIZARE
Legislativă	--	**	--	--
Colectare de fonduri	*	**	**	***
Elaborare de politici	--	**	**	**
Planificarea resurselor	**	**	***	***
Managementul -personalului -bugetului -procurării de materiale	 * ** *	 ** ** **	 *** *** ***	 *** *** ***
Pregătirea personalului	*	**	***	***

*Legenda: *** Responsabilități extinse ** Unele responsabilități*
** Responsabilități limitate - Nici o responsabilitate*

Tabel 14.1. Funcțiile sistemelor de sănătate la nivel local în diferite forme de descentralizare
Sursa: Vladescu, C. 1999

De sus în jos: modalitatea cea mai des folosită. Această strategie este bună în special în cazul țărilor cu resurse puține, ce trebuie să fie alocate extrem de judicios. Pentru a avea succes acest tip de abordare sunt necesare o serie de precondiții:

1. circumstanțele externe organismului care face implementarea unei anumite politici sanitare să nu impună constrângeri invalidante pentru procesul dorit.
2. resurse necesare și timp suficient sunt disponibile programului.
3. să existe nu doar resursele generale solicitate, dar, la fiecare etapă a procesului de implementare, să fie disponibile resusele în mixul dorit.
4. opțiunea politică ce se dorește a fi implementată se sprijină pe o solidă bază teoretică, cu relații explicite în ceea ce privește cauzalitatea fenomenelor.
5. să existe un singur organism responsabil de implementarea politicii sanitare care să nu depindă de alte organisme pentru succesul acțiunii, sau dacă alte organisme sunt implicate, dependența să fie minimă.
6. să existe înțelegere și acord deplin asupra obiectivelor de atins; aceste aspecte să se mențină pe întreaga perioadă de implementare
7. pe parcursul procesului de implementare să poată fi clar definite, detaliat și secvențial, sarcinile fiecărui participant
8. să existe comunicare și coordonare perfectă între diferitele elemente implicate în program
9. cei care dețin autoritatea pot solicita și obține ascultarea perfectă (Ham, C și Hill, M, 1992).

De jos în sus: această strategie, aplicabilă în special țărilor bogate, necesită structuri locale puternice prevăzute cu personalul necesar ducerii la îndeplinire a acestui proces.

Din interiorul sectorului de sănătate: modalitatea cea mai frecvent folosită, având diverse variante; poate fi îndeplinită fie ca o inițiativă locală, fie de la nivel central.

Din afara sectorului: această strategie implică existența unor grupuri de inițiativă care au putere de influență și puterea de luare a deciziilor și care sunt interesate în reformarea sistemului de sănătate. De fapt, acesta implică cooperarea strînsă cu autoritățile centrale (Baret, C. and Hill, D.,1987).

Canalul politic: deşi s-ar părea că deciziile politice au importanţă capitală, este posibil ca descentralizarea să nu fie întotdeauna realizată pe o fundamentare politică (în special în cazul deconcentrării). Când factorii politici (fie locali sau centrali) nu cunosc problemele ce aparţin sănătăţii şi când ei nu conferă prioritate acestor probleme, procesul nu poate fi demarat prin utilizarea acestei strategii. Pentru a fi siguri de reuşita acestei acţiuni ar trebui să existe o voinţă politică ce favorizează descentralizarea. În general, trebuie să se reţină faptul că descentralizarea sistemelor de sănătate necesită timp iar politicienii sunt, de obicei, implicaţi în acţiuni ale căror rezultate sunt repede şi uşor de observat de către electorat (Blum, H.L.,1974).

Canalul managerial; acesta are avantajul că, în general, managerii nu sunt aleşi (aşa cum sunt politicienii) şi din această cauză pot asigura continuitatea şi uniformitatea procesului. Totuşi şi această strategie are nevoie de sprijin politic (Majone, G., and Wildansky, A.,1978).

În general, descentralizarea sistemului de sănătate ar trebui demarată în zonele în care pot să apară rezultate în timpul cel mai scurt posibil, urmate de zonele care au nevoie de o perioadă de timp mai mare pentru realizarea unor rezultate bune.

Cele 4 tipuri de descentralizare discutate în acest capitol nu trebuie să fie considerate drept modelă [illegible] de realtă. În realitate, fiecare sistem de îngrijiri pentru sănătate [illegible] caracteristice pentru toate cele 4 tipuri de descentralizare.

Se poate spune că formele administraţiei locale ce permit o autonomie lărgită sunt mai puţin prezente în ţările în curs de dezvoltare (unde forma cea mai frecventă de descentralizare este deconcentrarea) în comparaţie cu ţările dezvoltate. Dar forma şi gradul de descentralizare diferă chiar şi în acelaşi grup de dezvoltare economică şi aceasta datorită unei game vaste de factori printre care cei mai importanţi sunt:

- dimensiunea ţării în care are loc procesul;
- nivelul la care este îndeplinită descentralizarea;
- responsabilităţile şi compoziţia autorităţilor locale descentralizate;
- implicarea publicului în procesul de luare a deciziilor,
- mecanismul de finanţare;
- metodele de control şi evaluare;
- responsabilităţile în termenii planificării;
- cultura politică;
- colaborarea intersectorială (Mills, A. and al.,1990).

Se poate astfel aprecia că formularea şi implementarea descentralizării, în cadrul întregii structurii a serviciilor de sănătate trebuie să fie examinată din punct de vedere critic pentru a [illegible] asigura contribuţia sa efectivă la îmbunătăţirea stării de funcţionalitate a serviciilor [illegible]. Pe o contribuţie la acest gen de analiză, caseta 14.1 prezintă 10 întrebări fundamentale ce ar trebui avute în vedere de către cei ce trasează orientarea politică pentru introducerea unei descentralizări efective la nivelul serviciilor de sănătate.

- De ce este [illegible] descentralizarea ?
- Ce [illegible] descentralizarea [illegible] instituie legăturile cu autoritatea ?
- La ce nivel al sistemului guvernamental ar trebui să fie efectuată descentralizarea resurselor, acţiunilor şi a autorităţii ?
- Care este rolul Ministerului Sănătăţii în cadrul sistemului descentralizat ?
- Ce resurse, funcţiuni şi autorităţi vor fi descentralizate ?
- **Cît de adecvată este descentralizarea pentru dezvoltarea planificării naţionale a sănătăţii?**
- **Ce măsuri au fost luate pentru a se asigura compatibilitatea descentralizării cu principiul echităţii ?**
- **Este programul de management al sănătăţii consolidat şi este sprijinit în unitatea descentralizată ce va fi dezvoltată ?**
- Facilitează descentralizarea democratizarea managementului şi planificării sănătăţii ?
- Contribuie descentralizarea la dezvoltarea coordonării intersectoriale ?

Caseta 14.1. 10 întrebări fundamentale necesare unei formulări şi implementări eficiente a descentralizării în cadrul sistemelor de sănătate

Surse : Collins, C. Green, A. 1989 (modificat).

CAPITOLUL XV

TIPOLOGII ŞI CARACTERISTICI ALE SISTEMELOR DE SĂNĂTATE

Un sistem sanitar poate fi analizat şi caracterizat ţinând cont de două aspecte importante: fluxul financiar şi organizarea sa.

Din punct de vedere al fluxului financiar, indiferent de tipul sistemului sanitar există trei mari actori: terţul plătitor, furnizorul şi consumatorul sau pacientul, aşa cum este reprezentat în schema. În funcţie de diferitele tipuri de relaţii care se realizează între aceştia se pot descrie mai multe tipuri de sisteme sanitare. O analiză făcută de OECD a identificat 7 asemenea modele ce vor fi descrise în continuare(OECD, 1992, The Reform of Health Care Systems: A Comparative Analysis of Seven Countries, Paris). Descrierea detaliată a caracteristicilor şi consecinţelor modalităţilor de colectare a fondurilor şi plată a furnizorilor cuprinse în aceste modele va fi făcută ulterior, în secţiunea referitoare la finanţare.

1. Modelul cu plată voluntară – "din buzunar"

Figura 15.1. descrie prima şi cea mai simplă formă a pieţii sanitare private, fără asigurări, cu plata directă, din buzunar, pe baza tranzacţiilor directe între consumatorii şi furnizorii de servicii medicale. Liniile continue arată fluxul serviciilor, cele întrerupte pe cel al banilor, iar cea curbată pe cei al trimiterilor. Furnizorii sunt schiţaţi ca multipli pentru a arăta că există competiţie între ei, indusă de consumatori (deseori însă existând reglementări restrictive).

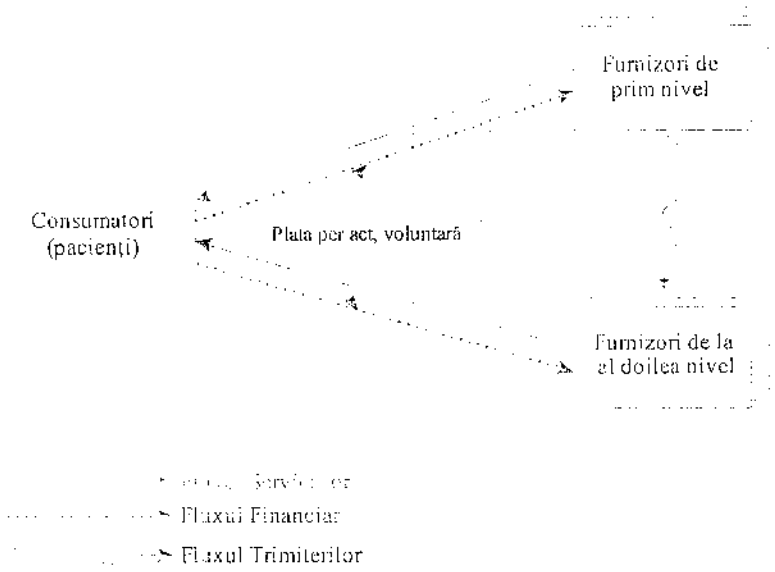


Figura 15.1. Plata Voluntară, "din buzunar" pentru asistenţa sanitară

Plata serviciilor depinde de capacitatea de plată. Atunci când veniturile sunt insuficiente, sau când cheltuielile sanitare sunt neaşteptat de mari, modelul nu asigură un acces adecvat şi echitabil la asistenţa sanitară. De asemenea, eficienţa micro şi macroeconomică este dubitabilă. Chiar dacă consumatorii au libertate de alegere deplină, suveranitatea pacientului este discutabilă datorită existenţei unei puternice asimetrii informaţionale între pacienţi şi medici, ca

și datorită monopolului deținut de furnizorii medicali. Acest model este satisfăcător doar pentru intervențiile [illegible] sau de rutină.

Acest model poate [illegible] minor, suportiv în cadrul altor sisteme. Este utilizat mai ales pentru plata medicamentelor, în totalitate sau parțial. De asemenea consultațiile medicale private sunt [illegible] astfel. Aproape toate principiile ce stau la baza politicilor de sănătate moderne ar rămâne nesatisfăcute prin utilizarea unui astfel de mecanism de plata.

Modelul de asigurare voluntara cu rambursarea pacienților

Funcționarea piețelor medicale private poate fi întărită prin introducerea asigurărilor de sănătate voluntare, rămânând însă în continuare efecte secundare nedorite. **Figura 15.2.** arată acest model cu rambursarea pacienților pentru cheltuielile medicale, total sau parțial, și cu o interferență minimă în tranzacțiile medic/pacient. Modelul implică:

- plata directă, per act a furnizorilor
- competiție între companiile de asigurare
- prime în funcție de riscurile individuale
- nu există legături între furnizori și asiguratori
- rambursarea banilor pacienților pentru serviciile medicale acoperite de polițele lor de asigurare

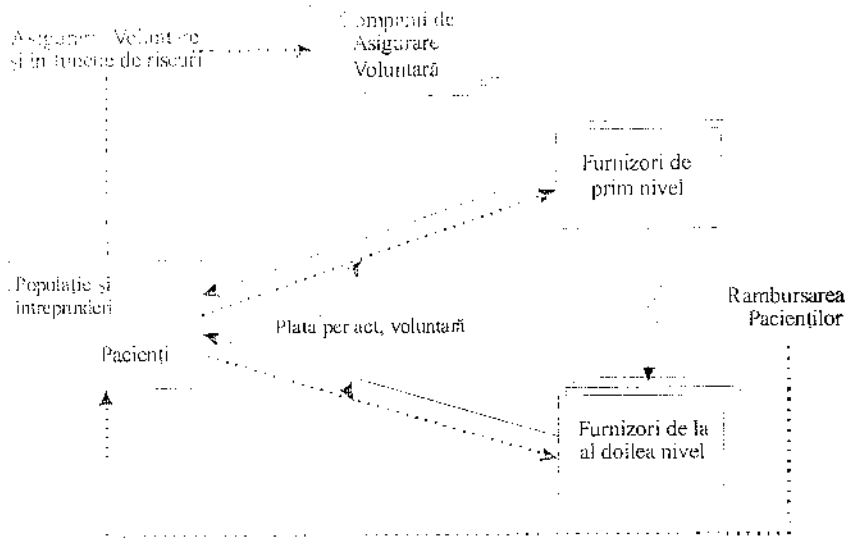


Figura 15.2. Asigurare voluntară cu returnarea banilor plătiți de pacienți

Poate exista împărțirea costurilor între pacienți și asiguratori. În diagramă se poate remarca [illegible] pacienții care utilizează serviciile și populația care plătește taxele.

Acest model este considerat superior plății directe, pacienții putându-se asigura împotriva unor cheltuieli medicale neașteptate prin intermediul primelor plătite. Totuși costurile administrative dintr-un asemenea sistem adaugă cca 10% la costurile primelor medicale actuariale. De asemenea mai există descrise două alte dezavantaje. Mai întâi, atunci când consumatorul este protejat de aceste asigurări, apare fenomenul de hazard moral: nu există stimulente pentru reducerea cererii, care poate fi indusă chiar de către furnizori (medici). Al doilea dezavantaj major constă în apariția inechității sistematice, accesul la asigurări și deci la asistenta medicală, va fi în relație cu capacitatea de plată.

Companiile private de asigurare vor încerca să scape de persoanele cu risc crescut de îmbolnăvire sau să le stabilească prime mari: ca atare persoanele cu afecțiuni pre-existente

şi cu venituri reduse vor avea mari dificultăţi/vor fi excluse de la asigurările private de sănătate, apărând fenomenul selecţiei adverse.

Este model [illegible] numai pentru SUA, dar rar pentru Europa.

Modelul este utilizat preponderent pentru alte sectoare decât cel medical (asigurări de viaţă, de bunuri, etc.). Se întâlneşte pentru piaţa privată din Anglia şi Olanda.

Modelul de asigurare obligatorie cu rambursarea pacienţilor

Problemele legate de echitate şi selecţia riscurilor întâlnite în modelul anterior pot fi diminuate prin introducerea obligativităţii asigurărilor în funcţie de venituri (o cotă procentuală din venitul individual), fapt ce duce la fenomenul "solidarităţii", cei "bogaţi" cotizând şi pentru cei cu venituri mai reduse. **Figura 15.3.** descrie acest model cu aceleaşi mari principii întâlnite şi anterior:

- plata directă (per act) a medicilor de către pacienţi;
- prime obligatorii în funcţie de venituri;
- fonduri finanţatoare care nu sunt în competiţie
- nu există conexiuni între furnizori finanţatori;
- rambursarea cheltuielilor făcute de pacienţi în concordanţă cu cele prevăzute în schema de asigurare.
- poate de asemenea exista împărţirea costurilor între pacient şi asigurator (co-plăţi).

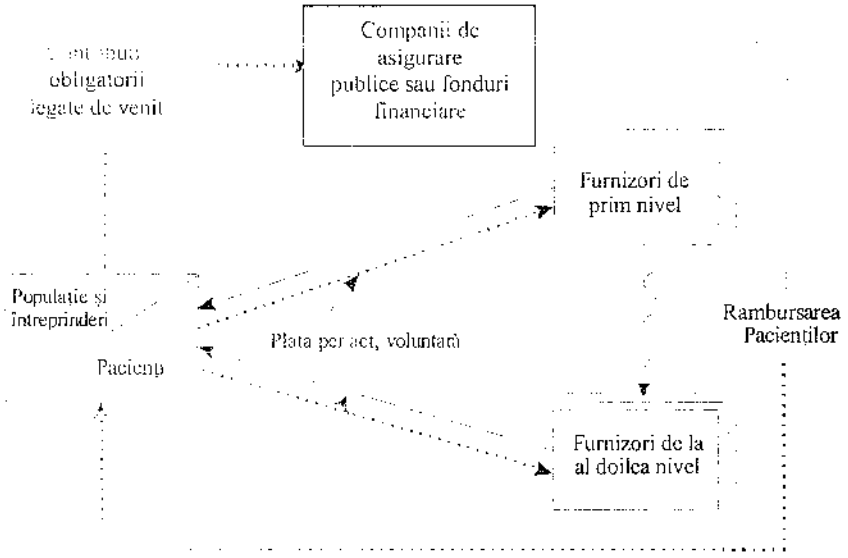


Figura 15.3. Asigurare obligatorie cu returnarea banilor plăţiţi de pacienţi

Deşi pot existe multiple fonduri de bază (după localizarea geografică, profesiune etc) şi chiar libertatea cetăţenilor de a alege între fonduri, trebuie să existe prime uniforme şi subsidiaritate între fonduri pentru a prezerva principiul solidarităţii amintit anterior, deci competiţia nu poate avea loc.

Deşi prin acest model se poate obţine o anume echitate în accesul la serviciile sanitare şi plata lor, continuă să persiste unele din problemele întâlnite la modelul privat echivalent: hazardul moral, cererea indusă de ofertă şi tendinţa spre costuri administrative mari. Din nou, hazardul moral poate fi contrabalansat prin introducerea co-plăţilor.

Elemente din acest tip de model se întâlnesc în Belgia şi Franţa.

Modelul de asigurare voluntară contractuală

Pieţele private europene au realizat de multă vreme aranjamente de asigurare voluntară care implică relaţii contractuale între asiguratori şi furnizorii independenţi: aceste aranjamente permit anumitor furnizori să realizeze servicii medicale parţial sau total "gratuit" [illegible] asigurării asiguraţi. Figura 15.4 arată un astfel de model cu:

- [illegible] furnizate liber pacienţilor asiguraţi
- competiţie între companiile de asigurare
- prime de asigurare fixe, comunitare de obicei
- plata per act sau capitaţie prin intermediul terţului plătitor
- competiţia între furnizori (linie punctată) este dirijată de asiguratori şi nu de pacienţii individuali

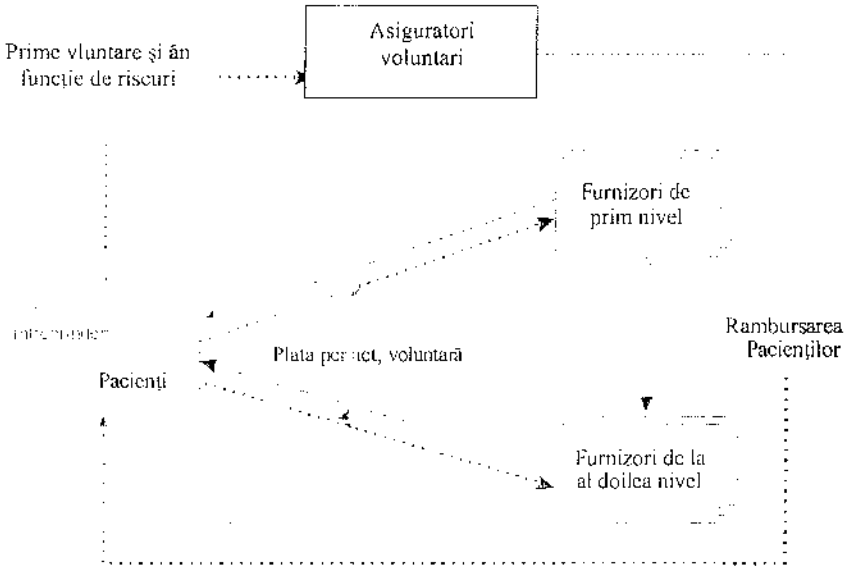


Figura 15.4. Asigurare voluntară cu contracte furnizor/asigurator

Acest model a fost sau este întâlnit în diferite variante:

asiguratorul poate fi controlat de consumatori (precum era situaţia în Europa anilor '20-'40), de doctori sau alţi furnizori (azi în IPA-SUA), de organizaţii private independente atât ale furnizorilor cât şi ale consumatorilor.

Aceste scheme pot acoperi practica primară ca şi pe cea spitalicească. Caracteristicile esenţiale ale acestui model sunt:

- [illegible] este de obicei restrânsă de contractele încheiate cu anumiţi furnizori;
- asiguratorul are atât stimulentul cât şi mijloacele de a negocia servicii economice dar şi de calitate bună pentru consumatorii care cotizează.

Dacă asistenţa spitalicească este furnizată sub acest model, atunci medicii din asistenţa primară acţionează, de obicei, ca un filtru pentru pacienţi.

Acest model poate fi unul mai eficient, datorită puterii deţinute atât de asigurator cât şi de rolul de filtru al medicului de asistenţă primară. Atunci când doctorii sunt şi proprietarii companiei de asigurare acest avantaj potenţial se diminuează mult. Există de asemenea potenţialul de a avea costuri administrative mai scăzute ca în modelul de asigurare convenţional, de asemenea calitatea prestaţiilor fiind prezervată. Dezavantajele majore sunt legate de capacitatea redusă în realizarea echităţii şi solidarităţii.

În Europa au fost abandonate deoarece se adresau în principal celor ce lucrau, lăsând neacoperită o parte importantă a populației. De asemenea erau nepopulare printre doctori datorită puterii financiare locale care îngrădea sensibil veniturile medicilor, fiind înlocuite de fondurile de asigurare obligatorie cu remunerația medicilor per act, cu tarife negociate central.

Modelul public contractual

Acest model se regăsește frecvent în schemele de asigurări obligatorii europene. Figura 15.5 exemplifică:

- servicii furnizate consumatorilor eligibili în mod liber
- contribuții obligatorii, legate de venituri
- plata per act sau capitație prin intermediul fondurilor de asigurare către furnizorii independenți

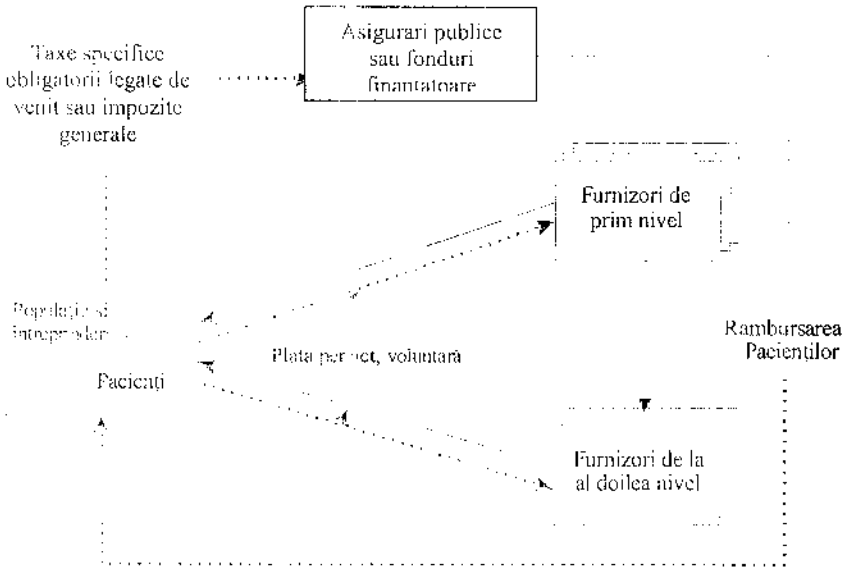


Figura 15.5. Asigurare obligatorii cu contracte între asigurator și furnizor

Și acest model poate avea mai multe variante.

Sursa de finanțare poate fi impozitul general și nu doar primele de asigurare. Terțul plătitor poate fi, în locul fondurilor de boală guvernul central sau local sau chiar doctorii de prim nivel pentru cei de la al doilea nivel. Spitalele pot fi organisme publice.

Principalele caracteristici ale acestui model sunt:

- terțul plătitor este un organism public, care are relații contractuale cu furnizorii; altfel spus există o separare între finanțatori și plătitori.
- frecvent metoda de plată este dependentă de cantitatea și calitatea muncii prestate.

Este (era) comun pentru furnizorii europeni aflați în acest tip de sistem să fie liberi să facă contracte cu orice fond de asigurări, pe baza principiului "libertății de alegere". Acest aspect [illegible] pacienților, [illegible] comparație cu modelul voluntar, dar cu prețul transformării [illegible] de boală locale în simple oficii de plată pasive. Acest aspect reduce puterea [illegible] fondurilor (monopson). Ca rezultat, negocierea tarifelor are loc de regulă între reprezentanții regionali sau naționali ai furnizorilor și finanțatorilor. Acest lucru combinat cu libertatea alegerii furnizorului duce la competiție condusă de pacient față de cantitatea și calitatea serviciilor, dar nu și asupra prețului.

Modelul contractual public are multe din caracteristicile versiunii private. Menține libertatea de alegere a furnizorilor de către pacienți, deși acest lucru depinde de natura clauzelor contractuale. Nu oferă de regulă libertatea alegerii asiguratorului. Eficiența macro-economică tinde să devină responsabilitatea guvernului, existând și un grad sporit de micro-eficiență. Dacă plata e prin capitație, se pot face economii substanțiale prin comparație cu modelul bazat pe rambursarea cheltuielilor. De asemenea, costurile administrative sunt mai scăzute. Fiind obligatoriu asigură acoperire universală și nivelul de echitate dorit.

Este modelul dominant pentru asistența primară în Germania, Irlanda, Anglia și pentru spitale în Germania, Belgia, Olanda, Anglia. E utilizat parțial și pentru asistența primară în Franța și Belgia.

Este totodată modelul în jurul căruia se centrează multe din reformele sistemelor de sănătate contemporane.

Modelul de asigurare voluntară cu integrare între furnizor și asigurator

La începutul dezvoltării pieței medicale private europene unele grupuri de asiguratori au considerat mai util să angajeze medici cu salariu și să fie și proprietarii facilităților medicale, mai ales pentru asistența primară.

Caracteristicile acestui model sunt:

- servicii furnizate liber pacienților
- competiție între asiguratori
- prime voluntare, fixe
- integrare verticală între asiguratori și furnizori, cu plata prin salarii și bugete prospective
- libertatea de alegere a medicului de către pacienți este limitată de alegerea companiei de asigurare

Astfel acest model prezervă libertatea alegerii companiei de asigurare, dar restrânge scala furnizorilor. Are un bun potențial pentru eficiență micro- și macro-economică prin:

- stimulentele competiției
- managementul furnizării serviciilor medicale (prin "filtrele" asistenței primare și contractele la angajare
- economii administrative prin integrare verticală.

Deși pot exista stimulente pentru subutilizarea serviciilor, acestea sunt contrabalansate de nevoia companiei de asigurare de a atrage și menține consumatorii într-o piață liberă competitivă. Ca orice model voluntar și cu acest model este dificil de obținut protecția grupurilor vulnerabile; acest lucru deoarece dobândirea asigurării este dependentă de capacitatea de plată, iar grupurile la risc vor trebui să plătească mai mult.

Este tipul utilizat în SUA în HMO (organizații integrate de furnizare a serviciilor de sănătate), fiind puțin utilizat în Europa.

2. Modelul de asigurare obligatorie cu integrare între furnizare și asigurare

Varianta publică a modelului anterior a fost larg adaptată în sistemele obligatorii.

Caracteristicile acestui model:

- servicii furnizate liber pacienților
- terți plătitori organizați de organisme finanțatoare publice, de obicei autoritățile publice centrale sau locale
- finanțare prin contribuții legate de venituri, obligatorii, deseori via impozite generale
- plata medicilor se face de obicei prin salarii și bugete prospective.

În general în acest model Guvernul este atât asiguratorul cât și furnizorul principal (chiar și în SUA, unde există Departamentul de Stat pentru Veterani, ca exemplificare a acestui model). Pot existe și alte variante ale modelului, incluzând finanțarea prin asigurări sociale. În general consumatorii nu au libertatea de alegere a asiguratorului.

Versiunea publică a modelului integrat duce la limitarea libertății alegerii atât a furnizorilor cât și a asiguratorilor. Prin comparație cu modelul integrat privat, tendința de subutilizare a serviciilor nu mai e contrabalansată de necesitatea de a atrage și menține noi

clienti. de [illegible] asigurarea este obligatorie. Comparativ cu modelul contractual public, alegerea de către pacient a medicului de asistență primară și de către acesta a spitalului, deși există teoretic, practic este ineficientă. Banii nu urmează pacientul când plata se face prin salarii și bugete globale. Astfel furnizorii eficienți sunt "stimulați" prin mai multă muncă, dar nu și prin resurse sporite. Furnizorii ineficienți sunt recompensați printr-o viață liniștită și aceleași resurse. "Coada" pentru servicii este frecventă, iar pacienții sunt tratați ca și recipienți pasivi și nu ca și "clienți" ce trebuie mulțumiți.

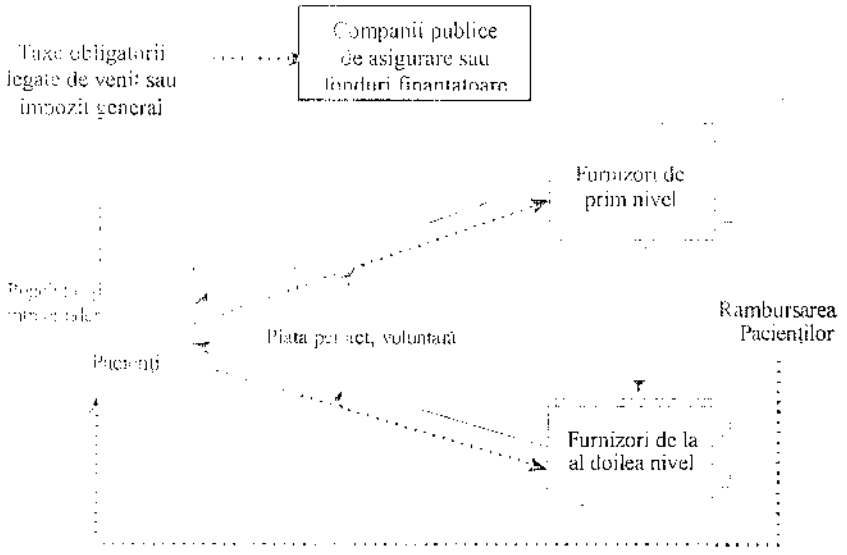


Figura 15.6. Asigurare obligatorie cu integrare între furnizare și asigurare

Lipsesc și stimulentele pentru ca furnizorii să-și minimizeze costurile. De exemplu, cheltuielile [illegible] de unele spitale nu pot fi depășite, ci de obicei sunt urmate de o reducere a bugetului pentru anul următor.

Eficiența macro-economică este responsabilitatea Guvernului și, datorită naturii integrate a modelului, acestuia îi este relativ simplu să controleze cheltuielile sanitare, la nivelul dorit. Pe ansamblu, acest model este capabil să realizeze și economii administrative mai mari decât modelul contractual. Datorită obligativității poate asigura acoperirea universală a populației și nivelul dorit de echitate.

Este modelul dominant în Spania și pentru spitalele publice în Franța și Irlanda, ca și pentru spitalele din Anglia înainte de reforma actuală. A fost de asemenea comun fostelor regimuri socialiste.

Un al criteriu care trebuie să fie analizat atunci când se discută despre alegerea unui tip de sistem de sănătate este rolul pe care statul, prin diferite sale agenții, îl are. Această parte a lucrării propune o tipologie a sistemelor sanitare bazată pe rolul statului în finanțarea și organizarea asistenței medicale (Rodwin, V, Vlădescu,C.,1995). Matricea prezentată aici (tabelul următor) arată că nu există sisteme "pure": nici un sistem total naționalizat, nici în întregime privatizat. Din acest punct de vedere se pot descrie sisteme liberale, sisteme naționalizate și sisteme intermediare.

Sistemele liberale au ca exemple SUA și Elveția (până în momentul introducerii obligativității asigurărilor). Sistemele liberale se caracterizează în esență, printr-o adeziune voluntară la asigurările de sănătate, o descentralizare importantă a politicilor sanitare și o organizare pluralistă a medicinei dominată în sectorul ambulatoriu, de medicina liberală(

medici cu practici private, remunerați per act). În același timp, chiar și în acest model, sectorul public are un rol important. Astfel, o treime din paturile spitalelor din SUA aparțin sectorului public (tabelul următor). Spre deosebire de Elveția, unde 85% din paturile spitalelor [illegible] a paturilor spitalicești din SUA (56%) se află în sectorul [illegible] în SUA există și un important număr de paturi ce revin sectorului privat pentru profit ([illegible]%). Contrar Elveției, unde majoritatea asistenței pentru profit este organizată în clinici particulare, în SUA acest sector este organizat sub formă de rețele naționale cotate la bursă.

Organizare	FINANTARE			
	Prin impozit Sistem fiscal de Stat	Prin Cotizații Sistem Parafiscal Asigurari Sociale	Prin prime voluntare de asigurări de boala Sistem privat sau mutual	Taxe de utilizare Plata directa a tilizatorilor
	A	B	C	D
Public	1	2	3	4
Privat non-profit	5	6	7	8
Privat pentru profit	[illegible]	10	11	12

Tabel 15.1. Organizarea și finantarea sistemelor de sănătate

Sursa: Rodwin, V. și Vladescu, C., 1991

	Sisteme Publice			Sisteme Intermediare				Sisteme Private	
	Marea Britanie	Suedia	Germania	Canada	Franța	Japonia	Olanda	Elveția	SUA
Public	[illegible]	92.4%	[illegible]	98.[illegible]%	63,0%	33,0%	15,0%	85,0%	33,0%
Privat non-profit		7.6%	35.0%	2.0%	11.0%	67.0%	85.0%	6,0%	56,0%
Privat pentru profit	8%	-	14.0%	-	26,0%	-	-	8%	11%

Tabel 15.2. Organizarea spitalelor prin prisma raportului numărului de paturi din sectorul public și cel privat

Sursa: Vladescu, C. Rodwin, V., 1994

Asistența ambulatorie, atât în SUA cât și în Elveția, este furnizată mai ales de medici generaliști și specialiști lucrând în cabinete private și în serviciile de consultații externe ale spitalelor, precum și în serviciile spitalicești de urgență.

Există, de asemenea, centre de sănătate în majoritatea orașelor ca și un sistem de dispensare pentru serviciile de sănătate publică. Inovația cea mai importantă în organizarea sanitară din SUA este reprezentată de sistemele de asistentă medicală coordonată (HMO). În esență, această structură reunește atât finanțatorii cât și furnizorii de servicii medicale, cu

scopul de reduce cheltuielile; în general în aceste organizații medicii sunt plătiți prin salarii, cu posibilitatea obținerii unor bonificații anuale, în funcție de eficiența respectivelor instituții, circuitul financiar caracteristic fiind descris anterior în secțiunea rezervată modelului de asigurare voluntare cu integrare între furnizor și asigurator. Pacienții americani plătesc direct 23% din cheltuielile sanitare față de 31% în Elveția. Asigurările private americane finanțează [illegible] cheltuielile sanitare; în Elveția cifra echivalentă este de 41%. [illegible] privește cheltuielile guvernamentale (sistemul fiscal), cele din SUA depășesc cu mult pe cele din Elveția: 42% față de 25%, participarea guvernului federal al SUA la finanțarea asistenței sanitare [illegible] prin intermediul Administrației de Finantare a Asistenței Medicale (HCFA) prin două programe naționale de asigurări de boală. [illegible] acoperă populația de peste 65 ani, pe bolnavii cu insuficiență renală ca și pe invalizi, și Medicaid ce se adresează grupurilor sociale cele mai defavorizate; ambele programe sunt finanțate prin cotizații sociale, ca și prin contribuții ale guvernelor locale și federal și prin prime voluntare. În ce privește companiile de asigurări din SUA, majoritatea sunt companii private pentru profit, spre deosebire de Elveția unde sunt non-profit. Asigurările private sunt finanțate prin cotizații voluntare (opționale) plătite atât de salariați cât și de patroni (coloana C din tabelul anterior), cuantumul primelor variind în funcție de serviciile asigurate

Sistemele naționalizate au ca exemplul tipic Marea Britanie. Aceste sisteme (uneori numite și socializate) se caracterizează prin universalitatea acoperirii populației cu asistență medicală, o structură organizatorică ce reglementează accesul la medicul specialist și o finanțare majoritară din impozite de stat (prin sistemul fiscal). Există și un sector privat "pentru profit" atât în planul asigurărilor, cât și al prestațiilor medicale.

Ca și în Suedia, spitalele din Marea Britanie aparțin sectorului public. Spre deosebire de Suedia, unde sectorul privat este majoritar non-profit, în Marea Britanie există un sector sanitar privat pentru profit, ca și un sector privat în interiorul spitalelor publice .

Paturile plătite din spitalele publice reprezintă 2% din totalul numărului de paturi ale Serviciului Național de Sănătate (NHS), tratând 2% din cazurile netratate în NHS. În 1992 existau 192 de spitale private cu 97772 paturi, de trei ori mai mult ca paturile plătite din interiorul [illegible] de paturi ([illegible] din capacitatea spitalicească) asigură asistența medicală pentru circa 11% din populația britanică, care este acoperită prin asigurări de sănătate private. În același timp asistența medicală furnizată în mod privat nu reprezintă decât 4% din cheltuielile naționale sanitare britanice. Cu toate acestea se consideră că practica privată permite rezolvarea cererilor nesatisfăcute de NHS, permițând și evitarea listelor de așteptare pentru diferite tipuri de servicii medicale deficitare.

Din 1990 NHS-ul este angajat într-o reformă organizațională: în esență este vorba de introducerea unor mecanisme de piață în interiorul unui sistem public. Autoritățile sanitare districtuale se transformă, din gestionari, în cumpărători de servicii sanitare pentru populația arondată; medicii generaliști, care reprezintă filtre în calea asistenței specialiștilor, pot deveni gestionari de fonduri din care să plătească serviciile medicale ale pacienților de pe listele lor. În fine, spitalele publice pot deveni trusturi independente, libere să-și stabilească politicile de personal și să încheie contracte pentru serviciile furnizate atât cu autoritățile sanitare districtuale, cât și cu medicii generaliști deținători de fonduri. Aceste caracteristici [illegible] acteristice și după schimbarea puterii politice.

Ca și în Suedia, Marea Britanie este finanță majoritar prin sectorul public. Contrar modelului britanic, caracterizat prin centralism ierarhic, Suedia are o mare descentralizare la nivelul fiecărei regiuni. Finanțarea NHS provine mai ales din impozite generale (79%); ponderea [illegible] de 16% iar 5% reprezintă finanțarea directă a utilizatorilor [illegible] pentru utilizarea serviciilor medicale publice. În schimb este [illegible] o plată minimală pentru prescripțiile medicamentoase. Generaliștii sunt plătiți pe baza capitației, în funcție de numărul persoanelor înscrise pe listele lor. În afara acestei capitații, generaliștii mai primesc o alocație în funcție de locul unde-și desfășoară activitatea și o sumă (cam 30% din venitul total) pentru acte de medicină

preventivă și servicii precum vizitele la domiciliu sau cele din cursul nopții; medicii din spitale sunt plătiți prin salariu.

Sistemele intermediare prin definiție, combină anumite caracteristici ale celorlalte două tipuri de sisteme, respectiv universalitatea accesului, organizarea pluralista a sistemului medical, practica medicală liberală și o finanțare pluralistă (coloanele de la A la D) dar bazată mai ales pe cotizații sociale (coloana B, tabelul anterior).

În ce privește asistența spitalicească, există o mare diversitate a ponderii sectorului public [illegible]. Astfel, rolul sectorului public variază de la un maximum în Canada la un minimum [illegible]. Sectorul privat pentru profit atinge maximum în Franța (26%). În modelul francez 63% din paturile de spital aparțin sectorului public. Restul asistenței spitalicești (37%) aparține sectorului privat: din acesta, 68% din paturi sunt în clinici pentru profit. Serviciile ambulatorii franceze sunt furnizate de medici lucrând în cabinete private, în mai mare parte chiar decât în SNA. Există și servicii ambulatorii în spitalele publice, furnizate de medicii spitalelor ca și de medicii "asociați" din sectorul privat.

Prin comparație cu celelalte două tipuri de sisteme, taxele suportate direct de cetățenii din sistemele medicale intermediare sunt inferioare celor din sistemele liberale și superioare celor din cele naționalizate . Astfel, cu excepția Canadei, cotizațiile sociale obligatorii domină finanțarea acestor sisteme. Această dominație variază de la 74% În Franța, la 60% În Germania și la 56% În Japonia. Rolul statului în finanțarea sistemelor intermediare variază de la 74% În Canada, la 31% În Japonia, la 21% În Germania și 1,1% În Franța(tab 3); cotizațiile sociale de boala sunt plătite, în proporții ce variază în funcție de tara și de casa de asigurare, atât de patroni cat și de salariați

În mod tradițional însă, în funcție de sursele finanțare, au fost descrise trei tipuri de sisteme de sănătate:

- **Sistemul de Asigurări Sociale de Sănătate**, numit și Sistem Bismarkian după numele celui care l-a introdus în Germania la sfârșitul secolului XIX, bazat pe prime obligatorii de asigurare, dependente de venituri și nu de starea de sănătate a celor asigurați.
- **Sistemul Național de Sănătate**, numit și model Beveridge, de asemenea după numele celui ce l-a introdus în Anglia după cel de-al doilea război mondial, finanțat prin impozite.
- **Sistemul Voluntar de Asigurări**, caracteristic pieței private de sănătate, cu finanțare privată [illegible] riscurile asiguraților.

Trebuie [illegible] a fondurilor reprezintă doar o parte a unui sistem sanitar, modul de distribuire a acestora către furnizori fiind de fapt cel care determină performanța sistemului.

Astfel, principalele surse de colectare a fondurilor pentru asistența sanitară sunt următoarele:

* **impozitele generale**, care sunt colectate la bugetul statului și apoi distribuite sectorului sanitar conform bugetului aprobat de organismul abilitat (de obicei este vorba de Parlament, ca în cazul României);

* **prime de asigurare obligatorii** pentru toată populația, indiferent de starea de sănătate a celor ce plătesc; aceste prime reprezintă un procent fix din venitul celor asigurați, nefiind corelate cu riscurile de îmbolnăvire a celor ce se asigură. De obicei primele respective reprezintă un procent fix din venitul salariaților și din cel al firmelor, fiind denumite Asigurări Sociale de Sănătate

* **prime de asigurare voluntare** (opționale), care sunt corelate cu starea de sănătate a persoanelor asigurate, sau altfel spus cu riscul de a se îmbolnăvi, sau cu riscurile unei anumite comunități; datorită acestui aspect primele de asigurare plătite variază, ducând la apariția fenomenul cunoscut sub numele de " selecție adversă ", adică la formarea a două pool-uri: unul alcătuit din [illegible] trebuie să plătească prime foarte mari, pe care nu și le pot [illegible] au riscul de a se îmbolnăvi foarte scăzut și care consideră [illegible] asigurare prea mari pentru starea lor de sănătate și ca atare nu subscriu la acest sistem de asigurare, ambele grupe rămânând neasigurate.

* **plata directă** a serviciilor medicale, " din buzunar " în momentul utilizării lor, acest tip fiind în prezent răspândit în țările vestice, de obicei fiind vorba de co-plăți (adică de

acoperirea [illegible] Pe [illegible] fin[illegible] serviciilor medicale care nu este acoperit de asigurarea de bază.

[illegible] modelul de plată al **furnizorilor de asistență sanitară** există numeroase [illegible] (per capita, bugete globale, per act, salarii, etc.), însă nu există o legătură directă între modul de strângere a fondurilor și felul în care banii sunt redistribuiți; în esență principalele mecanisme de redistribuire a banilor către furnizorii de servicii sanitare sunt următoarele:

* **plata prin salariu**, în care personalul este plătit în funcție de numărul de ore lucrate și al cărei dezavantaj major constă în lipsa de corelare dintre volumul și calitatea muncii depuse și venitul realizat, ceea ce poate reexistă în o eventuală reticență a medicului față de procedurile medicale mai eficiente din punct de vedere economic; avantajul principal constă în relativa simplitate a administrării unui astfel de sistem.

* **plata per capita**, prin care fiecare medic primește o sumă fixă pentru fiecare cetățean ce se înscrie pe lista sa, indiferent dacă acesta se va îmbolnăvii sau nu, sumele variind în funcție [illegible] în zona geografică în care este situat respectivul [illegible]. Avantajul acestei metode este considerat faptul că medicii plătiți prin capitație vor intra în competiție pentru a atrage cât mai mulți clienți pe listele lor, ceea ce va duce la creșterea calității actului medical; ca dezavantaj se citează creșterea numărului de [illegible] către asistența medicală secundară, medicii încercând astfel să reducă volumul de [illegible].

* **plata per act**, [illegible] plătiți pentru fiecare activitate medicală prestată cu o sumă [illegible] stabilită; principalul avantaj al acestei metode este că asigură o remunerare [illegible] unică depusă, dezavantajul constând în inflaționarea actelor medicale și în costurile ridicate necesare administrării unui asemenea sistem.

Mecanismele menționate anterior se referă la modalitatea de plată a furnizorilor individuali de servicii medicale (medicii), plata instituțiilor medicale (spitale) făcând apel și la alte mecanisme mai complicate, precum plata pentru ziua de spitalizare, în funcție de secție, plata pentru anumite grupe de boli (mecanism cunoscut sub abrevierea de DRGs, de la "diagnosis-related-groups"), acordarea de bugete globale anuale spitalelor, o analiză mai detaliată a acestor mecanisme [illegible] realizată în alte secțiuni ale acestei lucrări.

Deși nu există o interconditionare directă, se constată că sistemele bazate pe impozitele generale ca sursă de finanțare, îi folosesc în ales salarizarea și plata per capita pentru plata medicilor. În timp ce sistemele bazate pe asigurări (obligatorii sau nu) utilizează preponderent plata [illegible] este largul în sistemele naționale de sănătate este (mai)dificil [illegible] prestație pe bază contractuală, care este regulă în sistemele bazate pe asigurări. La fel ca și în cazul finanțării, trebuie însă menționat că nu există sisteme care să utilizeze doar unul din aceste mecanisme.

[illegible] sistemelor sociale [illegible] dominant, majoritatea țărilor OECD au aderat la următ[illegible] [illegible] furnizare:

- [illegible] de servicii de sănătate;
- eficiența [illegible] costurile asistenței de sănătate nu trebuie să depășească o propor[illegible] respective (în general "rezonabilul" în aceste țări variază între 7% și 9% din PIB);
- eficiență micro-economică: gama serviciilor oferite trebuie să garanteze, pentru un cost minimal, rezultate bune în planul sănătății și al satisfacției pacienților;
- libertate de alegere din partea pacienților;
- autonomia prestatorilor/furnizorilor de servicii de sănătate;
- protecția veniturilor: pacienții nu trebuie să plătească servicii medicale prea scumpe în raport cu veniturile lor, prețurile acestor servicii ar trebui să fie legate de capacitatea lor de plată, ceea ce înseamnă prevenirea situațiilor în care costul unui tratament ar putea amenința existența normală a unui individ sau a unei familii;
- implicarea statului în piața serviciilor medicale și responsabilitatea sa pentru asistența sanitară [illegible].

Majoritatea statelor dezvoltate economic și-au elaborat politicile sanitare pe bazele acestor principii comune, diferite fiind doar modalitățile de punere a acestor principii în practică.

[illegible] finanțarea serviciilor sanitare exclusiv printr-un singur [illegible] este predominant la un moment dat:

- [illegible] pozitelor, fie ele naționale sau locale
- asigurare socială de sănătate
- asigurare privată de sănătate
- plata directă a serviciilor de către pacienți.

ALTERNATIVE ÎN FINANȚAREA ASISTENȚEI SANITARE

SURSE	PRINCIPALE METODE DE COLECTARE A FONDURILOR
PUBLICE	Impozit general
	Impozit specific
	Asigurare Obligatorie
PRIVATE	Asigurare Opțională
	Plata Directă

Figura 15.7. Alternative în finanțarea asistenței medicale

În continuare sunt prezentate principalele modalități de finanțare întâlnite în unele țări occidentale, în funcție de acestor tipuri de colectare a fondurilor definindu-se trei tipuri mari de sisteme de sănătate:

- Sisteme Naționale de Sănătate, ce de predomină finanțarea prin impozite globale, redistribuite prin bugetul de stat;
- Sisteme de Asigurări Sociale pentru sănătate, bazate pe contribuțiile obligatorii (prime) către unul sau mai multe fonduri speciale pentru sănătate;
- Sisteme de Asigurări Private, bazate pe prime de asigurare voluntare.

[illegible] și America de Nord pot fi grupate a [illegible]

- Sisteme Naționale de Sănătate: Spania, Anglia, Irlanda, Norvegia, Suedia, Finlanda, Islanda, Danemarca, Grecia, Canada;
- Sisteme de Asigurări Sociale de Sănătate: Germania, Franța, Belgia, Austria, Olanda, Luxemburg, Elveția;
- Sisteme de Asigurări Private: SUA.

Aceasta clasificare are în vedere doar modul în care sunt colectați banii de la populație, de aceea poate părea surprinzătoare clasificarea Canadei în cadrul Serviciilor Naționale de Sănătate, de obicei Canada fiind cunoscută ca aparținând Sistemelor de Asigurări Sociale, acest fapt bazându-se pe existența caselor de asigurări ce redistribuie banii colectați prin impozite generale și alocați respectivelor case prin decizii ale Parlamentului federal și provincial.

În ceea ce priveşte argumentele în favoarea unuia sau altuia din sistemele prezentate succint anterior, majoritatea studiilor au indicat următoarele aspecte.

Ca principale avantaje pentru Sistemele de Asigurări Sociale de Sănătate (SASS) sunt citate:

* creşterea descentralizării sistemului datorită faptului că plata actelor medicale nu mai revine Ministerului Sănătăţii ci unor organisme (case de asigurare) independente.

* mărimea fondurilor destinate sectorului sanitar este independentă de schimbările priorităţilor politice, importante mai ales în ţările cu fragmentare politica, unde majoritatea este greu de obţinut.

* de asemenea, calitatea asistenţei medicale poate spori, având în vedere că organismele plătitoare pot impune standarde de calitate ce trebuiesc respectate de medicii cu care se află în relaţii contractuale, aspect ce duce la competiţie între furnizorii de asistenţă medicală.

* definirea clară a pachetului serviciilor de sănătate ce urmează să fie furnizat populaţiei ce plăteşte primele de asigurare, atât în termeni cantitativi (pachetul de servicii oferite) cât şi calitativi.

* sprijină stabilirea drepturilor pacienţilor în calitatea lor de clienţi ai furnizorilor de servicii de sănătate.

* stabilirea de relaţii de colaborare fără încărcătura politică cu membrii organizaţiilor medicale reprezentative, atâta vreme cât acestea se referă exclusiv la probleme profesionale (pachet de servicii, norme contractuale referitoare la calitate, strângerea de informaţii medicale etc.).

* fondurile strânse de casele de asigurări pot fi investite eficient, producând dobânzi, dividende etc. (în funcţie de legile ce definesc clar ce tipuri de tranzacţii financiare sunt permise cu fondurile de rezervă).

* SASS permite o mare diversitate în ceea ce priveşte furnizarea îngrijirilor medicale: pot exista furnizori publici şi privaţi plătiţi din fondurile de asigurări sociale şi/sau în acelaşi timp să existe şi furnizori independenţi plătiţi din alte fonduri (direct de către pacienţi, de anumite întreprinderi, de companii de asigurări private etc).

* un alt efect descris al înfiinţării SASS este cel asupra forţei de muncă; spre exemplu un fond cu 15 milioane de membrii va necesita circa 15.000 angajaţi, plătiţi din fondurile proprii. În plus va fi necesar personal suplimentar la nivelul unităţii furnizoare (Weber,A şi Normand,C.).

* în general la nivel local şi regional se constată o îmbunătăţire a infrastructurii ca urmare a introducerii asigurărilor de sănătate (pentru colectarea datelor şi rambursarea cheltuielilor sunt necesare sisteme de informatizare şi comunicaţie moderne, achiziţionate de multe ori din alte fonduri decât cele provenite din contribuţiile membrilor, de obicei prin implicarea comunităţii locale).

* creşte frecvenţa fondurilor disponibile pentru sănătate atât în valoare absolută cât şi ca procent din PIB.

* separarea strictă a bugetelor face ca contribuţiile să nu poată fi folosite pentru alte obiective în afara asigurărilor de sănătate, aspect esenţial pentru planificarea sanitara şi important mai ales în ţările cu restricţii bugetare, în care există tendinţa de a utiliza fondurile pentru "urgenţe".

* luarea deciziilor manageriale este mai puţin dependentă de schimbările politicii guvernamentale;

* structura şi managementul pot fi mai eficiente, fiind de obicei mai apropiate de funcţionarea sectorului privat decât de modelul administraţiei publice.

* în acelaşi timp şi Ministerul Sănătăţii are de câştigat în urma introducerii unui asemenea sistem, nemaifiind nevoit să răspundă solicitărilor salariale (care se realizează acum prin negocieri directe între casele de asigurări şi organizaţiile profesionale), putându-se concentra pe problemele de politică şi strategie sanitara.

* raţionalizarea serviciilor medicale, inevitabilă în orice sistem cu buget limitat, este/poate fi explicită, realizându-se prin intermediul contractelor dintre casele de

asigurări/clienţi şi furnizori; acest lucru, raţionalizarea, este dificil de realizat într-un sistem naţional de sănătate unde deciziile ar trebui să fie luate de către politicieni, într-un domeniu cu mare sensibilitate electorală (acesta este de altfel şi motivul pentru care în majoritatea ţărilor unde există sisteme naţionale se afirmă comprehensivitatea serviciilor medicale (populaţia are dreptul la întreaga gamă de servicii disponibile).

* un alt avantaj ar putea fi considerat larga acceptare a acestui sistem de către corpul medical, sondajele din Europa Centrală şi de Est arătând că majoritatea medicilor chestionaţi doresc un sistem de asigurări sociale de sănătate.

* transparenţa fluxului banilor din sistemul sanitar.

Ca principale **dezavantaje** ale SASS sunt citate:

* dificultatea stabilirii primelor ce trebuie plătite de către cei ce lucrează pe cont propriu, având în vedere că aceste prime sunt legate de veniturile realizate, iar acestea tind să fluctueze în funcţie de diferite aspecte;

* necesitatea acoperirii din alte fonduri a celor ce nu sunt salariaţi: şomeri, elevi, pensionari etc., fapt dificil de realizat mai ales în perioade de recesiune şi care poate duce în ultimă instanţa la necesitatea subvenţiilor masive din partea bugetului de stat;

* asigurările de sănătate sunt o formă de taxă pe muncă şi un cost adiţional pentru firme, ceea ce duce la creşterea costului muncii pentru firme şi astfel se (poate) ajunge la introducerea acestor prime în costul produselor, astfel cumpărătorii acestor produse suportând o parte din costul asigurărilor de sănătate al firmei şi al salariaţilor acesteia. Se poate adăuga la aceste potenţiale dificultăţi, descrise pe larg în literatură, şi faptul că, pentru un sistem de asigurări, costurile administrative sunt substanţial crescute faţă de un sistem bazat pe impozite generale, mai ales în perioada de început când trebuie realizată infrastructura; totuşi multe din aceste posibile dificultăţi pot fi depăşite prin măsuri legislative adecvate (de ex. reduceri de impozite pentru sumele plătite de patroni pentru asigurarea salariaţilor, fapt ce poate descuraja includerea acestora în costurile de producţie).

În ceea ce priveşte celelalte două tipuri de sisteme sanitare, se consideră că tipul de **sistem bazat pe contribuţii voluntare (privat)** are ca avantaj major stimularea competiţiei între furnizorii şi finanţatorii serviciilor medicale care au interesul să atragă cât mai mulţi bani şi deci câţi mai mulţi clienţi, fapt ce duce la sporirea ofertei cantitative şi calitative oferite pacienţilor.

Principalele **dezavantaje** al acestui model se referă la:

- slaba acoperire a populaţiei, în special a celei cu venituri mai modeste şi/sau cu probleme de sănătate, având în vedere că primele de asigurare sunt stabilite în funcţie de starea de sănătate a persoanei şi nu în funcţie de capacitatea de plată ca în cazul SASS.

De asemenea, acest sistem este puternic inflaţionist, crescând accentuat costurile sanitare (ca exemplu SUA cheltuie cca. 3000 US $ per capita/an faţă de media de 1900 US $ pentru ansamblul ţărilor OECD). Apariţia fenomenului ce este cunoscut sub numele de selecţie adversa.

În ceea ce priveşte tipul Beveridge, în care finanţarea este predominant de la bugetul de stat, se consideră ca un **avantaj** major costul mai redus al administrării unui asemenea sistem, asociat însă cu o eficienţă scăzută a gestionării fondurilor. Ca şi în sistemul de tip Bismarkian acoperirea populaţiei este generală, însă spre deosebire de acesta de obicei pachetul de servicii oferit populaţiei nu este clar definit, în mod tradiţional neexistând relaţii contractuale clare între furnizorii, plătitorii şi clienţii serviciilor sanitare, de regulă statul fiind atât cel ce plăteşte cât şi cel ce furnizează asistenţa de sănătate, fapt ce a fost considerat răspunzător de calitatea mai scăzută a serviciilor sanitare în aceste tipuri de sisteme. Un alt punct considerat în genere defavorabil acestui tip de sistem este faptul că deşi sursele financiare ce pot fi puse la dispoziţia sistemului pot fi în teorie consistente, având în vedere faptul că procentul alocat sănătăţii este votat de Parlament, unde intra în competiţie cu alte sectoare bugetare ca apărare, industrie, interne etc., în practică aceste sume sunt mai mici decât cele strânse prin primele de asigurări, mai ales că rezultatele investiţiilor în acest sector nu sunt vizibile pe termen scurt; în plus se consideră că lipsa unei implicări directe în finanţarea asistenţei sanitare a indus la o mare parte a publicului

ideea că sănătatea nu costă şi ca atare şi comportamentul în favoarea unui mod de viata mai sănătos e mai dificil de indus în asemenea sisteme.

Ceea ce se poate constata în ultima vreme este o tendinţă de apropiere a acestor tipuri de sisteme sanitare, încercându-se combinarea avantajelor din fiecare sistem şi eliminarea sau reducerea dezavantajelor. Astfel, în sistemele de tip Beveridge se încearcă introducerea unor mecanisme concurenţiale, specifice până acum sistemelor de asigurări de sănătate; unul din exemplele cele mai cunoscute este cel al sistemului britanic, unde, deşi forma de proprietate a rămas neschimbată, s-a introdus o aşa-numită competiţie internă în interiorul sistemului, anumite unităţi sanitare (trusturi) având dreptul să intre în competiţie pentru atragerea de potenţiali clienţi, în esenţă producându-se o separare a furnizorilor de cumpărătorii de servicii de sănătate, cu o diminuare a organismelor statale de la toate nivelurile administraţiei publice. În acelaşi timp, se poate remarca introducerea unor mecanisme de reglementare în special fiscală, mai accentuate din partea autorităţilor statale în sistemele bazate pe asigurări, chiar şi în cele în care preponderente sunt companiile private. Ar trebui amintit că, indiferent de tipul sistemului de sănătate, există diferenţe notabile în ceea ce priveşte modul de lucru al unităţilor şi furnizorilor de servicii sanitare, aceasta putându-se face pe baze contractuale obligatorii sau pe baza plăţii per act (această modalitate este utilizată mai ales pentru medicii lucrând în afara spitalelor) sau pe baze de finanţare integrată, situaţie întâlnită în cazul în care aceeaşi entitate (statul sau comunitatea locală) joacă dublul rol de cumpărător şi de furnizor de servicii de sănătate.

Ca o remarcă generală, se poate aprecia că toate tipurile de finanţare au avantaje şi dezavantaje, în practică existând posibilitatea de a se combina elemente ale mai multor sisteme pentru atingerea obiectivelor dorite. Spre exemplu, în cazul sistemelor de asigurări sociale de sănătate, în multe ţări o sursă de venituri suplimentare pentru fondurile de asigurări este reprezentată de taxe asupra unor produse considerate ca potenţial dăunătoare sănătăţii, care merg direct în fondurile caselor de asigurări (spre exemplu, o anumită cotă din impozitele pe tutun, alcool, asigurarea automobilelor). În capitolele următoare vor fi detaliate principiile financiare şi economice care stau la baza funcţionării sistemelor de sănătate.

CAPITOLUL XVI

FINANȚAREA SERVICIILOR DE SĂNĂTATE

1. Finanțarea îngrijirilor de sănătate – aspecte conceptuale

Serviciile de sănătate, spre deosebire de alte servicii, sunt cerute de un număr foarte mare de persoane dar, cel mai adesea, îngrijirea sănătății costă foarte mulți bani. Dacă fiecare individ ar fi lăsat liber să decidă asupra consumului său de îngrijiri medicale și să plătească pentru acestea, consumul medical ar fi foarte diferit de la un individ la altul, în condiții egale de boală, în funcție de capacitatea de plată a fiecăruia. Din motive de echitate, în aproape toate țările există o politică națională sanitară care stabilește cum se face accesul la consumul de îngrijiri medicale și cine plătește pentru acestea. Mecanismul de finanțare reprezintă instrumentul pentru punerea în practică a acestei politici. Acest mecanism cuprinde: colectarea resurselor pentru plata îngrijirilor medicale, alocarea lor și plata factorilor de producție.

Deciziile referitoare la opțiunile de colectare a veniturilor pentru sectorul sanitar au consecințe importante asupra volumului de resurse generate, asupra consumului și producției. Schemele de finanțare a sănătății, indiferent că sunt publice sau private, afectează bugetul de stat, costul cu factorul de producție muncă și implicit ocuparea, importurile, exporturile și competitivitatea unei țări.

În limbajul curent, termenul de *finanțare* este utilizat generic, cu mai multe înțelesuri: de *colectare* a fondurilor pentru plata serviciilor de sănătate, de *alocare* a acestor fonduri la nivel regional sau către diferiți prestatori de servicii de sănătate sau de *remunerare a factorilor de producție* (în special a personalului medical și sanitar). Prezentăm în continuare conținutul fiecărei componente a mecanismului de finanțare a sănătății.

2. Colectarea fondurilor destinate finanțării serviciilor de sănătate. Acest aspect al finanțării se referă la modul în care pot fi colectate resursele financiare pentru plata serviciilor de sănătate. Resursele financiare pot fi colectate pe mai multe căi: prin plata directă a serviciilor de către pacienți, din contribuții voluntare la asigurări private de sănătate, din contribuții obligatorii la asigurări sociale de sănătate, prin impozite directe (impozit pe venit, impozit pe profit) sau impozite indirecte (TVA, accize), prin constituirea de depozite bancare cu destinație precisă pentru sănătate. Modul de colectare a fondurilor determină tipologia sistemelor de sănătate. Astfel, întâlnim sisteme de tipul: sisteme naționale de sănătate finanțate din impozite directe și indirecte, sisteme de asigurări sociale de sănătate finanțate din contribuții obligatorii ale persoanelor asigurate, sisteme private de asigurări finanțate din prime de asigurări voluntare, sisteme de piață liberă finanțate prin plata directă de către consumator.

3. Alocarea fondurilor (resurselor) către prestatorii de servicii de sănătate. Acest aspect se referă la alocarea fondurilor, colectate printr-unul din mecanismele amintite anterior, în plan regional, către sectoarele de sănătate (nivelul primar, secundar, terțiar) și către prestatorii de servicii de sănătate (spitale, dispensare, policlinici, cabinete private). Alocarea către regiuni se poate face pe baze istorice sau pe baza unei formule de alocare care să ia în considerare nevoile populației dintr-o anumită regiune. Alocarea către sectoare de asistență se poate face în funcție de obiectivele de politică sanitară. Alocarea fondurilor la nivel microeconomic se referă la criteriile după care sunt acordate fondurile prestatorilor de servicii de sănătate. Exemplele de mecanisme de alocare către prestatori includ: plata anticipată în funcție de cazuistica anticipată (se acordă o plată pentru fiecare caz tratat în funcție de un cost prestabilit), buget defalcat pe categorii (se stabilește volumul principalelor elemente de cheltuieli – personal, medicamente, alimente, materiale, capital), buget global (se alocă o sumă globală pentru realizarea unui volum prestabilit de activități), buget de practică (un grup de medici generaliști pot să obțină un buget pentru deservirea cu asistență medicală a unui anumit număr de pacienți).

4. Plata factorilor de producție. Ne vom referi în special la modul de remunerare a personalului din sectorul sanitar. Dacă personalul mediu este plătit cel mai adesea prin salariu, medicii pot fi plătiți prin mai multe moduri: salariu, plata per serviciu (pentru fiecare serviciu se primește un tarif sau un punctaj care ulterior se transformă în echivalent bănesc), plata per capita (pentru fiecare pacient îngrijit pe parcursul unei perioade se primește un tarif sau punctaj), plata

în funcție de o scară de valori relative (fiecare medic este plătit în funcție de poziția pe care o ocupă într-o scară relativă de valori stabilită pe baza anilor de pregătire necesari, dificultății specialității, riscului și costului practicii). Modul de plată a medicilor are implicații foarte mari asupra costurilor totale cu îngrijirea sănătății. S-a observat că țările care utilizează plata per serviciu ca modalitate de plată a medicilor au cunoscut în ultimii douăzeci de ani o creștere mult mai mare a costurilor cu sănătatea decât cele care plătesc medicii prin salariu. Alegerea unui anumit mecanism presupune un compromis între interesele medicilor (care cel mai adesea preferă plata per serviciu) și interesele guvernului (care urmărește limitarea costurilor).

Combinațiile dintre cele trei aspecte menționate mai sus – colectare, alocare, remunerare- pot fi diferite de la un tip de sistem sanitar la altul. Cel mai simplu caz este acela al unui sistem pur privat, în care consumatorii achită pe loc costul serviciilor sanitare. În acest caz se suprapun generarea de resurse cu alocarea lor și plata prestatorilor. Cel mai adesea, însă, ne confruntăm cu o separare a două sau a tuturor celor trei aspecte. Statul intervine cel mai adesea în generarea veniturilor (cazul finanțării de la buget sau al asigurărilor de stat), dar este adesea prezent și în alocarea acestora și stabilirea regulilor de remunerare a factorilor de producție. Acest capitol își propune să analizeze mecanismele alternative de finanțare prin prisma avantajelor și dezavantajelor lor.

5. Colectarea veniturilor – O paletă largă de opțiuni

Sistemele de sănătate pot fi finanțate din mai multe surse, atât publice cât și private. Fondurile colectate din aceste surse pot fi administrate de instituții publice (ministere, fonduri publice de asigurări) și private (case private de asigurări, organizații patronale sau sindicale, organizații non profit) și pot fi cheltuite pe serviciile medicale oferite de instituții publice și private. Vom analiza în continuare următoarele modalități de finanțare (generare a veniturilor): venituri provenite din impozite încasate la bugetul de stat, din asigurări private de sănătate, din asigurări sociale de sănătate, aranjamente tip *managed competition*, depozite bancare cu destinație specifică pentru sănătate, plata directă de către pacienți.

Pentru a alege între diferitele modalități de finanțare a sistemului sanitar sunt necesare criterii obiective, care să le ierarhizeze în funcție de performanțele pe care acestea le obțin. Principalele criterii care s-au impus în literatura de specialitate vizează sustenabilitatea și echitatea generării veniturilor, eficiența producției de servicii de sănătate și nivelul sau evoluția stării de sănătate. Aceste criterii sunt prezentate în Tabelul 16.1.

Ne propunem să analizăm diferitele alternative de generare a veniturilor în special prin prisma primelor două seturi de criterii, legate de generarea de venituri și producția de servicii.

OPȚIUNEA 1 – FINANȚAREA DE LA BUGETUL DE STAT

Finanțarea sănătății din veniturile generate din impozite și taxe reprezintă o caracteristică a sistemelor de sănătate de tipul "sistem național de sănătate". Un astfel de sistem există în țări precum Marea Britanie, Italia, Spania, Danemarca. Finanțarea sănătății în România până în 1997 s-a asemănat foarte mult cu cea din țările menționate. Chiar și în prezent, în condițiile actualului sistem de asigurări sociale, România continuă să aibă o componentă importantă de finanțare de la bugetul de stat.

Criteriile de apreciere a unui sistem de generare a veniturilor bazat pe impozite și taxe sunt:

- Eficiența economică: sistemul de impozite nu trebuie să interfereze cu alocarea eficientă a resurselor.
- Echitate: sistemul de impozitare trebuie să-i trateze egal pe toți indivizii
- Administrare simplă: sistemul de impozitare trebuie să poată fi administrat ușor și ieftin.

1. Eficiența economică.

Ori de câte ori guvernul utilizează impozitarea progresivă sau proporțională pentru a obține venituri de la sectorul privat, există un cost economic care diminuează efectul util al veniturilor colectate. Acest cost suplimentar este cunoscut sub numele de *costul de*

eficiență sau *povara excesivă a impozitării*[2]. Impozitele distorsionează deciziile firmelor în legătură cu producția, schimbul și investițiile, precum și deciziile gospodăriilor în legătură cu consumul și economiile. Acestea nu se vor mai situa la un nivel optimal, care maximizează nivelul producției măsurat în unități de utilitate. Ramurile supuse impozitării, se vor confrunta cu o creștere a costurilor, vor reduce producția bunurilor impozitate și vor spori prețul acestora, comparativ cu situația în care nu există impozite. Consumatorii vor răspunde la prețurile crescute prin diminuarea consumului (deplasare către stânga pe curba cererii). Rezultatul este suboptimal deoarece numai o parte a surplusului economic rezultat în absența impozitării este creat de mecanismul economic. Prin impozitare, o parte din surplusul consumatorului și producătorului sunt colectate de către stat dar, prin efectul inhibitor asupra producției, o parte a surplusului se pierde. Din punct de vedere economic, acesta are trebui dedus din valoarea resurselor colectate prin impozite și taxe.

Generarea de venituri	Producția de servicii	Starea de sănătate
Probleme	*Probleme*	*Probleme*
Eficiență, stabilitate și sustenabilitate în generarea de venituri; eficacitate în împrăștierea riscurilor și redistribuire	Eficiență în producție; acces; calitate; satisfacția pacienților; posibilitatea pacienților de a alege prestatorul de servicii.	Factorii care influențează sănătatea, cum ar fi serviciile de sănătate, stilul de viață, condițiile de locuit, mediul, alimentația
Instrumente de intervenție	*Instrumente de intervenție*	*Instrumente de intervenție*
Impozitarea sau taxarea, distribuția banilor publici, gradul de acoperire a populației	Costul unitar per serviciu, sistemul de plată, organizarea și managementul	Reducerea ratei mortalității și morbidității, creșterea speranței de viață, reducerea mortalității infantile

Tabel 16.1. Modalități de măsurare a performanței finanțării sănătății[3]

Impozitele care nu modifică deciziile de producție sau consum sunt rare. Aici se încadrează taxele sau impozitele în sumă fixă, precum taxele de timbru, taxele locale de salubrizare etc. Majoritatea impozitelor și taxelor depind însă fie de nivelul producției sau vânzărilor (precum ICM, accizele sau taxele vamale), al consumului (precum TVA) sau al veniturilor (precum impozitul pe salarii, pe câștiguri, pe profit sau pe dividende). Deci, majoritatea impozitelor și taxelor utilizate sunt generatoare de costuri de eficiență. Ele sunt utilizate, în ciuda acestui argument de economie pozitivă, deoarece pot asigura respectarea principiilor de echitate.

2. Echitatea în impozitare

Echitatea are două dimensiuni: echitatea orizontală și echitatea verticală. *Echitatea orizontală* presupune tratarea egală a indivizilor cu același venit. Conform acestui principiu, toți indivizii sau gospodăriile aparținând aceleași clase de venit ar trebui să contribuie la formarea veniturilor statului în mod egal. *Echitatea verticală* presupune tratarea diferențiată a indivizilor cu venituri diferite adică, distribuirea poverii impozitelor în funcție de capacitatea indivizilor de a plăti. Conform acestui principiu, indivizii (sau gospodăriile) mai bogați ar trebui să contribuie mai mult decât cei săraci la constituirea

[2] După Schieber G. și Maeda A., "A Curmudgeon's Guide to Financing Health Care în Developing Countries", în "Innovationsi Health Care Financing", World Bank Discussion Paper no. 365, July 1997

[3] După Schieber G. și Maeda A., "A Curmudgeon's Guide to Financing Health Care în Developing Countries", în "Innovations in Health Care Financing", World Bank Discussion Paper no. 365, July 1997

veniturilor statului. Noțiunea de echitate verticală este strâns legată de aceea de redistribuire, concept specific "statului bunăstării", dar care se referă la alocarea resurselor publice. *Redistribuirea* are loc atunci când segmentele bogate ale societății finanțează – prin intermediul statului – fie consumul, fie veniturile altora și în special al celor săraci.

Orice stat îndeplinește și funcții sociale prin care încearcă protejarea păturilor sărace ale societății, printr-o combinație de impozite progresive și prestații sociale pentru cei săraci. În țările cu un sistem fiscal ineficient, care suferă de evaziune sau care aruncă povara fiscală în mod inegal, asupra unei baze de impozitare reduse, utilizarea sistemului de impozite pentru redistribuirea veniturilor de la bogați către săraci este dificilă. Dificultatea rezultă, în primul rând, din faptul că o parte importantă din veniturile celor bogați provin din capital, dividende și acestea sunt mai greu de măsurat și impozitat. În al doilea rând, fenomenele evazioniste sunt greu de detectat și se amplifică. În fine, sunt multe categorii de venituri sau active care nu sunt supuse impozitării, ceea ce conduce la menținerea unei baze de impozitare restrânse. De aceea mulți consideră că în țările cu sisteme fiscale incapabile să reducă evaziunea în limite tolerabile, impozitele sunt un instrument foarte slab pentru redistribuirea veniturilor.

O altă posibilitate de a evalua echitatea într-un sistem de finanțare a sănătății este *principiul beneficiului*, conform căruia cei care beneficiază de un serviciu trebuie să și plătească. În sectorul de sănătate principiul beneficiului se poate măsura printr-o rată marginală pozitivă a contribuției raportată la consumul medical. Conform acestui principiu, un individ bogat cu o anumită boală ar trebui să plătească pentru serviciile de sănătate la fel ca un individ sărac suferind de aceeași boală. Această măsură este totuși interpretabilă. Indivizi identici pot plăti, pentru același tip de boală, sume diferite, sau pot primi diagnostice și implicit tratamente diferite. Relația de mai sus este stocastică, permițând abateri individuale dar rămâne valabilă pentru mărimile medii.

Principiul beneficiului intră în contradicție cu principiile echității verticale și orizontale, conform cărora individul bogat ar trebui să plătească mai mult decât individul mai sărac pentru aceeași boală și că cei cu același venit ar trebui să plătească la fel, indiferent de boală. La un moment dat, o societate va urma unul dintre cele două principii, în funcție de considerente de economie normativă.

O altă problemă legată de echitatea modului de generare a veniturilor o constituie *regresivitatea* sau *progresivitatea* acestuia. Alternativele de generare a veniturilor au implicații diferite din punctul de vedere al principiului echității. Un sistem de generare a veniturilor în care indivizii cu venituri mici plătesc o fracție mai mare din venitul lor decât plătesc indivizii cu venituri mari este *regresiv*. Astfel, plata directă a serviciilor și asigurările private de sănătate fac ca cei cu venituri mici să suporte o povară mai mare (relativ la venitul lor) pentru plata asistenței medicale comparativ cu cei cu venituri mari. Sistemele de finanțare în care ponderea contribuțiilor în venit este mai mare în cazul indivizilor cu venituri mari decât în cazul indivizilor cu venituri mici este un sistem *progresiv*. Impozitul pe venit este adesea progresiv.

3. Administrarea veniturilor din impozite și taxe

Colectarea impozitelor și taxelor presupune costuri de administrare. Costurile administrării depind de complexitatea impozitelor, de personalul și echipamentul necesar, de informațiile care se doresc colectate, de ratele de diferențiere între indivizi și categorii de venituri. Simplicitatea sistemului de taxe este un principiu fundamental pentru o impozitare efectivă. Literatura definește o structură optimă de impozite și taxe ca fiind aceea care maximizează bunăstarea socială a unei țări și realizează recunoașterea generală a utilității compromisului la care s-a ajuns între eficiență și echitate.

Capacitatea unei țări de a genera venituri depinde de venitul pe cap de locuitor, de distribuția venitului și de capacitatea administrativă. De regulă, există o relație de directă proporționalitate între nivelul de dezvoltare al unei țări și capacitatea sa de a colecta impozite și taxe. Țările în curs de dezvoltare prezintă unele caracteristici instituționale care reduc capacitatea de a genera venituri (Schieber,1997). Acestea sunt:

- mare parte dil n populație este răspândită pe arii largi în mediul rural;

- majoritatea populației lucrează pe cont propriu în agricultură unde venitul este în special în natură; nivelul redus de educație face ca evidențele contabile să fie slabe iar impozitul pe venit greu de determinat astfel;
- în mediul urban există un sector informal de dimensiuni mari;
- produsele agricole și resursele minerale (care sunt de multe ori principala avuție a țărilor în curs de dezvoltare) sunt expuse impreviziunilor pieței mondiale;
- dualismul între un sector modern urban și un sector rural tradițional creează o segmentare a pieței și distorsionează piețele de bunuri și piața muncii;
- în cazul unei pronunțate inegalități a veniturilor, se recurge la rate ale impozitării mai mari aplicate sectorului formal, crește presiunea fiscală asupra acestuia și se dezvoltă evaziunea fiscală; aceste fenomene conduc la pierderi de eficiență mai mari;
- politicile comerciale eronate – taxe vamale foarte mari la importuri, contingentarea importurilor sau exporturilor, taxe la export, cursuri de schimb diferențiate – determină alocare ineficientă de resurse și inechitate;
- influența marilor întreprinderi de stat determină de multe ori decizii greșite de investiții;
- capacitatea de administrare a impozitelor și taxelor este limitată.

Multe din caracteristicile menționate mai sus sunt valabile și în cazul României. Problemele cu care se confruntă procesul de generare a veniturilor din impozite și taxe se răsfrâng și asupra sistemului de sănătate dacă finanțarea acestuia se realizează din astfel de venituri. Astfel se explică neajunsurile cronice ale finanțării sănătății în România: resurse insuficiente, întârziere în cunoașterea resurselor disponibile pentru anul următor (adoptarea legii bugetului de stat s-a făcut cel mai devreme în luna mai a anului bugetar în curs), acumularea de datorii mari pe parcursul anului din cauza întârzierilor în colectarea veniturilor, aglomerarea veniturilor alocate de la buget la sfârșitul exercițiului bugetar, când nu se mai pot face cheltuieli sau se fac fără a mai respecta criterii de eficiență.

OPȚIUNEA 2 – ASIGURĂRI PRIVATE DE SĂNĂTATE

Într-un sistem de asigurări private indivizii optează voluntar pentru plata *unei prime actuariale* de asigurare stabilită în funcție de riscul individual sau de grup. În țări precum SUA și Elveția asigurările private de sănătate reprezintă principala modalitate prin care sunt finanțate serviciile de sănătate.

Termenul de "asigurare" poate avea înțelesuri diferite. Asigurarea poate fi definită ca (a) un mecanism care oferă indivizilor *protecție împotriva riscurilor* sau ca (b) un *mecanism actuarial*[4]. Prima, definește asigurarea în termeni de obiective, a doua în termeni de metodă prin care pot fi atinse obiectivele. Chiar și atunci când nu vorbim de asigurări în sensul definiției (b), putem folosi termenul de asigurare dacă aceasta protejează indivizii împotriva riscurilor (cum este cazul asigurărilor sociale).

Daca un individ este adversar al riscului, atunci "incertitudinea" îi poate cauza utilitate negativă. "Certitudinea" este marfa care produce utilitate marginala pozitivă și pentru care individul adversar al riscului este dispus să plătească un preț pozitiv.

Prețul asigurării (prima actuarială de asigurare) într-un mecanism de piață este dat de relația

$$P = p*L + T \quad (1)$$

unde p este probabilitatea ca riscul să aibă loc, L este mărimea pierderii cauzata de risc iar T este costul de tranzacție (costul administrativ plus profitul normal). P este prețul asigurării pe o piață concurențială.

Condiții pentru funcționarea asigurărilor private.

---

[4] Barr, N. 1993, "The Economics of the Welfare State", Stanford University Press, Stanford, California

Prima actuarială din ecuația (1) se bazează pe un număr de condiții. Aceste condiții sunt:

Probabilitatea evenimentului asigurat pentru un individ să fie independentă de a celorlalți. Această condiție este necesară deoarece asigurările se bazează pe existența, într-o anumită perioadă, a unui număr previzibil de indivizi care câștigă și a unui număr de indivizi care pierd. Dacă probabilitățile are fi relaționate, atunci, când o persoana suferă o pierdere, la fel se va întâmpla cu toate celelalte. Aceasta explică de ce, de exemplu, inflația, nu este un eveniment care să poată fi asigurat.

Probabilitatea trebuie să fie mai mică decât unu. În caz contrar, ecuația (1) se transformă în:

$$P=L+T>L \quad (2)$$

și prima actuarială depășește pierderea asigurată. În acest caz nu există nici o posibilitate pentru dispersarea riscurilor și nici o firmă privată de asigurări nu va acoperi un astfel de risc. Acesta este cazul bolilor cronice sau congenitale pentru care nici o firmă privată de asigurări nu va dori să ofere asigurare deoarece probabilitatea de a necesita tratament este aproape sigur egală cu unu.

Probabilitatea unui anumit eveniment trebuie cunoscută sau ușor de estimat. Dacă nu se respectă această condiție, compania de asigurări nu poate calcula prima din ecuația (1) făcând imposibilă funcționarea asigurărilor private.

Lipsa "selecției adverse" și a "hazardului moral" [5]. *Selecția adversă* survine din cauza asimetriei informaționale care ia naștere ca urmare a faptului că asiguratul are informații mai bune despre riscul individual decât asiguratorul. Dacă compania de asigurări nu poate să distingă între un risc scăzut și un risc mare atunci, va stabili o primă de asigurare bazată pe riscul mediu. Ca urmare, indivizii cu risc scăzut vor fi confruntați cu o primă de asigurare prea mare și pot decide să nu se asigure. *Hazardul moral* survine în doua moduri: a) când asiguratul poate influența probabilitatea p din ecuația (1) și b) când asiguratul poate influența mărimea pierderii L. Asigurările private de sănătate sunt cele mai expuse la aceste probleme majore cauzate de asimetria informațională.

Ca urmare a importanței acestor două fenomene în sectorul asigurărilor de sănătate facem în continuare o scurtă descriere a lor.

Hazardul moral reprezintă riscul ca indivizii să-și schimbe comportamentul ca urmare a asigurării. Odată asigurat, consumatorul are un cost mult mai mic în momentul utilizării serviciilor medicale și ar putea *abuza* de sistem, sporindu-și excesiv cererea de servicii sau preocupându-se mai puțin de prevenirea îmbolnăvirii. Deoarece asigurarea reduce considerabil costul privat al tratamentului, indivizii tind să consume mai multe servicii medicale decât dacă nu ar fi asigurați și, deoarece costul utilizării excesive a serviciilor se dispersează asupra tuturor celor asigurați, ei au puține stimulente financiare pentru a-și reduce cererea. Similar, ei pot fi mai puțin grijulii cu starea lor de sănătate consumând mai puține servicii preventive și luând mai puține precauții pentru evitarea accidentelor sau deteriorării stării de sănătate.

Hazardul moral se întâlnește la toate tipurile de asigurări – private, sociale, voluntare sau obligatorii. Acest aspect intervine ori de câte ori în relația pacient-prestator de îngrijiri medicale intervine un terț plătitor (statul prin bugetul public, fondul de asigurări publice de sănătate, casele private de asigurări, organizațiile non-profit).

Casele private de asigurări sunt cele mai preocupate de combaterea hazardului moral. Ele combat fenomenul prin stabilirea unui plafon asupra consumului de servicii medicale și prin plasarea unui cost financiar asupra asiguratului în momentul consumului (tarif pe consumul medical). Chiar și sistemele publice de sănătate tind să utilizeze astfel de măsuri prin care obligă consumatorul să suporte o parte din cost. Argumentele în favoarea

---

[5] Termenii au fost definiți inițial de școala anglo-saxonă sub denumirea de "adverse selection" și "moral hazard"

instituirii obligației consumatorilor să suporte o parte din cost în momentul utilizării serviciilor sunt:

- conștientizarea oamenilor de costul serviciilor și sporirea responsabilității pacienților;
- reducerea cererii nenecesare;
- atragerea de surse suplimentare în sistem.

O serie de studii referitoare la folosirea tarifelor pe consum au arătat că efectivitatea acestei metode este mult mai redusă comparativ cu anticipările inițiale create de modelul teoretic. Un experiment major realizat în SUA a evidențiat faptul că un tarif asupra consumului de îngrijiri medicale îi determină pe oameni să renunțe în aceeași măsură atât la serviciile necesare cât și la cele nenecesare. Argumentul că pacienții ar trebui să renunțe la serviciile nenecesare atunci când trebuie să plătească o taxă în momentul consumului pare corect din punct de vedere intuitiv, dar rezultatele empirice arată că pacienții nu se comportă în acest mod. Acest comportament vine în sprijinul ideii că piața serviciilor de sănătate nu poate fi analizată în același mod ca piața pentru celelalte bunuri de consum.

Deoarece oamenii nu au suficiente informații pentru a lua decizii raționale în legătură cu consumul medical, este posibil ca oamenii să renunțe mai ușor la serviciile preventive sau la îngrijirile primare atunci când trebuie să plătească un tarif pentru acestea.

Pe de altă parte, tarifele asupra consumului s-ar putea să reducă în principal consumul acelor indivizi care sunt sensibil afectați dacă ar trebui să plătească un preț pentru serviciile de sănătate. S-a observat că impunerea unui tarif pe consum are un impact deosebit în special asupra celor cu venituri mici.

Criticii utilizării tarifelor pe consum susțin că, chiar dacă această modalitate reduce cererea nenecesară, cei care suportă în ultimă instanță costul unei astfel de măsuri sunt cei cu adevărat bolnavi și care au nevoie într-adevăr de îngrijiri medicale. Tariful pe consumul de servicii medicale devine astfel o taxă pe boală.

Selecția adversă. Stabilirea unei prime de asigurare bazate pe riscul mediu face ca indivizii cu risc mic să plătească o primă mai mare decât prima actuarială care ar corespunde grupului lor de risc. Acest lucru poate destabiliza piața asigurărilor private voluntare deoarece îi poate determina pe indivizii cu risc mic să nu se asigure. Ca urmare, asiguratorii vor trebui să crească primele pentru cei care decid să se asigure. S-ar putea însă ca la noul preț să crească numărul celor care decid să renunțe la asigurare.

Spre deosebire de vânzătorii de bunuri obișnuite, asiguratorii privați de sănătate au motive serioase să se preocupe de cei care cumpără produsele lor. Aproape 72% din cheltuiala anuală cu sănătatea este atribuită unui segment care reprezintă doar 10% din totalul populației (cei cu riscurile cele mai mari). Companiile private de asigurări, pentru a supraviețui pe o piață liberă și pentru a-i proteja pe cei care doresc să cumpere asigurarea împotriva unor costuri excesive, trebuie să încerce să acopere persoane cu o probabilitate redusă de a necesita îngrijiri medicale (selecția riscurilor favorabile) și să le evite pe cele care au o probabilitate mare de a necesita îngrijiri. Ele vor încerca să găsească proporția adecvată între cele două componente.

Companiile private de asigurări încearcă să rezolve problema selecției adverse prin: obținerea de informații despre riscul medical al fiecărui individ și neacoperirea unora dintre riscuri. Companiile de asigurări pot să obțină informații despre trecutul medical al unei persoane astfel încât să stabilească o primă corespunzătoare sau să excludă anumite riscuri procedând la o *selecție a riscurilor*. Selecția riscurilor se poate face pe baza obligativității examenelor clinice, instituirii listelor de așteptare, excluderii de la asigurare a anumitor boli, evitării unui angajament ferm pentru reînnoirea poliței de asigurare și prin refuzul de a asigura anumite persoane.

Strategiile de evitare a riscurilor nefavorabile, prin care se încearcă asigurarea celor sănătoși și evitarea celor bolnavi, au determinat în SUA costuri de tranzacție foarte mari, care sunt invocate adesea pentru a justifica creșterea rapidă a cheltuielilor pentru sănătate în ultimii 20 ani. Dacă există reglementări legale care interzic selecția riscurilor, companiile de asigurări trebuie să perceapă prime mai mari. Se poate ajunge astfel ca unele persoane

care înainte îşi permiteau să plătească primele de asigurare, acum să nu mai dorească să se asigure sau să amâne cumpărarea asigurării până în momentul în care se îmbolnăvesc.

Un sistem de sănătate bazat în întregime pe asigurări private nu există în nici o ţară tocmai din cauza neajunsurilor semnalate mai sus. Nici chiar în SUA, adică acolo unde asigurările de sănătate private sunt cele mai dezvoltate, 37 milioane de persoane sub 65 ani nu au nici un fel de acoperire cu servicii medicale (nu sunt incluşi aici bătrânii şi săracii care beneficiază de acoperire prin două programe publice, Medicare şi Medicaid). Pentru categoriile care nu doresc să se asigure într-un sistem privat sau nu-şi permit, sau sunt respinse de către companiile private, de cele mai multe ori intervine statul pentru a garanta accesul la îngrijiri medicale. Acest lucru se întâmplă mai ales în ţările unde *statul bunăstării* este o noţiune larg răspândită şi acceptată, precum ţările din Europa de Vest.

Problemele discutate mai sus pot genera alocarea ineficientă a resurselor şi inechitate şi pot face imposibilă funcţionarea unei pieţe private a asigurărilor de sănătate. În aceste condiţii este justificată intervenţia guvernamentală sub forma finanţării publice, producţiei şi organizării asigurărilor sociale sau sub forma reglementării asigurărilor private.

OPŢIUNEA 3 – ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE

Această modalitate de colectare a fondurilor pentru finanţarea sănătăţii presupune obligativitatea achitării unei contribuţii de asigurări pentru sănătate de către angajat şi de către patron. Un astfel de sistem de finanţare a sănătăţii există în Germania, Austria, Belgia, Franţa, Luxemburg, Olanda.

Toate sistemele de asigurări din Europa, ca urmare a evoluţiei istorice asemănătoare, au câteva elemente cheie comune:

- asigurarea include prestaţii similare pentru toţi contribuabilii;
- fondurile sunt administrate şi controlate public;
- asigurările sociale nu presupun excluderea asigurările private, în aproape toate ţările respective existând asigurări private complementare;
- primele de asigurare sunt în funcţie de venit şi nu în funcţie de riscurile individuale;
- contribuţiile sunt plătite de patron şi de salariat.

Principiile care stau la baza unui sistem de asigurări publice de sănătate sunt:

• **Autonomia.** Fondurile de asigurări de boală şi organizaţiile lor sunt independente. Fondurile (casele) de asigurări au dreptul să strângă contribuţiile şi să facă contracte cu prestatorii de îngrijiri de sănătate. Aceste drepturi sunt specificate în statutul caselor de asigurări. Autonomia derivă din principiul subsidiarităţii[6].

• **Solidaritatea.** Acest principiu presupune stabilirea contribuţiilor individuale nu în funcţie de riscurile individuale asociate vârstei, sexului sau morbidităţii, ci în funcţie de venitul individului (echitate verticală). Pe de altă parte, serviciile medicale sunt acordate indivizilor potrivit nevoilor şi independent de valoarea contribuţiei plătite (echitatea orizontală).

• **Obligativitatea.** Acest principiu presupune că este obligatoriu pentru anumiţi membri ai societăţii să contribuie la un fond (casă) de asigurări. Acest principiu nu contravine posibilităţii de a alege între diferite fonduri.

1. Stabilirea contribuţiei de asigurare pentru sănătate

Contribuţiile sunt plătite cel mai adesea parţial de salariat şi parţial de patron. În cele mai multe ţări contribuţiile sunt stabilite în funcţie de nivelul salariului.

Avantajul contribuţiei bazate pe salariu este că ia în considerare capacitatea de plată a fiecărui individ, şi astfel oricine îşi poate permite asigurarea de sănătate într-un sistem social.

Dezavantajul contribuţiei bazate pe salariu îl reprezintă faptul că pot exista diferenţe foarte mari între cuantumul contribuţiei diferiţilor salariaţi. Pentru a înlătura acest

---

[6] Potrivit acestui principiu, statul nu trebuie să-şi asume nici o funcţie pe care individul, familia sau organizaţiile private pot să o rezolve mai bine sau cel puţin la fel de bine prin propriile lor eforturi asumându-şi propria lor responsabilitate.

dezavantaj ar putea să existe un plafon care să limiteze cuantumul contribuției. Acest lucru ar face ca numai salariile și veniturile până la un anumit plafon să fie luate în considerare în stabilirea contribuției iar după acest plafon să nu se mai plătească nici o contribuție. Unele țări utilizează un astfel de plafon (Germania) în timp ce altele nu (de exemplu, Franța).

Avantajul stabilirii unui plafon este că ajută la menținerea unui anumit echilibru între nivelul contribuției și prestațiile primite. În lipsa unui astfel de plafon, persoanele cu venituri mari ar trebui să plătească contribuții care ar fi mult mai mari decât valoarea anticipată a prestațiilor. Acest lucru ar putea crea probleme de echitate și acceptabilitate pentru un sistem de asigurări. Un studiu privind echitatea verticală în finanțarea serviciilor de sănătate[7] arată că sistemele de sănătate finanțate prin impozite din bugetul public tind să fie progresive, sistemele publice de asigurări sunt regresive iar cele private chiar mai regresive. Plățile făcute direct de către pacienți pentru plata serviciilor sunt cea mai regresivă metodă de atragere de fonduri în sectorul sanitar.

2. Pay-as-you-go versus capitalizare

Capitalizarea se folosește de obicei atunci când beneficiile se anticipează a se obține pe termen lung. Contribuțiile individuale sunt acumulate într-o rezervă și sunt plătite peste un număr de ani împreună cu o dobândă garantată acumulată. Asigurarea de viață reprezintă un exemplu tipic.

Asigurarea de sănătate furnizează de asemeni beneficii pe termen lung dat fiind că aproape 70% din cheltuielile pentru sănătate ale unei persoane se consumă în ultimii ani de viață. Cu toate acestea, asigurările publice de sănătate sunt organizate cel mai adesea pe principiul pay-as-you-go. Conform acestui principiu, toate cheltuielile sunt plătite din veniturile curente obținute din contribuții. Dacă cheltuielile depășesc veniturile, atunci deficitul ar putea fi acoperit prin transferuri de la bugetul de stat, sporirea contribuțiilor, suportarea unei părți din cost de către pacienți, etc. Dacă modalitatea de acoperire a deficitului unui fond de asigurări o reprezintă transferurile din bugetul public, atunci autonomia unui astfel de fond poate fi afectată. Cu o astfel de problemă s-au confruntat țările din Europa Centrală care au optat pentru introducerea unui sistem de asigurări sociale de sănătate (Cehia, Ungaria).

3. Incidența contribuției plătite de patron

Una din dificultățile legate de un sistem de asigurări o constituie incidența contribuției plătite de patron[8]: este aceasta un cost pentru patron (așa cum pare să fie), sau se răsfrânge asupra consumatorilor prin prețuri mai mari, sau asupra salariaților sub forma salariilor mai mici și reducerii ocupării? Părerea unanimă a economiștilor care au examinat această problemă este că în cele din urmă este un cost al muncii indiferent de cine îl plătește[9].

Patronii consideră contribuția pentru asigurarea de sănătate ca pe un cost salarial. Pe o piață a muncii concurențială, patronii sunt preocupați de costul global al folosirii factorului de producție muncă și privesc costul asigurării medicale ca pe un cost salarial. O creștere a nivelului contribuției îi poate determina pe angajatori să substituie factorul de producție muncă cu factorul capital, afectând ocuparea. Dacă substituirea factorilor în producție nu este ușor de realizat, atunci angajatorii vor încerca să reducă salariile. Dacă, din cauza legislației sau a puterii sindicale nu reușesc acest lucru, firmele vor da faliment sau, pe o piață neconcurențială, sau vor transfera povara asupra consumatorilor prin prețuri mai mari.

Asigurările obligatorii pot fi o modalitate eficientă de corectare a eșecului pieților de asigurări private. Ele trebuie însă analizate prin prisma considerentelor de echitate și de ocupare.

---

7 Wagstaff, A., *Equity in the finance of health care*, Journal of Health Economics 11 (1992), 361-387, North Holland

8 prin patron înțelegem persoana fizică sau juridică care angajează mână de lucru salariată.

9 Donaldson, C., *Economics of Health Care Financing. The Visible Hand*. Macmillian Press Ltd, 1993, pag. 51-67

OPȚIUNEA 4: PLATA DIRECTA DE CĂTRE CONSUMATOR

Într-un astfel de sistem consumatorii ar trebui să plătească pentru servicii în mod direct (fără a apela la un intermediar financiar de genul guvernului sau unui fond privat/public de asigurări) ori de câte ori utilizează serviciile. Din motive de echitate, în nici o țară, serviciile de sănătate nu sunt organizate doar prin acest sistem pentru că el depinde foarte mult de capacitatea de plată a indivizilor.

Cu toate acestea, în multe țări, inclusiv în România, există cabinete private, policlinici sau spitale private unde pacienții au acces direct în schimbul achitării integrale a prețului serviciilor. Prețurile în acest caz sunt determinate de piață. Problema care se pune este aceea dacă toate serviciile de sănătate ar putea fi alocate prin mecanismul pieței la fel ca orice alte bunuri sau servicii. Există un număr de constrângeri fundamentale care fac imposibilă alocarea tuturor resurselor de sănătate prin intermediul mecanismului de piață liberă și care fac din piața serviciilor de sănătate un exemplu tipic de eșec al piețelor.

1. Constrângerile care cauzează eșecul unei piețe libere a serviciilor medicale

Nu toți oamenii ar putea să-și permită să aibă acces la servicii medicale. Aceasta este o problemă legată de distribuția venitului. Deoarece venitul este distribuit inegal, unii indivizi pot să-și permită un tratament mai bun decât alții iar cei mai săraci să nu-și permită deloc. Conceptul de echitate care este adesea invocat în sectorul sanitar recomandă accesul la îngrijirile medicale în funcție de nevoi și nu de capacitatea de plată.

Incertitudinea în legătură cu anticiparea nevoilor medicale. Este foarte dificilă planificarea bugetului pentru consum medical. Cu excepția cazurilor cronice este foarte dificil pentru un individ să estimeze riscul de a se îmbolnăvi.

Externalități. Unele servicii de sănătate generează o serie de beneficii nu numai pentru pacienți dar și pentru cei din jurul lor. Dacă cineva se vindecă de o boală infecțioasă, beneficiază nu doar persoana respectivă ci și cei din jur care ar fi putut fi contaminați. Externalitățile pozitive în sectorul sanitar pot fi foarte mari. Dacă bolnavii trebuie să plătească costul tratamentului, ei ar putea decide, mai ales dacă sunt săraci, să nu se mai trateze. Ei ar putea să nu ia în considerare efectele negative pe care boala lor le-ar putea produce și asupra altor indivizi. Piața liberă, care urmărește îndeosebi beneficiile și costurile private, va produce prea puține servicii medicale în prezența externalităților.

Lipsa de informații complete (Ignoranța pacienților). O piață concurențială poate funcționa numai dacă clienții au suficiente informații pentru a alege. În cazul îngrijirilor de sănătate este foarte dificil pentru consumatori să fie corect informați din cauza costului foarte mare al informației. Există o *asimetrie informațională* foarte mare: cei mai informați sunt medicii care pot astfel, induce comportamentul consumatorilor[10]. Consumatorii de servicii medicale se bazează cel mai adesea pe informațiile date de medic. În cazul existenței unei piețe libere a serviciilor medicale, problemele care pot apare ca urmare a acestei lipse de informații sunt:

1. Medicii ar putea recomanda un tratament mai scump decât ar fi necesar sau companiile farmaceutice ar putea convinge pacienții de superioritate produselor de marcă în detrimentul unor produse generice similare dar mai ieftine.
2. Pacienții ar putea să nu consulte medicul decât într-un stadiu foarte avansat al bolii când ar putea fi prea târziu să mai fie vindecați sau prea scump pentru a-și mai putea permite tratamentul.

Situația de oligopol. Dacă medicii și spitalele acționează pe o piață liberă urmărind să maximizeze profitul, este puțin probabil ca prețul serviciilor să scadă ca urmare a concurenței. Mai degrabă, ne putem aștepta la o cooperare tacită între medici și spitale pentru fixarea unor prețuri standard și pentru protejarea veniturilor lor (situație de concurență imperfectă). Chiar dacă medicii ar concura liber, este puțin probabil ca

---

[10] Cererea indusă de ofertă (*Supply induced demand*) este un concept des întâlnit pe piața serviciilor medicale, în industria medicamentelor și industria tehnologiei medicale de vârf și este cauzat în special de lipsa de informații complete a cumpărătorilor

pacienții să fie informați astfel încât să aleagă serviciul cu cel mai bun preț și cea mai bună calitate.

Constrângerile care fac ca un mecanism de piață liberă în alocarea resurselor sanitare să eșueze nu reprezintă un argument convingător că intervenția statului și oferirea gratuită a serviciilor ar fi cea mai bună alternativă. De cele mai multe ori, soluțiile la eșecul pieței libere se concretizează prin intervenția guvernului care, subvenționează consumul de servicii medicale, reglementează comportamentul producătorilor de servicii medicale (medici, spitale) sau impune taxe pe consum de tipul co-plății si care sunt descrise in continuare.

2. Coplățile sunt plăți suplimentare facute de pacienți, de obicei in momentul consumului, pentru serviciile pe care le primesc in cadrul asigurarii sau sistemelor de sănătate finanțate prin taxe. In ultimii ani au fost introduse sau extinse astfel de plăți intr-un numar de tari, fiecare in vederea cresterii veniturilor sau ca un mecanism de alocare a resurselor pentru a descuraja folosirea nenecesara a resurselor medicale limitate.

Coplățile sunt numai unul dintre diferitele mecanisme pe care tarile le pot folosi pentru finantarea privată a sistemelor lor de sănătate. Alte surse de finantare sunt: (i) impozitare generala (pe venit personal, profituri comune, TVA, etc.); (ii) impozite specifice (ex.: accize pe marfuri); (iii) contributii de asigurari sociale; (iv) prime de asigurari private; și (vi) contributii caritabile. Cele mai multe tari finanteaza asistenta medicala printr-o combinatie a unora din aceste surse diferite.

Pentru ca toate formele de finantare au atat avantaje cat și dezavantaje, este important ca o tara sa ajunga la combinatia pe care o considera corecta. In general, aceasta va insemna combinatia care indeplineste cel mai bine un numar din următoarele obiectivele :

- nivel de finantare adecvat și capacitate de sustinere a furnizarii serviciilor medicale;
- niveluri adecvate ale eficientei tehnice și de alocare;
- echitate in distribuirea beneficiilor medicale și presiunii finantarii;
- acceptabilitatea consumatorului, profesionala și politica; si
- impact benefic maxim asupra starii de sănătate a populatiei.

Nu exista combinatii corecte universale, trebuind cântărite argumentele pro și contra variantelor adoptate, în cazul de față încercând să aplicăm acest demers asupra coplăților.

O varietate de **argumente** au fost luate in considerare in literatura internationala **pentru a justifica și susține folosirea coplăților** in serviciile de sănătate. Aceste argumente accentueaza in general cresterea potentiala a veniturilor din coplăți sau a beneficiilor lor ca un mecanism de alocare.eficienta a resurselor.

Astfel, introducerea sau creșterea taxelor la serviciile de sănătate finanțate public genereaza mai multe venituri pentru serviciile de sănătate. Pe scurt, veniturile din coplăți pot fi folosite pentru a acoperi o parte din costurile de functionare ale programelor curente, in special acelea care acorda ingrijiri curative simple. In mare, mai multe venituri permit ca servicii de sănătate de baza subfinantate, dar cu eficacitate, sa se extinda și astfel ajuta guvernele sa imbunatatesasca alocarea resurselor.

Preturile sunt adesea susținute pentru ca ele incurajeaza o alocare mai rationala a resurselor limitate. Ele pot ajuta la prevenirea folosirii serviciilor de sănătate nenecesare sau fara importanta, De exemplu, un pret mic stabilit pentru un serviciu medical intr-un spital dar care ar putea fi furnizat și în ambulator ar putea ajuta la descurajarea pacienților care ar putea fi tratati in asistenta medicala primară la costuri mai scazute. Taxe diferite pentru diferite tipuri de servicii pot de asemenea sa arate consumatorilor importanta unor anumite feluri de ingrijiri (ex.: acelasi dispensar poate taxa puținsau deloc asistenta prenatala și poate avea o taxa mai mare pentru consultatiile obisnuite). Toate aceste argumente presupun ca suveranitatea consumatorului este predominanta pe piata ingrijirilor de sănătate.

Coplățile pot de asemenea sa încurajeze **eficiența în domeniul furnizării**. Medicii pot fi mai precauti la prescrierea in plus sau folosirea nerationala a serviciilor daca stiu ca pacienții vor trebui sa plateasca direct. Ei vor deveni, in mod esential, mai responsabili fata

de interesele şi necesitatile pacienţilor lor, mai ales atunci când pacienţii pot schimba medicul curant şi când venitul acestuia depinde de pacienţi

Unii autori sustin de asemenea că **coplăţile pot ajuta la imbunatatirea echitatii.** Aceasta este din cauza ca asistenta gratuita acorda avantaje mai mari celor cu venituri ridicate, din moment ce ei au o mai mare posibilitate sa-si permita costuri de calatorie şi de timp şi deci sa faca uz mai mare de servicii. Impunerea coplăţilor face posibila, pentru autoritatile finantatoare, generarea de venituri pentru extinderea serviciilor adecvate la cei cu venituri scazute. Aplicarea coplăţilor adecvate, elimina de asemenea multe din subventiile injuste inerente in asistenta gratuita.

Coplăţile pot de asemenea sa ajute la descentralizarea şi sustinerea serviciilor de sănătate publice in 2 moduri: prin rationalizarea sistemelor de trimitere prin semnalele preturilor astfel incat pacienţii sa fie orientati catre serviciile mai ieftine din judetele lor; şi prin introducerea taxelor care se retin la unitatea sanitara, schimband astfel partial controlul problemelor bugetare de la nivelul central la comunitatile judetene şi locale. Mobilizarea resurselor locale poate contribui de asemenea la sustinerea serviciilor medicale cele mai adecvate, o problema cheie in tarile in care resursele sunt reduse.

Coplăţile pentru serviciile publice ar putea ajuta sa stimuleze dezvoltarea sectorului medical privat. Cand taxele sunt uzuale in sectorul public, familiile sunt interesate mai mult de modalitati alternative de plata pentru servicii de sănătate (ex.: asigurari de sănătate private). Astfel, se poate sustine, ca cresterea coplăţilor intr-un sistem finantat prin taxe sau de asigurari sociale, conduce la dezvoltarea unei piete a asigurarilor private şi a unui sector privat puternic independent de sectorul public. În sfarsit, se afirma ca in unele tari (ex.: economii foste socialiste), pacienţii platesc deja "pe sub masa" personalului medical şi administrativ. Aceste plăţi au numai puţine legături necesitatea, felul şi calitatea ingrijirilor. Introducerea coplăţilor intr-un sistem de asigurari sociale ar ajuta deci la oficializarea plăţilor "pe sub masa" care creeaza distorsiuni profunde in acordarea ingrijirilor. Aceste argumente pledeaza pentru taxarea pacienţilor la locul unde primesc ingrijiri.

Totusi, exista unele **contraargumente importante**, care trebuie luate in considerare daca urmeaza sa fie dezvoltata o strategie de coplată coerenta.

Astfel, coplăţile acoperă doar o mică parte a costurilor. Adesea este subliniat că, în ciuda creşterii coplăţilor din ultimii ani în multe ţări cu sisteme de sănătate publice, acestea acoperă numai o mica parte a costurilor de functionare. Aceasta reprezinta nu mai mult de 5% din totalul cheltuielilor. De aceea, o tara care urmareste sa creasca rolul coplăţilor nu ar trebui sa le vada ca pe un panaceu pentru problema subfinanţării finantarii serviciilor de sanatatii.

Coplăţile nu duc automat la creşterea veniturilor, mai ales datorită faptului că acestea sunt văzute adesea de catre guvernele care le promovează sau susţin ca un instrument care va facilita un nivel mai scazut al cheltuielilor publice pentru serviciile de îngrijiri medicale. Aceasta înseamnă că totalul veniturilor pentru sistemul de sănătate ar putea sa scadă în ciuda creşterii coplăţilor.

Ar trebui de asemenea amintit ca **schemele coplăţilor au propriile costuri administrative.** Un sistem de coplăţi cu un domeniu larg al scutirilor şi/sau subvenţiilor implica costuri administrative mari, care trebuiesc deduse din veniturile antecalculate.

Un argument puternic împotriva coplăţilor, este că acestea "lovesc" în cei care sunt cel mai puţin protejati - cei cu venituri scăzute şi bolnavii, de unde apariţia unor **probleme serioase legate de echitate.** Faptul că în toate societăţile, cei cu venituri scăzute tind să fie şi cei mai puţin sănătoşi, face aceasta problemă să fie cea mai gravă. De aceea, teoria economica şi practica sugereaza ca, coplăţile vor avea un efect in detrimentul nivelurilor de consum de ingrijiri de sănătate al persoanelor mai puţininstarite şi care, de regulă, au şi cele mai mari nevoi de sănătate. Totusi, este important sa se observe ca asistenta medicala este un bun eterogen, semnificand ca aceste argumente se pot aplica la unele forme de ingrijiri medicale, dar nu la toate. De exemplu, cel mai cuprinzator studiu despre efectele impartirii costurilor asupra consumului de servicii medicale - experimentul RAND privind asigurarile

de sănătate in SUA - a aratat ca reducerea cererii pentru serviciile ambulatorii a fost mai mare pentru cei cu venituri scazute decat pentru cei bogati, în timp ce contrariul a fost adevarat pentru serviciile spitalicesti.

Răspunsul politicilor de sănătate la situația de mai sus a fost acela de a crea scutiri de coplăți pentru cei cu venituri scazute. Totuşi, aceia care sunt impotriva coplăților sustin ca scutirile necesită un sistem de înregistrare şi verificare complex. În plus, invariabil, se susține, cei care beneficiază de scutiri sau subvenționări ale coplăților tind să fie sub numarul persoanelor care au dreptul la aceste scutiri. De exemplu, se estimează că prescripțiile gratuite, în sistemul național de sănătate din Anglia, sunt solicitate de 50 - 60% din cei care au dreptul la scutire. De asemenea este o problema faptul că cei bogati şi informați pot sa gaseasca modalitati de a obtine exceptări de plăți, în timp ce aceia cărora le este destinata, nu le obțin. Mai mult, în cazurile în care scutirile vor trebui extinse pentru a proteja toate grupurile dezavantajate, veniturile din coplăți vor tinde să fie mult mai scazute decât se astepta.

O problemă ulterioară, este aceea că, coplățile pot duce la utilizarea cu întârziere a serviciilor. De exemplu, daca exista taxe pentru consultatii în asistența primară, unii indivizi pot decide să nu meargă la doctor. Starea lor de sănătate se poate deteriora şi când eventual se vor prezenta singuri la medic, ei vor avea nevoie de tratamente mai costisitoare. Acest argument sugerează ca medicina primară, cel puțin, ar trebui să nu fie obiectul taxelor.

Probabil că unul din cele mai puternice argumente împotriva coplăților este acela că piața serviciilor medicale nu funcționează ca alte piețe. Aşa cum am arătat anterior ea este caracterizata prin asimetrie informațională privind pacienții care adesea sunt incapabili să stabileasca dacă simptomele lor sunt grave sau nu. In plus, de obicei ei nu cunosc nivelul şi forma tratamentului necesar şi în general, au puține informații despre eficacitatea tuturor tratamentelor existente. Complexitatea datelor, multitudinea alegerilor şi starea psihică proastă a multora care descoperă că sunt bolnavi, au drept rezultat încrederea consumatorului in furnizor pentru a primi informații şi de a lua decizii referitoare la consumul de servicii medicale. Dar pacientul şi nu medicul, suportă efectele coplăților. De aceea, utilizarea este improbabil sa fie astfel moderată şi piața serviciilor medicale nu va fi mai eficientă decât atunci când coplățile au fost absente.

Testul final al modelului coplății este efectul asupra stării de sănătate a pacienților. Unii autori au sugerat că dacă coplățile conduc la o reducere în utilizarea serviciilor de sănătate, atunci ele vor produce un declin al starii de sănătate. Surprinzator, există însă foarte puține dovezi solide în această problemă. Studiul RAND menționat anterior a stabilit că utilizarea redusă a serviciilor a avut un mic efect sau nici un efect advers asupra sănătății pentru persoane obişnuite. Studiul a stabilit de asemenea că sănătatea bolnavilor cu venituri scazute - aproximativ 6% din populație - a fost afectată negativ. Astfel, coplățile par să nu afecteze sănătatea majorității populației, dar ele sunt dăunatoare celor mai dezavantajați.

Argumentele de mai sus sugereaza necesitatea unei analize mai amănunțite a serviciilor de sănătate şi a diferitele tipuri de coplăți corespunzătoare existente. Schemele coplăților sunt variate, conform naturii aranjamentelor financiare, dar in general au 5 forme

. Prima este o **suma fixa**, indiferent de costul serviciului furnizat. Spre exemplu, un produs farmaceutic va fi taxat cu aceeasi sumă de 5.000 lei, indiferent dacă costul său este 10.000 sau 100.000 lei .

Al doilea tip este o **plată procentuală** în funcție de prețul sau costul serviciului furnizat. Această măsură se aplică în mod curent în Romania pentru medicamentele prescrise, pentru care pacienții plătesc între 25-75% din prețul medicamentului. Acesta ar putea fi aplicat de asemenea, altor forme de ingrijiri (ex.: un procent din taxa zilnica pentru spitalizare intr-un spital care are contract cu fondul de asigurări).

A treia opțiune este pentru plata din partea pacienților a unei **sume deductibile** (de ex.: persoanele plătesc 100% din costul tratamentului într-o anumită perioadă, după care asiguratorul va plăti celelalte costuri). Asemănătoare cu aceasta este plata pentru serviciile ce depăşesc o anumita limită, unde pacientul plăteşte surplusul costului peste un maximum

prevăzut de agenția finanțatoare. Acest model este folosit în sistemele prețului de referință pentru medicamente, cum este cazul în Germania și Olanda, unde este stabilit un pret standard pentru un grup de medicamente și pacienții platesc diferenta intre pretul de referinta și pretul cu amanuntul al medicamentului respectiv, daca pretul lui este ridicat.

In final, a cincea optiune este **exceptarea unor tratamente particulare** de la acoperirea acordată de fondul de asigurare. Tipurile de ingrijiri de sănătate exceptate în sistemele de sănătate moderne includ de regulă servicii precum rezervele cu un pat, ochelari și proteze dentare. În mod asemanator, sunt excluse adeseori, medicamentele cu valoare terapeutică limitată. În toate aceste cazuri, pacientul plătește costul întreg al serviciului in momentul consumului.

Ar trebui observat ca sunt posibile combinații ale acestor forme de coplată. Astfel, de exemplu, un pacient ar putea plăti 50% din preț pentru primele 5 consultatii de asistenta primara intr-un anumit an, iar după aceea nu mai plătește nimic. O astfel de măsură ar fi destinată să protejeze bolnavii cronici care utilizează mai mult îngrijirile de sănătate.

O întrebare care apare imediat când se concepe o strategie de coplăți, este ce tipuri de îngrijiri de sănătate se taxează? Chiar și aceia care sunt impotriva utilizării coplăților ar putea fi de acord că sunt unele servicii care sunt bune canditate pentru coplăți. De exemplu, nu există nici un motiv pentru care saloanele particulare din spitalele publice nu ar trebui să fie taxate suplimentar. Același lucru poate fi spus cu privire la costul pentru meniuri la alegere și altor servicii hoteliere pentru cei internați. Sau pentru serviciile acordate in afara programului de lucru pentru cei care sunt dispusi să plătească și doresc să evite cozile. Totuși, acestea sunt subiecte minore atunci când este vorba de un sistem de sănătate global.

Cele mai multe țări folosesc coplățile mai ales pentru medicamentele prescrise. Se consideră că medicația prescrisă în ambulator permite pacienților, cu excepția anumitor categorii defavorizate și subvenționate, să facă față costurilor fără să amenințe efectuarea tratamentul prescris și deci starea de sănătate. Mai mult, cheltuielile cu medicamentele sunt o problema mare a bugetelor de sănătate și de aici nevoia de acoperire a costurilor. Totuși, se susține că sistemul de coplată ar trebui astfel dezvoltat încât sa permita un tratament preferențial bolnavilor cronici, in special celor care au nevoie de medicamente esentiale.

De asemenea exista o explicatie rațională pentru introducerea unei coplăți în cazul nașterilor, acestea fiind un eveniment care poate fi prevăzut. Aceasta inseamnă ca, consumatorii potentiali pot face economii in vederea plății la momentul nasterii (dacă acest fapt nu intră în contradicție cu politicile naționale în domeniu, i.e. pronataliste). In mod similar, serviciile care pot fi amanate pana cand banii sunt disponibili, sunt canditate bune pentru coplată. Acesta este cazul celor mai multe servicii stomatologice. In final, in interesul eficientei, pacienții care ocolesc sistemul de trimitere, mergând direct la spitale sau aceia care nu sunt urgențe autentice, se consideră că ar trebui să suporte o coplată. Aceasta necesită ca ingrijirile primare, care oferă asistența gratuită sau aproape gratuită, sa fie ușor accesibile.

Oportunitatea coplății pentru alte tipuri de îngrijiri de sănătate este mai puțin indicata, totuși, se poate observa ca servicii cum ar fi furnizarea de ochelari, proteze și fizioterapie sunt invariabil subiectul coplății in tarile europene. Serviciile preventive, procedurile de diagnostic și spitalizarea, pe de alta parte, sunt taxate mult mai rar .

Dificultatea fundamentala a oricarui sistem de taxe, este cum să scutească pe cei cu venituri scazute și alte grupuri dezavantajate. A susține că cei care pot să-și permită ar trebui să platească costul întreg al serviciilor curative pe care le folosesc și că persoanele cu venituri scăzute ar trebui protejate printr-un sistem diferit de coplăți, este facil in teorie, dar foarte dificil în practică. Există dificultăți în stabilirea persoanelor care au dreptul la tratament mai favorabil, mai ales în cazul țărilor în care economia paralelă, evazionistă fiscal, este importantă așa cum este și cazul Romaniei. Mai mult, consimțirea plății nu este neapărat o dovadă a posibilității de a plăti. Persoanele pot să câștige bani in timp de criză dar la un cost considerabil pentru ei și familiile lor. Ei pot renunța în acest scop la alte bunuri, precum hrana, care este la fel de importantă pentru menținerea unei bune sănătăți. Scutirile de coplată pentru grupurile cu venituri scazute, pot duce de asemenea, la

stigmatizarea sau pierderea respectului de sine, care poate impiedica oamenii să solicite tratamente diferențiate.

Cu toate acestea, dacă un guvern consideră oportune coplățile în îngrijirile de sănătate, atunci aceste probleme trebuie depășite. Cu privire la cei cu venituri scăzute, sunt descrise 4 strategii esențiale pe care un guvern le poate urmări:

i. să diferențieze coplățile în funcție de venitul beneficiarului și, sub o anumită limită, să se renunțe la taxă;
ii. să li se dea posibilitatea celor cu venituri scăzute să acopere coplata de la o instituție specializată, ca Ministerul Muncii și Protecției Sociale;
iii. să acorde tuturor asiguraților un voucher care poate fi folosit în loc de bani pentru obținerea unui numar minim de servicii de sănătate;
iv. să se asigure prin impozitele generale redistributive, sau prin politicile de ajutoare bănești, ca toate familiile să aibe resurse suficiente pentru a obține un nivel de bază al serviciilor pe care le doresc.

Totuși, nu numai cei cu venituri scăzute trebuie protejați. Există o situație evidentă pentru renunțarea la coplăți pentru bolile cronice și cererile pentru ingrijiri de sănătate foarte scumpe (de ex. anumite transplanturi de organe). In mod asemănător, un guvern poate dori să acorde stimulente pentru anumite grupuri in vederea consumării de îngrijiri de sănătate specifice (ex.: copii și gravide).

Ca un comentariu final la această secțiune am putea spune că dacă folosirea coplăților pentru îngrijirile de sănătate este soluția, care este exact problema? Susținătorii folosirii coplăților le recomandă mai ales în două situații. Prima este atunci când cheltuielile pentru sănătate în totalitate sunt scăzute sau prăbușite-coplățile sunt recomandate ca o cale de a mobiliza mai mulți bani pentru îngrijirile de sănătate față de cât pot furniza sursele existente. A doua situație, se întâlnește, în mod paradoxal, atunci când cheltuielile pentru sănătate sunt ridicate sau cresc rapid, iar coplățile sunt recomandate ca o cale de îmbunătățire a eficienței prin moderarea cererii și a costurilor. Indiferent de problema la care încearcă să răspundă, este important ca aceasta să fie clar identificată și coplățile să fie conforme cu problema la care se dorește rezolvarea. În Romania subiectul coplăților a născut numeroase dispute, dar o politică coerentă în acest sens este încă inexistentă, deși la ora actuală între 20% și 30% din costurile asistenței medicale sunt suportate prin plăți private directe de către pacienți, fie prin plăți oficiale fie informale, un procent mare, chiar comparat cu tendințele europene în domeniu.

ALTE MODALITĂȚI DE COLECTARE A FONDURILOR PENTRU FINANȚAREA SERVICIILOR DE SĂNĂTATE

Primele trei opțiuni menționate mai sus – venituri de la bugetul de stat, asigurări private, asigurări sociale – sunt cel mai des întâlnite ca modalitate de finanțare a serviciilor de sănătate. În ultimii ani, multe din tarile care folosesc una din cele trei opțiuni, au încercat forme inovative de finanțare în încercarea de a opri escaladarea costurilor cu sănătatea, a largi accesul la îngrijiri medicale al populației neasigurate, a spori concurența între case de asigurări și între prestatorii de servicii, pentru a-i recompensa pe cei cu performante mai bune în termeni de preț, calitate și satisfacție pentru pacienți. Astfel de mecanisme inovative sunt: Organizarea tip HMO (Managed Care), concurența dirijată (Managed Competition) și depozitele de economii cu destinație specială pentru sănătate.

1. Managed care

Managed care este un concept nou, care integrează finanțarea cu furnizarea de servicii de sănătate și care presupune furnizarea serviciilor într-un sistem integrat, cuprinzător, responsabil și competitiv. Iglehart definește managed care ca fiind «o varietate de metode de finanțare și organizare a furnizării de îngrijiri de sănătate cuprinzătoare, în care se încearcă realizarea controlului costurilor prin controlul furnizării de servicii».

Principiile care stau la baza organizării și funcționării *managed care* sunt următoarele:

- selectarea furnizorilor de servicii și stabilirea unor contracte cu aceștia;

- negocierea plăților;
- managementul utilizării (acceptarea de către furnizori a unor modalități expli-cite de utilizare a resurselor pentru a rezulta costuri cât mai scăzute);
- managementul calității.

Reprezentantul tipic al organizațiilor care furnizează îngrijiri de sănătate în sistemul managed care este HMO ("health maintenance organization").

Un HMO este de obicei o organizație care, în schimbul unei prime, furnizează polițe de asigurare prin care se angajează să acopere pentru asigurați o gamă foarte largă de servicii: ambulator, spital, laborator, alte tipuri de investigații, medicamente cu rețetă etc. Uneori există anumite coplăți pentru asigurați, în momentul primirii de servicii de sănătate.

HMO contractează cu patronii sau cu asiguraţii individuali, care plătesc o sumă fixă per capita, indiferent de riscul de boală al fiecărui angajat şi de nivelul îngrijirilor pe care le vor primi, şi se angajează în schimb să asigure pacienților îngrijiri cuprinzătoare.

Pe de altă parte, HMO contractează servicii cu furnizorii, de obicei prin sistemul per capita, dar şi prin plată per serviciu la un tarif mai redus. Indiferent cum sunt plătiți furnizorii, HMO ține fișele tuturor pacienților şi poate observa costurile per pacient. Dacă un furnizor apare ca fiind prea costisitor în urma risipei, nu se mai reînnoieşte contractul cu el.

De obicei, accesul la spital se face având acceptul medicului de îngrijiri primare, iar pacientul se poate adresa doar spitalelor cu care HMO are contracte (cu excepția cazurilor de urgență). Contractele cu spitalele sunt fie per caz tratat, fie per capita, situație în care spitalul împarte riscul financiar cu HMO. Uneori spitalele pot aparține chiar de HMO.

Cu toate că sunt din ce în ce mai răspândite, îngrijirile de sănătate sub formula managed care sunt foarte controversate. Criticile cele mai frecvente vin din partea doctorilor, care sunt preocupați de faptul că plata prin capitație ar stimula în fapt o "subfurnizare" de servicii de sănătate (efect contrar celui de "suprafurniziare" specific plății per serviciu). Studiile făcute până acum nu au evidențiat însă diferențe semnificative între calitatea îngrijirilor furnizate în sistemul tradițional şi cel al managed care.

2. Concurența dirijată ("managed competition")

Concurența dirijată este un mecanism de finanțare a sănătății care a apărut inițial în SUA şi s-a adoptat ulterior în Olanda şi Rusia. A apărut în SUA ca o încercare de rezolvare a problemelor fundamentale din sistemul american (în SUA, acoperirea cu îngrijiri medicale este strâns legată de locul de muncă şi nu este universală; 37 milioane de americani sub 65 de ani nu au nici un fel de asigurare medicală. Aceasta afectează mobilitatea muncii, ca urmare a riscului de a pierde asigurarea medicală atunci când se schimbă locul de muncă. Costurile cu sănătatea au crescut foarte rapid în ultimii 20 de ani, ajungând la 14% din PIB în 1995, ca urmare a faptului că mecanismul de plată a prestatorilor conține stimulente care îi determină să ofere prea multe servicii. Casele private de asigurări urmăresc creşterea profiturilor mai mult prin excluderea indivizilor cu risc sporit de îmbolnăvire decât printr-o mai mare eficiență).

Acest mecanism reprezintă o formă de organizare a pieței asigurărilor medicale. Prin acest mecanism, se creează un fel de cooperativă care coordonează cumpărătorii de servicii medicale (casele de asigurări) dintr-o regiune. Obiectivul principal îl constituie organizarea pieței asigurărilor, astfel încât: a) indivizii să fie mai bine informați atunci când cumpără polița de asigurare şi b) indivizii să fie mai responsabili din punct de vedere financiar atunci când consumă serviciile medicale (combaterea hazardului moral).

Printr-un astfel de mecanism, cooperativele asigură: definirea unui pachet comprehensiv standard de servicii pentru regiunea pe care o deservesc, garantarea accesului persoanelor la înscrierea la orice casă de asigurări, eliminarea selecției riscurilor, garantarea reînnoirii poliței de asigurare, informații complete despre performanțele diverselor case de asigurări. Astfel de cooperative au fost asemănate cu un supermarket în care consumatorii (informați şi conştienți de costuri) compară prețurile şi serviciile înainte de a cumpăra asigurarea de sănătate. Acest model determină şi casele de asigurări să fie eficiente atunci când cumpără servicii de la prestatorii de îngrijiri medicale.

Acest model a fost destinat să răspundă problemelor americane, dar el s-a dovedit relevant şi pentru alte ţări. Olanda, care a iniţiat o reformă în sensul promovării concurenţei între casele de asigurări, în cadrul unui sistem social de asigurări cu acoperire universală, a urmărit corectarea comportamentului caselor de asigurări, în sensul eliminării selecţiei riscurilor, adică eliminarea procesului prin care casele de asigurări selectau persoanele cu riscuri mici şi le respingeau pe cele cu risc sporit de îmbolnăvire.

Pentru ca un astfel de mecanism să funcţioneze efectiv, este nevoie ca veniturile care alimentează sistemul (indiferent de sursă) să fie colectate într-un singur fond, care să fie apoi distribuit către casele de asigurări pe baza unei scheme ajustate în funcţie de risc (casele de asigurări să primească un volum mai mare de resurse pentru persoanele cu risc sporit). Numai astfel casele de asigurări pot fi determinate să asigure persoanele cu risc sporit.

3. Depozite bancare de economii pentru sănătate

Acest model este utilizat în SUA şi Singapore. El presupune ca indivizii să economisească bani într-un cont special din care să plătească îngrijirile medicale. Printr-un astfel de mecanism, la fel ca şi în cazul plăţii directe a serviciilor de către consumatori, indivizii devin foarte conştienţi de costul serviciilor şi astfel problema hazardului moral este combătută. De asemenea, prin astfel de depozite de economii, indivizii au libertatea de a alege furnizorul de servicii. În plus, prin încurajarea economiilor, pot fi atinse şi alte obiective legate de dezvoltarea economică.

Unul din avantajele importante ale acestui sistem este că încurajează prudenţa în consumul medical, deoarece sumele necheltuite sunt folosite în interesul titularului de depozit, şi nu în interesul companiei de asigurări sau al guvernului. Astfel, sumele necheltuite pot fi folosite pentru consum nonmedical, pentru a fi transferate în bani lichizi urmaşilor sau pentru a fi transferate de la an la an pentru cheltuieli medicale viitoare.

Acest model nu este folosit pentru acoperirea tuturor serviciilor medicale, ci mai degrabă ca un mecanism complementar. În SUA, ca urmare a scutirilor de impozit care se aplică la depozitele de economii pentru sănătate, acest mecanism a căpătat extindere mai largă. Este evident că un astfel de mecanism de asigurare împotriva riscului de îmbolnăvire poate fi folosit numai de cei care doresc şi au posibilitatea să economisească.

4. Mecanisme de alocare a resurselor: rambursare şi remunerare

Fondurile pentru sănătate, odată colectate printr-unul din mecanismele prezentate în secţiunea anterioară sunt alocate prin diferite mecanisme instituţiilor furnizoare de servicii de sănătate, o parte importantă fiind folosită pentru remunerarea personalului. Alocarea fondurilor către furnizorii instituţionali şi remunerarea personalului reprezintă de fapt ambele procese de alocare la nivele diferite. Uneori, existenţa mai multor nivele de intermediari financiari (terţi plătitori) introduce o etapă suplimentară de alocare între intermediari responsabili pentru acoperirea unor populaţii, definite pe criterii cum ar fi rezidenţa sau ocupaţia. Alocarea fondurilor implică oferirea resurselor necesare organizaţiilor de îngrijiri de sănătate sau intermediarilor financiari de nivel inferior pentru a desfăşura o paletă generală de activităţi legate de sănătate. Remunerarea reprezintă un aspect mai restrâns, care se referă numai la activitatea de compensare a profesioniştilor din domeniul sănătăţii pentru timpul şi efortul investit în furnizarea îngrijirilor. Câteodată aceste etape pot fi combinate în aceeaşi tranzacţie. Alocarea fondurilor şi remunerarea coincid, de exemplu, când un terţ plătitor plăteşte unui medic independent un onorariu pentru un serviciu. Dar în general este important să se analizeze diferenţiat alocarea fondurilor şi remunerarea, deoarece modul de alocarea fondurilor pentru o organizaţie de îngrijiri de sănătate poate fi diferit de modul de remunerare ales de organizaţie pentru personalul său. Totuşi, deoarece atât alocarea fondurilor cât şi remunerarea sunt legate de problema asigurării resurselor pentru organizaţiile de îngrijire a sănătăţii şi pentru personalul de îngrijiri în schimbul unei activităţi, ambele se supun multora dintre aceleaşi principii. De aceea când se vor prezenta aspecte care se referă atât la alocarea fondurilor cât

şi la remunerare se va folosi termenul general de plată. Când distincţia este necesară pentru analiză se vor folosi termenii specifici de "alocare a fondurilor" şi "remunerare".

Un sisteme de plată este constituit din două componente de bază care pot fi combinate într-o varietate de moduri. Prima componentă este mecanismul de plată, care se referă la bazele pe care banii sunt schimbaţi între cele două părţi într-un sistem de plată. Plata per serviciu, salariul şi capitaţia sunt trei exemple dintre cele mai folosite mecanisme de plată. A doua componentă este reprezentată de părţile care fac schimbul. Partenerii care apar frecvent în sistemele de plată sunt guvernul, reprezentat de obicei de instituţii specializate de la nivel central şi local, asigurările de sănătate, personalul, instituţiile furnizoare de servicii de sănătate şi beneficiarii.

Alegerile făcute în privinţa sistemelor de plată influenţează în foarte mare măsură sustenabilitatea, echitatea şi eficienţa unui sistem de îngrijiri de sănătate. Sistemul de plată creează stimulente financiare în privinţa categoriei de personal care furnizează anumite servicii, tipului, cantităţii şi calităţii serviciilor furnizate, instituţiei şi nivelului de îngrijiri unde sunt furnizate serviciile şi cui sunt acestea oferite.

Pentru caracterizarea celor două componente de bază ale unui sistem de plată trebuie să se răspundă următoarelor trei întrebări importante:

- CINE este plătit? Plata se face către o structură guvernamentală de la nivel local sau regional, o organizaţie de asigurări intermediară, o instituţie furnizoare de servicii, direct personalului medical sau chiar beneficiarilor de servicii?
- Pentru CE ACTIVITATE se plăteşte? Se plăteşte pentru suportarea riscului acordării de îngrijiri dacă acestea sunt solicitate, pentru responsabilitatea asigurării accesului la îngrijiri, pentru furnizarea efectivă a îngrijirilor sau eventual pentru o combinaţie a acestora?
- CARE este UNITATEA de plată? Este vorba de un serviciu individual, un episod de îngrijiri, un beneficiar?

Răspunsuri diferite la cele trei întrebări descriu moduri diverse în care anumite acţiuni întreprinse de către anumiţi actori declanşează un flux de fonduri şi deci pot explica cine este interesat financiar să desfăşoare anumite activităţi în sistemul de îngrijiri de sănătate. De exemplu, alocarea fondurilor pentru îngrijiri primare folosind ca mecanism de plată metoda plăţii per serviciu către medic (în care un medic primeşte o plată de fiecare dată când execută un serviciu rambursabil) are drept consecinţe: a. descurajarea folosirii oricărui personal în afara medicilor, deoarece numai medicii pot emite o notă de plată către terţul plătitor; b. încurajarea furnizării unui volum crescut de îngrijiri (deoarece se plăteşte numai pentru îngrijiri ca atare), dar c. descurajarea furnizării de îngrijiri care nu sunt definite ca servicii în schema de plată (deoarece numai serviciul "acoperit" este o unitate de plată). Modificarea sistemului de plată astfel încât un centru de îngrijiri primare şi nu medicii ca atare să fie entitatea plătită per serviciu păstrează stimulentul de a furniza doar îngrijiri definite ca fiind servicii acoperite în lista de tarife, dar încurajează producerea îngrijirilor atât de medici cât şi de ne-medici. Modificând acest sistem şi mai mult, în aşa fel încât un centru de îngrijiri primare să fie plătit per capita, situaţie în care organizaţia furnizoare primeşte o sumă fixă de bani în fiecare perioadă pentru fiecare persoană înregistrată în schimbul satisfacerii anumitor nevoi de îngrijiri de sănătate definite ale celor înregistraţi, se păstrează stimulentul de a utiliza medici cât şi ne-medici în acordarea îngrijirilor, dar instituţia furnizoare de îngrijiri are acum stimulente pentru a creşte numărul de persoane înregistrate şi de a se abţine de la furnizarea de servicii care nu sunt neapărat necesare celor înregistraţi. De fapt, în absenţa unui control eficace al calităţii şi al trimiterilor, există stimulentul de a nu furniza servicii suficiente sau de trimite în mod nejustificat pacienţii către alte nivele de îngrijire. Acest exemplu se doreşte o ilustrare a modului în care modificarea entităţii care este plătită, a activităţii şi unităţii pentru care este plătită are efecte importante asupra stimulentelor create pentru diferiţii actori din sistemul de îngrijiri de sănătate.

STRUCTURA SISTEMELOR DE PLATĂ

Dintre numeroasele entităţi care pot interacţiona în cadrul unui sistem de plată, majoritatea se încadrează într-una sau mai multe din următoarele categorii: beneficiari, furnizori (individuali sau instituţionali) şi intermediari financiari (terţi plătitori). Beneficiarii sunt persoanele acoperite de un plan de îngrijiri de sănătate, de ex. rezidenţii unei unităţi administrativ-teritoriale în cazul unui sistem finanţat predominant din impozite sau asiguraţii înscrişi la o instituţie/firmă în cazul unui sistem finanţat predominant din asigurări sociale sau private. Furnizorii sunt acei indivizi sau instituţii care oferă îngrijiri de sănătate ce pot fi utilizate de beneficiari. Un intermediar financiar este o organizaţie care colectează sau primeşte bani care sunt folosiţi pentru a finanţa asigurările de sănătate şi serviciile de îngrijiri de sănătate şi pentru a remunera furnizorii. Fluxul monetar trece pe la intermediar ca o parte a sistemului de generare şi alocare a veniturilor. Într-un sistem finanţat public, un intermediar financiar va fi în mod normal o agenţie guvernamentală sau o organizaţie non-guvernamentală non-profit care administrează fondurile la nivel central, regional sau local. În sistemele private, acesta poate fi un angajator care colectează şi plăteşte primele în numele angajaţilor săi sau un asigurător privat. Pot exista mai multe nivele de intermediari financiari în cadrul unui sistem de alocare a fondurilor şi remunerare.

Figurile 4.1 (i)-(iii) descriu câteva aranjamente mai frecvent întâlnite ale participanţilor la sistemele de plată. Săgeţile din figuri descriu fluxul banilor între entităţile sistemului. Figura 4.1 (i), de exemplu, descrie un sistem în care beneficiarii individuali plătesc furnizorilor direct. Figura 4.1 (ii) descrie un sistem în care cel puţin unele dintre fonduri trec pe la un intermediar financiar (săgeata b) înainte de a ajunge la furnizori (săgeata c). Intermediarul financiar poate fi o agenţie privată, un angajator, o instituţie publică autonomă sau o structură în cadrul guvernului. Figura 4.1 (iii) descrie un flux mai complex al fondurilor în care există mai multe nivele de intermediari financiari, unii dintre aceştia primind fonduri de la mai multe părţi. Într-un sistem public, de exemplu, intermediarii de nivel I pot fi reprezentaţi de guvernul central, în timp ce intermediarii de nivel II pot fi o structură de guvernare regională sau locală; într-un sistem privat, intermediarii de nivel I pot fi angajatorii, iar cei de nivel II organizaţiile de asigurări. Sistemele de generare şi alocare a fondurilor din viaţa reală pot fi mult mai complexe decât cele descrise aici şi fiecare subsistem (de exemplu, bazat pe angajator, pentru funcţionarii publici, publicul general etc.) dintr-o ţară poate avea propria lui schemă.

Aceste scheme exemplifică de asemenea două alternative de bază pentru alocarea fondurilor: cea orientată către furnizor şi cea orientată către populaţie. În cazul alocării bazate pe furnizor fluxul banilor este direct către furnizori. În cazul alocării bazate pe populaţie, banii sunt ataşaţi nominal de beneficiari, astfel încât într-un sens, ei ajung oriunde se duc aceştia indiferent de distribuţia furnizorilor. Cantitatea de bani pe care o primeşte un intermediar financiar de nivel 2 (de ex. administraţia de la nivelul local sau regional) sau o organizaţie furnizoare de îngrijiri de sănătate este legată direct de numărul de indivizi pentru care au responsabilitatea. Deci, în cazul sistemelor bazate pe populaţie, chiar dacă o unitate teritorială (district, judeţ) nu are furnizori de îngrijiri de sănătate, resurse de îngrijiri de sănătate sunt alocate acelei unităţi, permiţând ca locuitorii acestuia să obţină servicii de sănătate de la furnizorii din alte unităţi teritoriale. În timp, un asemenea sistem poate stimula atragerea furnizorilor în zone în care iniţial nu existau furnizori. În contrast, în cazul aranjamentelor bazate pe furnizor, banii merg acolo unde se află aceştia, ceea ce nu înseamnă neapărat că merg şi acolo unde se află nevoile de sănătate (cu alte cuvinte, beneficiarii). Aceasta este o problemă majoră pentru zonele rurale, localităţile izolate sau cele cu un nivel ridicat al sărăciei, care datorită condiţiilor mai puţin atractive au puţini furnizori în ciuda unor nevoi de sănătate peste medie. În asemenea condiţii sunt foarte dificil de atins obiective de echitate a distribuţiei furnizorilor şi a accesului la servicii al indivizilor. (Birch et al., 1994).

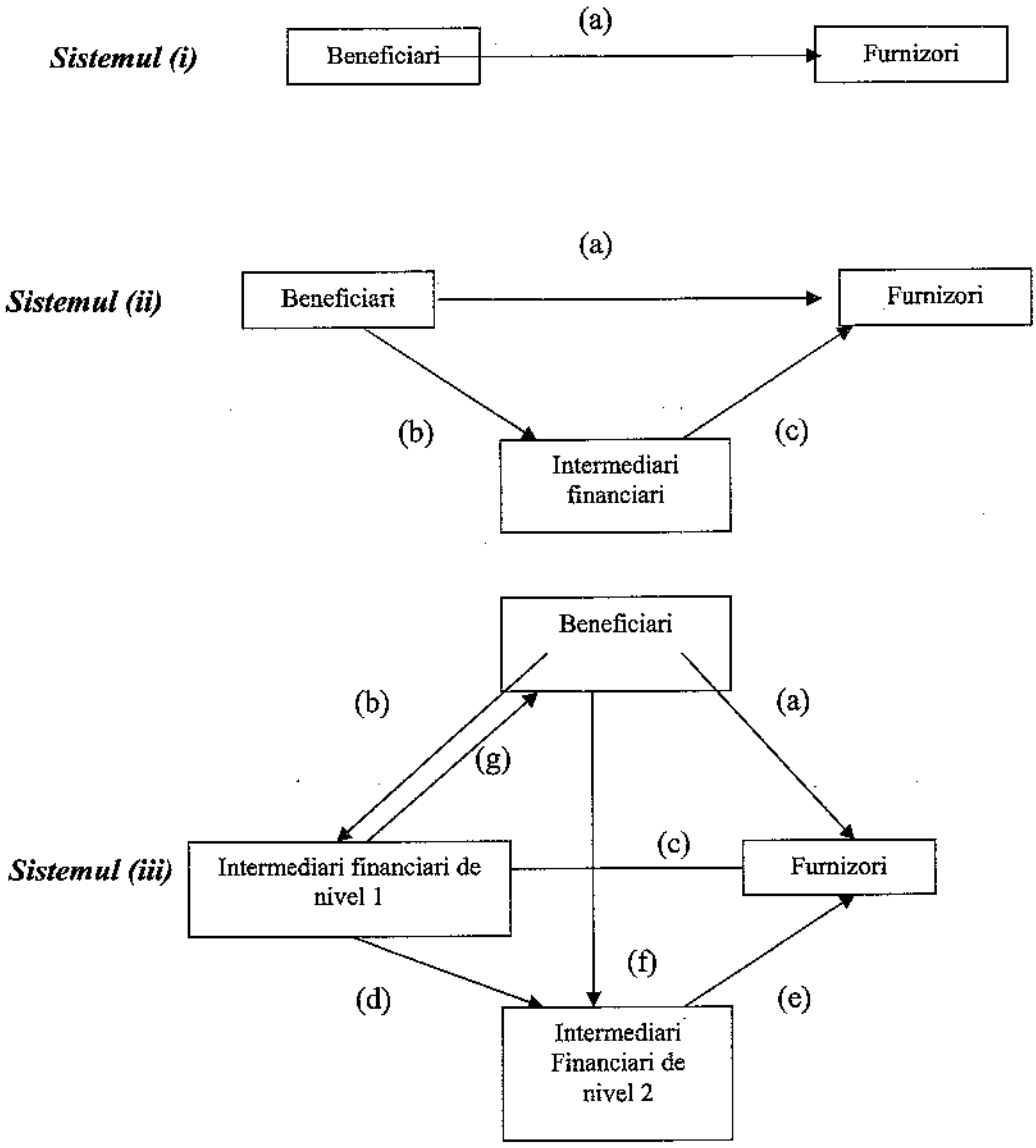


Figura 16.1. Ilustrarea unor sisteme de plată

ALOCAREA RESURSELOR ORIENTATĂ CĂTRE POPULAȚIE

În situațiile în care anumiți intermediari financiari de nivel inferior sau furnizori de servicii au responsabilitatea finanțării sau furnizării serviciilor pentru o populație definită (de ex. prin reşedința într-o anumită zonă geografică, prin acoperirea de către un anumit asigurător, etc.) se pune problema principiilor şi metodelor care să fie folosite pentru alocarea resurselor financiare către aceştia.

Pentru componentele sistemului de plată care sunt reglementate pe principii de piață, alocarea se face în mod implicit ca urmare a opțiunilor consumatorilor. Astfel, de ex. dacă este permisă concurența între fonduri de asigurări, volumul resurselor financiare ale fiecărui fond va depinde de numărul și mărimea contribuțiilor asiguraților pe care acesta reușește să îi atragă. Similar, pentru acei furnizori de servicii de sănătate pe care pacienții îi pot alege liber, fondurile pe care le primesc de la intermediarii financiari sau direct de la beneficiari depind de numărul și tipul de utilizatori atrași.

Așa cum se arată însă în alte secțiuni, finanțarea și furnizarea serviciilor de sănătate nu se poate baza în totalitate pentru alocarea resurselor pe mecanismele pieței libere. În funcție de sistemul de valori dominant, reglementarea oricărui sistem de îngrijiri de sănătate se bazează într-o măsură mai mare sau mai mică și pe principii tehnocratice, legitimate de considerente utilitarian obiective sau egalitariene și care urmăresc să reducă din consecințele nedorite ale funcționării pieților libere. În practică, aceasta se poate traduce în existența unor mecanisme de redistribuire între intermediarii financiari, a unor formule explicite de alocare a resurselor financiare de la nivelele centrale către cele locale sau de la finanțatorul de servicii către furnizori care au responsabilitatea de a oferi anumite categorii de servicii unei populații definite, a cărei libertate de alegere a furnizorului poate fi limitată în mod explicit prin reglementări.

Obiectivul unor intervenții de tipul celor enumerate mai sus este acela de a îmbunătăți echitatea sistemului de îngrijiri. Definiția operațională cea mai acceptată a echității sistemului de sănătate este cea de asigurare a unui acces egal la servicii celor cu nevoi de sănătate egale. O condiție necesară realizării accesului egal este aceea că resursele financiare disponibile în medie pentru o persoană să fie similare pentru populațiile sau grupurile de asigurați între care se dorește garantarea accesului egal.

Reglementări fundamentate pe principii tehnocratice pot avea ca obiectiv și îmbunătățirea eficienței sistemului de îngrijiri, având în vedere faptul că funcționarea imperfectă a mecanismelor de piață în serviciile de sănătate conduce la o alocare ineficientă. Creșterea eficienței alocative și a cost-eficacității se poate realiza prin plata de către finanțatori la nivele cu atât mai stimulative a serviciilor cu cât raportul cost-eficacitate este mai favorabil (variantă mai apropiată de logica pieței) sau prin includerea în categoria serviciilor acoperite ("pachetul de servicii") numai a unor servicii, considerate a fi suficient de cost-eficace (variantă mai apropiată de logica tehnocrată). De asemenea, transferarea riscului financiar într-o cât mai mare măsură către furnizor, prin utilizarea metodelor de plată prospective poate contribui la creșterea eficienței tehnice.

Unitățile de alocare posibile pot fi deci diferite: furnizori, populații/persoane acoperite de un anumit intermediar financiar, servicii de sănătate (intervenții) sau perechi problemă de sănătate-intervenție.

a. Alocarea în funcție de nevoi

Când scopul principal al alocării este îmbunătățirea echității în privința accesului la servicii, care este o condiție a funcționării oricărui sistem de sănătate care urmărește să satisfacă principiul solidarității, alocarea resurselor între populații de beneficiari trebuie făcută ân funcție de nevoile de servicii de sănătate ale acestora. În acest context se înțelege prin nevoie de servicii de sănătate capacitatea de a beneficia de pe urma unei intervenții. Intensitatea acestei nevoi pentru o anumită populație este măsurabilă prin ecartul dintre indicatorii de nivel al stării de sănătate și de factori determinanți ai acesteia, în comparație cu nivelul acelor indicatori considerat acceptabil într-o societate sau comunitate. În practică se pot lua ca etalon pentru un subgrup populațional indicatorii înregistrații la nivelul întregii populații căreia acesta îi aparține (de ex. indicatorii stării de sănătate ai populației unei regiuni în raport cu cei ai populației întregii țări).

Indicatorii aleși pentru a aprecia nevoile de sănătate depind de modul de operaționalizare a conceptului de echitate în raport cu sănătatea. Aceasta poate să se refere la egalitatea în privința stării de sănătate, a capacității de a beneficia, a capacității de a

beneficia în raport cu costul obținerii unui anumit beneficiu sau a intensității utilizării serviciilor de sănătate.

Un exemplu practic de alocarea a fondurilor pentru populații definite geografic și/sau administrativ este formula RAWP (Resource Allocation Working Party), aplicată în Anglia începând cu 1976 pentru o alocare a fondurilor ajustată în funcție de nevoile populației, de la nivelul central către cele 14 regiuni ale Sistemului Național de Sănătate. Această formulă a fost îmbunătățită la începutul anilor '90, aplicarea ei fiind extinsă și la alocarea fondurilor către districtele în care sunt împărțite regiunile, districte care cuprind populații de ordinul sutelor de mii de locuitori.

În această formulă se folosesc indicatori care se consideră că prezintă o bună asociere cu nevoile de servicii de sănătate, încercându-se de asemenea să se folosească un număr cât mai mic de indicatori, disponibili de rutină, fără mari cheltuieli suplimentare, la un nivel de agregare suficient de detaliat și care să fie pe cât se poate independenți între ei, pentru a evita un exces de ajustare.

Practic fondurile sunt împărțite în funcție de:

- numărul populației
- volumul estimat de servicii necesare estimat pe baza structurii pe sexe și grupe de vârstă și a ratelor de utilizare de la nivel național și
- Raportul Standardizat al Mortalității (RSM), acesta fiind folosit ca indicator de rutină, ușor disponibil, de estimare a morbidității.

Pentru unele tipuri de servicii, pentru care RSM nu este un bun indicator de aproximare a morbidității, se folosesc alți indicatori, cum ar fi rata natalității pentru nevoile de servicii obstetricale, proporția persoanelor căsătorite pentru nevoile de servicii de sănătate mentală sau frecvența accidentelor rutiere pentru nevoile de servicii de urgență.

Alocarea fondurilor pe regiuni la niveluri care s-au apropiat gradat, pe parcursul unei perioade de aproximativ 15 ani de cele optime obținute prin aplicarea formulei RAWP a șters aproape complet inechitățile în privința fondurilor disponibile pentru servicii de sănătate între diferitele regiuni ale Sistemului Național de Sănătate din Anglia.

Formule similare se folosesc și pentru realocarea fondurilor între case de asigurări sociale de sănătate, atunci când se urmărește respectarea principiului solidarității între grupuri populaționale înscrise la case de asigurări diferite. O dată cu relaxarea constrângerilor cu privire la alegerea de către asigurat a casei de asigurări (având ca urmare introducerea unui grad de competiție între asigurători), Germania a introdus și un mecanism de redistribuire care ține seama de numărul de asigurați și costul total al serviciilor necesare, estimat pe baza structurii pe grupe de vârstă, sexe și prezență a invalidității pentru asigurații fiecărei case și a costului mediu măsurat la nivel național, pentru serviciile acordate în funcție de aceleași caracteristici. Cehia folosește un mecanism similar de redistribuire, administrat de Casa Generală (Națională) de Asigurări, pentru ajustarea în funcție de numărul de asigurați și de structura riscurilor acestora a fondurilor disponibile ale tuturor caselor de asigurări sociale de sănătate, aflate în competiție. În cazul redistribuirii între case de asigurări, deoarece nu se urmărește doar o alocare a fondurilor care să permită finanțarea unui acces echitabil la servicii, ci și o generare a fondurilor echitabilă, se ține seama în plus în procesul de alocare și de nivelul mediu al contribuției pe persoană asigurată, așa încât povara susținerii financiare să fie distribuită cât mai just.

b. Alocarea în funcție de eficiență

Răspunsul societății la problema volumului limitat al resurselor financiare disponibile pentru acoperirea costului în creștere al serviciilor de sănătate poate să se încadreze în diferite modele: (i) creșterea volumului resurselor alocate pentru sănătate, în cantitate absolută și/sau ca proporție din totalul resurselor disponibile ale societății; (ii) limitarea implicită a consumului, prin acceptarea ca cel puțin pentru o parte a serviciilor accesul să fie determinat pe baza disponibilității de a plăti a utilizatorilor, apelând la plata directă sau asigurări voluntare; (iii) limitarea consumului printr-un control rigid asupra unor factori necesari producerii serviciilor (infrastructură, echipamente, personal); acest control

limitează capacitatea furnizorilor de a oferi servicii, situație în care pot exista liste de așteptare cu criterii explicite pentru stabilirea ordinii de acces la intervenții deficitare ca ofertă sau funcționează o limitare implicită, de tipul primul sosit-primul servit; (iv) definirea unor pachete de servicii esențiale, susținute în mod solidar de membrii societății și la care accesul se face în mod echitabil; accesul la serviciile neincluse în aceste pachete se poate face conform disponibilității de a plăti a utilizatorilor, prin plată directă sau asigurări voluntare.

Proiectarea unui pachet de servicii esențiale care să maximizeze beneficiul de sănătate pentru un cost total dat al îngrijirilor se poate face includzând în pachet acele perechi problemă de sănătate-intervenție care au cel mai favorabil raport cost-eficacitate (WDR, 1993). Procedura posibilă pentru alegerea intervențiilor care să fie incluse cuprinde următoarele etape:

1. ordonarea perechilor problemă de sănătate-intervenție în ordinea descrescătoare a raportului eficacitate-cost
2. estimarea numărului de intervenții pe baza prevalenței problemelor de sănătate
3. calculul costurilor furnizării fiecărui serviciu ca produs dintre numărul estimat de intervenții și costul mediu al unei intervenții
4. cumularea costurilor calculate
5. stabilirea pragului pentru includerea în pachetul de servicii acoperite la nivelul maxim al costurilor cumulate care încă se încadrează în limita fondurilor disponibile.

Pentru primul pas al procedurii sunt necesare rezultatele analizelor de cost-utilitate, care determină costul asociat câștigării unui an de viață ajustat pentru calitate (QALY) sau pentru incapacitate (DALY) în cazul diferitelor intervenții. Rezultatele unor asemenea studii au fost sistematizate și ordonate în așa numite clasamente QALY. Deși clasamente tot mai cuprinzătoare, unele cuprinzând mii de intervenții, sunt în prezent disponibile în literatură, metoda pune probleme deosebite în situații de aplicare concretă în majoritatea țărilor, deoarece studiile pe baza cărora au fost alcătuite clasamentele provin doar din puține țări, majoritatea din categoria economiilor de piață avansate. Spre deosebire de studiile de eficacitate clinică, ale căror rezultate, determinate mai ales de răspunsul biologic la intervențiile terapeutice, pot fi mult mai ușor extinse de la o țară la alta, studiile de eficiență țin seama alături de eficacitate și de costurile furnizării unei intervenții, costuri care pot fi foarte diferite de la o țară la alta.

Dificultățile de a obține date valide în majoritatea țărilor cu sisteme de sănătate relativ sofisticate au limitat până în prezent extinderea aplicării procedurii clasamentelor de eficiență la definirea pachetelor de servicii. Totuși metoda a fost aplicată mai frecvent în țări în curs de dezvoltare, cu sisteme de sănătate mai puțin complexe și în care resursele economice foarte limitate permit numai o gamă restrânsă de servicii. În țările dezvoltate economic criteriile de cost-eficacitate au fost folosite cel mult pentru excluderea unui număr limitat de servicii cu eficiență foarte scăzută din pachetul de servicii acoperite din fonduri publice sau pentru introducerea unei plăți directe semnificative a utilizatorilor unor asemenea servicii.

Singura încercare sistematică de aplicare practică pe scară relativ largă într-un sistem de sănătate complex a criteriilor de cost-eficacitate la definirea pachetului de servicii s-a făcut în statul Oregon, SUA, pentru programul Medicaid, destinat finanțării serviciilor medicale pentru persoanele defavorizate. Chiar și acest demers, care a avut susținere puternică, atât materială cât și politică, s-a lovit atât de dificultățile tehnice ale obținerii de date valide pentru un mare număr de intervenții, cât și de probleme legate de excluderea unor servicii mai puțin eficiente, dar deosebit de apreciate de publicul-contribuabil.

c. Alocarea în funcție de prioritățile publicului

Una din concluziile la care s-a ajuns în "experimentul Oregon" a fost aceea că deși eficiența diferitelor servicii este un criteriu important în alcătuirea unui pachet de servicii esențiale, acest criteriu trebuie completat cel puțin cu cel al priorităților percepute de public. Consultarea beneficiarilor sau a profesioniștilor din domeniul sănătății a fost de altfel folosită mai frecvent pentru orientarea contractării serviciilor decât clasamentele de eficiență.

Implicarea publicului în luarea deciziilor cu privire la pachetul de îngrijiri poate fi făcută consultând reprezentanţi ai populaţiei generale, ai contribuabililor, ai pacienţilor sau ai furnizorilor. Se pot obţine informaţii despre preferinţele publicului apelând la procese electorale, anchete pe eşantion, întâlniri publice, dezbateri-panel.

Datorită caracterului limitat al cunoştinţelor de specialitate şi a experienţei personale reduse a fiecărui individ luat în parte în privinţa suferinţelor provocate de majoritatea bolilor sau a utilizării serviciilor necesare tratării acestora, rezultatele consultărilor cu privire la preferinţe sunt mult influenţate de informaţiile care sunt puse la dispoziţia publicului şi modul în care sunt formulate întrebările. Este posibil ca unele dintre preferinţele publicului să fie greu de reconciliat cu poziţiile experţilor, managerilor sau politicienilor – de exemplu publicul este mult mai înclinat să susţină proliferarea rapidă a unor metode şi tehnologii noi, unele foarte scumpe, chiar insuficient evaluate din punct de vedere al eficienţei, dar care vin în întimpinarea speranţelor de a putea trata afecţiuni grave. Studii asupra modalităţilor de implicare a publicului în stabilirea priorităţilor în sectorul de sănătate sugerează că pentru anumite tipuri de decizii este mai adecvată consultarea anumitor reprezentanţi, după cum urmează:

Întrebarea	**Categoria de reprezentanţi ai publicului care ar trebui să fie consultată**
Cât de mult să se cheltuiască pentru sănătate ?	**Politicieni**
Cum să fie colectate fondurile ?	**Politicieni**
Categorii mari de priorităţi pentru servicii de sănătate	**Public general**
Priorităţi specifice pentru servicii de sănătate	**Experţi**
Ce servicii (clinice) să fie furnizate ?	**Experţi**
Cine să beneficieze de servicii ?	**Pacienţii**

Tabel 16.2.

MECANISME DE PLATĂ

Mecanismele de plată cel mai frecvent utilizate, care vor fi definite şi descrise în continuare sunt: plata per serviciu, plata bazată pe diagnostic, capitaţia, bugetul global, salariul şi plata după timpul lucrat.

PLATA PER SERVICIU

Plata per serviciu este un mecanism de plată prin care un furnizor de îngrijiri de sănătate sau o organizaţie primeşte o plată de fiecare dată când oferă un serviciu rambursabil (de exemplu: consultaţii, proceduri chirurgicale, teste de diagnostic). Plata per serviciu poate fi folosită atât pentru alocarea fondurilor pentru organizaţii cât şi pentru a remunera personalul de sănătate dintr-o organizaţie. Plata este făcută numai după furnizarea serviciului şi plăţile totale către un furnizor depind direct de numărul de servicii furnizate. Plata per serviciu încurajează eficienţa tehnică (adică minimizarea costurilor) în producţia unui serviciu. Dar deoarece un furnizor este plătit de fiecare dată când furnizează un

serviciu, indiferent dacă serviciul este necesar sau eficace, nu încurajează eficiența în privința utilizării serviciilor în tratarea unui pacient sau a unui episod de boală. Stimulentul de a oferi mai multe servicii decât sunt necesare, este unul din cele mai studiate aspecte ale plății per serviciu. Producerea de servicii care nu sunt neapărat necesare duce compromite eficiența alocativă.

În mod tradițional intermediarii financiari, de obicei instituții de asigurări, au avut tendința să preia pentru rambursarea prin plată per serviciu tarifele stabilite de furnizori, atât timp cât acestea erau apropiate de valorile "obișnuite" practicate de majoritatea furnizorilor dintr-o anumită zonă – multe polițe de asigurări private în special prevăd acoperirea costului serviciilor la nivelul unor tarife practicate uzual ("usual customary rates"). Totuși asigurătorii mari, în special cei publici și cei care sunt în poziție de monopson, au manifestat în special în ultimele două decenii tendința de a se implica mai activ în controlul costurilor, inclusiv prin încercări de a stabili tarife pe baze mai obiective, fundamentate de costul efectiv al producerii serviciilor în condiții de eficiență și de competența minimă necesară furnizării acestora. O asemenea abordare, dezvoltată în anii '80 în SUA este descrisă în caseta următoare.

Scala de valori relative în funcție de consumul de resurse (Resource Based Relative Value Scale) este un mecanism de plată a medicilor care lucrează în sistemul Medicare din SUA.

Programul american federal Medicare de îngrijire a vârstnicilor, a înregistrat până în 1988 o creștere continuă a cheltuielilor cu plata medicilor, estimată la o rată anuală de creștere de 15% ceea ce reprezintă aproape dublul ratei anuale de creștere a produsului național brut pe cap de locuitor (7%) în aceeași perioadă.

Aproape jumătate din această creștere a cheltuielilor cu plata medicilor s-a datorat creșterii continue a tarifelor serviciilor care se stabileau pe bază de negocieri și înțelegeri iar cealaltă jumătate creșterii volumului de servicii. A apărut astfel necesitatea creării unui mecanism de plată care să stăvilească creșterea inflaționistă a costurilor cu plata medicilor și care în același timp să creeze o distribuție echitabilă a veniturilor între medicii de diferite specialități, în funcție de consumul de resurse pe care aceștia îl fac în timpul realizării unui anumit serviciu.

Modalitatea de plată a medicilor și cuantumul plăților reprezintă stimulente economice care îi pot determina pe medici să decidă ce specialitate să aleagă, în ce zonă să-și situeze cabinetul sau clinica sau ce servicii să realizeze. Mulți medici consideră că există discrepanțe inechitabile între tarifele pentru procedurile chirurgicale și tarifele pentru serviciile de evaluare și diagnostic.

O structură inechitabilă de tarife per serviciu poate să influențeze medicii să realizeze cu precădere anumite servicii și să neglijeze altele. Deasemeni, studenții facultăților de medicină pot fi influențați de nivelul veniturilor în alegerea specialității.

Acestea au fost unele din motivele pentru care Congresul american a constituit o Comisie pentru revizuirea plății medicilor (Physician Payment Review Commission). Această comisie a hotărât dezvoltarea unei scheme de plată bazată pe o scală de valori relative în funcție de consumul de resurse (Resource Based Relative Value Scale).

O echipă de cercetători de la Universitatea Harvard a fost însărcinată cu realizarea acestui studiu. Au fost studiate servicii din 18 specialități (din cele 23 recunoscute de Consililul American al Specialităților Medicale): chirurgie generală, anestezie, medicină de familie, medicină internă, obstetrică și ginecologie, oftalmologie, chirurgie ortopedică, otorinolaringologie, patologie, radiologie, chirurgie toracică și cardiovasculară, urologie, alergologie și imunologie, dermatologie, chirurgie maxilofacială, pediatrie, psihiatrie și reumatologie.

Din fiecare specialitate s-a constituit un panel format din specialiști desemnați de asociațiile profesionale relevante. Medicii din aceste grupuri tehnice consultative au constituit sursa principală de informații legată de natura practicii medicale din fiecare specialitate. În plus,

pentru estimarea muncii relative per serviciu s-a efectuat o anchetă la nivel național care a cuprins 3200 de medici care au acordat ponderi specifice serviciilor din specialitatea lor. Datele referitoare la costul practicii medicale și al asigurării împotriva malpracticii au fost culese din surse publicate oficial.

Acest sistem are avantajul că pune problema retribuirii într-un mod corelat atât a medicilor generaliști cât și a celor specialiști. Pe de altă parte, evită neajunsurile unui sistem de plată bazat pe puncte per serviciu legate de stabilirea arbitrară sau pe bază de negociere a numărului de puncte per serviciu.

Scala de valori relative în funcție de consumul de resurse (SVRCR) ia în calcul:

1. **munca pentru un anumit serviciu**; munca se determină luând în considerare timpul și intensitatea cu care acesta este cheltuit avându-se în vedere următoarele elemente:
   - cantitatea de timp
   - efortul mental
   - aptitudinile tehnice și efortul fizic
   - stress-ul
2. **costul relativ de practică** (costul desfășurării activității într-o anumită specialitate care include și costul asigurării pentru "mal-practică"); costul practicii este acel cost care exclude timpul și efortul depus de medic. Se includ în costul practicii toate cheltuielile legate de desfășurarea activității altele decât cele legate de plata medicului.
3. **costul de oportunitate al specialtății** (venitul pierdut pe perioada specializării). Medicii din diferite specialități necesită un efort de pregătire diferit. Pe perioada pregătirii ei pierd niște venituri potențiale. Aceste venituri pierdute pentru a urma o pregătire suplimentară de specializare în loc să practice, reprezintă costul de oportunitate al unei specialități. În aprecierea efortului global făcut de un medic pentru îngrijirea unui pacient trebuie inclus și acest cost. Prin urmare, medicul trebuie recompensat și în funcție de eforturile lui de a se perfecționa

Se calculează o valoare relativă pentru fiecare serviciu care, multiplicată cu un factor monetar de conversie, determină tariful pe care îl primește un medic pentru un anumit serviciu prestat.

SRVCR a fost proiectată inițial pentru a elimina inechitățile între veniturile diferitelor categorii de specialiști și nu pentru a modifica sau influența costurile globale cu îngrijirile de sănătate în Medicare. S-a urmărit deci o redistribuire a veniturilor între medici fără a fi afectat volumul cheltuielilor cu plata medicilor.

SRVCR are la bază un criteriu uniform de apreciere a resurselor consumate pentru realizarea unor servicii foarte diferite. Acest sistem de a avea o scală comună de apreciere, înlătură neajunsurile unui sistem de plată per serviciu bazat pe numărul de puncte per serviciu. Se are în vedere faptul că, de obicei, sistemul de puncte per serviciu folosește pentru determinarea punctelor comisii de experți din fiecare specialitate. Corelarea punctajului pentru servicii din specialități diferite nu se realizează pe o bază obiectivă.

Într-o anumită măsură, sistemul de plată per serviciu bazat pe Scala de valori relative în funcție de consumul de resurse se aseamănă foarte mult cu sistemul bazat pe puncte per serviciu deoarece ambele presupun multiplicarea valorii relative sau a numărului de puncte cu un factor monetar de conversie pentru a determina "prețul" unui serviciu.

Problema critică pe care o au sistemele de plată per serviciu – crearea de stimulente pentru medici de a spori volumul de activitate sau intensitatea – rămâne însă nerezolvată.

Caseta 16.1. Scala de valori relative în funcție de consumul de resurse

PLATA BAZATĂ PE DIAGNOSTIC

Plata bazată pe diagnostic este un mecanism în care furnizorul sau organizația primește o plată fixă, stabilită în prealabil de fiecare dată când tratează un individ cu un anumit diagnostic specificat (de exemplu, infarctul miocardic, pneumonia, fractura multiplă). Metoda poate fi folosită atât pentru alocarea fondurilor către organizații cât și pentru a remunera personalul dintr-o organizație, deși este mai mult folosită pentru prima situație. Plata pentru fiecare categorie de diagnostic este stabilită în prealabil (și în mod normal este egală cu costurile medii sau așteptate pentru indivizii cu acel diagnostic) și nu variază în funcție de serviciile care sunt furnizate în mod real pentru a trata individul.

Pentru fiecare caz tratat, organizația/furnizorul suportă unele riscuri asociate cu costurile tratamentului: în cazul în care costul serviciilor furnizate unui pacient depășește plata fixă bazată pe diagnostic, atunci organizația trebuie să absoarbă costurile în exces; dacă, totuși, costurile reale se situează sub plata bazată pe diagnostic, organizația păstrează diferența. Deoarece organizația/furnizorul reține diferența dintre costul real al tratamentului și plata fixă, pentru fiecare caz tratat, plata pe bază de diagnostic încurajează eficiența tehnică și cost-eficacitatea atât în producerea serviciilor cât și în utilizarea serviciilor pentru a trata un individ (ceea ce înseamnă minimizarea costurilor totale per diagnostic). Aspectul potențial negativ al acesteia este că oferă stimulente pentru a trata doar anumiți pacienți – ori de câte ori un furnizor are posibilitatea de a trimite cazurile mai grave spre alți furnizori, stimulentul financiar îl va încuraja să procedeze astfel. Vor fi selectate pentru tratament doar cazurile mai puțin severe din fiecare categorie de diagnostic, iar diagnosticele vor fi clasificate în așa fel încât să se maximizeze plățile asociate celor tratați, ori de câte ori există un motiv pentru a înregistra un diagnostic.

Exemplul cel mai cunoscut de plată bazată pe diagnostic este metoda Diagnostic Related Groups (DRG) – grupuri de diagnostice asociate – dezvoltat la sfârșitul anilor '60 în SUA ca instrument de măsurare a producției de servicii a spitalului și introdus în 1983 ca instrument de plată de către programul Medicare. Caseta următoare prezintă această metodă.

Dezvoltarea și implementarea mecanismului de finanțare a spitalelor bazat pe DRGs (Diagnostic Related Groups – Grupuri de diagnostice asociate) a aparut ca o soluție entuziastă în S.U.A. pentru ca serviciile de sănătate să devină mai eficiente. Aceasta a reprezentat motivația pentru introducerea în 1983 a DRGs ca o metoda de plată a spitalelor din SUA care lucrau cu programul Medicare (program de îngrijire a bătrânilor). S-a pornit de la ipoteza că plata spitalelor în funcție de costul mediu pe DRG ar determina spitalele cu costuri mai mari decât costul mediu să-și reducă costurile. În condițiile în care calitatea îngrijirilor ar rămâne neschimbată, reducerea costurilor ar conduce la o mai mare eficiență tehnică, adică, același nivel al producției s-ar obține cu un cost mai mic.

Dată fiind marea varietate a activităților desfășurate de un spital și dificultatea de a o monitoriza și evalua, grupurile relaționate prin diagnostic (DRG) reprezintă o încercare de a **standardiza și defini din punct de vedere operațional care este producția unui spital.**

DRGs descriu tipurile de pacienți externați din spitale. Versiunea cea mai utilizată conține 467 grupuri de pacienți, ordonate în funcție de organele anatomice, în 23 de categorii majore de diagnostic. Clasificarea pacienților în DRG se realizează în funcție de: diagnosticul principal, intervențiile chirurgicale, diagnosticul secundar (comorbiditate sau complicații), vîrstă, sex și situația la externare. Grupurile sunt coerente din punct de vedere clinic și presupun un consum similar de resurse.

Așa cum a fost conceput, sistemul de DRGs înarmează medicii și managerii cu o tehnică puternică pentru a înțelege și controla costurile spitalicești. Se poate ajunge să se determine costul pe tip de pacient precum și costul pentru diferite servicii din spital.

DRGs pot fi folosite în două moduri: ca o metodă de finanțare bazată pe plata per caz sau în cadrul unui buget global. Efectele asupra eficienței spitalelor depinde de utilizarea DRG într-un mod sau altul.

1. Pot DRG conduce la creşterea eficienţei?

Termenul eficienţă este folosit în multe împrejurări şi de multe ori cu înţelesuri diferite. Intuitiv, ne putem gândi la acest concept, ca fiind obţinerea unui rezultat dorit cu cel mai scăzut cost posibil. Astfel, putem spune că un spital funcţionează ineficient dacă, fără să afecteze sănătatea, ar putea reduce costul per caz. Vorbim în acest caz de eficienţă tehnică.

Eficienţa tehnică se concentrează asupra problemelor legate de "cât de bine fac spitalele ceea ce fac ?"

Un al doilea aspect al eficienţei încearcă să atace o problemă fundamentală; "ar trebui spitalele să facă ceea ce fac?" sau "cât din ceea ce fac ar trebui făcut?". Acest aspect al eficienţei se referă la *eficienţa în alocare.* Spunem că există eficienţă în alocare atunci când nu s-ar obţine nici un beneficiu suplimentar dacă societatea ar decide să realoce resursele dintr-un sector al sănătăţii spre altul (sau dintr-o parte a societăţii spre sectorul sanitar). Cu toţii suntem de acord că sunt multe de făcut în privinţa eficienţei în alocare în sectorul sanitar şi la nivelul societăţii în general.

Problema eficienţei în alocare se pune ori de câte ori vrem să introducem un serviciu nou sau să extindem/reducem un serviciu existent. Astfel, eficienţa în alocare ne face să ne întrebăm dacă anumite activităţi ar trebui realizate şi în ce măsură.

Aspectele de mai sus au importanţă atunci când încercăm să vedem dacă folosirea DRG ca un mecanism de plată a spitalelor va conduce spre un nivel mai mare de eficienţă în sectorul spitalicesc.

2. DRG ca un mecanism de finanţare per caz a spitalelor

Spitalele reacţionează în mod diferit la diverse stimulente financiare. Majoritatea autorilor consideră că spitalele tind să maximizeze atât numărul de pacienţi cât şi serviciile acordate acestora, acest lucru fiind asociat cu o mai bună calitate. Există de asemenea credinţa că, fără restricţii financiare, spitalele tind să furnizeze prea multe servicii, aceasta fiind apreciată ca o ineficienţă în alocarea resurselor.

Un sistem de finanţare a spitalelor per caz nu stabileşte nici o restricţie asupra resurselor alocate pentru serviciile spitaliceşti. Nivelul veniturilor spitalului va fi determinat *retrospectiv* de către volumul de activitate. În termenii eficienţei alocative, o realocare a resurselor de la spitale către alte sectoare ar putea creşte impactul asupra stării de sănătate.

Într-un sistem de finanţare retrospectivă bazată pe plata per caz, un spital pentru a obţine mai multe venituri va creşte numărul de pacienţi trataţi. Ca o soluţie la această problemă multe din ţările din Europa folosesc sistemul de plată per caz în asociere cu un buget global.

3. Probleme legate de sistemul DRG

a. Manipularea codificării

Credinţa că ar putea fi redus costul per caz a stat la temelia introducerii sistemului DRG în multe spitale. Spitalele pot găsi însă unele căi pentru a învinge sistemul. Astfel, spitalele ar putea creşte veniturile atrase fără să crească activitatea sau eficienţa. Acest lucru se poate realiza cel mai simplu prin sistemul de codificare; un pacient ar putea fi astfel codificat încât să treacă dintr-o grupă fără complicaţii într-una cu complicaţii pentru care preţul este mai mare. Astfel veniturile vor creşte, activitatea va rămâne aceeaşi iar eficienţa va scădea.

b. Mişcarea pacienţilor

Este posibil să externezi un pacient pentru a-l interna din nou peste câteva zile. Acest inconvenient ar putea fi înlăturat prin observarea şederilor apropiate în timp dar ar putea avea de suferit pacienţii care ar necesita într-adevăr reinternarea.

O altă posibilitate ar fi să se interneze pacienţi care ar putea fi trataţi în ambulatoriu.

c. Transferul costurilor

Există evidenţe care arată o scădere a costurilor per caz pentru spitalele care au optat pentru un sistem prospectiv (anticipat) de plată. Principalul factor care contribuie la scăderea costurilor per caz este reducerea duratei de şedere în spital.

Există însă şi evidenţe care atestă faptul că pacienţii costisitori pot avea dificultăţi de acces

sau pot fi externați mai devreme, asistând astfel la un transfer al costurilor spre alți agenți (îngrijiri comunitare, familie, spitale pentru cronici.).

Un subiect de discuție legat de folosirea DRG în cadrul unui mecanism de plată al spitalelor, este determinat de faptul că tariful pe DRG reflectă un cost mediu. Nu există nici o certitudine că practicile clinice care determină aceste costuri sunt cele mai adecvate.

Deci, înainte de implementarea unui mecanism de finanțare bazat pe un sistem DRG trebuie să analizăm experiența altora și să vedem cum ar putea fi depășite inconvenientele reliefate mai sus. O altă problemă cu DRGs este că lasă impresia că rezultatul îngrijirilor de sănătate este măsurat pur și simplu prin numărul de pacienți tratați. Dar nu este chiar așa. Îmbunătățirea stării de sănătate și a stării funcționale ar trebui să fie rezultatul îngrijirilor de sănătate și atât timp cât nu avem date despre rezultate, nu vom fi capabili să spunem care mecanism de finanțare îndeplinește obiectivele de eficiență ale îngrijirilor de sănătate.

4. O soluție alternativă : finanțarea pe DRG combinată cu bugetul global

Multe din problemele de mai sus pot fi rezolvate dacă DRG ar fi utilizate în combinație cu un buget global așa cum pare a fi intenția majorității țărilor europene care desfășoară experimente cu un astfel de sistem.

Bugetul global, utilizat în mod frecvent în Norvegia, Suedia, Finlanda, Anglia, asigură un control al costurilor totale dar nu asigură nici o legătură directă între volumul de activitate și cheltuieli. Spitalele prezintă un plan de activitate, dar dată fiind asimetria informațională între spitale și finanțatori, spitalele au posibilitatea să-și reajusteze activitatea în limitele resurselor, consecința directă fiind apariția listelor de așteptare.

Combinarea bugetului global cu un mecanism de finanțare per caz ar putea să nu conducă la aceleași efecte ca cele observate în SUA, deoarece bugetul global stabilește un plafon asupra costurilor totale.

Dacă în SUA motivația principală pentru introducerea DRG a constituit-o reducerea costurilor, în Europa, unde majoritatea spitalelor se confruntă cu liste lungi de așteptare, motivația principală a constituit-o instituirea de stimulente financiare pentru spitale pentru a le încuraja (a) să crească activitatea, (b) să crească eficiența, și (c) să mențină costurile totale constante.

Dar chiar și în cazul utilizării DRG ca un instrument de standardizare în cadrul unui sistem de buget global, rămâne încă problema eficienței practicii clinice. Standardizarea DRG, ca un instrument de planificare, nu poate să atingă întregul său potențial până când nu vom cunoaște mai mult despre ceea ce înseamnă cu adevărat o *practică clinică eficientă.*

În prezent, principala interpretare în legătură cu variația costurilor este că, o variație redusă în jurul costului mediu al tratării pacienților dint-un anumit grup de diagnostic (DRG) înseamnă o eficiență crescută. Totuși, o variație mică în jurul mediei nu înseamnă că este de preferat unei variații mari dacă nu cunoaștem ce este o practică clinică eficientă.

5. De ce este atractiv totuși, mecanismul DRG?

Cei care susțin utilizarea sistemului de grupuri relaționate prin diagnostic, adesea invocă două motive. Primul este că DRG asigură o descriere mai bună a rezultatului final al activității spitalicești oferind astfel o mai bună reflectare a modului în care sunt cheltuiți banii pentru îngrijirile de sănătate.

Al doilea motiv îl constituie faptul DRG sunt ușor de utilizat și ușor de înțeles. Descrierea lor poate fi interpretată și de persoane fără pregătire medicală de specialitate (asistente, economiști, manageri) și prin urmare constituie un mijloc comun de dialog între medici și nespecialiști. Există astfel un limbaj comun în legătură cu utilizarea resurselor.

Utilizând DRG putem realiza o evaluare a consecințelor financiare ale tratării diferitelor tipuri de pacienți. Putem de asemenea compara nivelul de activitate prezent cu cel dorit.

Cei ce iau decizii au informații mai bune în legătură cu relația între activitatea unui spital și costurile sale.

În cadrul schimbărilor care au loc pretutindeni în lume în managementul serviciilor de

sănătate, un loc aparte îl ocupă perfecționarea sistemelor informaționale care să ajute procesul de luare a deciziilor. DRG pot îmbunătăți procesul decizional numai dacă spitalele pot folosi sistemul în mod efectiv și dacă se are în vedere că obiectivul final al îngrijirilor îl reprezintă îmbunătățirea stării de sănătate.

Caseta 16.2. Metoda DRG (Diagnostic Related Groups, grupuri de diagnostice asociate)

CAPITAȚIA

Capitația este un mecanism de plată prin care o organizație primește o sumă fixă, specificată dinainte pe fiecare perioadă de timp (de exemplu o lună, un an) pentru fiecare individ pentru care este răspunzătoare de satisfacerea unor nevoi de sănătate definite (de exemplu, îngrijiri primare, îngrijiri primare și secundare). Capitația poate fi folosită atât pentru a finanța organizația cât și pentru a remunera personalul din organizație. Suma de bani primită pentru fiecare persoană este stabilită în prealabil și nu variază cu serviciile oferite în realitate persoanei respective în perioada de timp. În cazul capitației, organizația sau furnizorul suportă riscuri financiare semnificative; de fapt, organizația devine efectiv un asigurător de sănătate. Atunci când o organizație este alcătuită din furnizori, ea devine deci atât asigurător cât și furnizor de îngrijiri de sănătate. Rata capitației este determinată prin evaluarea costurilor așteptate pentru satisfacerea nevoilor de îngrijiri de sănătate. Unii indivizi se vor îmbolnăvi grav și vor necesita tratament care va costa mult mai mult decât capitația; alții nu se vor îmbolnăvi deloc și nu vor necesita îngrijiri de sănătate. Capitația poate fi folosită eficient numai acolo unde populația pentru care este responsabilă organizația este suficient de mare pentru a partaja riscurile de îngrijiri de sănătate eficient. Capitația oferă stimulente pentru a oferi îngrijiri în mod eficient tehnic și cost eficace și pentru a oferi numai îngrijirile care sunt adecvate. Ea oferă, de asemenea, stimulente pentru a furniza mai puține servicii decât sunt necesare și pentru "a lua caimacul" prin selectarea în îngrijire a indivizilor mai sănătoși ale căror costuri așteptate sunt situate mai jos decât rata capitației (o problemă care poate fi parțial ameliorată prin calcularea ratelor de capitație ajustate în raport cu riscul, situație în care plata capitației aproximează mai bine costurile așteptate pentru fiecare individ).

BUGETUL GLOBAL

Bugetul global este un mecanism de plată prin care o organizație, grup de furnizori sau un furnizor individual primește un buget total pentru o perioadă definită de timp. Bugetul global poate fi folosit numai pentru alocarea fondurilor. Bugetul global poate fi bazat pe un număr de criterii potențiale: costuri istorice, număr de servicii furnizate, numărul și tipul de episoade de îngrijiri (în trecutul recent sau așteptate în viitorul apropiat), populația deservită etc. Un buget global, de exemplu, poate fi suma simplă a capitațiilor pentru toți indivizii pentru care organizația acceptă să fie responsabilă. În acest sens, unele din mecanismele de plată discutate mai sus pot fi folosite pentru a crea un buget global. Atunci când sunt stabilite în mod prospectiv, bugetele globale sunt eficiente în limitarea costurilor și în același timp oferă organizației finanțate libertate considerabilă în utilizarea fondurilor. Această libertate este pierdută atunci când bugetul global este construit din sume predeterminate alocate unor anumite categorii de cheltuieli, sau "linii de cheltuieli". Un asemenea buget pe linii de cheltuieli restricționează capacitatea organizației de a aloca fondurile între diferite resurse sau între programe.

SALARIUL

Salariul este un mecanism de plată în care un profesionist de sănătate primește o sumă de bani specificată în prealabil pentru a duce la îndeplinire anumite responsabilități

specificate pentru o organizaţie, de obicei fiind disponibil pentru a furniza îngrijiri de sănătate la anumite momente în timp (şi locuri). El poate fi folosit numai pentru remunerare. Stimulentele sale sunt neutre în ceea ce priveşte furnizarea unor anumite tipuri de servicii insuficiente sau peste necesar unui pacient şi pentru furnizarea de anumite servicii. Deoarece plata se bazează pe îndeplinirea minimală a responsabilităţilor (pentru a-şi menţine postul), unii susţin că acest mecanism creează stimulente pentru reducerea eforturilor în timpul muncii (vezi, de exemplu, Rosen, 1989).

PLATA DUPĂ TIMPUL LUCRAT

Plata după timpul lucrat este un mecanism de plată prin care un furnizor primeşte o anumită sumă de bani pentru fiecare oră de lucru pentru organizaţie. Ea poate fi folosită numai pentru remunerare. Deşi, de regulă plata pe oră este stabilită în prealabil, plata totală depinde de numărul de ore lucrate. Stimulentele sunt similare cu cele ale salariului, cu excepţia faptului că plata este mai mult legată de timpul petrecut la lucru.

PRINCIPALELE CONSECINŢE ALE DIFERITELOR MECANISME DE PLATĂ

Diferitele mecanisme de plată creează stimulente diferite pentru comportamentul celor care sunt plătiţi. Tabelul 16.2. rezumă câteva dintre constatările referitoare la răspunsul furnizorului la stimulente induse de mecanismele de plată, precum şi principalele probleme care trebuie avute în vedere atunci când se folosesc anumite mecanisme.

Mecanism	Folosit pentru alocarea fondurilor, remunerare sau ambele?	Principalele consecinţe
Plata per serviciu	Ambele	↑ numărul de servicii ↓ resurse utilizate pentru un serviciu * exces de tratament: prea multe servicii per persoană şi per caz
Bazat pe diag-nostic	Ambele	↑ numărul de cazuri ↓ serviciile pentru un caz * luarea caimacului – atragerea de cazuri mai puţin grave * manipularea diagnosticului: clasificarea cazurilor pentru a maximiza rambursarea * tratament insuficient, prea puţine servicii furnizate
Capitaţie	Ambele	↑ numărului de persoane înscrise ↓ serviciile per persoană înscrisă ↑ serviciile preventive * luarea caimacului – atragerea de indivizi mai sănătoşi * tratament insuficient, prea puţine servicii furnizate per persoană
Salariu	Numai remunerare	↑ activitatea folosită ca bază pentru stabilirea nivelului salariului * eschivare de la efortul de muncă: prea puţine servicii sau calitate redusă
Plată pentru timpul lucrat (rar pentru medici)	Numai remunerare	↑ numărul de ore lucrate ↑ activităţile folosite ca bază pentru stabilirea nivelului plăţii * eschivare de la efortul de muncă: prea puţine servicii sau calitate redusă
Buget global	Doar alocarea fondurilor	↑ orice unităţi folosite pentru a determina şi justifica bugetul * eschivare pe orice dimensiune care nu foloseşte la justificarea bugetului

Legendă: ↑ stimulent financiar de a creşte aceasta ↓ stimulent financiar de a reduce aceasta problemă asociată cu stimulentele financiare, controlată de obicei prin mecanisme suplimentare (de exemplu, reglementare, monitorizare, norme profesionale şi etică, etc.)

Tabelul 16.2. Domeniul de utilizare şi consecinţele mecanismelor alternative de plată

PRINCIPII DE REALIZARE A SISTEMELOR DE PLATĂ

Exemplul legat de plata îngrijirilor primare din introducerea secțiunii x.2 a ilustrat o serie de principii generale importante care trebuie luate în considerare atunci când sunt create sistemele de plată. Deşi nu există o metodă de plată care să fie cea mai potrivită pentru a asigura un sistem de îngrijiri de sănătate eficient, echitabil şi care să poată fi susținut economic, alegerea depinzând în mare măsură de context, există câteva aspecte comune care trebuie să fie avute în vedere în cazul oricărui aranjament. Vor fi trecute în continuare în revistă, pe scurt, aceste principii.

Echilibrarea elementelor prospective şi retrospective ale sistemului de plată. **Prospectiv** se referă la componenta plății totale care este fixată dinainte; **retrospectivă** este componenta plății totale care este determinată după ce serviciul a fost oferit. Figura 4.2 prezintă componentele prospective şi retrospective ale mecanismelor frecvente de plată. În cazul plății per serviciu, de exemplu, linia continuă care reprezintă componenta prospectivă se întinde numai până la costul per serviciu, semnificând faptul că în mod normal tariful serviciului este fixat dinainte. Toate celelalte componente care determină cheltuielile totale sunt determinate retrospectiv şi depind în parte de comportamentul furnizorilor şi beneficiarilor. De reținut, de asemenea că, din cauza că toate celelalte componente sunt determinate retrospectiv, singura componentă a cheltuielilor totale pentru care furnizorii suportă riscul financiar este costul per serviciu. Atât timp cât furnizorul menține costul real per serviciu sub onorariul primit pentru un serviciu, furnizorul câştigă bani. În cazul plăților bazate pe diagnostic, componenta prospectivă se extinde pentru a include acele elemente asociate cu un întreg episod de îngrijiri. Deci, în cazul plății bazate pe diagnostic un furnizor este la risc pentru cheltuieli asociate atât cu costurile pentru fiecare serviciu în parte cât şi cu numărul de servicii folosite pentru a trata un episod de îngrijiri. Pe măsură ce ne deplasăm de la plata per serviciu către bugetele globale prospective, proporția din cheltuielile totale stabilită prospectiv se extinde, semnificând un transfer crescut al riscului de la finanțator către organizația finanțată.

Din perspectiva finanțatorului, creşterea elementelor prospective de plată este avantajoasă deoarece încurajează minimizarea costurilor de către furnizori, în producerea tuturor aspectelor de îngrijiri cuprinse în plata predeterminată şi facilitează controlul costurilor de către finanțator (pentru că o parte mai mare din cheltuieli sunt fixate dinainte). Dar deoarece aceasta transferă, de asemenea, riscul financiar organizației finanțate, plata prospectivă creşte stimulentele pentru organizație să trateze mai puțin decât este nevoie şi să selecteze doar persoanele cu risc favorabil pentru tratament. Deci, în orice context de plată cheia este găsirea unui echilibru între componentele prospective şi retrospective care să reflecte aceste preocupări aflate în competiție. (O prezentare mai aprofundată a acestor subiecte în Robinson, 1993.)

Asigurarea posibilității de preluare eficace a riscului financiar de că cei care sunt obligați să îl suporte. Aşa cum subliniază paragraful precedent, felul în care riscul financiar este împărțit între finanțator şi organizațiile finanțate depinde de unitatea de plată şi dacă plata este stabilită prospectiv sau retrospectiv. Schimbarea de la plata retrospectivă la cea prospectivă (de exemplu, de la onorarii stabilite discreționar de furnizori la plăți fixe, predeterminate), sau schimbarea de la unități mai mici de plată la unități mai mari (de exemplu, de la plată per serviciu la plată bazată pe diagnostic şi apoi la capitație), sau ambele, transferă riscul de la finanțator la organizația finanțată. Eficiența, echitatea şi posibilitatea de susținere a oricărui sistem de plată depinde de capacitatea organizației finanțate de a suporta riscul care îi este atribuit prin forma de plată. În cazul capitației, de exemplu, un mic grup de medici poate să fie capabil să preia eficace riscul numai pentru serviciile de îngrijiri primare, dar este probabil să nu fie capabil să partajeze eficient riscul pentru servicii de îngrijiri primare şi secundare. Deci, dacă se doreşte finanțarea unei palete complete de servicii prin capitație, organizația finanțată trebuie să fie suficient de mare (ceea ce înseamnă să aibă un număr suficient de persoane înscrise) pentru a prelua riscul asociat cu serviciile de specialitate. Când riscurile sunt prea mari, este posibilă reducerea riscului sau controlarea expunerii la risc a organizației finanțate prin intermediul unor

aranjamente care îmbină mecanismele de plată prospective şi retrospective, îmbinând, de exemplu, plata per serviciu şi capitaţia, sau prin prevederi de oprire a pierderilor ("stop-loss") care scutesc furnizorii de la cheltuieli peste un nivel specificat în avans.

Minimizarea posibilităţilor de răspunsuri strategice în interes propriu sau manipulative ale celor care sunt finanţaţi. Aceasta se realizează prin asigurarea că elementele critice care determină plăţile nu se află sub controlul celor care sunt finanţaţi, sau, dacă aceasta nu se poate evita, prin stabilirea unor mecanisme eficace de monitorizare. Figura 16.2. poate din nou să ilustreze unele din aceste principii. În cazul plăţii per serviciu, furnizorii pot manipula potenţial numărul de servicii, un factor aflat sub controlul lor, pentru a-şi menţine veniturile. În contrast, în cazul capitaţiei, veniturile nu pot fi mărite decât prin creşterea numărului de beneficiari. Totuşi, în cazul capitaţiei, furnizorii pot încerca o strategie de "a lua caimacul" prin atragerea doar a indivizilor relativ mai sănătoşi, cu costuri sub medie, strategie care poate fi parţial contracarată prin folosirea capitaţiei ajustate în raport cu riscul. O altă dimensiune a răspunsului strategic este transferul costurilor între actorii din sistemul de îngrijiri de sănătate. Asemenea ocazii sunt create ori de câte ori există o interfaţă între două părţi ale sistemului plătite din diferite bugete sau din diferite surse.

De exemplu furnizorii de îngrijiri primare finanţaţi în întregime prin capitaţie, trimit mult mai uşor pacienţii la specialişti, trecând astfel costurile din bugetul lor în bugetul îngrijirilor de specialitate. Reducerea posibilităţilor de transfer al costului depinde de asigurarea că una din organizaţiile din sistem deţine responsabilitatea asupra mai multor sectoare şi este interesată de aceea de costurile generale mai curând decât de costurile într-una sau câteva componente selectate.

Cheltuieli totale =

(legate de intensitatea serviciilor)		*(legate de riscul de sănătate al populaţiei)*		*(legate de dimensiunea populaţiei)*
cost / serviciu x	nr. servicii / episoade x	nr. episoade / boală x	nr. boli / beneficiari x	nr. beneficiari
plată per serviciu[1]				
bazat pe diagnostic				
capitaţie[2]				
global prospectiv[3]				
salariu, plată după timpul lucrat – depinde de bazele negocierii				

LEGENDA:

Componenta prospectivă: pentru un mecanism de plată, venitul nu variază în funcție de aceste elemente. Organizația furnizoare de servicii este stimulată să reducă costurile asociate cu aceste componente și de a crește astfel veniturile nete. Componenta prospectivă include aspecte ale cheltuielilor pentru care organizația furnizoare suportă riscul financiar.

Componenta retrospectivă: pentru un mecanism de plată, venitul variază în funcție de aceste elemente. Organizația furnizoare de servicii este stimulată să manipuleze aceste componente pentru a crește veniturile brute și nete.

[1]**Presupune tarife fixe pentru onorarii. Dacă furnizorii pot stabili și ajusta onorariile unilateral, atunci nici măcar onorariile nu sunt prospective.**

[2]**Capitația pate fi sau nu ajustată în raport cu riscul, ambele fiind prospective. Ratele de capitație neajustate sunt egale pentru toate persoanele înregistrate indiferent de starea de risc. Plățile prin capitație ajustate în raport cu riscul variază conform cu riscurile de sănătate ale persoanei înregistrate, reducând deci posibilitatea de luare a caimacului de către organizația finanțată.**

[3] **Nu toate bugetele globale sunt stabilite prospectiv, totuși, din ce în ce mai frecvent ele sunt stabilite prospectiv.**

Figura 16.2. Elemente prospective și retrospective ale mecanismelor alternative de plată

Asigurarea de capacități administrative și manageriale disponibile, necesare pentru a opera eficace sistemul de plată. Plata per-serviciu cere o capacitate de a administra o listă de tarife și de a procesa mii de cereri de plată individuale. Capitația presupune o capacitate de a determina riscul și de a stabili ratele care să corespundă nevoilor de sănătate ale celor înregistrați (de a asigura că resursele satisfac nevoile, de a fi corect cu furnizorii și de a reduce posibilitățile pentru luarea caimacului). Salariul poate să aibă cele mai mici cerințe administrative dintre metodele alternative de plată, dar, poate să necesite o mai mare monitorizare a locului de muncă. Nici un sistem nu va fi eficient dacă nu poate fi administrat.

Alegerea unui mecanism de plată care se potrivește bine contextului. Nu există un mod unic de a aloca fondurile (plăti furnizorii) sau remunera care să fie cel mai bun. Cea mai bună metodă în orice context depinde, printre altele, de ceea ce se dorește să se obțină. Plata per serviciu poate fi rezonabilă unde activitățile critice pot fi bine cuprinse într-o listă de tarife și unde efectele secundare negative (de exemplu, creșterea utilizării) pot fi controlate cu ușurință; plata per serviciu este improbabil, totuși, să fie potrivită acolo unde se cere tratarea unor cazuri complexe deoarece acest tip de activitate nu poate fi cu ușurință reprezentată de coduri distincte într-o listă de tarife. În asemenea situații sunt mai potrivite capitația sau salariul.

În cele din urmă, în timp ce toate cele de mai sus se concentrează asupra modalităților de a plăti îngrijirile și de a remunera furnizorii, în toate sistemele există modalități alternative de stabilire a *nivelurilor* de plată, care pot avea o influență importantă asupra comportamentului furnizorilor și al altor părți implicate în sistemul de îngrijiri de sănătate. Există trei abordări de bază în stabilirea nivelurilor plăților. Prima este determinarea unilaterală de către finanțator. Aceasta este fezabilă în general doar acolo unde finanțatorul are o putere de piață semnificativă în așa fel încât cei care nu sunt mulțumiți de tarife au puține opțiuni la dispoziție. Sistemul american Medicare, de

exemplu, care oferă asigurări persoanelor în vârstă, stabileşte tarifele în aşa fel încât să existe suficienţi furnizori care să le accepte. Cea de a doua este negocierea între plătitor şi cel care este plătit. Aceasta este folosită pe larg atât în sistemele publice cât şi private. În Canada, de exemplu, tarifele medicilor sunt stabilite prin negociere între asociaţiile medicale provinciale şi guvernele provinciale; similar, în Europa, fondurile de asigurări de boală negociază în mod normal cu asociaţiile de furnizori pentru stabilirea tarifelor. Cea de a treia este o abordare bazată pe piaţă, care permite furnizorilor să stabilească ei înşişi onorariile. Deşi mai puţin comună în sistemele finanţate public, această abordare poate fi încă întâlnită în unele sisteme private de asigurări.

CAPITOLUL XVII

COMPONENTE DE BAZA IN POLITICA MEDICAMENTULUI

In cadrul dreptului la sanatate, ca drept fundamental al omului, accesul la serviciile si produsele sanitare, printre care se numara si la medicamentele, reprezinta o conditie de baza in realizarea acestui drept. Din acest motiv produsele medicamentoase joacă un rol crucial în sistemul de asigurare a sănătății populației. Ele oferă un răspuns simplu la multe dintre problemele de sănătate cu condiția ca ele să fie disponibile, accesibile, la un preț convenabil și utilizate într-un mod rațional. De asemenea, este esențial ca produsele medicamentoase să aibă calitatea, eficacitatea, și siguranța dovedite, să existe un sistem de finanțare adecvat și o industrie locală de medicamente eficientă.

Atit la nivel mondial cit la nivelul Romaniei, se manifesta o serie de tendinte ce pun serioase probleme autoritatilor de reglementare. Acestea sunt legate de numarul tot mai mare de produse noi ce apar pe piata, de cresterea consumului si implicit al chetuielilor. La acestea se adauga eficienta si eficacitatea care trebuiesc privite atit prin prisma progresului stiintific cit si prin cel al costurilor. Toate aceste elemente influenteaza disponibilitatea medicamentului intr-o tara sau alta dar mai ales se regasesc in accesul echitabil la produsele farmaceutice.

Politica medicamentului la nivel national reprezinta in general un angajament fata de atingerea unui deziderat prin care se asigura accesul la medicamentele necesare pentru intreaga populatie si se promoveaza utilizarea lor rationala. O asemenea politica asigura un cadru in care activitatile specifice sectorului farmaceutic pot fi coordonate si cuprind atit sectorul public cit si cel privat. Odata asigurat un acces optim la medicamente sigure, de calitate si eficacitate dovedita, se contribuie in mod evident la o mai buna stare de sanatate a intregii populatii. Aceasta politica este in acelasi timp si un ghid pentru atingerea acestui tel.

Desi Romania nu are o politica medicamentului enuntata sau oficializata printr-un act normativ, multe din componentele esentiale ale unei astfel de politici sunt deja in vigoare si functionale. Elaborarea politicii naționale a medicamentului precum și implementarea ei sunt atribuții ale Ministerului Sănătății. În același timp, ea trebuie să fie rezultatul unei largi colaborări între autoritățile statului, producătorii de medicamente, profesioniștii din domeniul serviciilor de sănătate, pacienți și organisme ne-guvernamentale. Politica Națională a Medicamentului trebuie să fie parte integrantă a politicii sanitare a țării, iar felul în care este revizuită trebuie să pornească în mod obiectiv de la nivelul de dezvoltare economică și să fie realizabilă în cadrul limitelor de resurse destinate implementării acesteia. Obiectivele unei asemenea politici vizeaza accesul la medicamente, calitatea lor si utilizarea lor rationala.

Componentele unei politici a medicamentului sunt:

- Selectarea medicamentelor esentiale
- Disponibilitate
- Finantare
- Aprovizionare
- Reglementare si asigurarea calitatii
- Utilizare rationala
- Cercetare
- Resurse umane
- Monitorizare/evaluare

Selectarea medicamentelor esentiale. Nici un sistem public de sanatate nu isi poate permite sa ramburseze toate medicamentele care exista pe piata. Din acest motiv adoptarea conceptului de medicamente esentiale ajuta la identificarea prioritatilor de implicarea a guvernelor in sectorul farmaceutic mai ales in domeniul aprovizionarii si rambursarii costurilor. Este bine ca selectarea sa fie legata de si de ghidurile terapeutice nationale facindu-se astfel si legatura cu utilizarea rationala a medicamentelor.

Aspectele cele mai importante in selectarea medicamentelor esentiale sunt: adoptarea conceptului, procedura de selectare si aducere la zi a listei, mecanismele de selectere a produselor medicinale traditionale (ex. plante). OMS a definit o lista a medicamentelor esentiale care este revizuita si publicata din doi in doi ani. Criteriile de selectie si evaluare sunt stabilite de un comitet international de experti care sunt propusi de catre statele membre OMS. Romania are o lista a medicamentelor esentiale definita printr-un ordin de ministru al sanatatii din 1994. Aceasta lista nu a mai fost revizuita si nu este foarte cunoscuta in sistemul sanitar romanesc.

Disponibilitatea este in relatie directa cu accesul la medicamente. Ea este data in primul rind de pretul medicamentului. De regula, un pret mai mic, face ca medicamentul sa fie mai cautat si deci disponibil adica mai accesibil pentru populatie. Exista si exceptii, ca si in cazul unor boli rare intr-o anumita populatie unde medicamentul specific e desi are un pret mic, este greu disponibil din cauza lipsei de interes economic al producatorului. Astfel de medicamente se numesc „orfane" iar guvernele trebuie sa gaseasca solutii pentru a le face disponibile. (pentru Romania un exemplu ar fi meflochina, un antimalaric care este utilizat doar pentru rarele cazuri de malarie din import)

Politicile din acest domeniu se adreseaza taxelor asupra medicamentelor sau materiilor prime, tarifelor si adaosului comercial si pretului produsului medicamentos. Promovarea medicamentelor generice, substitutia generica, competitia pe piata sunt elemente ale unei politici ce stimuleaza sursele multiple de produse farmaceutice. In cazul surselor unice, cum se intimpla de exemplu cu medicamentele noi care se mai afla inca sub protectia patentului, politicile se adreseaza substitutiei terapeutice, negocierilor de pret etc.

Trebuie de subliniat aici ca daca intr-o piata normala pretul rezulta din jocul cererii si al ofertei, piata medicamentului mai prezintă o serie de particularități care sunt similare pieței serviciilor de sănătate. În primul rând informația necesară deciziei consumatorului nu este larg accesibilă. Există astfel o disfuncție a mecanismelor de piață reprezentată prin cel mai grav tip de dezechilibru dintre toate piețele: pacientul (consumatorul) deține cele mai puține informații despre produs față de toți ceilalți actori. Pacientul știe prea puțin sau deloc dacă un medicament prescris este adecvat sau nu. O astfel de informație este deținută în general de catre medic. Dar și acesta la rândul lui deține prea puține informații despre eficacitatea medicamentului prescris. Aceste informații le deține producătorul.

În al doilea rând există obstacole la intrarea unui produs pe piață. Se poate afirma ca exista o cvasi-absenta a concurentei data de protectia prin brevete (20 de ani conform Organizației Mondiale a Comerțului), fidelitatea fata de o marca (printr-un marketing adecvat se poate influenta piata chiar dupa expirarea brevetului), segmentarea pietei (prin categorii terapeutice dominate de câțiva producători) și stapinirea intrarilor (mai ales fata de noile produse, ceea ce impiedica alti producatori sa fie concurenti reali). O altă particularitate este reprezentată de condițiile de oligopol nu atât datorită prețului unde se observă o cârdașia implicită a companiilor, când este vorba de fixarea prețurilor, cât și datorită costurilor de promovare Nu în ultimul rând, această piață este asociată prin

intervenţia guvernelor cu obiective sociale urmărindu-se atingerea unui grad de echitate cit mai mare posibil.

Nici o teorie economică nu pleacă de la premisa că o piaţa perfectă este şi echitabilă or tocmai această dimensiune este ţintită prin intervenţia politicilor medicamentului deoarece simplul joc al cererii şi al ofertei nu se aplică întocmai. Controlul preţului este una dintre cele mai folosite instrumente de influenţare a pieţei medicamentului. Intr-o piata în care mecanismul cererii si ofertei nu functioneaza normal, controlul preţului pare a fi justificat. Toate statele UE controlează fie preţul medicamentului, fie profitul industriei farmaceutice. Acest proces este transparent (Directiva 89/105/CEE) şi are loc indiferent dacă medicamentul este compensat sau nu. Fac excepţie Germania, Danemarca şi Luxemburg unde preţul este influenţat în mod indirect prin prin preţ de referinţă

Preţul este controlat în general de către ministerele sanatatii (sau echivalente) deoarece ele coordoneaza politica medicamentului; Franta, Austria si Italia au comite interministeriale

După modul prin care au loc aceste procese, ele se pot grupa astfel:

- negociere cu industria – se calculează costurile, se compară cu alte pieţe. Această grupă este reprezentată de Belgia şi Spania, ţări în care in mod traditional guvernele interveneau in economie. Metoda prezintă dezavantajul unui calcul dificil al costurilor de productie şi a faptului că se ţine cont mai putin de valoarea in sine a produsului, în schimb elimina puterea discretionară a unor indivizi.
- preţ stabilit de industrie în aşa fel încât profitul total al companiei să nu depăşească nivelul autorizat de guvern. În Marea Britanie au loc astfel de negocieri. Ele sunt confidentiale si ca urmare exista loc pentru favoritisme, premii, stimulente

Preţul maxim cu amănuntul – comparaţie cu produse similare din alte ţări pe baza unor formule publicate, (GR, IR, NL, POR, ROM) Se iau în calcul o serie de elemente: preţul pentru diferitele forme şi ambalaje, conversia preţului de referinţă în moneda naţională, veniturile medii ale populaţiei, paritatea de cumpărare a monedei naţionale, DDD (Defined Daily Dose) doza standard zilnică (parametru tehnic care înlesneşte comparaţia consumului diferitelor medicamente atât în plan international dar şi în plan national. DDD este *doza medie zilnica necesara unui adult pentru un medicament in relatie cu indicatia principala)*. În plus se mai iau în calcul relaţia medicamentului cu celelalte bunuri de consum de bază, ce procent din venit reprezinte cheltuielile pentru medicamente, cât reprezinta cosul zilnic.

Ajustări, înţelegeri preţ-volum, evaluări cost-eficienţă, îngheţ al preţurilor, taxe pe cheltuielile de promovare. În ultimii ani au existat aproape peste tot inghetări ale preţurilor sau chiar negocieri de reducere a lor cu un procent fix. Intelegerile preţ-volum operează în Italia şi Franţa. Prin acestea se negociaza volumul de medicamente care poat fi vândut la un anumit preţ. De obicei companiile estimeaza in mod deliberat volume reduse pt noile medicamente ca sa poata obtine preturi mari.

Există şi alte mecanisme cum ar fi solicitarea pentru alte "performante" la schimb pentru un anumit preţ pe piaţa. Guvernul cere companiei să: exporte, să facă noi angajări, să facă cercetare/dezvoltare în ţară etc. Cu astfel de practici, medicamentul nu este judecat la adecvata lui valoare. Taxele pe cheltuielile de promovare afectează de asemenea nivelul preţului.

Dintre toate modalitatile prezentate, Romania foloseste doar controlul pretului maxim cu amanuntul pe care-l mai influenteza si prin taxele de import si TVA.

Finantarea este o alta componenta esentiala prin care se poate imbunatati accesul la medicamente. Prin aceasta componenta se urmareste cresterea eficientei utilizari produselor medicamentoase si limitarea risipei, subventionarea/finantarea tratamentului unor boli considerate prioritare sau adresate unor populatii marginalizate, sarace sau la risc. Tot prin finantare se promoveaza scheme de rambursare ca si componente a schemelor de asigurari de sanatate publice sau private, scheme de co-plati temporare sau permanente.

Co-plățile au fost introduse în majoritatea țărilor europene atât ca o măsură de reducere a costurilor cât ca un instrument de utilizare rațională a medicamentelor. Există diverse formule de co-plată, în tabel sunt descrise succint câteva dintre ele și țarile care le-au adoptat.

Austria	Co-plata fixă pe titlu	43 de clase ATS (1999)
Danemarca	< 500DKK/an nu se compenseaza >500 < 1200 – 50% din diferență >1200< 2800 –75% din diferență > 2800 – 85% din diferență	Copiii si tinerii sub 18 ani - 50% < 500 DKK, peste se aplica schema bolnavi cronici - reducere 3600 DKK/an
Finlanda	Co-plata fixa / prescriere 50% pentru reteta cu valoare peste 50 FIM	35 de boli cronice - 100% compensare 9 boli cronice – 75%
Franta	0%, 35%, 65% in functie de tipul conditionarii	
Germania	Co-plata fixa 8,9,10 DM in functie de ambalaj	
Italia	Co-plata fixa 100% medicamente eficace pt boli severe 50% - medicamente fara echiv. terapeutica	Primul titlu 3000 ITL Mai multe titluri 6000 ITL
Olanda	Nu exista co-plati	
Portugalia	0%, 20%, 40%, 70%, 100% Generice – 30%, 50%, 80%, 100%	Pensionarii – 15% în plus adică 35%, 55% 85%
Anglia	Co-plata fixa 6,10 £	Exceptie femeile gravide, copii si batrinii suferind de anumite boli
Spania	0%, 10% compensare pt. <439 PTE / titlu cu indicație în boli cronice	40% compensare in general
Romania	50%, 65%, 90%	25 de boli cronice compensate 100%, le fel si copii pina la 18 ani
Ungaria	50%, 70%, 90%	90% compensare pentru cei cu venituri mici sau anumite boli

Tabelul 17.1. Co-plațile

Sistemul de co-plati este cunoscut la noi sub termenul de compensare a pretului cu amanuntul. S-au elaborat listele ce cuprind medicamentele pentru care se percepe o co-plata din partea pacientului.

Toate țările membre UE au liste restrictive. Criteriile de includere sau excludere diferă de la țară la țară, în general noile produse se includ cu întârziere

În tabelul urmator sunt exemplificate țările care au liste pozitive sau negative alături de procentul de rambursare/compensare acolo unde se aplică.

Pozitive		Negative
AU	49%	D
BE	64%	SP
DK	62%	LUX
FIN		UK
F	55%	
GR		
IT	48%	
NL	95%	
S	90%	
POR		
HUN	321 produse generice	

Tabelul 17.2.

În Marea Britanie lista compensatelor aproape coincide cu lista produselor de pe piata. În tarile în care opereaza liste exclusive, companiile trebuie sa ceara includerea lor pe listă pentru rambursare. În general sunt admise pe listele pozitive medicamentele care dovedesc un beneficiu terapeutic, acesta fiind cel mai important criteriu. Criteriul cost eficiență cistiga din ce în ce mai mult în popularitate. Când un medicament este scos de pe lista pozitiva, compania cere trecerea lui in categoria OTC (care se elibereaza fara prescriptie medicala). Se pare că listele negative ar reduce consumul prin scaderea prescrierii. Medicii prescriu in general medicamentul cel mai scump atunci când există alternative, mai ales in cazul pacienților care sunt exceptati de la co-plati). Dezvoltarea pieței OTC (Over the counter, medicamente care se elibereaza fara prescriptie medicala) este o modalitate de limitare a cheltuielilor din banul public deoarece rareori sunt compensate de către stat sau asigurările publice, chiar dacă sunt prescrise de medic (Suedia compensează în cazul unor boli trenante). Aceste medicamente se vând și în drogherii sau magazine mixte, prețul este liber, se fixează prin mecanisme de piață. În Europa doar unele țări ca Grecia, Belgia și Austria controlează prețurile la această categorie de medicamente, România a renunțat recent.

Aprovizionarea cu medicamente este a patra componenta esentiala a politicii medicamentului prin care accesul la medicamente este bazat pe un sistem solid si sigur de aprovizionare. Se urmareste stabilirea unor sisteme de aprovizionare si distributie private si publice care sa respecte standardele de buna distributie si stocare, publicarea informatiilor cu privire la pretul materiilor prime si a produselor finite, protectia patentelor, asigurarea unui sistem de distributie pentru situatii de urgenta precum si sisteme de stocare si distrugere a medicamentelor expirate sau iesite din uz.

Reglementare si asigurarea calitatii este in general responsabilitatea autoritatilor de reglementare a medicamentelor, de regula agentii ale statului, prin care se asigura calitatea, siguranta si eficienta produselor farmaceutice. Este necesar ca autoritatile sa asigure baza legala si resursele umane si financiare necesare pentru autoritarea de reglementare a medicamentului. Aceasta trebuie sa fie independenta iar deciziile ei transparente, sa fie in relatii clar definite cu ministerul sanatatii, sa aiba reguli si norme recunoscute pentru inregistrare si evaluare a medicamentului, sa aiba capacitatea de

inspectie si control al regulilor de buna productie a medicamentelor. Autoritatea de reglementare trebuie sa aiba access la toate unitatile de productie, reglementeaza promovarea medicamentului si creaza un sistem de monitorizare a efectelor adverse (farmacovigilenta) . Elementele de baza ale reglementari medicamentului se pot sintetiza astfel:

Calitate: Verificarea calitatii ca parte a procesului de inregistrare
Formularea de norme si standarde
Autorizarea unitatilor si personalului
Inspectia unitatilor si produselor
Controlul calitatii medicamentelor (analize)

Siguranta: Verificarea sigurantei ca parte aprocesului de inregistrare
Monitorizarea efectelor adverse
Publicarea de avertismente si retragerea produselor

Eficacitate Verificarea eficacitatii ca parte a procesului de inregistrare
Autorizarea studiilor clinice

Informare: Verificarea si aprobarea etichetelor si prospectelor
Reglementarea reclamei si a promovarii medicamentului.

Inregistrarea si autozirea de punere pe piata este inca un instrument prin care statul poate sa intervina in limitarea numarului de medicamente si practic a ofertei de pe piata cu intentia de a scadea costurile.

La ora actuala sunt inregistrate in Romania la Agentia Nationala a Medicamentului peste 6000 de medicamente. Lunar apar cite 100 de cereri pentru noi inregistrari.

Prin controlul numarului de produse de pe piata, se poate reduce presiunea asupra medicului de a prescrie noi medicamente sau se pot minimaliza presiunile exercitate de catre industrie asupra autoritatilor in momentul cind solicita o crestere a pretului. Astfel prin comparatie se poate mentiona ca Norvegia mentine pe piata un numar de aprox. 2200 de produse generice in timp ce Germania are peste 23000 iar Statele Unite aprox. 43000. Numarul total de produse farmaceutice pe piata germana este insa de aprox. 70 000. SUA are pe piata internationala un numar de 60 000 de produse. Normele UE referitoare la libera circulatie a marfurilor prevad ca intr-un viitor apropiat statele membre UE care limiteaza numarul inregistrarilor sa renunte la aceasta masura care contravine principiului pietei unice.

Utilizarea rationala inseamna ca pacientii primesc medicamentele potrivite pentru nevoia lor clinica, in doze ce corespund necesitati lor individuale pentru o perioada de timp adecvata si la cel mai mic cost pentru ei si pentru comunitatea lor. Utilizarea irationala reprezinta o problema importanta si complexa care necesita mai multe interventii simultate si la paliere diferite. Politica de utilizare rationala poate cuprinde urmatoarele aspecte:

- elaborarea de ghiduri terapeutice bazate pe evidente. Acestea se pot constitui ca baza de plecare pentru pregatirea profesionala, prescriere, aprovizionare si rambursare
- stabilirea si mentinerea unor comitetete terapeutice
- promovarea in pregatirea de baza si in cea continua a medicilor si farmacistilor a conceptelor de medicamente esentiale, utilizare rationala, prescriere de generice
- educatia continua a medicilor si farmacistilor, asigurarea de informatii nepartizane despre medicamente.
- educatia pacientilor
- stimulente financiare pentru promovarea utilizarii rationale etc.

Utilizarea rațională a medicamentelor trebuie să se constituie într-un deziderat al oricărui sistem sanitar și se bazează pe: prescrierea judicioasă a medicamentelor luând în calcul condiția clinică, riscurile și beneficiile tratamentului, dozajul, durata și costul acestuia; disponibilitatea la momentul potrivit; eliberarea corectă.
Consumul rațional se poate asigura prin accesul permanent la informații al profesioniștilor, dar și al publicului, prin inițierea unor programe de formare continuă a specialiștilor și de educație pentru sănătate a pacienților.

Cercetarea operationala faciliteaza implementarea, monitorizarea si evaluarea diferitelor aspecte ale politicii medicamentului. Studiaza impactul politicii asupra sistemul de sanatate precum si mediul economic in care aceasta se implementeaza. Exista doua tipuri de cercetare si anume: *cercetarea operationala* prin care se incearca o mai buna intelegere a factorilor care influenteaza utilizarea medicamentelor si cercetarea dezvoltarii medicementelor prin care se cauta noi produse, doze, medicamente pentru boli neglijate sau rare, cercetarea in domeniul noilor tehnologii, studii clinice pentru medicamente si vaccinuri.

Resursele umane se adreseaza prin strategii si politici care sa asigure un personal calificat si motivat suficient pentru implementarea diferitelor componente ale politicii medicamentului. Se planifica necesarul de personal precum si formarea lui profesionala. Se defineste pregatirea profesionala de baza si calificarile necesare pentru fiecare categorie profesionala implicata.
In ceea ce priveste calificarea profesionala, normele UE privind libera circulatie a persoanelor au stabilit calificarile minime necesare pentru medici, farmacisti, asistenti medicali si stomatologi

Monitorizarea si evaluarea sunt componente normale pentru orice strategie. Se monitorizeaza sectorul farmaceutic atit ca impact asupra starii de sanatate cit si ca piata si mediu generator de resurse.
In incheierea acestui capitol vom prezenta succint situatia reglementarii medicamentului in Romania.

Politica Medicamentului in Romania. In concordanta si cu practica Uniunii Europene in domeniu, Agentia Natională a Medicamentului (ANM) este organismul care asigură realizarea politicii statului în domeniul controlului complex al calitătii medicamentelor si a altor produse de uz uman, contribuind la promovarea sănătătii si securitătii populatiei. În realizarea obiectivelor sale, ANM are, în principal, următoarele atributii:

- initiază, elaborează si propune Ministerului Sănătătii spre aprobare norme, instructiuni si alte reglementări cu caracter obligatoriu, vizând asigurarea calitătii, eficacitătii si sigurantei medicamentelor si a altor produse de uz uman;
- eliberează certificatul de înregistrare sau, după caz, autorizatia de punere pe piata pentru produse medicamentoase
- controlează respectarea prevederilor legale în vigoare privind calitatea produselor medicamentoase
- autorizează si controlează studiile clinice sau chiar le efectueaza
- organizează, îndrumă si controlează activitatea de farmacovigilentă
- întocmeste Nomenclatorul produselor medicamentoase de uz uman, Lista produselor care se eliberează fără prescriptie medicală, notate OTC, Lista medicamentelor care necesită conditii speciale, Lista medicamentelor esentiale;
- elaborează "Farmacopeea română" si cooperează cu organisme internationale si nationale în domeniul respectiv (farmacopee = manual oficial care contine

descrierea si formulele de preparare a medicamentelor, precum si modul de administrare si de conservare al acestora)

- colaborează cu Ministerul Sănătătii si cu Casa Natională de Asigurări de Sănătate la elaborarea, în conditiile legii a listei cu medicamente din Nomenclatorul produselor medicamentoase de uz uman de care beneficiază asiguratii pe bază de prescriptie medicală, cu sau fără contributie personală

ANM stabileste încadrarea produselor medicamentoase, în functie de modul de eliberare, în:

- grupa A - produse medicamentoase care se eliberează cu prescriptie medicală numai în farmacii (etice)
- grupa B – produse medicamentoase care se por elibera fără prescriptie medicală în farmacii si în drogherii.(OTC)

Autorizarea de punere pe piată a produselor medicamentoase: productia, importul, distributia si utilizarea medicamentelor sunt admise în România numai după înregistrarea si autorizarea de către ANM. Autorizarea se certifică prin eliberarea certificatului de înregistrare sau, după caz, a autorizatiei de punere pe piată. Autorizatia de punere pe piată se eliberează pentru produsele medicamentoase care îndeplinesc conditiile de calitate, eficacitate si sigurantă.

Autorizatia de punere pe piată cuprinde:

- rezumatul caracteristicilor produsului;
- prospectul pentru pacient.

Produsele medicamentoase care au autorizatie de punere pe piată vor fi înscrise de către ANM în Registrul produselor medicamentoase autorizate în România; numărul de autorizatie trebuie să fie înscris pe ambalajul secundar al produsului medicamentos. Autorizatia de punere pe piată este valabilă 5 ani si poate fi reînnoită după această perioadă, la cererea detinătorului acesteia. Acordarea autorizatiei de punere pe piată de către ANM nu diminuează responsabilitatea civilă si penală a producătorului. Orice modificări ale produsului medicamentos, apărute în perioada de valabilitate a autorizatiei de punere pe piată a acestuia ca urmare a influientei progresului stiintific si tehnic, care se referă la continutul autorizatiei, vor fi aduse la cunostintă ANM.

Fabricarea produselor medicamentoase se face de către persoane juridice, care au obţinut autorizaţia de funcţionare de la MS. ANM elaborează regulile de bună practică de fabricaţie a produselor medicamentoase pentru unităţile de producţie, reguli ce sunt aprobate de MS. MS decide asupra autorizării de funcţionare a unei unităţi de producţie a produselor medicamentoase pe baza raportului de inspecţie favorabil întocmit de inspectorii de specialitate din MS.

Punerea pe piaţă a produselor medicamentoase fabricate în unităţile de producţie se face numai pe baza autorizaţiei de punere pe piaţă, emisă de Agenţia Naţională a Medicamentului. Autorizaţia de funcţionare pentru producţie se eliberează numai dacă sunt îndeplinite următoarele condiţii: persoanele responsabile cu activitatea de fabricaţie, precum şi persoanele responsabile cu activitatea de control sau cu activitatea de distribuţie au competenţa necesară iar personalul de execuţie, spaţiile şi echipamentele necesare pentru fabricarea, controlul calităţii şi pentru depozitarea produselor medicamentoase îndeplinesc condiţiile prevăzute în reglementările emise de MS. Autorizaţia de funcţionare poate fi:

a) autorizaţie completă de funcţionare, emisă atunci când unitatea de producţie a produselor medicamentoase execută integral ansamblul operaţiunilor incluse în procesul de producţie;

b) autorizaţie parţială de funcţionare pentru etapa de condiţionare, emisă atunci când unitatea de producţie a produselor medicamentoase execută numai operaţiuni de divizare, ambalare, etichetare.

Unităţile de producţie a produselor medicamentoase trebuie să dispună de laborator propriu de control al calităţii pentru controlul materiilor prime, ambalajelor, controlul interfazic şi pentru controlul produsului finit. Producătorii de medicamente nu pot înfiinţa farmacii sau unităţi de distribuţie şi nici nu pot deţine acţiuni la astfel de unităţi.

Distribuţia produselor medicamentoase constă în transferul acestora de la unitatea de producţie la consumatorul final si se face numai către unităţile farmaceutice autorizate de MS si se face numai prin unităţi care au autorizaţie de funcţionare eliberată de MS.

Eliberarea cu amănuntul a produselor medicamentoase se face numai de către unităţile farmaceutice, farmaciile şi drogheriile autorizate de MS. Drogheriile pot elibera doar produse medicamentoase ce nu necesita prescriptie medicala. Depozitele de produse medicamentoase trebuie să posede autorizaţie de funcţionare emisă de MS, eliberată pe baza raportului de inspecţie favorabil, întocmit de inspectorii din serviciul de inspecţie farmaceutică .

Importul şi exportul produselor medicamentoase se realizează în conformitate cu legislaţia în vigoare şi cu avizul Ministerului Sănătăţii. Pot fi importate numai produsele medicamentoase care au autorizaţia de punere pe piaţă, eliberată de Agenţia Naţională a MedicamentuluiEticheta produselor medicamentoase din import trebuie să fie în limba română.Produsele medicamentoase se distribuie în ambalaje secundare inscripţionate în limba română, care conţin prospectul pentru pacient în limba română.

Publicitatea în mass-media este permisă numai pentru produsele medicamentoase care se eliberează fără prescripţie medicală. MS stabileşte şi avizează preţurile medicamentelor din import şi din ţară, cu excepţia medicamentelor care se eliberează fără prescripţie medicală (OTC)."

Supravegherea produselor medicamentoase se realizeaza de catre MS impreuna cu ANM care controlează şi supravegheazã permanent fabricaţia, controlul, testarea clinică şi toxicologică a produselor medicamentoase. In ceea ce priveste depozitarea, eliberarea şi utilizarea produselor medicamentoase acestea intra doar in sarcina MS. ANM reglementeaza si intreaga activitate de farmacovigilenţă ceea ce presupune ca unităţile de producţie, de distribuţie şi de testare clinică a produselor medicamentoase impreuna cu medicii terapeuţi sunt obligati să informeze ANM despre reacţiile adverse semnalate în legătură cu produsele medicamentoase. Dealtfel orice persoană care utilizează produse medicamentoase poate să informeze ANM despre reacţiile adverse, precum şi despre deficienţele de calitate sesizate în legătură cu produsele medicamentoase utilizate. ANM evaluează rapoartele privind reacţiile adverse şi propune măsurile administrative necesare. Orice unitate de producţie sau de distribuţie a produselor medicamentoase va proceda la distrugerea produselor medicamentoase necorespunzătoare calitativ sau expirate.

Testarea produselor medicamentoase

În vederea obţinerii autorizaţiei de punere pe piaţă, calitatea, eficacitatea şi siguranţa produselor medicamentoase se dovedeşte prin teste de laborator şi prin teste clinice.

Testările de laborator, precum şi cele clinice se efectuează de către persoane fizice, calificate corespunzător, care în mod legal, au dreptul de a efectua tipul respectiv de testare în unităţi specializate ce întrunesc condiţiile impuse de legislaţia în vigoare. Cercetările clinice sunt iniţiate în situaţia obţinerii unui aviz favorabil în urma testelor preclinice. Înainte de iniţierea studiilor clinice se apreciază riscurile previzibile şi

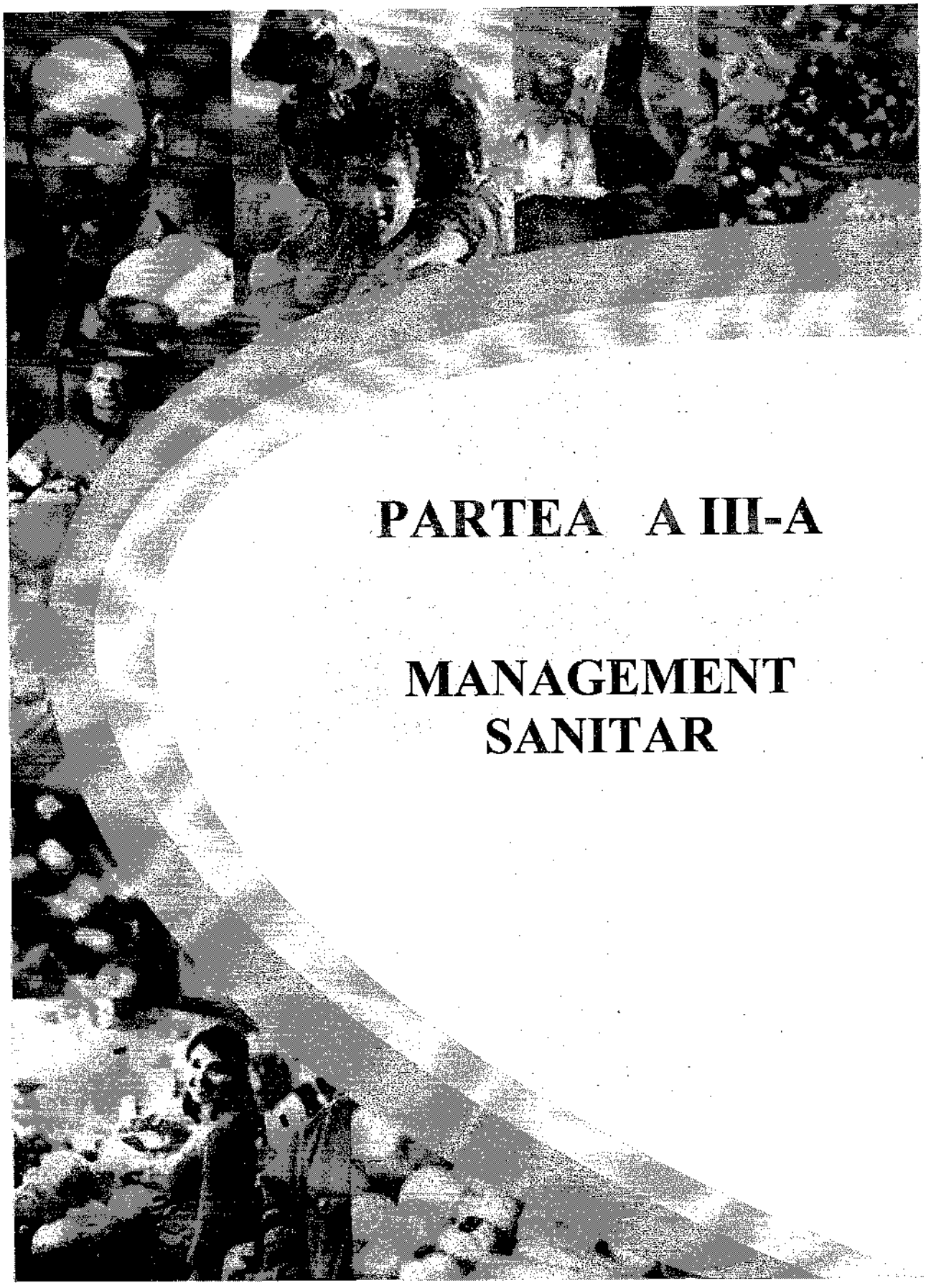
inconvenientele, comparativ cu beneficiile anticipate pentru subiectul studiului şi pentru societate, studiul fiind iniţiat şi continuat numai dacă beneficiul anticipat justifică riscul. Studiul clinic se bazează pe date ştiinţifice, riguroase, ce vor fi evaluate de ANMpentru aprobarea desfăşurării acestuia.

Studiul clinic poate începe numai după obţinerea aprobării Comisiei de Etică Naţională , care apreciază respectarea principiilor etice.

Prevederi speciale pentru produsele medicamentoase toxice şi stupefiante

Fabricarea, operaţiunile de import şi export, distribuţia către depozite şi farmacii şi eliberarea cu amănuntul a produselor stupefiante şi toxice se fac pe baza unei autorizaţii speciale eliberate de MS.

MS emite reglementări privind prescripţia medicală, păstrarea şi eliberarea toxicelor şi stupefiantelor la nivelul unităţilor farmaceutice.



PARTEA A III-A

MANAGEMENT SANITAR

CAPITOLUL XVIII

MANAGEMENT GENERAL

I. Introducere în management

Legea lui Heller: Primul mit al managementului este acela că el există
Corolarul lui Johnson: Nimeni nu ştie ce se petrece în interiorul unei organizaţii

DE CE TREBUIE STUDIAT MANAGEMENTUL?
Posibile motivaţii:

- Fiecare persoană are şansa potenţială de a fi promovat într-un post de conducere.

În momentul promovării, sentimentul de mândrie este cel mai puternic. Dar apare teama de a nu face faţă. Se observă că, odată ajuns într-un post de conducere, activităţile mărunte, de zi cu zi cu zi, devin preocupare constantă. Timpul se reduce, apare "criza de timp" şi managerul nu are timp să reflecteze asupra activităţii sale. Totul se transformă în haos şi stres iar consecinţele negative apar imediat.

- De aceea studiul managementului vă poate ajuta să deveniţi eficace.

A fi eficace, pentru un manager, ca şi pentru orice altă persoană, înseamnă a înţelege şi a îndeplini sarcinile pe care le presupune munca sa. Cei care vor să-şi îmbunătăţească activitatea, trebuie să-şi revizuiască atât eficacitatea cât şi eficienţa.

- ❖ Eficacitate – înseamnă să faci exact ceea ce trebuie să faci
- ❖ Eficienţă – înseamnă o folosire cât mai economică a resurselor.

Eficacitatea este mai importantă decât eficienţa, deoarece este necesar să îndeplineşti mai întâi ceea ce trebuie făcut. Numai atunci contează dacă munca este făcută eficient, adică în modul cel mai potrivit.

- Studiul managementului poate ajuta la o mai bună gestionare a celor 4 tipuri de resurse de care dispuneţi:
  - ♦ resurse umane
  - ♦ resurse materiale
  - ♦ resurse financiare
  - ♦ timp

II. Managementul ca un sistem

Managementul este atât o artă – deci necesită calităţi înnăscute din partea managerului, cât şi o ştiinţă – deci se poate dobândi (în parte) prin învăţare şi educaţie.

Unii teoreticieni susţin că managementul este 70% bun simţ şi 30% cunoştinţe.

Există multiple definiţii ale managementului.

La origine, cuvântul provine din latină "manus" desemnând strunirea cailor care trag la un car sau o căruţă cu ajutorul hăţurilor. Imaginea este plastică, dar o putem folosi în studiul celorlalte definiţii.

Sensurile verbului englez *to manage* sunt destul de surprinzătoare, dar mare parte dintre ele pot contribui la o mai bună înţelegere a conceptului:

1. a ţine un cal în frâu
2. a administra
3. a trata cu indulgenţă
4. a fi atât de neîndemânatic şi ghinionist încât...
5. a duce ceva la bun sfârşit

Câteva definiţii ale managementului date în diferite lucrări:

1. Management este procesul, compus din funcţii şi activităţi sociale şi tehnice legate între ele, care apare într-un cadru organizaţional oficial, în scopul atingerii unor obiective dinainte determinate, prin utilizarea resurselor umane sau de alt fel (Koontz, Harold)
2. Asumarea răspunderii pentru deciderea, planificarea şi reglementarea activităţii

unor oameni care lucrează pentru un scop comun, astfel încât rezultatul corect să fie eficient şi economic (Brech)

3. Lucrul cu indivizi sau grupuri pentru îndeplinirea unor obiective organizaţionale (Hersey şi Blanchard).

4. O serie de activităţi integrate şi interdependente, care determină o anumită combinaţie de mijloace (financiare, umane, materiale) astfel încât să se poată genera o producţie de bunuri sau de servicii utile economic şi social. (Aktouf)

5. A prevedea şi a planifica, a organiza, a conduce, a coordona şi a controla (H. Fayol)

În ciuda diversităţii elementelor pe care pun accentul aceste definiţii, există câteva elemente cheie comune tuturor:

- nevoia de scopuri şi obiective pentru obţinerea de rezultate orientate
- importanţa coordonării eforturilor individuale în cadrul procesului
- faptul că munca directă este în mare parte sau chiar în întregime efectuată de alţii şi nu de manager

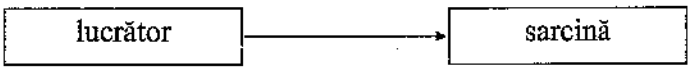
O definiţie de lucru simplă şi utilă ar fi:

"Managementul este procesul prin care realizezi o treabă prin intermediul altora – corect, la timp şi în limitele bugetului" (David Gustafson)

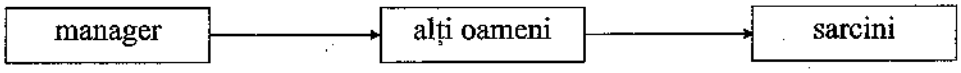
Nu este o definiţie perfectă, dar reprezintă un punct de plecare. Se sugerează, deci că nu managerul este cel care trage căruţa, el doar ţine hăţurile şi biciul, ghidând, motivând şi controlând echipa care lucrează. Desigur, analogia poate fi împinsă mai departe, dar managerii care-şi privesc oamenii doar ca pe cai care trag o căruţă nu vor obţine niciodată rezultate prea bune.

Această imagine ne poate ajuta în sublinierea diferenţelor majore dintre munca managerială şi alte feluri de muncă.

- non-managerii (lucrătorii) îndeplinesc ei înşişi nişte sarcini (indiferent la ce nivel, de la cel necalificat la cel înalt calificat) care li se dau:



- managerii îi determină pe ceilalţi să îndeplinească nişte sarcini:



III. Funcţiile managementului

Funcţiile managementului sunt acele funcţii pe care le îndeplinesc managerii pentru a atinge obiectivele organizaţiei lor, prin utilizarea resurselor umane sau de alt fel. Henri Fayol clasifică funcţiile manageriale în următoarele categorii: **planificare, organizare, conducere, coordonare şi control.**

1. Planificarea presupune "evaluarea viitorului şi iniţierea măsurilor necesare" (Fayol). Ca să funcţioneze adecvat, o organizaţie are nevoie de un plan care să îndeplinească următoarele caracteristici: unitate, continuitate, flexibilitate şi precizie. Altfel spus, pentru a rezolva problemele legate de planificare, echipa managerială trebuie să asigure:

- îmbinarea corespunzătoare a obiectivelor specifice fiecărui departament din organizaţie (unitate);
- să combine planificarea pe termen scurt cu cea pe termen lung (continuitate);
- să fie capabilă să adapteze planul la modificările apărute (flexibilitate);
- să încerce să prognozeze corect direcţiile de acţiune (precizie).

Esenţa planificării constă în utilizarea optimă a resurselor.

2. Organizarea înseamnă "crearea structurii manageriale şi umane a organizaţiei", adică stabilirea relaţiilor de autoritate şi responsabilitate. Scopul organizării este acela de a crea o structură adecvată pentru organizaţie, astfel încât aceasta să-şi poată atinge obiectivele propuse prin planificare. Corespunzător acestei structuri trebuie să existe o unitate de comandă şi acţiune, cu definirea clară a responsabilităţilor şi a modalităţilor cât mai adecvate de luare a deciziilor, toate acestea având la bază un sistem eficient de selectare şi pregătire a managerilor.
3. Funcţia de personal (resurse umane) – această funcţie include activităţile legate de managementul resurselor umane sau personalul administrativ. Conducerea include recrutarea şi selectarea personalului, descrierea postului, plasarea angajaţilor în locuri de muncă adecvate, formare pentru însuşirea deprinderilor individuale necesare pentru ca aceştia să-şi poată îndeplini bine sarcinile, consultarea în ceea ce priveşte performanţa, cariera şi determinanţii plăţii şi recompenselor.
4. Conducerea (leadership) presupune să dai subordonaţilor un ghid pentru ceea ce trebuie şi ceea ce nu trebuie să facă. Ea se referă la relaţiile existente între manager şi subordonaţi, şi include crearea unui mediu adecvat pentru motivaţie, comunicare şi leadership astfel încât membrii organizaţiei să înţeleagă ce se aşteaptă de la munca lor.
5. Controlul este funcţia managementului centralizată pe monitorizarea şi evaluarea performanţei. Scopul acesteia este îmbunătăţirea calităţii continue. Ea este funcţia fundamentală a managementului şi include activităţile manageriale ţintite pe producerea rezultatelor şi creşterea performanţei. Controlul implică stabilirea de standarde şi compararea rezultatelor obţinute cu aceste standarde. Taylor menţiona patru părţi ale procesului de control, subliniind că este vorba despre un proces continuu:

- stabilirea de standarde pentru timp, calitate şi cantitate;
- măsurarea rezultatelor;
- compararea rezultatelor cu standardele;
- adoptarea modificărilor necesare.

IV. Rolurile manageriale

Un manager are autoritate şi un anumit statut, are responsabilităţi – nu numai în cadru organizaţiei, ci şi în afara acesteia. Aceste activităţi sau comportamente pot fi descrise ca roluri pe care le îndeplineşte un manager. Mintzberg a stabilit zece roluri manageriale care sunt grupate în trei domenii: interpersonal, informaţional şi decizional.

1. Rolurile interpersonale

Se referă la relaţiile pe care managerul le întreţine cu ceilalţi.

- Rol de reprezentare – este datorat autorităţii formale şi poziţiei simbolice. Acest rol consumă o mare parte din timpul managerului.
- Rol de lider – managerul trebuie să creeze un mediu de muncă care să încurajeze subordonaţii să obţină performanţa maximă. Pentru aceasta nevoile organizaţiei trebuie să se îmbine cu nevoile indivizilor din organizaţie.
- Rol de legătură – se referă la relaţiile pe orizontală. Managerul trebuie să-şi menţină o întreagă reţea de relaţii şi contacte în exteriorul organizaţiei.

2. Rolurile informaţionale

Managerul este adesea sursă de informaţii pentru organizaţia sa, informaţii care pot proveni din interiorul organizaţiei sau din afara acesteia. O mare parte din putere este inclusă în acest grup de roluri manageriale deoarece managerul poate să aleagă între a transmite informaţiile aşa cum le-a primit, le poate schimba cu un anumit scop sau poate să reţină o parte din informaţie.

- Rol de monitor – managerul adună informaţii legate de munca celorlalţi din diferite surse, atât formale cât şi informale. Din aceste informaţii managerul trebuie să le selecteze pe acelea care sunt relevante şi utile. Informaţiile pot fi folosite în scop

formal – pentru rapoarte, întâlniri, conferințe, presă, dar și pentru conversații informale.

- Rol de difuzor – managerul alege informațiile care trebuie știute de alții. Uneori informația este diseminată subordonaților care în mod obișnuit nu pot avea acces la ea.
- Rol de purtător de cuvânt – deseori managerul trebuie să dea informații privind organizația unor persoane din exteriorul acesteia.

3. Rolurile decizionale

Atunci când managerii iau decizii desfășoară cel mai important aspect al muncii lor.

În procesul de luare a deciziilor managerul folosește toate informațiile pe care le deține, ca urmare a rolurilor descrise anterior, pentru a iniția activități care să ducă la realizarea obiectivelor pe care și le-a stabilit organizația.

- Antreprenor – managerul ia uneori decizii privind schimbări în mersul organizației. El trebuie să inițieze schimbările și are un rol activ în a decide ceea ce trebuie făcut. Principial, managerul acționează din proprie inițiativă.
- Factor de soluționare a perturbărilor – uneori, managerul trebuie să ia decizii care decurg din evenimente neprevizibile care nu sunt sub controlul lui. Abilitatea de a reacționa la evenimente este o trăsătură managerială importantă. Managerul are nevoie să înțeleagă problemele și să aplice metode de soluționare a conflictelor.
- Factor de alocare a resurselor – acest rol apare ca extrem de important în majoritatea analizelor organizaționale. Mintzberg subliniază faptul că prin deciziile legate de alocarea resurselor, managerul planifică timpul, programează munca și autorizează acțiunile. Rareori resursele sunt adecvate cererii, iar managerul trebuie să ia decizii bazate pe informații incomplete. Trebuie evitate deciziile arbitrare – managerul trebuie să încerce să aloce resursele în funcție de nevoi, echitate, performanță, și să evite alocarea acestora ca urmare a traficului de influență, a relațiilor de prietenie sau din motive coercitive.
- Negociator – reprezintă "o explorare a resurselor în timp util". Un manager trebuie să negocieze cu alții și, în cadrul procesului să ia decizii legate de repartizarea resurselor organizației.

Pentru Mintzberg, aceste zece roluri, dau cea mai adecvată descriere a ceea ce fac managerii de fapt. În aceste roluri informația este crucială, managerul fiind cel care stabilește prioritățile informaționale. Cu ajutorul rolurilor interpersonale, managerul primește informații și prin rolurile decizionale le utilizează.

Pentru a putea aplica cu succes aceste roluri un manager are nevoie de aptitudini tehnice, umane și conceptuale.

Aptitudinile tehnice se referă la nivelul de competență într-o activitate specifică, legat adeseori de lucruri, nu de oameni. Aptitudinile tehnice includ de obicei procese specializate și metodologii, sau proceduri și tehnici necesare muncii într-un domeniu specific.

Abilitatea managerilor de a lucra eficient cu alții – ca indivizi și ca grup – este o reflectare a aptitudinilor lor umane. Un manager cu aptitudini umane eficiente va fi conștient de atitudinea, percepția și sentimentele altora și le va lua în considerare în procesul managerial. Managementul este un proces continuu de înțelegere a comportamentului și atitudinilor celorlalți și de comportare într-o manieră care să ducă la încredere și credință.

Aptitudinile conceptuale sunt reprezentate de abilitatea de a înțelege relațiile din situațiile complexe, de a vedea conexiuni în haos, și de a avea o viziune de viitor. Managerul trebuie să poată să vadă organizația și operațiunile ca un întreg. Diferitele procese, intrări și ieșiri, interacțiunea dintre componentele organizației, și inter-relațiile dintre organizație și mediul exterior trebuie privite ca ceva singular, ca o entitate ce include tot.

Având ca bază aceste noțiuni teoretice referitoare la funcțiile, rolurile și aptitudinile necesare managerilor, aceștia își pot constitui propria concepție, își pot proiecta propriul stil managerial și își pot dezvolta aptitudini manageriale specifice.

4. Autoritatea şi responsabilitatea

Conceptual autoritatea este o relaţie cu trei termeni care se instituie între un:

- purtător (P)
- subiect (S) în cadrul unui
- domeniu (D) anumit.

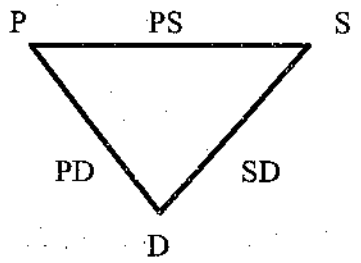


Figura 18.1.
Sursa: Bochensky, J.M, 1992

Relaţia PS este o relaţie tranzitivă, altfel spus dacă A este o autoritate pentru B în domeniul X iar B este o autoritate pentru C în acelaşi domeniu, atunci A este o autoritate şi pentru C în domeniul X. Dacă însă A este o autoritate pentru B în domeniul X iar B este o autoritate pentru C în domeniul Y, nu se poate face nici o inferenţă cum că A este o autoritate pentru C în Y; o asemenea inferenţă realizată poartă numele de "abuz de domeniu" al autorităţii.

Autoritatea implică un proces de comunicare al unui mesaj de la P la S şi apoi acceptarea semnificaţiei mesajului transmis, pe tot acest parcurs putând apărea distorsiuni legate de comunicare fie la nivelul P (care este emiţătorul) fie la nivelul lui S care este receptorul; aceste distorsiuni pot avea multiple cauze şi forme, fiind descrise mai amănunţit în secţiunea legată de procesul comunicării. Din descrierea conceptuală se pot face două inferenţe majore:

a) nu există persoană care să nu fie o autoritate măcar într-un domeniu;
b) nu există persoană care să fie autoritate în toate domeniile

O definiţie funcţională a autorităţii ar fi: capacitatea de a modifica atitudinea sau comportamentul altor persoane. Există o întreagă literatură referitoare la relaţia dintre autoritate şi putere, existând diferite abordări ale subiectului (de ex.: autoritatea=putere legitim constituită), însă pentru a schematiza expunerea de faţă le vom considera cvasiechivalente.

4.1. .Surse ale autorităţi

- nivelurile superioare ale sistemului
- controlul asupra unor resurse critice
- charisma

1. În cazul nivelurilor superioare ale sistemului autoritatea se naşte la un nivel înalt al sistemului şi este apoi transmisă spre nivelurile subiacente; în acest context "cel mai înalt nivel al sistemului" ar putea fi divinitatea, constituţia, şeful statului sau voinţa colectivă a poporului;
2. Pentru a fi o sursă de autoritate resursele trebuie să aibă trei caracteristici
   a) să fie esenţiale pentru funcţionarea organizaţiei;

b) să fie în cantităţi reduse, sau concentrate în posesiunea unui număr restrâns de indivizi;
c) să fie nesubstituibile;

Aceste trei atribute fac ca o resursă să fie critică şi creează dependenţa organizaţiei faţă de acei indivizi sau grupuri care controlează respectivele resurse. Derivat din această categorie este şi controlul asupra unor resurse speciale, anume conştiinţele şi abilităţile personale, deosebite; aceasta este, anticipând puţin prezentarea, sursa principală a autorităţii personalului medical, mai ales a medicilor. Aceştia sunt percepuţi (şi pretind) a avea controlul asupra unor resurse deosebite: acelea de a relua/îmbunătăţi viaţa semenilor!

Charisma reprezintă capacitatea de a inspira altor indivizi dorinţa de a se identifica (sau imita) cu deţinătorul acestei calităţi. Această sursă de autoritate este dependentă de o multitudine de factori subiectivi, precum prestigiul sau admiraţia atribuite de alţii individului sau grupului charismatic (acestea fiind influenţate de variabile precum normele şi valorile societăţii). Din acest motiv această sursă de autoritate este cel mai greu de definit şi cuantificat dar cu toate acestea joacă un rol important în relaţiile sociale (de la alegerea preşedintelui la urmarea indicaţiilor superiorului ierarhic, charisma poate fi factorul decisiv, deşi după cum arătăm subiectiv!).

Discuţia despre bazele conceptuale ale autorităţii ca şi despre distincţia între tipurile de surse ale autorităţii este importantă nu doar din punct de vedere teoretic ci şi în termeni practici: managerii eficienţi sunt cei care ştiu să contrabalanseze sursele autorităţii (să-şi extragă autoritatea din mai multe surse) şi în acelaşi timp să nu încerce să-şi exercite autoritatea în arii în care nu sunt competenţi (adică să nu realizeze "abuzul de domeniu" descris anterior). De asemenea managerii de succes trebuie să ştie să utilizeze sursele de autoritate în concordanţă cu subiecţii ce se doreşte a fi influenţaţi şi cu obiectivele preconizate.

4.2. Tipuri de autoritate în management

În general în literatura de specialitate sunt descrise trei tipuri de autoritate:

1. ierarhică ("line" sau deontică);
2. a expertului ("staff" sau epistemică) sau a cunoştinţelor;
3. funcţională.

Tipuri de autoritate

- Autoritatea ierarhică (line) derivă din principiul scalar (unul din principiile fundamentale ale managementului) conform căruia un superior exercită controlul direct asupra subordonatului său. Este vorba de o relaţie de autoritate directă, "lineară" sau pas-cu-pas. Managerul prin excelenţă trebuie să facă apel la acest tip de autoritate, ştiut fiind că într-o organizaţie eficientă trebuie să existe o singură linie de subordonare directă.
- Autoritatea expertului aparţine acelor indivizi sau grupuri dintr-o organizaţie a căror principală funcţie e de a furniza sfaturi, sugestii sau recomandări celor cu autoritate ierarhică. Acest gen de autoritate caracterizează relaţiile în care purtătorul autorităţii poate consilia dar nu poate lua decizii obligatorii pentru personal.
- Autoritatea funcţională se referă la autoritatea pe care un individ sau departament a primit-o relativ la o anumită problemă legată de activităţi desfăşurate de personalul din alte departamente. În acest caz nu se mai aplică principiul de comandă, managerii direcţi fiind privaţi de autoritatea lor pe un domeniu limitat, această autoritate fiind delegată altor persoane de către superiori.

Deţinătorii autorităţii expertizei ("staff") trebuie să adere la ierarhie, la linia autorităţii ierarhice.

Autoritatea ierarhică şi epistemică (staff) se caracterizează după tipul de relaţii pe care deţinătorii le au în organizaţie şi nu după ceea ce fac; nu pot exista departamente cu autoritate epistemică pură, fără o relaţie de autoritate ierarhică, atât în cadrul lor cât şi faţă de restul organizaţiei.

Uneori se afirmă că cei ce au autoritate ierarhică trebuie să acţioneze iar cei cu autoritate epistemică (staff) trebuie să gândească pentru a-i sfătui pe primii; ca atare se pledează pentru o descriere managerială între autoritatea poziţiei (ierarhică) şi cea a ideilor (staff).

Trebuie amintit însă că managerii nu-şi pot împărţi responsabilitatea, nu pot delega o parte a muncii lor şi să menţină doar alta (adică ei să acţioneze, iar de gândit să o facă alţii – consilierii!!). Deci atunci când autoritatea ideilor aparţine unei persoane e dificil ca autoritatea de a comanda (în acelaşi domeniu) să fie deţinută de altcineva.

Distincţia este însă necesară pentru ca subordonaţii/personalul să ştie în ce calitate acţionează. Cei cu funcţii "staff" trebuie să consilieze iar superiorii lor să ia decizii pe lanţul scalar.

Puterea de decizie trebuie să stea doar la cei cu autoritate ierarhică; neînţelegerea acestui lucru duce la multe fricţiuni şi impasuri în funcţionarea organizaţiilor.

Se afirmă uneori că autoritatea epistemică (staff) este mai necesară în planificare şi control; cum am menţionat însă nu trebuie să existe departamente cu autoritate staff pură ci doar persoane cu asemenea funcţii în cadrul departamentelor, care să se supună însă relaţiilor ierarhice.

Referitor la autoritatea funcţionala este important să prezentăm succint etapele recomandate pentru dezvoltarea autorităţii funcţionale, tocmai datorită faptului că duce la diminuarea importanţei unuia dintre principiile managementului.

Ca primă etapă, managerul poate permite unei persoane cu autoritate epistemică să transmită informaţiile şi propunerile direct către subordonaţii săi, fără să mai treacă pe la el (ex.: informaţii despre calitatea actului medical în diferite secţii). O a doua etapă poate consta în a permite experţilor să se consulte cu managerii şi să le arate cum poate fi operaţionalizată informaţia (să-i instruiască deci); în acest caz este necesar acordul prealabil al managerilor respectivi.

Autoritatea funcţională deplină este atunci când unei persoane i se delegă autoritatea de a prescrie anumite metode sau politici de urmat, într-un compartiment în care nu el este şeful ierarhic (managerul). Un exemplu frecvent: un contabil poate prescrie tuturor departamentelor unei organizaţii tipurile de evidenţe obligatorii.

Autoritatea funcţională este limitată de obicei la zona lui "cum", uneori "când", foarte rar "unde", "ce" sau "cine". Aceasta pentru că funcţionalizarea autorităţii dusă la extrem duce la distrugerea rolului managerului, adică la pierderea capacităţii de a planifica, organiza, încadra personal, conduce şi controla. Din aceste motive autoritatea funcţională trebuie folosită cât mai parcimonios. Se recomandă ca atunci când nu este sigur cine să aibă conducerea să se renunţe la autoritatea funcţională în favoarea celei ierarhice.

Pentru a menţine unitatea de comandă se mai recomandă ca autoritatea funcţională să nu se manifeste sub primul nivel al superiorului, i.e. să nu se dea instrucţiuni la bază, ocolind şeful ierarhic şi scăzându-le astfel dramatic prestigiul şi implicit autoritate ierarhică; în plus natura sarcinii pentru care există autoritate funcţională trebuie să fie foarte clar definită, altfel putându-se ajunge la blocaj funcţional.

Toate acţiunile manageriale implică atât elemente de autoritate ierarhică cât şi epistemică, trebuind însă înţeles când cineva acţionează ca autoritate funcţională şi când ca autoritate epistemică. Se sugerează deseori şi faptul că nu este bine să existe prea mulţi experţi într-o organizaţie: ei propun doar planuri pe care alţii trebuie să le aplice, fapt ce

poate duce la difuziunea răspunderii şi în final la eşec. În plus supoziţia că expertul gândeşte "mai bine" ca managerul este deseori primejdioasă fiindcă această "gândire" poate fi ruptă de realitate; mai mult, managerul trebuie să aibă capacitatea de a judeca (şi) singur informaţiile furnizate de experţi.

Trebuie subliniat că expertul (autoritate epistemică) trebuie să rezolve probleme, nu să creeze altele noi; i.e. recomandările lor trebuie să fie suficient de complete şi de clare încât să facă posibil un răspuns simplu (Da/Nu) din partea superiorului ierarhic, fără necesitatea unei activităţi suplimentare de reanalizare.

În final vom menţiona că cei cu autoritate epistemică nu trebuie să-şi aroge meritul unei acţiuni bazate pe sfatul lor, nu doar pentru a reduce fricţiunile, ci şi pentru că managerii ce le-au acceptat sfaturile poartă întreaga responsabilitate pentru succesul sau insuccesul demersului.

4.3. Delegarea autorităţii

Delegarea este arta/ştiinţa de a transfera o parte din autoritatea proprie subordonaţilor astfel încât aceştia să fie răspunzători în faţa ta, deşi responsabilitatea generală pentru atingerea obiectivului propus îţi revine în întregime (ca manager). Scopul primar este deci atingerea unui obiectiv anume, aceasta fiind şi prima etapă a procesului; al doilea pas constă în a decide cui se delegă autoritatea; al treilea: alocarea resurselor necesare atingerii obiectivelor şi patru: contactul cu subordonatul.

Delegarea autorităţii se face ţinând cont de următoarele principii:

1. principiul delegării după rezultatele aşteptate: autoritatea delegată trebuie să permită realizarea obiectivului propus;
2. principiul definiţiei funcţionale, care implică definirea:
   - a ceea ce se cere de la fiecare individ/departament ca rezultate şi activităţi,
   - relaţiile cu alte departamente,
   - relaţiile cu alte posturi/poziţii (se referă la fişa postului);
3. principiul scalar, se referă la lanţul autorităţii directe în toată organizaţia: definit clar cine ce autoritate are, astfel ca personalul să ştie de cine să asculte şi la cine să se adreseze pentru probleme ce le depăşesc autoritatea. Cu cât linia autorităţii e mai clară cu atât este mai eficientă luarea deciziilor şi comunicarea în organizaţie;
4. principiul autorităţii de nivel: managerii de la fiecare nivel al organizaţiei trebuie să ia deciziile la care au dreptul conform autorităţii delegate şi doar în problemele ce le depăşesc această autoritate să se adreseze superiorilor ierarhici; să se evite astfel "delegarea inversă" sau "de jos în sus": problemele se reîntorc pentru soluţionare la superiorii ierarhici, aceştia trebuind astfel să ia decizii în locul subordonaţilor;
5. principiul unităţii de comandă: o persoană trebuie să raporteze unui singur superior (cu excepţiile discutate anterior) scăzând astfel riscul conflictelor şi al ambiguităţilor instrucţiunilor şi crescând responsabilitatea pentru realizarea obiectivelor propuse;
6. principiul responsabilităţii absolute: nici un superior ierarhic nu poate scăpa, prin delegare, de responsabilităţile funcţiei sale. În acelaşi timp responsabilitatea subordonaţilor în faţa superiorilor ierarhici e absolută, o dată ce au acceptat o sarcină şi au primit mijloacele şi resursele de a o duce la îndeplinire;
7. principiul parităţii responsabilităţii şi autorităţii. Atâta vreme cât autoritatea dă dreptul de a realiza anumite sarcini, iar responsabilitatea este obligaţia de a le îndeplini corect, rezultă că autoritatea trebuie să corespundă responsabilităţii, i.e. responsabilitatea pentru anumite activităţi nu poate fi mai mare decât cea corespunzătoare autorităţii delegate şi nici nu trebuie să fie mai mică. Se evită astfel situaţia în care managerii trag la răspundere subalternii pentru neîndeplinirea unor sarcini pentru care aceştia nu au avut autoritatea necesară; se evită şi cazul contrar în care este delegată suficientă autoritate, dar cel ce o

deține nu este controlat pentru utilizarea ei eficientă, ambele ipoteze ducând la un management neperformant.

Variabile ce influențează gradul de delegare a autorității

1. similaritatea funcțiilor: se referă la gradul în care funcțiile îndeplinite de personalul subordonat aceluiaşi manager sunt la fel sau diferite, autoritatea delegată variind în funcție de aceste extreme;
2. contiguitatea geografică: ține cont de localizarea spațială a personalului ce raportează aceluiaşi superior;
3. complexitatea funcțiilor: ia în considerație natura (dificultatea) funcțiilor îndeplinite de personalul sau departamentele ce raportează managerilor;
4. conducere şi control: ia în calcul gradul de pregătire al personalului şi gradul de supraveghere necesar;
5. coordonarea: se referă la timpul necesar pentru a menține legătura cu alte departamente/compartimente;
6. planificarea: reflectă importanța şi complexitatea obiectivelor departamentului şi implicit timpul necesar managerului pentru planificarea activității unității sale.

Ținând cont, concomitent, de toate aceste variabile se poate aproxima gradul de delegare a autorității în diferite organizații, i.e. numărul de manageri necesari pentru organizație. De remarcat sintagma "aproxima", deoarece delegarea implică şi o latură care a făcut pe mulți cercetători să vorbească despre o "artă a delegării".

Arta delegării implică:

- receptivitatea managerului: să accepte ideile altora, chiar dacă nu consonează cu ale sale;
- dorința managerului de a împărți autoritatea: să nu-şi oprească pentru sine decât ce e cel mai avantajos pentru organizație, restul să-l delege, chiar dacă l-ar putea realiza şi singur;
- capacitatea managerului de a accepta greşelile subalternilor, având în vedere că fără aceasta nu poate exista delegare;
- încrederea în subordonați: este riscantă, dar este temelia unei delegări eficiente (pentru reducerea riscurilor trebuie cântărite calitățile persoanelor alese în raport cu obiectivul dorit);
- utilizarea unor controale globale, centrate pe obiective şi nu pe activități, care să fie şi feed-back eficient pentru cei cărora li s-a delegat autoritatea.

Pentru prevenirea unei delegări ineficiente a autorității sunt de reținut următoarele:

- delegarea unei autorități suficiente pentru atingerea rezultatelor dorite;
- selecționarea persoanelor în funcție de natura sarcinilor ce trebuie realizate şi "antrenarea" acestora, având în vedere că pregătirea influențează gradul de autoritate delegată care să permită menținerea unor linii de comunicație deschise, contactul, ori de câte ori este necesar cu subalternii;
- realizarea unor sisteme şi metode de control adecvate, care să mențină un echilibru între un control rigid şi "scăparea totală a controlului";
- recompensarea autorității asumate în mod eficient, exemplele pozitive fiind de obicei un stimul puternic nu doar pentru cel ce este apreciat ci şi pentru restul organizației.

În final vom încerca să sintetizăm impactul unor aspecte legate de autoritate la nivelul organizațiilor socio-medicale, sub forma unui ghid practic pentru managerii din acest domeniu:

1. În majoritatea unităților sanitare, autoritatea derivă din multiple surse: ierarhice, controlul asupra unor resurse critice, expertiza şi charisma. Managerii ce doresc să fie

eficienţi într-un asemenea mediu trebuie să fie în stare să diferenţieze diferitele surse ale autorităţii, să fie atenţi faţă de bazele propriei autorităţi şi să aibă grijă să acţioneze în consonanţă cu aşteptările celorlalţi membri ai organizaţiei.
Trebuie evitat "abuzul de domeniu", i.e. asumarea de responsabilităţi manageriale în virtutea autorităţii epistemice în domeniul clinic, fără dublarea acestora de competenţe specifice managementului.
2. Managerii sanitari trebuie să înţeleagă costurile, riscurile şi beneficiile asociate utilizării fiecărui tip de autoritate şi să poată aprecia pe care anume să o folosească în funcţie de situaţie şi oameni.
3. Autoritatea în organizaţiile socio-medicale ar trebui considerată mai degrabă ca o resursă limitată şi nu ca una inepuizabilă. De aceea managerii ar trebui să-şi direcţioneze eforturile către problemele prioritare sau către acţiunile ce pot avea cele mai mari beneficii, fiind gata să cedeze din autoritate în alte domenii neprioritare.
4. Natura complexă a organizaţiilor din domeniul social conduce de obicei la multiple centre de autoritate. Deseori managerii pot influenţa viaţa organizaţiei nu prin autoritatea ierarhică ci prin stabilirea unor relaţii personale cu ceilalţi deţinători de autoritate şi prin angajarea în diferite "jocuri" de influenţare a autorităţii.
5. Dualitatea autorităţii şi multiplele obiective ale organizaţiilor sociale pot duce la conflicte între indivizi şi/sau grupuri. În aceste condiţii managerii cu cunoştinţe şi calităţi în domeniul negocierii pot să-şi sporească autoritatea.
6. O altă modalitate de a spori autoritatea managerială este de a integra activităţile clinice cu cele manageriale; o modalitate utilizată este încurajarea personalului socio-medical de a dezvolta sisteme de monitorizare şi evaluare a propriilor performanţe.
7. Organizaţiile socio-medicale sunt caracterizate prin multiple niveluri funcţionale; în asemenea condiţii atenţia trebuie concentrată pe dezvoltarea unor mecanisme formale de coordonare şi comunicare între toate aceste paliere (medical, nursing, administraţie etc.).
8. În ultima vreme presiunile derivate din necesitatea controlului costurilor, oferta crescută a forţei de muncă calificate (număr crescut de medici în special), ca şi anumite opţiuni ideologice de orientare către mecanismele pieţei au făcut ca poziţia managerilor să se întărească faţă de cea a personalului medical în multe ţări şi au oferit o mai mare posibilitate managerilor de a influenţa comportamentul individual al medicilor. Această posibilitate ar trebui utilizată în continuare de profesioniştii din domeniul managerial, atât prin dezvoltarea unor aptitudini noi, cât şi prin încurajarea implicării personalului medical în funcţii manageriale, chiar cu normă întreagă, încercându-se astfel delimitarea mai clară a domeniului managerial de celelalte domenii de activitate.

Tipuri şi mecanisme de luare a deciziei

5. Teoria deciziei

Definiţie

Teoria deciziei se ocupă de procesul luării deciziilor, mai ales în condiţii de incertitudine, când este necesar a se evalua un număr de alternative de acţiune, înainte de a se lua decizia finală.

Teoria deciziei analizează tipurile de decizie, defineşte reguli de bază ale procesului şi dezvoltă metode de luare a deciziei folosind diferite modele şi proceduri.
Pentru rezolvarea unei probleme trebuie parcurse mai multe etape:

- sesizarea problemei
- clarificarea şi analizarea problemei

- definirea obiectivelor, identificarea constrângerilor şi determinarea criteriilor
- generarea de soluţii alternative
- evaluarea soluţiilor
- selectarea soluţiei celei mai bune
- planificarea acţiunii
- comunicarea deciziei şi motivarea ei
- acţiune
- monitorizare, control, revizuire

Toate aceste etape presupun existenţa informaţiei.

5.1. Tipuri de decizie

Deciziile pot fi clasificate în funcţie de:

- scopul lor
- structura lor
- complexitatea lor
- gradul de dependenţă şi influenţa asupra altor decizii
- gradul de incertitudine existent
- circumstanţele în care se ia decizia
- timpul disponibil

Fiecare din aceste caracteristici pot fi regăsite într-un proces de luare a deciziei.

Scopul deciziei

După scop deciziile pot fi:

- strategice – pe termen lung, iau în considerare probleme generale care afectează părţi importante din organizaţie sau întreaga organizaţie; sau
- tactice – pe termen mai scurt, se referă la probleme operaţionale care, deşi pot afecta întreaga organizaţie, vor avea un impact mai important asupra unei anumite funcţii sau unui anumit departament al organizaţiei.

Structură

După structură deciziile pot fi:

- structurate şi neambigui – sunt decizii bine definite, opţiunile sunt clare şi explicite, există criterii de evaluare; sau
- nestructurate şi ambigui – circumstanţele în care se ia decizia sunt neclare, motivele luării deciziei sunt prost definite, opţiunile existente sunt neclare, iar criteriile de evaluare a rezultatelor deciziei nu se află la îndemână.

Complexitate

Deciziile pot fi mai mult sau mai puţin complexe în funcţie de numărul de factori care le afectează. Aceşti factori pot fi:

- interni – procese şi tehnologii complexe, multe produse sau o reţea de distribuţie complicată
- externi sau de mediu – piaţă foarte segmentată, schimbări rapide în tehnologie, complicaţii politice, sociale şi economice.

Grad de dependenţă şi influenţă

Deciziile pot fi mai mult sau mai puţin dependente de alte decizii – trecute, prezente sau viitoare – şi pot la rândul lor influenţa alte decizii. Toate acestea trebuie luate în considerare şi pot creşte complexitatea procesului de luare a deciziei.

Incertitudinea

Deciziile pot fi luate în condiţii de certitudine când toate datele relevante sunt cunoscute şi toate consecinţele probabile pot fi prevăzute.
Sau deciziile pot fi luate în condiţii de incertitudine, fie din cauză că nu toate datele sunt cunoscute sau deoarece rezultatele pot fi afectate de consecinţele greu de prevăzut ale comportamentului uman.

Atunci când incertitudinile sunt inerente sistemului se poate folosi ceea ce se cheamă un proces de modelare conjunctural sau "pe ghicite".

Circumstanţele în care se iau deciziile

Deciziile pot fi:

1. decizii de oportunitate – pentru a exploata o şansă de a crea un nou produs/serviciu sau de a intra pe o piaţă nouă
2. decizii de problemă – pentru a face faţă unei probleme imediate dar nu critice; pot fi proactive, în sensul că anticipează o dificultate sau reactive, în sensul că încearcă să facă faţă unei probleme apărute
3. decizii de criză – ce privesc probleme majore de management de obicei impuse din afara organizaţiei

Scale de timp

Deciziile trebuie luate în condiţii de urgenţă mai mare sau mai mică, în funcţie de circumstanţe.

Reguli de bază în luarea deciziei

Există patru reguli de bază de luare a deciziei:

1. Optimist. Alege opţiunea care poate da rezultatele cele mai bune (regula maximax)
2. Pesimist. Alege opţiunea cu cea mai mare valoare a rezultatului cel mai puţin posibil (regula maximin sau maximax cost)
3. Costul de oportunitate. Ce oportunităţi pierdem dacă alegem un curs de acţiune şi nu altul? Aici trebuie luată în discuţie Regula Regret. Dacă decidem asupra unei opţiuni, când vom privi înapoi, cât de mult vom regreta că nu am decis asupra celei mai bune opţiuni date fiind circumstanţele apărute?
4. Valoarea aşteptată. Alege opţiunea în concordanţă cu probabilitatea estimată de apariţie a unei anumite situaţii.

5.2. Tehnici de luare a deciziei

Există mai multe tehnici folosite în luarea deciziei: matricea decizională, arborele decizional, algoritmul deciziei, modelarea, simularea etc.

Vom detalia aici doar arborele decizional.

Arborele decizional

Deciziile trebuie adesea luate în condiţiile existenţei unui număr de alternative de acţiune ale căror rezultate sunt incerte. De asemenea anumite acţiuni pot afecta alte acţiuni care urmează şi aceste efecte posibile trebuie luate în considerare încă de la început.

Arborii decizionali sunt o modalitate de a evidenţia probleme de acest gen, caracterizate de interacţiunea dintre incertitudine şi decizii de tipul "ori/ori".

Ei reprezintă anatomia unor puncte de decizie secvenţială, ale căror implicaţii pot fi găsite la nivelul ramurilor arborelui. Astfel consecinţele deciziilor viitoare pot fi urmărite în sens retrograd pentru a evalua influenţa lor asupra deciziei prezente.

Stadiile construirii unui arbore decizional sunt:

1. listarea deciziilor şi a incertitudinilor în ordine cronologică
2. construirea arborelui cu punctele sau nodurile decizionale şi nodurile opţionale (vezi figura)
3. atribuirea de costuri, beneficii şi probabilităţi diferitelor ramuri

4. analizarea arborelui prin metoda "rostogolirii înapoi", prin identificarea costurilor şi beneficiilor începând cu punctul final şi terminând cu obiectivul original de la nivelul primei decizii

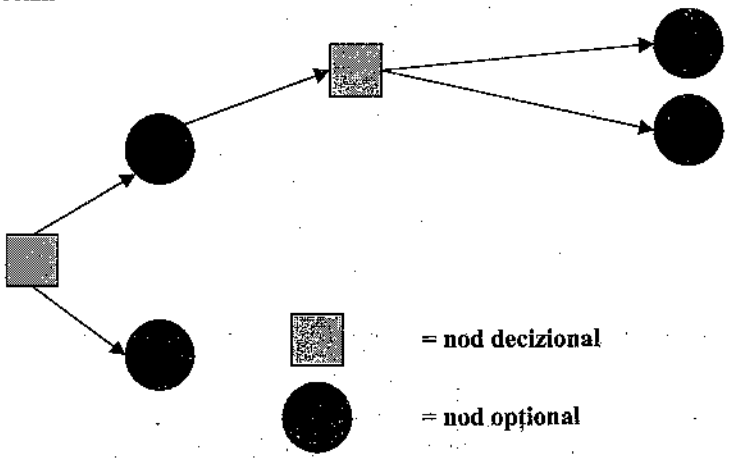


Figura 18.2. Structura unui arbore decizional

Decizia:

- este proces creativ, ce implică „n" persoane ce vor reacţiona pozitiv sau negativ la ea
- chiar a nu reacţiona la o decizie este un răspuns
- pentru rezolvarea problemelor există un proces decizional ce implică tehnici şi reguli
- comunicarea între persoanele implicate în procesul decizional este cel mai important element

Luarea deciziei nu presupune întotdeauna o abordare pur raţională, uneori procesul de luare a deciziei este un proces intuitiv, haotic care necesită flexibilitate în gândire. De aceea criteriile de evaluare a implementării deciziei trebuie definite şi trebuie informat cel ce va duce la îndeplinire decizia. Adecvarea luării unei decizii trebuie verificată, uneori fiind necesară reevaluarea deciziei în lumina noilor informaţii disponibile şi realizarea unor schimbări din mers. Acest lucru implică o abilitate crescută de a te descurca în necunoscut, având în vedere că în momentul luării unei decizii se poate întâmpla ca să nu fie disponibile toate informaţiile necesare. Este important de asemenea modul de comunicare a deciziei având în vedere faptul că orice decizie depăşeşte sistemul în care acţionează, putându-se extinde şi la alte sisteme, ex. decizia de a reduce procentul cazurilor sociale internate în spitale afectează şi alte domenii decât cel medical. Comunicarea deciziei implică trei factori: cel care transmite – calea de comunicare – cel care recepţionează. De aceea trebuie să ne asigurăm că aceasta este făcută într-un mod corect (vezi capitolul referitor la comunicare). În acelaşi timp trebuie avută în vedere şi situaţia particulară de luare a deciziei în grup, situaţie întâlnită în diferite tipuri de organizaţii socio-medicale. Principalele variante de luare a deciziei în grup sunt:

- decizia prin lipsa de răspuns, în care sunt sugerate/prezentate diferite idei până când una este acceptată fără comentarii; este considerată o metodă consumatoare de timp, care ar trebui utilizată doar în lipsa altor alternative.
- decizia prin regula autorităţii, în care conducătorul este cel care ia decizia, după ce ascultă discuţiile şi argumentele aduse de membrii grupului; este o variantă rapidă, dar

care depinde mult de capacitatea managerului de a sintetiza şi alege varianta cea mai adecvată.

- decizia prin regula minorităţii, apare atunci când un individ sau un subgrup cu autoritate argumentează şi susţine puternic un anumit punct de vedere şi "forţează" restul grupului să adopte propria opţiune.
- decizia prin regula majorităţii, în care este adoptată varianta susţinută de majoritatea membrilor grupului; uneori poate să reflecte mai mult loialitatea şi/sau afinităţile personale şi mai puţin consistenţa propunerii adoptate; poate crea tensiuni prin individualizarea a două subgrupuri: cei care câştigă şi cei care pierd.
- decizia prin consens, în care fiecare membru al grupului îşi exprimă şi susţine o anumită opinie, fiind adoptată prin negociere acea variantă care nu mai naşte controverse; trebuie avut în vedere faptul că se poate ajunge la un "fals consens" în care unii membri ai grupului renunţă la varianta proprie pentru a nu fi puşi într-o postură "neplăcută" faţă de restul membrilor grupului.

Ca principale avantaje ale luării deciziei în grup se pot aminti: obţinerea de informaţii şi cunoştinţe mai complete, creşterea gradului de acceptare a soluţiilor adoptate şi o legitimitate sporită a variantelor adoptate. Ca principale dezavantaje se pot cita: cantitatea de timp crescută necesară adoptării soluţiei dorite, presiunea spre conformitate între toţi membrii grupului şi, nu în ultimul rând, disiparea responsabilităţii pentru soluţiile adoptate.

V.Managementul organizaţional

1.Definiţie şi obiectiv

Managementului organizaţional este procesul de dezvoltare şi operare a organizaţiilor pentru a fi siguri că acestea funcţionează eficient. Se ocupă de structura organizaţiei şi de modurile în care poi fi obţinute cele mai bune rezultate de la membrii organizaţiei care lucrează în cadrul respectivei structuri

Obiectivul managementului organizaţional este creşterea eficienţei organizaţiei. O organizaţie eficientă poate fi definită ca o organizaţie care îşi realizează cu succes obiectivele şi care îşi respectă responsabilităţile faţă de toţi cei ce participă într-un anumit mod la activitatea organizaţiei: acţionari, angajaţi, clienţi, furnizori sau, la modul general vorbind, faţă de comunitate.

Factori ce contribuie la eficienţa organizaţiei:

1. conducere vizionară (de la cel mai înalt nivel)
2. echipă managerială puternică
3. forţă de muncă bine motivată, angajată, performantă şi flexibilă
4. o structură adecvată operaţiunilor şi culturii organizaţiei şi mediului în care funcţionează
5. echipă de lucru eficientă în toată organizaţia reuşind să menţină conflictul sub control
6. scopuri şi strategii bine definite pentru a se putea opera cu ele
7. o presiune continuă pentru inovare şi pentru o utilizare cât mai eficientă a noi tehnologii, asociată cu capacitatea de a administra şi a intensifica schimbarea, de a administra diversitatea şi de a realiza un grad rezonabil de ordine, în condiţiile de incertitudine, chiar în haos
8. o cultură pozitivă a corporaţiei care acoperă un sistem de valori care pune accentul pe performanţă şi calitate. Stilul managementului care este o parte a culturii, ar trebui

să furnizeze supremația în timp ce promovează „o cultură a consensului" în care este încurajată implicarea angajaților în dezvoltarea organizației

9. funcționarea organizației ca o „organizație de învățământ", adică o organizație care facilitează studiul tuturor membrilor ei și care se transformă continuu

10. o capacitate de a opera în mod flexibil și de a reacționa rapid la schimbări, asociată cu capacitatea de a acționa rapid și de a face ca lucrurile să meargă bine

11. o orientare puternică spre piață care se concentrează pe maximizarea vânzărilor profitabile prin dezvoltarea produselor și serviciilor care vor satisface nevoile și dorințele consumatorului. Filozofia de piață a organizației va accentua importanța de a comunica clienților existenți și potențiali avantajele produselor și a serviciilor care li se oferă. Va avea drept scop asigurarea că cererile sunt realizate pentru satisfacția atât a clienților (deoarece ei obțin ceea ce doresc) cât și a comerțului (deoarece își realizează obiectivele financiare și de dezvoltare)

12. o bază financiară solidă și sisteme bune pentru evaluarea și controlul costurilor în management, punându-se accent pe realizarea măsurătorilor și pe eficiența costurilor

2. Activitățile în managementului organizațonal

Managementul organizațional se preocupă de:

- schema organizației
- managementul culturii
- managementul echipei
- managementul flexibilității
- managementul schimbării

Schema organizației. Definiții

- Structura organizației. Structura unei organizații constă din funcțiile și departamentele între care sunt realizate anumite relații ce implică exercitarea autorității și schimbul de informații. Structura trebuie să fie corespunzătoare scopului organizațional și situației existente.
- Schema organizației. Schema organizației este procesul de divizare a sarcinilor manageriale într-o diversitate de activități și de stabilire a mijloacelor de coordonare a acestor activități. Schema organizației se preocupă de aspectele structurale ale organizației. Are drept scop analizarea rolurilor și relațiilor astfel încât efortul colectiv să poată fi organizat explicit pentru realizarea scopurilor specifice.

Linii directoare pentru schema organizației

Teoreticienii clasici au dezvoltat un set de principii ale organizației, dar ideea că acestea se puteau aplica în mod universal nu mai este justificată. În orice caz, principiile erau deseori incompatibile. Cu toate acestea, există un număr de linii directoare ce ar putea fi luate în considerare când proiectăm sau modificăm structurile organizației, deși aplicarea lor va depinde de caz. Acestea sunt descrise mai jos:

- Distribuirea sarcinilor. Activitatea care urmează să fie dusă la îndeplinire trebuie să fie definită și distribuită în mod corespunzător angajaților sau departamentelor. Activitățile conexe trebuie să fie grupate împreună pentru evitarea golurilor sau multiplicării muncii. Problemele care necesită o decizie trebuie să fie abordate cât mai aproape de zona de acțiune. Managerii nu trebuie să facă prea mult și nici nu trebuie să exercite un control rigid, permanent.
- Nivelele din structură. Prea multe nivele de management și control inhibă comunicarea și creează o activitate suplimentară (și slujbe). Scopul trebuie să fie reducerea la minim

a numărului de nivele. Cu toate acestea, reducerea numărului de nivele pentru crearea unor structuri mai plate, impune cerința stringentă de a îmbunătăţii munca în echipă, delegarea şi metodele de integrare a activităţilor când bucla de control este mult mai mare şi rolul managerilor de rang intermediar nu mai există. Procesul de reducere a numărului de nivele (straturi) este facilitat prin utilizarea tehnologiei informaţiei pentru a intensifica fluxul informaţional şi pentru a ajuta procesul de luare a deciziilor.

- Amplitudinea (bucla) controlului. Numărul de persoane care poate fi administrat sau controlat în mod corespunzător de cineva este limitat, dar acesta diferă în funcţie de activităţi. Majoritatea oamenilor pot lucra chiar dacă bucla de control este mai mare, atâta timp cât sunt pregătiţi să delege mai mult pentru a evita să fie implicaţi în prea multe detalii şi să dezvolte o muncă în grup mai bună a indivizilor care le raportează. De fapt, buclele largi de control sunt benefice deoarece pot spori delegarea şi munca în echipă şi îl „eliberează" pe managerul de la cel mai înalt nivel lăsându-i mai mult timp pentru luarea deciziilor şi pentru planificare. Atunci când numărul personalului coordonat este foarte mic, acest fapt încurajează managerii să se implice în activitatea care are loc sub nivelul lor, limitând dezvoltarea profesională a subordonaţilor lor.
- O persoană, un şef. Vorbind în general, indivizii ar trebui să raporteze unui singur şef. Aceasta împiedică ordinele contradictorii care pot apare în cazul existentei mai multor superiori ierarhici pentru o singură persoană. Dacă managerul evită subordonaţii imediaţi, când dă instrucţiuni, poate provoca confuzii şi poate să submineze autoritatea acestora în faţa subalternilor.
- Descentralizarea. Autoritatea care ia decizii trebuie să fie delegată cât mai aproape de locul acţiunii. Există o întreagă dezbatere asupra descentralizării la nivelul unei organizaţii: discuţia nu se referă la faptul dacă descentralizarea este "bună" sau nu, ci mai degrabă la echilibrul care ar trebui să existe între centralizare şi descentralizare. Ca principale argumente în favoarea unei sporite descentralizări organizaţionale sunt menţionate:
  - permite ca deciziile să fie luate mai aproape de nivelul operaţional;
  - serviciile suportive (ex: administraţia) vor fi, probabil mai eficiente dacă sunt furnizate cât mai aproape de activităţile pe care trebuie să le sprijine;
  - furnizează posibilitatea pregătirii managerilor, prin delegarea autorităţii (care este esenţa descentralizării);
  - de obicei are un impact pozitiv asupra moralului şi motivaţiei personalului.

În continuare vom prezenta succint şi factorii care influenţează gradul de descentralizare unei organizaţii:

- Costul deciziei (uneori numit costul greşelilor): cu cât costul asociat unei decizii greşite este mai mare, cu atât respectiva decizie va fi luată mai la vârf, deci descentralizarea va fi diminuată (de ex: diferenţa între descentralizarea puterii de decizie de a cumpăra avioane sau scaune); asta nu semnifică că managerii superiori greşesc mai puţin (deşi ar putea fi real, având mai multe informaţii şi fiind teoretic mai bine pregătiţi); motivul real este că responsabilitatea unei erori le revine în totalitate; trebuie însă prevenite exagerările: uneori centralizarea costă mai mult decât prezumtivele greşeli ale subordonaţilor.
- Uniformitatea politicilor: favorizează centralizarea, atunci când consistenţa activităţilor organizaţiei este primordială.

- Dimensiunea unității: cu cât organizația este mai mare cu atât e mai mare descentralizarea, asta deoarece timpul necesar luării deciziilor în asemenea unități este lung, iar deciziile încete costă, soluția fiind descentralizarea.
- Tradiția organizației: poate avea o mare influență, mai ales dacă a avut succes, putând stimula fie centralizarea, fie descentralizarea.
- Concepția superiorilor: influențează de asemenea gradul în care ei sunt dispuși să delege din propria autoritate și să accepte riscurile asociate.
- Concepția angajaților: dorința lor de a avea inițiativă și a-și asuma riscuri.
- Disponibilitatea managerilor: dacă sunt puțini e greu de realizat o descentralizare lărgită. Cheia descentralizării este antrenarea managerilor, iar descentralizarea este cea mai bună metodă de antrenament.
- Tehnicile de control disponibile: influențează gradul descentralizării, fără control eficient neputând fi vorba de descentralizare, ci de pierderea controlului organizației.
- Dinamica unității: când se dorește o schimbare rapidă descentralizarea, chiar cu manageri neexperimentați, poate fi soluția "forțându-se" practic, astfel, schimbarea; dimpotrivă în companiile vechi, conservatoare, care nu agreează schimbările bruște, este favorizată centralizarea.

În afara acestor factori, toți interni organizației, pot exista și influențe exterioare care să faciliteze sau nu descentralizarea, ca de ex: legislația, climatul socio-economic, filosofia politică dominantă.

- Optimizarea structurii. Aveți totdeauna în vedere o schemă a organizației ideale, dar nu uitați că aceasta poate că va trebui să fie modificată pentru a se potrivi aptitudinilor și competențelor indivizilor cheie.
- Relevanță pentru necesitățile organizaționale. Structura organizației trebuie să fie amendată sau dezvoltată pentru a răspunde necesităților existente. În condițiile actuale de dezorganizare și schimbare aceasta înseamnă o tendință spre structuri mai descentralizate și mai flexibile cu o responsabilitate mai mare acordată indivizilor și cu lărgire a utilizării echipelor care creează proiectele pentru a administra atât ocaziile favorabile cât și situațiile amenințătoare. Acest lucru implică o abordare nebirocrată, neoficială, coordonată pentru schema organizației (de exemplu., forma organizației va urma funcțiile sale și nu invers).

Abordarea fundamentală a schemei organizației constă în a:

- defini ce face organizația existentă – scopurile și obiectivele ei
- analiza și identifica activitățile sau sarcinile personalului individual
- distribui activitățile ce au legătură cu acestea
- distribui activitățile legate de grup îndeplinite de personal în unitățile organizaționale
- furniza pentru management și a coordona activitățile de la fiecare nivel de responsabilitate
- stabili relațiile de raportare și de comunicare.

3. Organizații formale și informale. Departamentarea

Organizațiile se nasc din nevoia umană de cooperare.

Ele au o structură formală și una informală, ce determină fluxul de activitate și relațiile interpersonale din acea organizație.

Structura formală este planificată și publică, cea informală este neplanificată și implicită. Structura formală este reprezentată de structura oficială a organizației (organigrame, fluxuri de producție), în timp ce structura informală a organizației este

reprezentată de relațiile personale neoficiale ce se stabilesc între membrii organizației și care influențează eficacitatea cu care organizația își desfășoară activitatea. Cele două tipuri de structuri sunt complementare.

Organizațiile formale sunt acele organizații în care activitățile a două sau mai multe persoane sunt coordonate în mod conștient spre un obiectiv dat. Esența lor constă în existența unui scop comun conștientizat. Persoanele din aceste organizații au deci un scop comun, comunică între ele și au voința de a acționa. Organizațiile formale își au definită o zonă clară de libertate de acțiune.

Structurile informale sunt date de existența unor activități de grup fără un scop comun conștientizat, în care grupurile sunt dinamice, se fac și se desfac și în care de dezvoltă relațiile interpersonale.

Rolul organizațional incorporează obiective verificabile (vezi planificarea), sarcini și activități clar definite și o arie de autoritate bine înțeleasă. Pentru ca rolul să fie operațional este nevoie pe lângă resurse și instrumente, de informație.

Pentru definirea structurii organizației și a rolurilor este nevoie de gruparea activităților necesare atingerii scopurilor, de desemnarea unui manager cu autoritate pentru a controla aceste grupări de activități cât și de coordonarea orizontală și verticală a acestora.

Proiectarea structurii organizației se face pentru: a clarifica cine ce trebuie să facă, cine răspunde de ce rezultate; a îndepărta obstacolele datorate confuziei și nesiguranței sarcinilor de lucru; a stabili o rețea de comunicare a deciziilor care să reflecte și să sprijine obiectivele organizației.

Două principii de bază acționează aici:

a) *principiul unității obiectivelor* – o structură organizațională este eficace dacă favorizează contribuția indivizilor la atingerea scopurilor și obiectivelor organizației.

b) *principiul eficienței* – o structură organizațională este eficientă dacă favorizează atingerea obiectivelor de către oameni (deci este eficace) la un cost minim sau cu consecințe nefavorabile minime.

Organizarea ca proces presupune câțiva pași esențiali:

1. stabilirea obiectivelor organizației
2. formularea obiectivelor derivate, a planurilor și politicilor
3. identificarea și clasificarea activităților necesare pentru atingerea obiectivelor
4. gruparea activităților în lumina resurselor umane și materiale disponibile și a modului cel mai bun de folosire a acestora
5. delegarea autorității necesare îndeplinirii activităților de către șeful fiecărui grup
6. legarea acestor grupări atât pe orizontală cât și pe verticală prin relații de autoritate și sisteme informaționale.

Organizațiile de obicei prezintă diferite nivele de organizare deoarece întotdeauna există o limită în ceea ce privește numărul de persoane ce se află sub îndrumarea unui manager. Acest principiu simplu era cunoscut încă din antichitate. Înainte de a porni exodul în Egipt, Moise primește următorul sfat:

"Tu nu poți face acest lucru singur. Alegeți oameni capabili și fă-i conducători asupra miilor, sutelor, cincizecilor și zecilor. Lasă-i pe ei să judece. Toate lucrurile mari să le aducă la judecata ta, dar lucrurile mărunte să le judece ei. "

Departamentarea organizațiilor se face tocmai pentru ca un manager să aibă autoritate asupra activităților specifice dintr-o arie distinctă, o diviziune sau o filială a unei organizații.

Departamentarea poate fi: numerică, în timp, pe funcții, teritorială, pe produse, pe client, pe marketing, pe proces sau echipamente, pe servicii.

Cea mai frecventă este departamentarea funcțională care are avantajul că este logică, demonstrată în timp, bazată pe specializarea ocupațională, ceea ce simplifică formarea cât și asumarea responsabilității rezultatelor. Ea implică un control de la vârf, este eficientă în utilizarea forței de muncă și puterea și prestigiul activității de bază sunt bine apărate de manageri.

Astfel vom întâlni frecvent organizații împărțite pe departamente de producție sau de servicii, financiar, de marketing, de informatică etc. Dezavantajele unei astfel de compartimentări constau în faptul că o astfel de diferențiere duce la apariția loialității față de funcție nu față de organizație ca întreg, a unor ziduri de comunicare între funcții, complică formarea și dezvoltarea managerilor și ca urmare promovarea acestora.

În cazul organizațiilor mari, ce cuprind arii geografice întinse, departamentarea funcțională este greu de coordonat. Una dintre problemele ce se ridică este aceea a dorinței de a exercita controlul – departamentul respectiv uită că scopul activității este de a-i servi pe ceilalți și dorește să preia controlul (departamentul de personal angajează în locul managerului).

De asemenea, specializarea extremă duce la muncă neinteresantă, plicticoasă care scade motivația.

De aceea este bine ca departamentarea să se facă cât mai aproape de punctul de oferire al serviciului, deci să existe un grad crescut de descentralizare.

4. Cultura organizațională

Cultura unei organizații poate fi definită pe larg ca un model de credințe, atitudini, presupuneri și valori comune într-o organizație care modelează modul în care oamenii acționează și interacționează și care influențează puternic modul în care lucrurile se pot realiza. Culturile sunt funcționale dacă sprijină în mod pozitiv realizările obiectivelor organizației, sau disfuncționale dacă împiedică funcționarea eficientă a organizației. Există numeroase tipologii culturale, una dintre cele mai cunoscute fiind cea elaborată de Handy și care distinge patru mari culturi organizaționale: cultura puterii, personală, a rolurilor (sau birocratică) și cea a sarcinilor.

4.1.Cultura puterii: organizația în care predomină o astfel de cultură seamănă cu o pânză de păianjen.

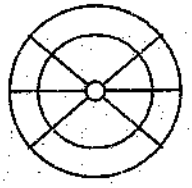


Figura 18.3.

Centrul acestei "pânze" este sursa centrală de putere de la care iradiază agenți ai acestei puteri, de obicei fiind vorba de specialiști.

Organizația se bazează pe existenta unui lider puternic, charismatic. Structurile și regulile formale sunt considerate mai puțin importante decât personalitatea conducătorului. Organizația se bazează pe valori precum încrederea reciprocă, iar pentru comunicare interioară sunt utilizate contactele interpersonale directe, neexistând canale de comunicare formale (pre)stabilite riguros.

Pentru a avea succes și a răspunde cerințelor mediului, organizația trebuie sa aibă conducători dinamici, întreprinzători.

Acest tip de cultură duce la alcătuirea unor organizații puternice și încrezătoare în capacitățile proprii, care reacționează rapid în medii instabile și primejdioase. Acest

comportament depinde însă exclusiv de calitatea persoanelor ce dețin puterea, comportamentul lor fiind esența succesului organizației, de unde importanța acordată unei selecții directe.

Indivizii care agreează o asemenea cultură organizațională sunt cei ce nu pun în prim-planul priorităților securitatea locului de muncă și care iubesc riscul, dar și avantajele (materiale sau morale) substanțiale și rapide.

4.2. Cultura sarcinilor (task culture)

Este caracteristică organizațiilor orientate spre atingerea rezultatelor. Poate fi reprezentată ca o rețea cu multe noduri (ca o schemă matricială) în care "puterea" se află în interstițiile acestei rețele.

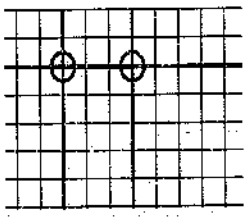


Figura 18.4.

Filozofia de funcționare a unei asemenea organizații constă din a pune împreună oamenii potriviți la nivelul potrivit cu resursele necesare, având o mare autonomie și libertate pentru realizarea obiectivului stabilit.

Autoritatea este mai ales cea a expertului și mai puțin bazată pe poziția ocupată în structura organizației. Este cultura echipei în care nu există ierarhii rigide, capacitatea de lucru în echipă fiind cea mai apreciată aici. Greu de impus disciplina într-o astfel de organizație datorită accentului pus pe creativitate și rezistenței față de centralism; este eficace în perioade de schimbări rapide, cu suficiente resurse disponibile. Cum poate sugera și reprezentarea matricială, este vorba de o cultură a echipei în care rezultatul obținut de echipă îl eclipsează pe cel individual și în care puterea este mult mai dispersată față de celelalte tipuri de culturi descrise.

Este o cultură ce oferă multă flexibilitate, într-un mediu instabil asigurând o mare viteză de reacție, necesitând însă resurse considerabile pentru a funcționa.

4.3. Cultura rolului a fost schematizată sub forma unui templu grec.

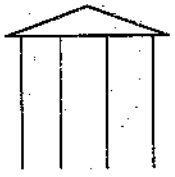


Figura 18.5.

Puterea o dau "stâlpii de susținere", care întruchipează funcțiile și departamentele organizației (finanțe, producție etc.), fiecare cu mare autoritate și autonomie intrinsecă, individuală.

Puterea și autoritatea sunt deținute de diferite grupuri cu funcții specifice. Fișa postului e mai importantă decât cei ce ocupă postul. Activitatea organizației se bazează pe proceduri birocratice. Posturile sunt ierarhizate strict, iar problemele se rezolvă prin trimiterea lor către forurile superioare ierarhic. Cele mai bune rezultate le obțin astfel de organizații în medii stabile, cu resurse suficiente, atunci când au de îndeplinit sarcini repetitive, chiar în volum sporit; managementul este foarte flexibil, controlul concentrându-

se mai ales asupra rezultatelor şi mai puţin asupra mijloacelor, de aceea fiind considerată şi ca o cultură ce poate genera instabilitate.

Mulţi teoreticieni consideră că acest gen de cultură organizaţională este cel mai potrivit cu viaţa modernă, din punct de vedere ideologic fiind în ton cu noţiunile de libertate individuală, capacitate de adaptare, viteză de reacţie la schimbare.

Dezavantajul principal, cum am arătat, constă în faptul că rareori există resurse suficiente pentru un asemenea tip de organizaţie.

4.4.Cultura personală poate fi reprezentată ca o galaxie cu clustere stelare; este aceea în care individul creativ este în centrul atenţiei şi admiraţiei organizaţiei.

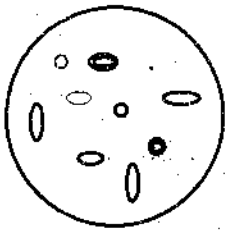


Figura 18.3.

Dacă există o structură formală a organizaţiei, aceasta e redusă la minim, ea existând doar pentru a-i servi pe indivizii din interior. Organizaţia se focalizează pe un cluster de indivizi "stele", iar regulile şi normele organizaţiei sunt dezvoltate în jurul acestor personalităţi. În acest model nu obiectivele organizaţiei primează ci cele ale indivizilor care decid şi deţin puterea

Individualitatea creativă este în centrul atenţiei. Structura formală este centrată în jurul starurilor individuale, iar acţiunile se desfăşoară numai cu acordul individualităţilor. Regulile sunt în general puţine şi permisive. În general se consideră că profesiile liberale pot adopta atitudini înrudite cu această cultură, creând mici "celule" de cultură personală în interiorul culturii organizaţionale mai largi. Spre exemplu un doctor sau un avocat se apreciază că-şi urmăresc cu preponderenţă interesul personal, realizările obţinute fiind pentru propria carieră şi doar indirect şi pentru organizaţia căreia îi aparţin; astfel organizaţia (spitalul, baroul etc.) este doar locul unde îşi pot desfăşura activitatea în interes personal şi doar în subsidiar creând beneficii şi pentru organizaţie în ansamblu.

Existenţa unor indivizi cu asemenea criterii axiologice face foarte dificilă conducerea organizaţiei din care fac parte; deoarece sunt specialişti, găsesc uşor alternative şi ca atare metodele coercitive nu sunt eficiente, aşa că de obicei influenţarea lor se poate face doar de personalităţi la fel de puternice, fapt greu de obţinut pe termen lung. Asemenea organizaţii sunt caracteristice mai ales profesiunilor liberale, medicina fiind unul din mediile cele mai comune de manifestare ale acestui tip de cultură, în special până în perioada anilor 1970-1980.

Handy, cel ce a dezvoltat această tipologie a culturilor organizaţionale, crede că există o legătură importantă între tipul cultural şi eficienţa organizaţiei. El nu sugerează însă că există o cultură perfectă, sau că o anume cultură este mai bună decât alta per se, ci mai degrabă susţine că eficienţa provine din dezvoltarea acelei culturi care se potriveşte cel mai bine provocărilor externe şi interne ale organizaţiei. Astfel, de exemplu dacă mediul este stabil, resursele relativ consistente, iar cerinţele organizaţiei se referă la cantităţi mari (de produse, de servicii etc.) obţinute însă prin operaţiuni rutiniere, atunci o cultură a valorilor va fi cea mai nimerită. Dacă mediul se schimbă rapid şi resursele sunt rezonabile, atunci o cultură mai flexibilă, orientată spre rezultate va servi organizaţia mai bine, iar cultura serviciilor va fi posibil mai nimerită decât cea mai puţin dinamică a rolurilor.

Toate aceste tipologii sugerează că cultura este un ingredient important al performanţei organizaţionale. Acest lucru este cu atât mai important în organizaţiile socio-

medicale, unde relațiile personale, interumane sunt în centrul activității zilnice; în aceste condiții numai împărtășirea unui set comun de valori și norme pot reduce complexitatea și incertitudinea asociată unei asemenea activități, facilitând procesele de luare a deciziei, coordonare și control.

5.Managementului culturii organizaționale

Managementul culturii se referă la reintroducerea sau implementarea unei culturi funcționale existente sau schimbarea unei culturi disfuncționale. Abordarea va fi efectuată prin unele considerații generale ca cele discutate mai jos. Managementul culturii este o problemă de analiză și diagnostic urmate de aplicarea unei măsuri de consolidare corespunzătoare sau de schimbarea metodei de lucru.

5.1. Considerații generale

Deoarece culturile au evoluat și sunt de obicei adânc înrădăcinate sunt dificil de schimbat. Este foarte greu să-i faci pe oameni să-și schimbe atitudinile și credințele de mult timp încetățenite, și, deseori, încercările de a face acest lucru eșuează. Tot ceea ce se poate face este să-i facem să-și schimbe comportamentul în așa fel încât să reducă elementele disfuncționale în cultură și să sprijine introducerea elementelor funcționale.

Dar schimbarea comportamentului nu este întotdeauna ușoară, deși va avea loc în situații dramatice cum ar fi crize, schimbarea unei proprietăți sau sosirea unui conducător puternic, autocrat, charismatic și vizionar.

5.2. Analiză și diagnostic

Analiza culturii și diagnosticarea nevoilor manageriale poate fi îndeplinită pe o bază continuă prin observarea și notarea comportamentelor care indică valorile și normele prevalente în organizație. O analiză mai detaliată ar putea utiliza instrumente cum ar fi interviurile, chestionarele, focus grupurile (grupuri reprezentative de angajați ale căror opinii sunt recomandate în problemele organizaționale sau de muncă), discuții privind atitudini și seminariile de lucru.

5.3. Tehnicile managementului culturii

Una sau mai multe din următoarele abordări pot fi utilizate pentru a ajuta la managementul culturii:

- Problema declarării misiunii și a valorii care statuează în mod explicit încotro se îndreaptă organizația și valorile pe care le adoptă pentru a ajunge acolo – dar aceste declarații trebuie să reprezinte realitatea și trebuie să fie urmate de seminarii de lucru, pregătire și discuții care să traducă cuvintele în fapte.
- Seminarii de lucru care să adune la un loc persoanele implicate pentru discutarea noilor valori și modalități de comportament și practică aplicabilității lor.
- Programe de educație și pregătire care să lărgească cunoștințele și să învețe noi deprinderi.
- Programe de management al performanței care să asigure prin mecanisme de fixare a obiectivului și de evaluare a performanței că valorile, normele și comportamentele pe care programul de schimbare culturală îl dezvoltă sunt absorbite și acționează ca parte a procesului normal de management.
- Sisteme de recompensare care să recompenseze angajații pentru comportamentul care este în concordanță cu valorile precizate într-un program de schimbare a culturii.

Astfel de programe pot fi utilizate nu numai pentru schimbare dar și pentru reconsolidarea unei culturi. În mod ideal, ele ar trebui să fie conduse pe o bază organizațională vastă, dar s-ar putea să trebuiască să se recunoască că diferite părți ale organizației pot în mod legitim să aibă diferite culturi și că acest lucru ar putea fi neproductiv prin impunerea unei culturi noi asupra lor.

VI. Managementul echipei – componentă a managementului culturii

Managementul organizațional se preocupă de cea mai bună utilizare a oamenilor. Trebuie să se recunoască că organizațiile sunt sisteme cooperatiste care constau din grupuri de oameni ce muncesc împreună. Ei pot lucra în grupuri oficiale alcătuite pentru realizarea unui scop definit sau pot lucra informal.

Managementul echipei este procesul de îmbunătățire a calității muncii în echipă la nivel organizațional. Munca în echipă devine mai semnificativă când tehnologia sau procesele de operare necesită o activitate „celulară" sau o interacțiune substanțială între persoanele ce îndeplinesc diferite funcții dar care au un scop comun. Munca în echipă este mai importantă în perioadele de schimbare rapidă sau de criză. O organizație care trebuie să se adapteze rapid la schimbare va trebui să se bazeze pe munca în echipă astfel încât să poată să-și concentreze anumite resurse și să răspundă în mod rapid la noile ocazii favorabile sau la situații amenințătoare.

Tendința ca organizațiile să devină orizontale, deoarece nivelele de stratificare ale managementului sau de control sunt neacoperite, crează necesitatea unei mai bune munci în echipă. În aceste cazuri, managerii vor avea bucle de control mai mari și vor trebui să delege o responsabilitate mai mare echipelor lor, care, la rândul lor, vor fi forțate să-și coordoneze propria activitate mai degrabă decât să se bazeze pe șeful ierarhic. Devin și mai importante echipele ce realizează proiecte interdisciplinare, caz frecvent în asistența socio-medicală. Disponibilitatea imediată a informației manageriale și facilitățile de comunicare furnizate prin tehnologia informațională asistă echipele neoficiale să funcționeze mai eficient.

Tehnici de îmbunătățire a muncii în echipă:

- Alegeți persoanele care se vor adapta culturii și muncii celorlalți dar care, totuși, au capacitatea de a-și asuma responsabilitatea când este necesar.
- Accentuați faptul că munca constructivă în echipă este o valoare fundamentală în organizație.
- Fixați obiective cu deschidere mare pentru persoanele care trebuie să lucreze împreună. Acestea vor lua forma scopurilor ce trebuiesc realizate sau a proiectelor ce trebuiesc duse la bun sfârșit prin acțiune comună.
- La nivelul secțiilor sau departamentelor, creați grupe autonome de lucru care să răspundă pentru toate aspectele activității lor și care pot să nu fie conduse de un superior ierarhic formal desemnat.
- Evaluați performanța oamenilor nu numai pe baza rezultatelor obținute dar și pe baza gradului în care aceștia susțin valoarea muncii în echipă.
- Încurajați personalul să creeze rețele de lucru – lucrurile se realizează în organizații, ca și în lumea exterioară, în funcție de persoana pe care o cunoaștem și de ceea ce cunoaștem. Faptul că suntem corecți, dar nu putem să-i facem pe ceilalți să meargă alături de noi nu este un lucru pozitiv. Și acest lucru se face cel mai bine prin canale neoficiale mai degrabă decât bazându-ne pe rapoarte, recomandări sau comitete. În mod accidental, aceasta este o abordare pe care persoanele care nu dețin puterea în organizație pot s-o folosească cu rezultate bune.
- Stabiliți echipe de lucru (pe proiect) interdepartamentale pe care le veți instrui asupra modului cum să procedeze pentru îndeplinirea proiectelor.
- Renunțați la politicile neproductive.
- Descrieți și gândiți-vă la organizație ca la un sistem de echipe unite printr-un scop comun. Nu puneți accent pe ierarhie. Renunțați la departamente, dacă vă stau în cale, și nu vă alarmați dacă vor exista dezacorduri – aduceți-vă aminte de valoarea conflictului „constructiv" ca motor al progresului.
- Formulați și implementați strategiile privind angajarea și comunicarea care dezvoltă comuniunea de păreri.

- Planificaţi „zilele libere" şi conferinţele pentru echipele de lucru astfel încât acestea să poată să se reunească şi să exploreze unele probleme reale fără presiunea muncii de zi de zi.
- Recunoaşteţi şi recompensaţi persoanele care au lucrat bine în cadrul echipelor.
- Introduceţi sistemele de recompensare a echipei – recompensarea echipelor pentru realizarea obiectivelor.
- Utilizaţi programele de pregătire pentru deprinderea creării contactelor interumane. Deseori acestea pot avea rezultate extrem de benefice, superioare chiar unor cursuri de aptitudini speciale (vezi capitolul privitor la dezvoltarea lucrului în echipă).
- Utilizaţi abilităţile de creare a echipei şi pe cele de pregătire interactivă pentru a îmbogăţi celelalte abordări, dar nu vă bazaţi că vor avea efect în afara cazului în care mesajele pe care le conţin sunt în concordanţă cu cultura şi valorile organizaţiei.

VII. Managementul flexibilităţii

O abordare flexibilă pentru managementul organizaţional este necesară pentru a ne asigura că organizaţia va putea să se adapteze la schimbare, să reacţioneze prompt la noile situaţii ameninţătoare şi la ocazii favorabile şi să administreze operaţii diverse şi descentralizate. Managementul flexibilităţii este procesul de aplicare a diverselor tehnici pentru realizarea flexibilităţii în organizaţii în scopul îmbunătăţirii eficienţei generale.

Tehnici de realizare a flexibilităţii

Sistematizarea flexibilităţii ca metodă de realizare cât mai eficientă a utilizării resurselor poate avea un număr de forme:

- Flexibilitate ce se bazează pe contractele de muncă

Aceasta se referă la contractele angajaţilor care specifică flexibilitatea ca un aspect cheie al condiţiilor de muncă. Activităţile sunt descrise în termeni care accentuează scopul general al activităţii şi principalele ei responsabilităţi. Flexibilitatea bazată pe contractul de muncă se poate realiza şi prin angajarea prin contract a muncitorilor cărora li se cere să lucreze în orice domeniu corespunzător aptitudinilor lor.

- Flexibilitate bazată pe programul de lucru

Această flexibilitate poate fi realizată prin utilizarea orarului flexibil stabilit zilnic (orar glisant), săptămânal sau anual.

- Flexibilitate în funcţie de munca prestată (flexibilitate funcţională)

Această flexibilitate înseamnă că muncitorii pot fi transferaţi dintr-o funcţie în alta şi că este de aşteptat să utilizeze o gamă mai vastă de abilităţi în cadrul competenţelor lor (multitudine de competenţe). Firmele pot dori să introducă acest tip de flexibilitate după implementarea unor noi abordări operaţionale cum ar fi sisteme de producţie flexibile, producţie coordonată şi sisteme "just-în time".

Flexibilitatea funcţională este în special importantă în cazul organizaţiilor care utilizează în mod intensiv echipamente şi sisteme sofisticate care trebuie să fie întreţinute în mod corespunzător dacă acestea urmează să producă la nivel optim. Flexibilitatea funcţională sau flexibilitatea în funcţie de munca prestată mai înseamnă că acolo unde cantitatea de muncă fluctuează, angajaţii pot fi transferaţi rapid pentru a rezolva sarcinile suplimentare.

- Flexibilitate în funcţie de abilităţi (multiperformanţă)

Această flexibilitate poate fi realizată numai când angajaţii deţin abilităţile necesare pentru îndeplinirea diferitelor sarcini, de exemplu, operatorii care au aptitudinile necesare nu numai pentru a lucra pe utilajele lor, dar care îndeplinesc şi activităţile de întreţinere şi care rezolvă defectele şi opririle minore.

- Flexibilitatea în funcţie de organizaţie

Abordarea flexibilităţii de către organizaţie include utilizarea mai intensivă a unui personal care să lucreze part-time (jumătăţi de normă etc.) sau a unui personal temporar sau

a muncitorilor angajaţi pe bază de contract şi se bazează pe un nucleu de angajaţi permanenţi care îndeplinesc funcţiunile fundamentale ale organizaţiei.

VIII. Managementul timpului de lucru

Timpul reprezintă o resursă ce poate fi utilizată, dar nu şi prelungită.

Organizarea timpului de lucru este foarte importantă pentru manager. S-a constatat că, cu cât este mai sus în ierarhie, o mare parte a timpului managerului este controlată de alţii, şi anume de superiori, de egali, de subordonaţi sau de clienţi.

1. Folosirea eficientă a timpului

Folosirea mai eficientă a timpului presupune în primul rând clarificare scopului muncii şi stabilirea priorităţilor. Odată acestea stabilite, se poate trece la identificarea activităţilor ce facilitează atingerea scopirilor prioritare, asigurarea resurselor necesare activităţii (atât cele materiale cât şi cele de personal), planificarea activităţilor în secvenţă logică cu specificarea perioadei de timp alocate şi autodisciplinarea pentru a respecta planul întocmit până la atingerea scopului propus sau până când devine clar faptul că planul trebuie schimbat.

S-a încercat analiza folosirii timpului prezent prin înregistrarea la fiecare jumătate de oră a activităţii în care este angajat managerul şi identificarea categoriilor generale de activitate (planificare, buget, evaluare, decizie etc.), pentru a determina procentul din totalul orelor săptămânii de lucru pentru fiecare categorie.

Dacă făcând această analiză se observă că, unei categorii de activităţi i se alocă un timp disproporţionat de mare şi altei categorii de aceeaşi importanţă un timp prea scurt, managerul trebuie să stabilească obiective pentru restabilirea echilibrului.

S-a observat că managerii au tendinţa de a aloca mai mult timp activităţii pe care o fac mai bine şi le place, şi să evite pe cele în care se simt incompetenţi.

2. Stabilirea obiectivelor şi priorităţilor

Obiectivele pot fi pe termen lung, mediu sau scurt.

Lakein, 1971 propune stabilirea de obiective personale din trei puncte de vedere:

1. obiective pe care individul ar dori să le realizeze în următorii 5 ani
2. obiective pe care individul ar dori să le realizeze în următoarele 6 luni
3. obiective pe care individul ar dori să le realizeze azi

Pentru obiectivele din cele trei categorii se pot apoi stabili trei tipuri de priorităţi:

A Prioritate înaltă (trebuie atinsă)
B Prioritate moderată (de dorit a fi atinsă)
C Prioritate mică (poate fi abandonată pentru moment)

3. Instrumente folosite în managementul timpului

Următoarele instrumente pot fi folosite în managementul timpului de lucru:

- matricea decizională sau arborele decizional
- graficul Gantt – care este un instrument de planificare şi monitorizare a timpului de lucru, în cadrul unui proiect complex în care mai multe activităţi se pot derula în paralel
- diagrama PERT şi metoda drumului critic

Aceste instrumente sunt detaliate în alte secţiuni ale acestei lucrări.

Stiluri de comportament individual ce favorizează utilizarea neraţională a timpului

1. Stilul indecis – duce la amânare, la aglomerare
2. Stilul "prea agreabil" – are dificultăţi în a spune NU
3. Sunteţi obosit – nu vă mai puteţi concentra, randamentul vă scade. E preferabil să vă luaţi o perioadă de odihnă după care veţi fi mult mai productiv.

SFATURI UTILE ÎN MANAGEMENTUL TIMPULUI DE LUCRU

- Învăţaţi să folosiţi o agendă în care să vă programaţi întâlnirile de lucru!
- Pentru corespondenţă scrieţi răspunsul la anumite adrese direct pe ele!
- Există începuturi şi sfârşituri de adresă stereotipe!
- Stabiliţi un timp fix de durată a şedinţelor!
- Grupaţi sarcinile mici şi neimportante pentru a le rezolva în bloc!
- Culegeţi informaţiile necesare şi pertinente înainte de a lua o decizie!
- Nu vă angajaţi emoţional în problemele altor sectoare care nu afectează obiectivele pe care vi le-ţi propus!
- Daţi indicaţii simple şi clare!
- Delegaţi cât mai mult, amânaţi cât mai puţin!
- Învăţaţi să spuneţi NU, asta nu este problema mea!
- Fiţi punctuali şi încurajaţi punctualitatea altora!
- Micşoraţi întreruperile datorate telefoanelor, evitaţi conversaţiile inutile!
- Citiţi numai ce este important din corespondenţă.
- Începeţi discuţia în biroul altuia pentru avă putea retrage când vreţi!
- O persoană invitată să stea jos va consuma de 2-3 ori mai mult timp decât necesar!
- Telefonul: - intraţi imediat în subiect
- încheiaţi imediat ce subiectul s-a încheiat
- încercaţi ca un sfert din convorbirile dvs. să dureze sub 3 minute
- Corespondenţa:
- schiţaţi ce vreţi să scrieţi
- ordonaţi-vă corespondenţa
- tipizaţi, folosiţi cărţi poştale tipizate
- folosiţi dictafonul
- nu scrieţi dacă este posibil mai mult de o pagină
- sortaţi scrisorile – pe cele importante rezolvaţi-le, pe celelalte daţi-le altora sau uitaţi-le!
- nu păstraţi pe birou hârtii care nu se rezolvă!
- Timp pentru lectură:
- nu păstraţi mai mult de două săptămâni ceea ce nu a-ţi citit
- citiţi numai ce vă interesează
- Deciziile minore luaţi-le repede. Nu amânaţi până în ultima clipă o decizie – riscaţi a lua o decizie proastă!
- Recompensaţi verbal şi în scris, repede, imediat ce s-a rezolvat o problemă!
- Nu vă lăsaţi copleşiţi de activităţi fără valoare!
- Alegeţi momentul cel mai oportun din zi pentru activităţile importante – de obicei dimineaţa când sunteţi odihnit!
- Faceţi un singur lucru important pe zi!
- O serie de crize pot fi anticipate!
- În caz de criză luaţi un moment de calm!

IX. Managementul schimbării

Managementul schimbării este procesul de sprijinire a organizaţiilor în procesul de a introduce favorabil schimbarea.

1. Tipuri de schimbare

Se descriu mai multe tipuri de schimbare. După C. Handy schimbarea indusă poate fi: de rutină, pentru a face faţă unei crize, inovativă sau de transformare a organizaţiei într-un sistem social foarte diferit (rar).

1.1. Schimbarea de rutină

Acest tip de schimbare este des întâlnit în organizaţii, fiind cel care rezolvă problemele, menţine statusul quo prin restabilirea continuă a echilibrului, readuce deviaţiile înapoi la normal. Obiectivul ei este de menţinere pe linia de plutire – " Să nu se scufunde vaporul." Vaporul va pluti atâta timp cât apele sunt liniştite.

1.2. Schimbarea în criză

Aceasta are loc atunci când apare pe neaşteptate o deviaţie în buna funcţionare a organizaţiei, care necesită o corectare imediată neexistând timp de consultare. În aceste cazuri sunt necesare decizii rapide care să restabilească echilibrul. Decizia este centrală şi unilaterală, pentru moment indivizii fiind dispuşi să-şi schimbe comportamentul radical pentru a face faţă crizei.

Acest tip de schimbare este de scurtă durată, radicală şi poate fi comparată cu stingerea unui incendiu izbucnit pe neaşteptate. Pompierul este omul zilei – vine, dă ordine, stinge focul şi pleacă.

1.3. Schimbarea inovatoare

Acest tip de schimbare foloseşte metoda de încercare şi eroare, se bazează pe creativitate şi duce la aplicarea de noi metode de lucru. Anumite situaţii încurajează inovarea:

- structurile plate, nebirocratice,
- presiunile externe mari,
- descentralizarea puterii,
- existenţa unei formalizări minime,
- accentul pe calitate mai mult decât pe volum,
- satisfacţia mare în muncă,
- politicile de personal ce permit iniţiativa,
- existenţa unor resurse garantate.

1.4. Transformarea

Este o schimbare radicală ce duce la apariţia unei organizaţii total diferite, ea vizează sincronizarea simultană dintre cultura şi structura organizaţiei, se caracterizează prin faptul că schimbarea porneşte de la vârf, unde există întotdeauna o viziune, iar echipa managerială de la vârf este nouă şi în stare să ia decizii strategice fără să se implice sentimental. De asemenea în organizaţie există posibilitatea mişcării masive de personal.

Realizarea managementului schimbării este unul din rolurile majore pe care le poate avea un manager într-o organizaţie. Pentru a înţelege cum se schimbă organizaţiile managerii trebuie să înţeleagă mai întâi cum se schimbă indivizii. Ideal, la nivel individual devenim mai întâi conştienţi de necesitatea schimbării, apoi ne formăm o atitudine faţă de această schimbare, iar în sfârşit, ne modificăm comportamentul pentru a ne adapta schimbării.

Fiecare individ parcurge acest ciclu într-un mod particular, în funcţie de o serie de factori precum natura schimbării, personalitatea individuală, experienţa şi abilitatea de a adopta noul comportament solicitat de schimbare. Organizaţiile parcurg un ciclu al schimbării care reprezintă modificările agregate ale comportamentului tuturor membrilor componenţi. Adoptarea unei noi idei într-o organizaţie are forma unei curbe în S: la început doar puţini indivizi adopta ideea; pe măsură ce timpul trece se mai adaugă câţiva, realizarea unei mase critice de agenţi ai schimbării necesitând o perioadă mai lungă de timp.

Din acel moment adoptarea ideii/schimbării de către ceilalţi membrii ai organizaţiei va fi mult mai rapidă, până în momentul în care majoritatea organizaţiei va adopta schimbarea.

Tot acest comportament a fost structurat de către Roger şi Shoemaker într-o teorie a schimbării care are la bază următoarele ipoteze:

- fiecare persoană aparţine unei reţele sociale care-i va influenţa comportamentul
- oamenii sunt influenţaţi de oameni
- locul ocupat de o persoana într-o astfel de reţea (leader, executant etc.) este un bun predictor al modului în care respectivul va accepta schimbarea
- contactele informale, alături de cele oficiale, sunt vitale pentru o schimbare reuşită
- schimbarea necesită timp pentru a se produce.

Ţinând cont de aceste aspecte se consideră util, din punct de vedere managerial, ca o nouă idee să fie testată la nivelul liderilor de opinie din organizaţie. Dacă aceştia acceptă

noua idee, ei pot servi ca agenţi importanţi ai schimbării, putând convinge şi modifica comportamentul celorlalţi membri ai organizaţiei.

În acelaşi timp un manager trebuie să aibă în vedere şi pe cei ce se opun schimbării şi să fie conştient de multitudinea formelor de rezistenţă la schimbare: de la chestionarea autorităţii, dezaprobarea metodologiei şi/sau a obiectivelor şi rezistenţa pasivă până la apărarea deschisă a status-quo-ului.

Rezistenţa poate avea atât rădăcini interne cât şi externe. Uneori rezistenţa reflectă constrângerile inerente oricărui efort de schimbare: lipsa de timp, de fonduri, de personal, de materiale etc. Rezistenţa poate apărea şi ca o poziţie legitimă – un punct de vedere alternativ, cu alte obiective sau strategii. Uneori rezistenţa apare ca urmare a insecurităţii personale, a lipsei de înţelegere a celor ce se vor petrece sau pur şi simplu datorită complianţei la situaţia existentă. Rareori există rezistenţă fără motive. Managerul trebuie să identifice sursele de rezistenţă la schimbare şi cauzele acestei atitudini, pentru a putea să le facă faţă cu succes.

2. Descrierea managementului schimbării

Din numeroasele metode ale managementului schimbării, una dintre cele mai cunoscute este cea descrisă de Mintzberg care se referă la:

- Abordarea empirico-raţională
- Abordarea normativ-educativă
- Abordarea coercitivă
- Abordarea consensuală

3. Abordarea empirico-raţională

Postulatul de bază al acestui demers susţine că oamenii sunt fiinţe raţionale care aderă/sprijină schimbările dacă li se demonstrează bine argumentat necesitatea acestora. Consecutiv, este vorba deci de a demonstra argumentat pertinenţa şi avantajele schimbărilor; este deci vorba de a informa pentru a convinge. Pentru fiecare efort de schimbare managerul trebuie să realizeze o motivaţie bine documentată şi să o comunice pe cât mai multe căi posibile. Trebuie avut în vedere că până şi un demers raţional va genera rezistenţă la schimbare şi rezistenţa nu este totdeauna raţională, aşa că vor trebui utilizate şi alte abordări pentru schimbare.

Cele mai cunoscute exemple de asemenea acţiuni sunt reprezentate de campanii de sensibilizare, conferinţe, cursuri de formare.

Avantajele principale asociate acestei abordări ţin cont de faptul că astfel se poate permite atingerea/abordarea unui mare număr de persoane în acelaşi timp; este în acelaşi timp şi o abordare susţinută şi valorizată de cultură democratică.

Ca dezavantaje principale se citează o mai mică eficacitate în cazul în care schimbarea dorită necesită modificarea unor atitudini cu componente afective – lipseşte feed-backul care să permită adaptarea agentului schimbării având în vedere că în această abordare comunicarea este mai ales unidirecţională, de la agentul schimbării către destinatar.

3. Abordarea normativ-educativă

Postulatul de bază afirmă: comportamentul individual este condiţionat mai ales de norme socio-culturale, atitudini şi valori. Ca o consecinţă, pentru a realiza schimbări trebuie iniţiată educaţia indivizilor pentru deprinderea de noi valori, norme şi atitudini, punându-se accentul pe implicarea personală şi lucrul în grupuri restrânse numeric.

Ca exemplu de acţiune utilizând această abordare se poate cita experimentarea unor noi modalităţi de lucru – cel mai cunoscut exemplu fiind "proiectele pilot" care încearcă schimbarea/modificarea unei stări existente la o scală redusă cu dublul scop de a testa validitatea modificărilor dorite şi de a induce schimbările la nivelul indivizilor.

Avantajul acestui demers este că abordează schimbarea atitudinilor, fapt ce poate facilita, în caz de reuşită, o adeziune reală, de fond la schimbarea dorită.

Dezavantajul principal este acela că solicită de obicei efort susținut și timp îndelungat: modificarea atitudinilor are o puternică componentă subiectivă, ceea ce face ca uneori această abordare să fie mai delicată.

4. Abordarea coercitivă

Conform acestei abordări persoanele care au putere de decizie trebuie să decidă, iar cele ce nu au putere trebuie să accepte schimbarea. Consecutiv acestui postulat, pentru a produce schimbarea trebuie mai întâi obținută puterea necesară de care managerul să se poată servi apoi. Managerul trebuie să recunoască că puterea este exercitată în toate relațiile interumane și că conflictele de putere sunt deseori inevitabile, necesitând strategii specifice pentru aplanarea lor. Trebuie ținut cont și de faptul că dacă puterea este utilizată pentru inițierea schimbării, va fi necesar ca întreg procesul de schimbare să se bazeze pe o sursă stabilă de putere pentru a fi menținut.

Ca exemplu poate fi cazul directorului unei instituții care modifică fișa posturilor (cu sarcinile corespunzătoare) angajaților și care decide ca acestea să intre în vigoare imediat fără nici o consultare prealabilă a angajaților, în virtutea prerogativelor funcției sale.

Această abordare poate fi avantajoasă pe termen scurt, deoarece consumă mai puțin timp și energie decât alte abordări, fiind indicată în special în situații de urgență. Corelativ acestui avantaj este faptul că pe termen lung se creează rezistență la schimbare, conducând aproape invariabil la deteriorarea climatului de muncă.

5. Abordarea consensuală

Această abordare postulează că oamenii doresc să coopereze și dacă sunt făcuți să participe la proces, vor face tot posibilul pentru reușita schimbării dorite și de ei și la care au participat efectiv. Prin urmare este important, atunci când se dorește o schimbare, ca toți autorii implicați să participe la luarea deciziilor. Abordarea consensuală nu semnifică neapărat luarea deciziei prin consens, ci se referă la modul de participare (prin consultare).

Ca exemple în care o asemenea abordare este utilizată pot fi citate echipele de lucru multidisciplinare, luarea deciziilor în grup, negocierea inter-grupuri.

Un avantaj al celor ce utilizează această abordare este apariția efectului halou-lui: rezolvarea unei probleme specifice poate avea impact asupra soluționării altor probleme; de asemenea se stabilește un climat de încredere reciprocă în echipă și se facilitează semnificativ implementarea schimbărilor.

Principalul neajuns este acela că luarea deciziilor necesită timp și efort. Ca atare este dificil de aplicat atunci când între interesele și obiectivele actorilor există divergențe semnificative/profunde, iar uneori pot apare "falsele consensuri", caz care va duce evident la nesoluționarea problemelor.

6. Factorii ce influențează alegerea unei anumite abordări

În literatura de specialitate (Bownan, C. si Asch, D., 1987) sunt identificate două categorii de factori ce trebuie luați în considerație atunci când se alege o anumită abordare în vederea schimbării:

1. Factori direct legați de respectiva schimbare ("task factors" – legați de sarcină)
2. Factori de mediu indirect asociați cu schimbarea ("non-task factors")

Acești factori pot fi detaliați conform tabelului următor.

Factori care influenţează abordarea schimbării			
Factori legaţi de schimbare		*Factori de mediu indirect asociaţi cu schimbarea*	
Factor	**Impact**	**Factor**	**Exemplu/impact**
Gradul în care agentul schimbării posedă informaţiile necesare implementării schimbării	**dacă da:** se poate alege o abordare mai coercitivă **dacă nu:** trebuie utilizată o abordare mai participativă a indivizilor ce deţin informaţiile	**Cultura Organizaţională**	în cazul în care cultura organizaţională tinde să favorizeze implicarea individuală în luarea deciziilor, atunci abordarea coercitivă va fi dificil de utilizat.
Gradul de adeziune necesar pentru implementarea schimbării	**grad ridicat:** abordările consensuale şi normativ-educative vor fi cele mai indicate **grad redus:** abordările empirico-raţionale şi/sau coercitive pot fi utilizate	**Gradul de complianţă/ acceptare al agentului schimbării faţă de diferitele abordări**	un agent care consideră că schimbarea trebuie să se bazeze pe modificarea atitudinilor nu va utiliza eficient o abordare coercitivă.
Urgenţa schimbării	**dacă este mare:** abordarea cea mai utilizată este cea coercitivă, fiind cea mai rapidă **dacă nu este mare:** celelalte abordări, care necesită mai mult timp, pot fi utilizate	**Factorul fundamental: Puterea**	Puterea se rezumă, schematic, la capacitatea de a produce modificarea dorită; tipul de intervenţie ales de agentul schimbării va fi în funcţie de cantitatea (calitatea) puterii deţinute, în comparaţie cu cantitatea de putere deţinută de destinatarii schimbării. Cu cât agentul schimbării deţine mai multă putere, cu atât va fi mai în măsură să fie mai coercitiv şi invers, cu cât va avea mai puţină putere cu atât mai mult va trebui să utilizeze metode necoercitive.
Reacţiile anticipate ale destinatarilor schimbării	**dacă sunt puternice:** indicate vor fi abordările consensuale şi normativ-educative **dacă sunt reduse:** pot fi avute în vedere abordările empirico-raţionale şi coercitive		
Cantitatea resurselor disponibile	**dacă este limitată: abordarea coercitivă este cea mai indicată fiind cea mai puţin "costisitoare"** **dacă este crescută: pot fi utilizate celelalte abordări, mai "scumpe", raportat la resursele necesare**		
Gradul de convergenţă între obiectivele agentului şi destinatarilor schimbării.	**dacă există convergenţă: abordările empirico-raţionale şi consensuală sunt recomandabile** **dacă nu există convergenţă: abordarea coercitivă poate fi cea mai indicată**		

Tabelul 18.1.
Sursa: Bownan, C. şi Asch, D., 1987, modificat

7. Caracteristicile schimbării

Prin definiție schimbarea este un proces în care condițiile se modifică de la un moment la altul. Acest proces are propria dinamică, indiferent dacă modificarea produsă este bună sau nu, dorită sau nu, iar managerii trebuie să țină cont de acest aspect. Uneori managerul poate altera schimbarea în sine cu scopul de a o face mai ușor acceptabilă.

Se consideră ca o schimbare este mai ușor de acceptat dacă are următoarele caracteristici:

- prezintă un **avantaj relativ**, care poate fi determinat utilizând un set de întrebări ca cele următoare:
  - Este noua idee mai bună decât cea din prezent?
  - Este mai convenabilă din punct de vedere al prestigiului social, economic, sau al satisfacției individuale?

Cu cât vor fi mai multe răspunsuri pozitive la aceste întrebări din partea cât mai multor membri ai organizației, cu atât avantajul relativ va fi mai mare și schimbarea va fi mai ușor acceptată.

- este **compatibilă** cu valorile și normele organizaționale existente, cu experiența și nevoile membrilor organizației.
- are un grad de **complexitate** adaptat organizației, este sau nu dificil de înțeles, de utilizat, sau necesită calități speciale. Desigur trebuie ținut cont de faptul că pot exista idei ușor de înțeles și de implementat, dar care nu furnizează o soluție adecvată problemei organizației.
- se poate preta la **testări/experimentări**: dacă modificarea/schimbarea poate fi testată într-un departament/sector limitat al organizației înainte de a fi implementată la nivelul întregii organizații. Acest aspect este important mai ales când rezultatele așteptate sunt riscante sau nesigure, utilizarea unui experiment putând facilitarea ajustărilor necesare.
- este **observabilă**, i.e. modificările rezultate în urma procesului de schimbare sunt vizibile și/sau măsurabile.

8. Strategii clasice ale procesului schimbării

- strategia ierarhică "de sus-în-jos" (top-down)
- strategia în "focare contaminante"
- strategia "cleștelui"

8.1. Strategia ierarhică

Este o strategie globalizantă și integrativă care ia în considerare, în același timp, toate dimensiunile organizației. Este simultan și o abordare ierarhică care se bazează pe un proces de implicare progresivă ce cuprinde succesiv superiorii ierarhici și toți subordonații lor.

Se apreciază a fi o strategie formală și constrângătoare de vreme ce manifestă/expune clar dorința conducerii și solicită participarea tuturor membrilor în mod obligatoriu.

Pentru a avea șanse de reușită necesită o implicare puternică, directă și constantă a managerilor de nivel superior ca și o conducere centralizată la nivelul organizației, cu implicarea unui manager puternic, care să poată "înfrânge" rezistența membrilor organizației care apare aproape constant în aceste situații.

Implementarea necesită multe resurse, deseori făcând apel la sprijin provenit din resurse externe (ex: formare, comunicare, consultanță). Managerii care favorizează utilizarea acestei strategii trebuie să aibă în vedere că aceasta solicită un anumit grad de răbdare înainte de perceperea unor rezultate tangibile.

8.2. Strategia în focare contaminante

Se caracterizează printr-o abordarea sectorială identificând unități specifice (regiuni, direcții, funcții, servicii etc.) și prin caracterul mai orientat, implicarea și acțiunea sa bazându-se pe elemente specifice și pe termen scurt. De asemenea, este descrisă ca o strategie cu o latură experimentală care lasă mai mult spațiu inițiativei și dorinței personale în implicarea în procesul de schimbare.

În fine este considerată mai democratică – acordă mai mult interes voinței și ritmului propriu fiecărui individ în adaptarea la schimbare – și mai emulativă bazându-se pe

presiunea exercitată de colegi şi pe succesele (parţiale/secvenţiale) obţinute ca modalitate de accelerare a schimbării.

Din punct de vedere operaţional necesită implicarea unui manager de nivel superior şi a managerului "unităţii" implicate şi se bazează pe o conducere descentralizată; ca orice abordare care se bazează pe flexibilitate managerială necesită mult efort imaginativ care să stimuleze participarea voluntară.

Un sprijin în acest demers este reprezentat de aşa numita "calitate a evidenţei", adică cunoaşterea unui succes poate fi un exemplu stimulativ pentru restul organizaţiei. Acest aspect implică însă o foarte bună comunicare internă pentru a putea face cunoscute succesele, propaga activităţile, împărtăşi experienţele etc.

Rezultatele obţinute sunt mai rapide, dar şi mai modeste. Are caracteristic faptul că necesită respectarea ritmului de lucru individual şi al grupurilor din organizaţie. Comparativ necesită mai puţine resurse ca strategia anterioară.

8.3. Strategia "în cleşte"

Este o strategie mixtă bazată pe eforturi concentrate asupra capacităţii de coordonare ale nivelurilor manageriale superioare şi asupra angajării în activităţi imediate a unor sectoare operaţionale.

În acelaşi timp are specificitate de nivel: nivelul managerial superior iniţiază, planifică şi coordonează schimbarea care este implementată şi experimentată direct la nivelul operaţional.

Din punct de vedere al impactului solicită o implicare puternică a managementului superior şi necesită un management combinat la nivel sectorial şi la nivel organizaţional, din acest punct de vedere făcând apel la elemente întâlnite în strategiile anterioare.

Trebuie menţionat că aceste abordări şi strategii pot fi combinate astfel încât să poată fi adaptate nevoilor organizaţiei. Pot exista astfel, pentru aceeaşi organizaţie, mai multe abordări, succesive sau concomitente, alegerea lor trebuind să ţină cont de aspectele menţionate anterior, neexistând însă "tipare" care să ducă indubitabil la o soluţie corectă sută la sută, flexibilitatea şi deschiderea trebuind să fie şi în acest caz caracteristici de bază ale managementului.

În sfârşit, dacă considerăm schimbarea unei organizaţii ca pe un proiect specific, atunci, indiferent de abordarea şi strategiile alese, managerul trebuie să urmeze o secvenţă de etape ca cea pe care o vom prezenta în continuare, soluţia găsită pentru fiecare etapă condiţionând succesul de ansamblu al schimbărilor dorite:

1. Identificarea problemei: Care este de fapt problema sau de ce dorim să schimbăm?
2. Colectarea informaţiilor: Care sunt informaţiile indispensabile?
3. Definirea obiectivelor: Ce vrem să realizăm?
4. Generarea de soluţii alternative: Câte modalităţi diferite de a rezolva problema identificată există?
5. Analiza alternativelor: Care este cea mai potrivită?
6. Planificarea acţiunilor: Cum poate fi implementată opţiunea aleasă?
7. Realizarea schimbării: Implementarea soluţiei.
8. Evaluarea rezultatelor: În ce măsură acţiunea soluţionează problema iniţială? Ce urmează?

Sintetizând, pentru managementul schimbării, următoarele întrebări trebuie să caute răspuns:

- DE CE? (scop/declaraţie de intervenţie)
- CE? (obiective)
- CUM? (activităţi)
- UNDE?, CINE?, CÂND? (Plan de acţiune)

Succesul schimbării va depinde şi de concordanţa dintre resursele disponibile, nevoile profesioniştilor şi cererile clienţilor.

Indiferent de abordarea şi strategia utilizată credem că ar fi util ca managerii angajaţi în procesul schimbării să-şi alcătuiască o listă de control, cu elementele cheie în acest proces, care ar putea arăta ca cea de mai jos.

GHID PENTRU MANAGEMENTUL SCHIMBĂRII

- Realizarea unei schimbări susţinute necesită un angajament şi o conducere puternică de la cel mai înalt nivel.
- Structurarea şi operaţionalizarea procesului de schimbare poate fi utilă pentru a încearca ordonarea elementelor schimbării; în acest scop o ecuaţie ca cea de mai jos poate fi utilă pentru manageri: S = A + B + D > C, unde: S – schimbarea, A – nivelul de insatisfacţie, B – cât este de realistă obţinerea schimbării, D – care este viziunea, direcţia, C – costurile schimbării. Altfel spus schimbarea ar fi posibilă dacă există insatisfacţie faţă de starea prezentă, dacă există o viziune privind noua stare dorită, dacă schimbarea este realistă şi dacă suma acestor factori este mai mare decât costurile schimbării (inclusiv costurile umane).
- Este necesară înţelegerea culturii organizaţiei şi a acelor mecanisme considerate a fi cele mai adecvate pentru schimbare în cultura respectivă.
- Persoanele care se ocupă de administrarea schimbării la toate nivelele trebuie să aibă temperament şi aptitudini de conducător adecvate condiţiilor din organizaţie şi strategiilor schimbării.
- Este important să se creeze un mediu de lucru care să fie favorabil schimbării. Aceasta înseamnă dezvoltarea instituţiei ca o organizaţie de "învăţământ" şi de formare.
- Deşi poate exista o strategie generală pentru schimbare, cel mai bine este ca aceasta să fie asumată incremental – pas cu pas (cu excepţia situaţiilor de criză). Programul schimbării va fi detaliat în segmente active pentru care angajaţii vor fi răspunzători.
- Sistemul de recompensare va încuraja inovaţia şi va recunoaşte succesul în realizarea schimbării.
- Schimbarea va implica întotdeauna viitorul precum şi reuşita. Trebuie să ne aşteptăm la eşecuri şi trebuie să învăţăm din ele.
- Evidenţa şi informaţiile clare privind necesitatea schimbării sunt instrumentele cele mai puternice pentru realizarea acesteia, dar este mai uşor să se stabilească necesitatea pentru schimbare decât să se ia decizia de realizarea a acestei schimbări.
- Este mai uşor să schimbi comportamentul prin procesul, structura şi sistemele schimbării decât să schimbi atitudinile sau cultura generală.
- Întotdeauna vor exista în organizaţii persoane care consideră binevenite provocările şi ocaziile favorabile pe care schimbarea le poate furniza. Aceştia sunt agenţii schimbării.
- Rezistenţa la schimbare este inevitabilă dacă indivizii implicaţi, consideră că se îndreaptă –implicit sau explicit – spre situaţii contrarii. Rezistenţa se poate manifesta prin mai multe tipuri de reacţii posibile. Indiferenţa prin: apatie, lipsă de interes, contribuţie minimă în implementarea schimbării. Rezistenţa pasivă prin: comportament regresiv, refuzul de a învăţa, proteste, lucru doar la ordin. Rezistenţa activă prin: muncă minimă, încetinirea procesului, comiterea de erori intenţionate, sabotaj. Un management inadecvat al schimbării va putea produce o serie dintre aceste tipuri de reacţie. În acelaşi timp trebuie conştientizat faptul că rezistenţa reprezintă un comportament firesc pentru majoritatea celor ce vor să păstreze statusul quo atunci când schimbarea presupune incertitudine şi necunoscut.
- Într-o epocă a competiţiei generale, a inovaţiei tehnologice, a confuziilor, chiar a haosului, schimbarea este inevitabilă şi necesară. Organizaţia trebuie să facă tot ce îi stă în putinţă pentru a explica de ce schimbarea este esenţială şi cum va afecta întreg personalul. În plus, trebuie să se facă orice efort pentru protejarea intereselor celor afectaţi de schimbare. Deşi schimbarea nu este în totalitate un proces raţional, ea trebuie prezentată sub o formă raţională şi evaluată pe baza unor criterii de performanţă care s-au schimbat.

X. Managementul proiectelor

Managementul proiectelor înglobează practic elemente din toate ariile managementului, unul din principalele rezultate aşteptate de la un bun manager fiind de fapt buna gestiune a proiectelor, *prin proiect*, în sens larg, înţelegând *un ansamblu de activităţi interdependente ce au ca scop producerea unor modificări într-un mediu dat.*

Având în vedere atât vastitatea subiectului, cât şi dorinţa de a furniza celor care vor citi această lucrare un mijloc simplu şi cât mai eficace de gestiune a proiectelor, vom prezenta acest subiect ca o secvenţă logică, raţională, de întrebări pe care ar trebui să o aibă în vedere orice manager atunci când doreşte realizarea cu succes a unui proiect sau, în sens mai general, rezolvarea managerială a unor probleme apărute în cadrul unei organizaţii.

ETAPE GENERALE PENTRU MANAGEMENTUL PROIECTELOR

1. Definirea problemei: care este cu exactitate problema pe care îşi propune s-o rezolve?
2. Strângerea informaţiilor: care sunt informaţiile *esenţiale* necesare?
3. Definirea obiectivului : ce dorim să realizăm?
4. Generarea de soluţii alternative: câte căi *diferite* există pentru rezolvarea problemei?
5. Judecarea alternativelor: care este *cea mai bună* alternativă de rezolvare a problemei?
6. Planificarea acţiunilor: cum poate fi *implementată* opţiunea astfel încât să se rezolve problema ?
7. Realizarea acţiunii: implementarea soluţiei alese.
8. Evaluarea rezultatelor: în ce măsură am soluţionat problema? Ce urmează?

ETAPELE 1-2: Definirea proiectului şi strângerea informaţiilor.
Această etapă mai este cunoscută sub denumirea de **"analiză de situaţie"**. Una din cele mai uzitate metode pentru realizarea acestei analize este cea cunoscută sub numele de **SWOT** (strengths, weaknesses, opportunities, threats) care examinează punctele tari şi slăbiciunile interne ale organizaţiei, precum şi oportunităţile şi ameninţările existente în mediul extern.

Analiza SWOT este un instrument de lucru prin care se analizează mediul intern al organizaţiei cât şi mediul extern, în vederea cunoaşterii punctelor slabe şi a celor tari ale organizaţiei şi mediului în care aceasta funcţionează. Se va face o analiză detaliată a situaţiei şi se va sintetiza cât mai relevant. Pentru mediul intern se listează în stânga punctele tari şi în dreapta punctele slabe. Pentru mediul extern se listează în stânga oportunităţile şi în dreapta ameninţările din mediu.

Spre exemplu, o organizaţie socio-medicală precum un leagăn de copii (această instituţie va fi folosită ca exemplu de mai multe ori pe parcursul acestei lucrări datorită caracterului său interdisciplinar social şi sanitar) poate avea o analiză SWOT ca aceea de mai jos:

Astfel, putem avea o imagine sintetică a organizaţiei şi mediului care ne vor ajuta la luarea diferitelor decizii. Analiza SWOT poate fi folosită şi atunci când ne gândim să definim politica serviciilor sociale sau socio-medicale.
În această etapă trebuie să se răspundă mai multor întrebări:

- Ce nu merge bine? Pot fi identificate deviaţii de la standardele de performanţă utilizate?
- Este această problemă suficient de importantă ca să justifice eforturile necesare rezolvării ei? De ce?
- Ce situaţii specifice fac ca aceasta să fie o problema importantă? Când şi cum au apărut aceste situaţii şi cine este implicat?
- Există anumite circumstanţe ce ar putea sugera anumite cauze ale problemei? (de exemplu: incompetenţa profesională, relaţii interpersonale tensionate etc.)
- Care sunt informaţiile esenţiale ce trebuie obţinute? Cum pot fi obţinute şi cu ce costuri? (în timp, bani, oameni).

- Informațiile suplimentare ajută la clarificarea problemelor reale?
- Este grupul de lucru implicat în soluționare problemei satisfăcut de modul în care problema a fost definită în lumina informațiilor disponibile?

Analiza SWOT *ORGANIZAȚIA (mediul intern)*	
Puncte tari • *echipă managerială competentă și motivată* • *aderarea personalului la acordarea de îngrijiri globale personalizate;*	***Puncte slabe*** • *personal insuficient numeric;* • *structură inadecvată;* • *lipsa de asistenți sociali, educatori - puericultori și psihologi;*
Oportunități • *lipsa concurenței;* • *nevoi socio-medicale nesatisfăcute;*	***Amenințări*** • *competiție cu alte sectoare bugetare pentru resurse;* • *mentalitatea neparticipativă a comunității;*
MEDIUL EXTERN	

Tabel 18.2.

ETAPA 3. Definirea obiectivelor

Trebuie avute în vedere diferențele dintre scopuri și obiective. Astfel, *scopul* este reprezentat de către rezultatul favorabil care se așteaptă de la un proiect, nefiind necesar a fi cuantificabil sau măsurabil în termeni operaționali. *Obiectivul* este rezultatul dorit al unei activități sau rezultatul final al unui proiect. Este necesar ca obiectivele să fie cuantificate și să se stabilească limite de timp pentru atingerea lor.

- Ce urmează să fie obținut? Care sunt obiectivele acestei activități? (trebuie avute în vedere atât aspectele umane cât și cele tehnice)
- Sunt aceste obiective realiste? Merită ele eforturile implicate de atingerea lor? Trebuie să încercăm rezolvarea întregii probleme sau doar a unei părți a ei? Există o secvențialitate în timp a obiectivelor?
- Care sunt criteriile de apreciere a rezultatului efortului depus?
- Cum vor fi adunate informațiile necesare judecării succesului acțiunii?
- Obiectivele stabilite au acordul deplin al celor care lucrează pentru atingerea lor?

ETAPA 4. Generarea de soluții alternative

La câte căi diferite vă puteți gândi pentru rezolvarea problemei? (utilizarea de metode calitative de grup, precum brainstorming, focus grup, Delphi)

Ca exemplu, vom prezenta succint două dintre aceste metode.

Tehnica Delphi este o tehnică bazată pe consens. În esență se bazează pe obținerea consensului într-un grup de reprezentanți ai planificatorilor, furnizorilor, consumatorilor și politicienilor. Membrii grupului interacționează printr-un intermediar. Acest aspect permite participanților să-și prezinte opinia fără să fie influențați de prezența unor persoane cu un status sau prestigiu ridicat (cum s-ar putea întâmpla într-un contact direct); membrii grupului nu cunosc identitatea celorlalți membri în timpul procesului. Ei trebuie să aibă pregătiri heterogene, astfel încât subiectul abordat să aibă parte de o analiză cât mai comprehensibilă; se consideră că metoda Delphi este o abordare utilă mai ales în situațiile în care complexitatea subiectului abordat e crescută și/sau resursele disponibile sunt reduse.

Focus Grup-urile reprezintă o abordare asemănătoare celei anterioare, diferența majoră fiind faptul că membrii grupului au contact direct și nu prin intermediari; de obicei problema analizată este mai focalizată, de amploare mai redusă.
Există manuale și ghiduri detaliate pentru o gamă largă de asemenea metode ce se pot utiliza cu succes în managementul serviciilor socio-medicale.

ETAPA 5. Judecarea alternativelor

În această etapă se studiază practic validitatea relației care există între obiectivele intervenției preconizate și mijloacele mobilizate, pe de o parte dacă "teoria" pe care se bazează intervenția este adecvată și pe de altă parte dacă resursele sunt adecvate cantitativ și calitativ. Pentru aceasta se poate utiliza o abordare precum cea de mai jos:

- Care din aceste idei merită dusă mai departe? Poate vreuna din ele să fie rapid eliminată?
- După ce criterii poate fi apreciată o soluție ca eficientă?
- Care sunt opțiunile care îndeplinesc cel mai bine aceste criterii?
- Care sunt implicațiile soluțiilor noastre (în timp, bani și impact organizațional)?
- Există o soluție care să întrunească acceptarea generală?
- Care este beneficiul potențial al soluției alese (cât ar ajuta la rezolvarea problemei în discuție dacă ar fi implementată)?
- Cât este de realizabilă, aplicabilă alternativa?

ETAPA 6. Planificarea acțiunilor

Planificarea are de multe ori înțelesuri diferite pentru cei ce utilizează acest termen. În general prin planificare se înțelege *"realizarea unor obiective prestabilite cu ajutorul unor acțiuni întreprinse într-o secvență ordonată și prestabilită"*. În domeniul social și sanitar sunt descrise diferite tipuri de procese de planificare: planificare pentru rezolvarea problemelor, pentru alocarea resurselor, pentru standardizarea procedurilor de lucru etc. De obicei toate aceste forme implică trei dimensiuni: planificare strategică, tactică și operațională.
Planificarea strategică urmărește fixarea scopurilor pe termen mediu sau lung și stabilirea priorităților în funcție de problemele identificate, a programelor de acțiune.
Planificarea tactică se ocupă de fixarea obiectivelor specifice în general pe termen scurt, precum și determinarea modalităților de atingere a acestora.
Planificarea operațională stabilește obiectivele operaționale, determinând totodată activitățile și resursele necesare. O variantă restrânsă a programului este proiectul; el cuprinde mai puține obiective și are o durată mai scurtă. De exemplu, un program de protecție materno-infantilă poate avea un proiect de îngrijiri prenatale, altul de reducere a mortalității perinatale, altul de planificare familială sau de prevenire a instituționalizării copilului.
În această etapă, managerul poate utiliza o abordare secvențială precum cea de mai jos:

- Care este planul pentru implementarea cu succes a soluției alese ?
- Planul specifică clar ce trebuie făcut, de către cine, în ce secvență și în cât timp? Altfel spus sunt clar definite (fie doar în mintea managerului) **elementele minime ale unui plan : scopul, obiectivele, activitățile, orarul, indicii de performanță, elementele de protecție a planului** (ce poate merge prost și cum se pot preveni eventualele neajunsuri rezultate din acest proces nedorit)?

În această etapă pot fi utilizate tehnici de planificare ce vor fi succint prezentate în cadrul acestui capitol.

- A fost alocat suficient timp informării și consultării membrilor organizației?
- Care sunt forțele pozitive care ar putea ajuta schimbările? Cum ar putea fi ele sprijinite?
- Care sunt forțele negative care ar putea stânjeni schimbarea? Cum ar putea fi ele modificate?

Listarea forțelor pozitive și negative, cu valori atribuite fiecăreia, realizează așa-numita analiză a câmpului de forțe.

- Poate fi obținut sprijinul persoanelor importante pentru procesul de schimbare?

Acestea ar putea include:
- persoane care ştiu, adică au cunoştinţele necesare;
- persoane care pot, adică au puterea necesară;
- persoane care vor, adică au implicarea necesară.

- Ar fi oare mai indicat să se utilizeze iniţial un experiment limitat? (ar fi dificil pentru oponenţi să nege utilitatea unui asemenea experiment, acesta putând să arate dacă planul este bun sau necesită modificări).
- Ar fi oare util să includeţi în plan o perioadă de "consolidare" care să permită ca schimbările să fie mai uşor absorbite în organizaţie? Acest mod de abordare ar putea spori încrederea personalului în modificările dorite.

Diagrama PERT (Project Evaluation Review Technique) şi metoda drumului critic sunt instrumente de planificare operaţională folosite mai ales în gestiunea proiectelor.
Un alt instrument folosit în managementul proiectelor este **graficul GANTT** – denumit astfel după numele autorului – este un instrument de planificare a timpului în cadrul proiectului. Cu ajutorul acestuia se pot reprezenta grafic activităţile unui proiect, cu evidenţierea întinderii în timp a fiecăreia. Se pot evidenţia astfel activităţi simultane sau succesive.

Graficul GANTT ne uşurează urmărirea progresiei în timp a activităţilor. Un exemplu de grafic este reprezentat în continuare pentru un plan de introducere a unui proiect de socializare a copiilor din leagăn şi de reintegrare în familie.

Nr. crt.	Activitate	săpt. 1	săpt. 2	săpt. 3	săpt. 4	săpt. 5	săpt. 6
1.	Elaborare program de socializare						
2.	Angajare asistenţi sociali, educatori-puericultori						
3.	Instruire personal						
4.	Identificare voluntari						
5.	Selecţionare voluntari						
6.	Instruire voluntari						
7.	Revizuirea anchetelor sociale						
8.	Recondiţionare clădire						
9.	Cumpărare materiale						
10.	Contactarea familiilor naturale. Identificarea familiilor de plasament, adopţie naţională.						

Figura 18.7. Graficul GANTT

Metoda Drumului Critic – MDC – este utilizată pentru activităţi repetitive, adică activităţi pentru care se cunosc în principiu secvenţele şi duratele respective, fără o prea mare marjă de eroare. Diagrama PERT se foloseşte la prima planificare a unei activităţi.
Ambele servesc la:
- vizualizarea planificării activităţilor, timpului, costurilor şi resurselor (care pot fi estimate pentru fiecare activitate);
- asigurarea controlului desfăşurării procesului de muncă şi a cheltuielilor angajate.

Diagrama PERT se bazează pe două elemente grafice simple: *cercul* care reprezintă un eveniment (debut sau final de activitate) şi în care se notează numărul evenimentului şi data de sfârşit şi de început (cel mai devreme şi cel mai târziu) şi *săgeata* care reprezintă o activitate şi se notează cu litere: *a, b, c* etc.

Pentru acest tip de diagramă trebuie să existe:

- o definiție a fiecărei activități;
- o listă a tuturor activităților în ordinea succesiunii (fiecare activitate trebuie să fie legată de cea imediat precedentă);
- durata previzibilă a fiecărei activități (optimistă, pesimistă și probabilă);
- debutul cel mai devreme și cel mai târziu al fiecărei activități;
- sfârșitul cel mai devreme și cel mai târziu al fiecărei activități.

Aceste elemente servesc la construirea rețelei ansamblului activităților, cu datele de debut și de sfârșit și cu durata, ceea ce permite determinarea drumului critic, care este pe diagramă *drumul cel mai lung.*

Pentru a crește rentabilitatea ansamblului, se încearcă scurtarea drumului critic până la obținerea unui drum optimal care minimizează timpul și costurile menținând rezultatele (rezultate echivalente).

Există tehnici de calcul speciale.

LIMITE ALE INSTRUMENTELOR:

Atenție la limitele metodei:

- dau senzația de raționalitate absolută și infailibilitate a instrumentelor, dar realitatea nu este atât de previzibilă!
- instrumentele nu sunt totdeauna atât de adecvate realității în orice moment – nu există gestiunea de tip "apeși pe buton și se derulează programul".
- adaptare la realitate, nu impunerea fiecărei porțiuni din plan la centimă sau la milimetru (Mintzberg, 1984 spune că esențial este ca managerul să poată să se adapteze constant la exigențele variabile și evolutive ale diferitelor situații)
- lumea este în dinamică, apare schimbarea, progresul; trebuie să poți reacționa la timp la modificările din mediu
- nu înăbușiți CREATIVITATEA și INIȚIATIVA de dragul unui instrument!
- nu creați și nu re-întăriți un spirit birocratic!
- se vor prevedea controale doar în punctele nevralgice (unde există slăbiciuni) pentru a controla fluxul și calitatea.
- **Supravegherea cu suspiciune duce la neîncredere și reacții ostile**.

SLĂBICIUNI:

- ipoteza pe care se bazează: cea a independenței operațiilor sau activităților (altfel decât în termeni de secvență temporală);
- considerarea unei relații lineare simple între constrângeri;
- relația de succesiune ignoră circumstanțele viitoare încă necunoscute;
- simplifică realitatea!
- sunt instrumente de care trebuie să ne folosim și nu să ne lăsăm subjugați!
- teoria nu se potrivește întotdeauna cu practica. Peters și Waterman, în 1983, atrag atenția asupra faptului că aceia care aplică planul operațional (executanții) pot avea percepții diferite de cei care concep planul.

ETAPA 7. Realizarea acțiunii

Contrar poate percepției comune, din multe puncte de vedere este cel mai puțin dificil moment din toată secvența prezentată, cu condiția ca toate etapele anterioare să fi fost realizate în mod judicios.

Un loc aparte ocupă aici **managementul timpului** de lucru, care poate fi privit atât ca o componentă a planificării cât şi ca un element de bază al implementării, motiv pentru care vom aborda succint acest subiect aici, cu menţiunea evidentă că afirmaţiile de aici sunt aplicabile şi etapei de planificare.

Timpul reprezintă o resursă ce poate fi utilizată, dar nu şi prelungită.

Organizarea timpului de lucru este foarte importantă pentru manager. S-a constatat că, cu cât este mai sus în ierarhie, cu atât mai mare este partea timpului managerului controlată de alţii, şi anume de superiori, de egali, de subordonaţi sau de clienţi.

Folosirea eficientă a timpului presupune în primul rând clarificarea scopului muncii şi stabilirea priorităţilor. Odată acestea stabilite, se poate trece la identificarea activităţilor care înlesnesc atingerea scopurilor prioritare, asigurarea resurselor necesare activităţii (atât cele materiale cât şi cele de personal), planificarea activităţilor în secvenţă logică cu specificarea timpului alocat şi autodisciplinarea pentru a respecta planul întocmit până la atingerea scopului propus sau până când devine clar faptul că planul trebuie schimbat.

S-a încercat analiza folosirii timpului prezent prin înregistrarea la fiecare jumătate de oră a activităţii în care este angajat managerul şi identificarea categoriilor generale de activitate (planificare, buget, evaluare, decizie etc.), pentru a determina procentul din totalul orelor săptămânii de lucru pentru fiecare categorie.

Dacă făcând această analiză se observă că unei categorii de activităţi i se alocă un timp disproporţionat de mare şi altei categorii de aceeaşi importanţă un timp prea scurt, managerul trebuie să stabilească obiective pentru restabilirea echilibrului.

S-a observat că managerii au tendinţa de a aloca mai mult timp activităţii pe care o fac mai bine şi le place, şi de a le evita pe cele în care se simt incompetenţi.

ETAPA 8. Evaluarea rezultatelor

Scopul ultim al evaluării este de a sprijini procesul de luare a deciziei, în prezent şi în viitor, fiind esenţială în stabilirea politicii organizaţionale. Evaluarea judecă intervenţiile şi compară **rezultatele** obţinute cu cele planificate, ţinând cont de **resursele** utilizate de organizaţie în **procesul** de producere a rezultatelor respective.

- **Ce s-a intenţionat să se realizeze ?**
- **Ce s-a realizat de fapt ?**
- **Care este valoarea realizării ?**
- **Ce ar trebui să urmeze ?**
- **Ce putem învăţa din această experienţă ?**

Faţă de această schemă care poate fi utilizată în circumstanţe variate, trebuie ţinut cont de specificitatea proiectelor şi a problemelor din domeniul social. Astfel, proiectele din acest sector au ca scop specific ajutarea unei populaţii ţintă prin furnizarea celor mai adecvate servicii de susţinere a grupurilor în dificultate. Pentru a atinge acest obiectiv şi a influenţa favorabil starea de lucruri, trebuie definită cât mai clar natura problemei căreia ne adresăm prin intervenţia noastră, ca şi situaţia pe care dorim să o modificăm, precum şi starea la care dorim să ajungem.

Pentru aceasta, trebuie avută în vedere complexitatea domeniului social şi medico-social şi trebuie bine înţeleşi determinanţii demografici, economici, biologici, comportamentali sau de mediu, interacţiunea lor şi identificarea cât mai exactă a celor care condiţionează reuşita demersului nostru. O identificare greşită a nevoilor sociale sau medicale va duce implicit la greşita identificare a serviciilor necesare, cu irosirea unor resurse în majoritatea cazurilor limitate, fără a rezolva problema abordată.

Ca atare, un punct esenţial pentru reuşita proiectului este corecta identificare a nevoilor, pentru aceasta fiind indicată expertiza mai multor categorii de personal:

- definirea nevoilor de către profesioniştii din domeniu (**nevoi normative**);
- identificarea nevoilor de către populaţia interesată (**nevoi resimţite**);
- definirea nevoilor prin comparaţie cu o situaţie cvasisimilară explorată anterior (**nevoi comparative**).

În sfârşit, trebuie amintită importanţa înţelegerii **relaţiei nevoi/obiective** în acest domeniu: nevoile sociale sunt cele ce determină în principiu proiectele sociale, dar nevoile în ceea ce priveşte serviciile sociale vor fi determinate de către managerii proiectelor, ţinând cont şi de alte aspecte, nu doar de necesităţile socio-medicale, precum cele reprezentate de resursele disponibile şi cunoştinţele specifice în domeniu.

XI. Evaluarea – concepte şi metode

Evaluarea este o activitate veche de când lumea, banală şi inerentă a însuşi procesului de învăţare. Dar astăzi, evaluarea este de asemenea un concept la modă, cu contururi neclare şi regrupând realităţi multiple şi diverse. Imediat după cel de-al doilea război mondial a apărut conceptul de evaluare a programelor.

Evaluarea în domeniul sanitar se bucură de un prestigiu enorm. Majoritatea ţărilor (SUA, Canada, Franţa, Australia, etc.) înfiinţează organisme a căror sarcină este de a evalua noile tehnologii. Programele de formare, colocviile, seminariile, articolele, lucrările ştiinţifice asupra evaluării sunt nenumărate.

Dacă această abundenţă este în mod cert semnul unei nevoi, ea este semnul unei complexităţi a domeniului. Scopul prezentării noastre este de a propune un cadru conceptual care să permită o vedere mai clară.

Evaluarea constă în principal, în emiterea unei judecăţi de valoare asupra unei intervenţii sau a oricăreia dintre componentele sale, în scopul de a ajuta la luarea deciziei. Această judecată poate să rezulte din aplicarea de criterii şi norme (**evaluare normativă**) sau să fie elaborată pornind de la un demers ştiinţific (**cercetare evaluativă**).

O intervenţie poate să facă obiectul ambelor tipuri de evaluare.

- Se poate, pe de o parte, să se cerceteze aprecierea fiecărei componente a unei intervenţii în raport cu normele şi criteriile. În acest caz este vorba de o *evaluare normativă*.
- Pe de altă parte, se poate dori evaluarea, printr-un demers ştiinţific, a relaţiilor care există între diferite componente ale unei intervenţii. Este vorba atunci de o *cercetare evaluativă*.

Aceste definiţii permit să se constate că domeniul evaluării şi cel al cercetării nu se suprapun decât parţial (după Shortell şi Richardson 1978). Evaluarea administrativă nu face parte din domeniul cercetării. Există de asemenea o arie din cercetare care nu face parte din evaluare (cercetările din diverse discipline care vizează progresul cunoştinţelor).

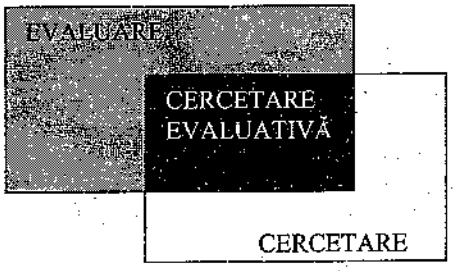


Figura 18.8. Domeniul cercetării evaluative

Pentru o mai bună înțelegere, trebuie făcute câteva precizări referitoare la intervenție. O intervenție este constituită din ansamblul mijloacelor (fizice, umane, financiare, simbolice) organizate într-un context particular, la un moment dat, pentru producerea de bunuri sau servicii în scopul modificării unei situații problematice.
O intervenție se caracterizează deci prin cinci **componente:**

1. obiective
2. resurse
3. servicii, bunuri sau alte activități
4. efecte
5. un context precis la un moment dat

Ea poate fi:

- o tehnică (ex: un test pentru depistarea malformațiilor fetale, un medicament, un protocol de reanimare)
- un tratament (un act sau un ansamblu de acte)
- o practică (ex: un protocol de tratament chimioterapic în cancerul pulmonar)
- o organizație (ex: un centru de dezintoxicare, o unitate sanitară)
- un program (ex: dezinstituționalizarea pacienților cu afecțiuni psihiatrice, prevenirea bolilor cu transmitere sexuală)
- o politică (ex: promovarea sănătății, privatizarea serviciilor de sănătate)

Este necesar să se înțeleagă că **nu se poate vorbi de o intervenție fără a ține cont de diferiți actori care sunt implicați.** De fapt, fiecare actor poate avea propriile obiective în legătură cu intervenția și propria evaluare.

Când avem în vedere evaluarea unei intervenții, înainte de a defini metodele specifice de evaluare a intervenției respective suntem tentați să răspundem la următoarele întrebări:

1. Ce este evaluarea?
2. Pe care principii sunt formulate judecățile evaluării?

În mod egal normele pot fi influențate de caracteristicile celor care le definesc (profesioniști, beneficiari, etc.).

Un alt tip de întrebări se referă la componentele și parametrii evaluării. Cadrul conceptual pe care noi îl propunem, încearcă să răspundă la următoarele trei întrebări:

1. Care sunt beneficiarii vizați de program?
2. Care sunt furnizorii de servicii?
3. Care elemente ale programului trebuie să facă obiectul evaluării?

Ca **beneficiari** ai serviciilor pot fi indivizi, o clientelă mai precisă sau bineînțeles o populației țintă. În cazul unui program de sănătate comunitar, populația țintă constituie în general obiectul vizat prin demers, în cazul unui medic sau al unui spital, aceasta este mai degrabă clientela acestora. În sfârșit, nivelul indivizilor poate corespunde multor altor moduri de regrupare, deoarece este evident că cele trei categorii nu sunt eshaustive.

A doua dimensiune este reprezentată de nivelul **furnizorilor de servicii**, profesioniști sau alții. Aici progresul poate merge de la un simplu individ (de exemplu, un medic cu practică individuală) până la un program la nivelul sistemului sanitar. O organizație, cum ar fi un spital sau orice altă instituție sanitară, poate fi în mod egal reprezentată.

În fine, al treilea parametru îl constituie cadrul conceptual și **demersul evaluativ**: care elemente ale planului, ale programului sau ale sistemului de sănătate fac obiectul evaluării? Elementele programului de sănătate sunt resursele, activitățile sau serviciile și obiectivele (generale și specifice). Aceste trei elemente corespund la ceea ce, în mod clasic, s-a convenit să fie denumită evaluare a structurii, procesului și efectelor.

Înainte de a aborda aceste tipuri de evaluare trebuie subliniată **pertinența cadrului de referință** prezentat, pentru planificatorul de sănătate. În primul rând, acest cadru, demonstrează importanța unei bune definiri a demersului particular în raport cu aceste trei întrebări. Pe de altă parte, este evident că dintre combinațiile posibile, unele sunt mai importante decât altele.

Astfel, evaluarea efectelor a fost în general privilegiată atunci când este vorba de programe de sănătate. Din contră, evaluarea calității îngrijirilor îndeosebi, a făcut obiectul evaluării "de către egali" ("peer review") axată pe proces. În sfârșit, evaluarea sistemelor de sănătate a recurs mai ales la metode legate de structură. Alegerea unei abordări sau a unei metode, nu răspunde în mod unic constrângerilor, dar reflectă în mod egal pozițiile ideologice ale părții de indivizi la care se referă. Cu toate acestea, cadrul conceptual demonstrează că toate combinațiile sunt posibile, și el invită evaluatorul să considere tipul metodologic și justețea diferitelor alternative înainte de a face alegerea definitivă.

Relațiile dintre un program de sănătate și evaluare

În ceea ce privește evaluarea, se poate vedea că cele trei întrebări principale se pun asupra:

1. efectelor programului, cu alte cuvinte gradul de atingere a rezultatelor scontate și a altor consecințe;
2. justețea activităților;
3. adecvarea resurselor alocate.

În mod particular, trebuie notat că **fiecare obiectiv specific, activitate sau resursă face obiectul unei probleme de evaluare a programului**. De asemenea, adecvarea resurselor specifice la realizarea activităților specifice; nivelul obiectivelor, realizarea lor este evaluată în raport cu activitățile specifice. Aceasta este deci o rețea a relațiilor de determinare care trebuie să fie evaluate, și nu elemente independente unele cu altele. Vom reveni asupra acestui punct atunci când vom discuta intervențiile dintre componentele programului.

Până aici, au fost menționate trei tipuri de evaluări: evaluarea structurii, a procesului și a efectelor. Dacă ne referim la diferitele tipuri de evaluare prezentate la începutul capitolului, această evaluare corespunde evaluării tactice (interne, normative) a programului. Vom aborda mai întâi elaborarea acestui tip de evaluare, și apoi evaluarea strategică și evaluarea operațională (de implementare).

1. Evaluarea normativă

Vom detalia evaluarea normativă deoarece ea comportă mai multe elemente în raport cu evaluarea serviciilor de sănătate, evaluarea calității serviciilor de sănătate și procesul de acreditare precum și a programelor de sănătate. **Este dificil de tratat în mod strict subiectul evaluării după categoriile de evaluare**, deoarece evaluarea efectelor, de exemplu, se referă în același timp la evaluarea strategică și tactică, cu alte cuvinte efectele se referă în egală măsură atât la rezultatele cât și la consecințele programelor și la pertinența lor.

Evaluarea normativă are ca obiect, pe de o parte, componentele programului de sănătate și, pe de altă parte, interrelațiile dintre componente.

Evaluarea componentelor programului

Așa cum se poate observa din Figura: Structura programului de sănătate și evaluarea normativă (operațională), componentele programului sunt: resursele, activitățile și obiectivele (rezultatele scontate).

Aceste componente corespund evaluării de structură, de proces și de rezultate.

1.1. Evaluarea structurii

Evaluarea structurii trebuie să furnizeze răspunsuri la întrebări legate de cantitatea, calitatea şi angajamentul resurselor umane, materiale şi financiare ale programului.

Mai precis, întrebările puse prin acest tip de evaluare se referă la:

- calitatea echipamentului şi instalaţiilor materiale;
- caracteristicile organizaţie: mărime, categorie, acceptabilitate, afiliere universitară, gradul de specializare;
- competenţa personalului, gradul său de formare şi experienţă;
- disponibilitatea personalului, orele de funcţionare (program de lucru) şi accesibilitatea;
- elemente care favorizează continuitatea şi globalitatea serviciilor;
- buget.

Această listă nu este în mod evident exhaustivă, dar ea ilustrează felul întrebărilor puse prin acest tip de evaluare.

În plus, este important a se nota că în instituţiile sanitare, acest tip de evaluare **nu este prea răspândită.** Astfel, comitetele şi consiliile de **acreditare** a spitalelor şi a unităţilor sanitare îşi bazează în mod esenţial recomandările lor pe acest tip de evaluare. În mod evident, se postulează într-o astfel de intervenţie că structura este un determinant absolut necesar pentru proces şi eventual pentru rezultate. Din nefericire validitatea acestei relaţii nu a fost demonstrată.

1.2. Evaluarea procesului

Evaluarea procesului are ca obiect serviciile produse şi utilizate în cadrul programului. Procesul cuprinde numeroase dimensiuni.

În primul rând, evaluarea are ca obiect **aspectele tehnice**, în mod general definite de profesionişti. În domeniul îngrijirilor, de exemplu, se poate verifica dacă îngrijirile furnizate pacienţilor corespund normelor profesionale de "bună practică". Se poate verifica, de asemenea, dacă diagnosticele sunt corecte şi dacă utilizarea serviciilor, de exemplu, examenele diagnostice şi terapeuticele, au fost făcute în mod adecvat. Alte aspecte care pot fi evaluate sunt continuitatea în servicii, globalitatea lor şi natura relaţiilor dintre beneficiar şi profesionist. Acestea din urmă corespund mai degrabă **aspectelor interpersonale** ale serviciilor la nivelul profesionistului furnizor de servicii şi a individului beneficiar.

În final, evaluarea procesului poate avea ca obiect organizaţia, cu alte cuvinte **procesele organizaţionale** puse în joc pentru a asigura accesibilitatea, continuitatea, globalitatea şi umanitatea serviciilor.

1.3. Evaluarea efectelor (rezultatelor)

Evaluarea efectelor poate avea ca obiect rezultatele specifice scontate prin program în obiectivele prestabilite, nu consecinţele sau impactul programului. Primul aspect se referă la evaluarea tactică (normativă), iar cel de al doilea la evaluarea strategică, care va fi tratată mai târziu.

Evaluarea efectelor se raportează mai întâi la obiectivele programului, definite în termeni de stare de sănătate sau de comportamente relativ sănătoase din partea beneficiarilor vizaţi sau atinse prin program. Noi spunem ""vizate" sau "atinse"prin program, căci în cazul în care dominant este ansamblul populaţiei vizate prin program (populaţia ţintă), se vorbeşte de evaluare de eficacitate (în engleză"effectiveness"). Dacă este vorba doar de populaţia care a beneficiat de program, se vorbeşte de evaluarea utilităţii (în engleză "efficacy").

Termenul de utilitate poate fi obiect de confuzie deoarece termenul englezesc "utility" în economie şi în teoria organizaţiilor semnifică beneficiul resimţit de individul însuşi. Iată

de ce Baltista şi Tremblay că termenii utilizaţi (corespund termenului englez "efficacy") şi eficacitate (corespondent pentru "effectineness") să fie înlocuiţi prin "eficacitate potenţială" şi "eficacitate reală". Termenii corespund la două probleme principale la care trebuie să răspundă procesul de evaluare a efectelor:

1) Este posibil să ne îndreptăm spre aceasta?
2) În realitate ne îndreptăm spre asta?

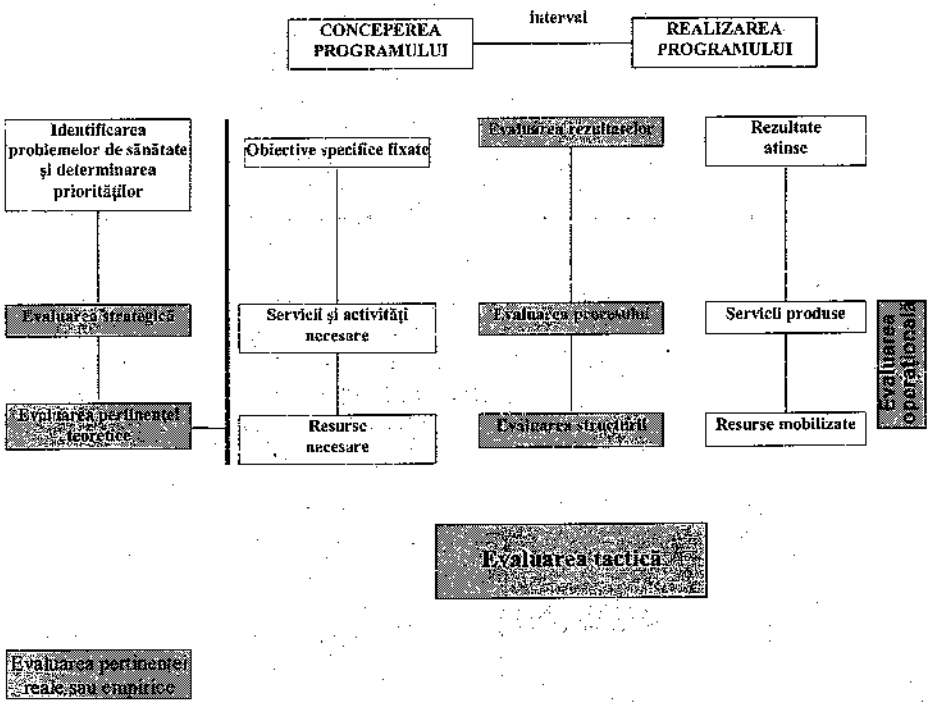


Figura 18.9. Componentele programului de sănătate şi diferitele tipuri de evaluare

Eficacitatea potenţială se referă la rezultatele obţinute în condiţii optime, în timp ce eficacitatea reală corespunde rezultatelor obţinute în situaţiile concrete şi reale unde există constrângeri. De exemplu, comportamentele beneficiarilor, vizaţi prin program, şi a profesioniştilor care intervin în realitate pot să nu fie optime. În plus, din diferite motive, populaţia beneficiară este în general mai mică decât populaţia vizată (gradul de penetrare). Relaţia dintre eficacitatea potenţială şi eficacitatea reală poate fi exprimată prin ecuaţia următoare:

E. reală = E. potenţială x procentul de penetraţie în populaţia ţintă x comportamentele reale ale beneficiarului şi profesionistului.

Eficacitatea reală depinde în primul rând de eficacitatea potenţială definită în raport cu indivizii care beneficiază de intervenţie, apoi de gradul de penetrare a programului în populaţia ţintă şi, în fine, de comportamentele beneficiarilor şi profesioniştilor.

Eficacitatea potenţială este în general stabilită prin studii evaluative riguroase şi în condiţii experimentale precise. În plus, rezultatele unui astfel de studiu pot fi generalizate, iar eficacitatea reală se apropie atunci de eficacitatea potenţială.

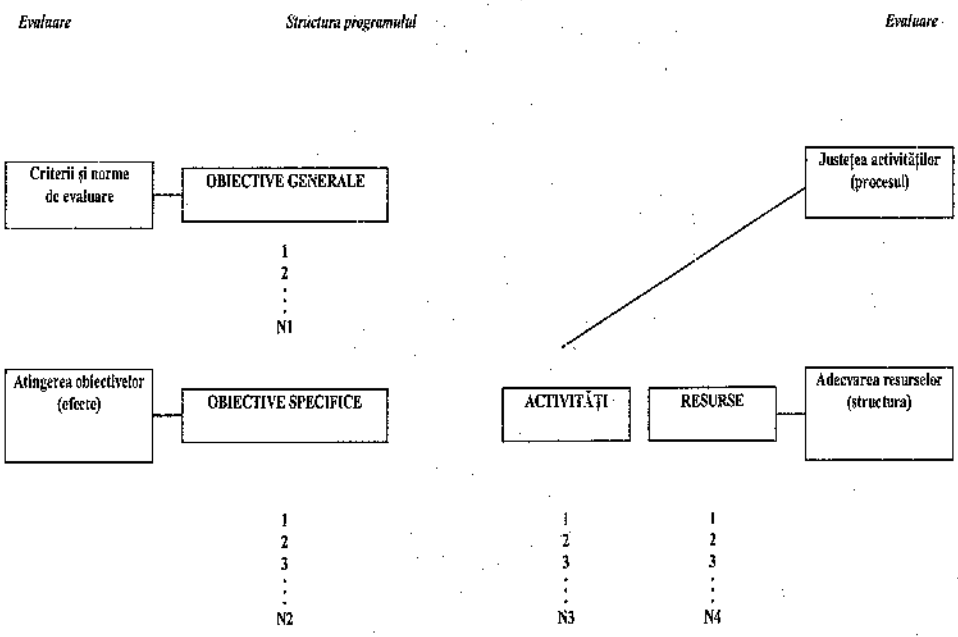


Figura 18.10. Structura programului de sănătate și evaluarea normativă (operațională)

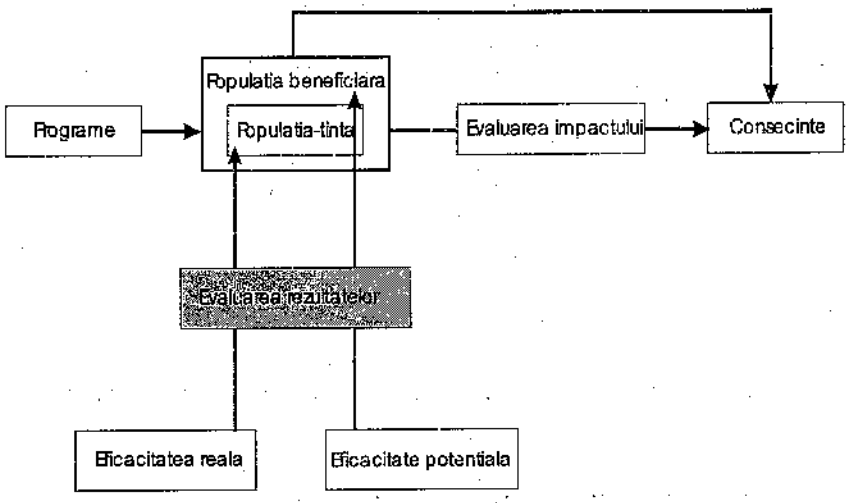


Figura 18.11. Evaluarea efectelor programelor de sănătate

XII. Evaluarea interrelațiilor dintre componentele unui program de sănătate

Structură – proces – efecte

Evaluarea comportamentelor individuale ale programului, atunci când nu se pun în relație între ele aceste componente diferite, trebuie să facă apel la norme pentru a se sprijini pe un raționament.

Pe de altă parte, evaluarea poate pune în relație componentele programului, această relație permițând să se poarte o judecată de valoare, mai ales în utilizarea metodelor de comparare. Se poate astfel determina relația dintre diferite tipuri sau cantități de resurse și proces și sau efecte . Așa de exemplu, când se intenționează să se determine până la un punct structura unui spital universitar, în raport cu alte spitale, are un anumit efect asupra proceselor și rezultatelor de sănătate. De asemenea, se poate demonstra că durata medie de spitalizare, sau internările într-un spital (proces) au un efect mic asupra rezultatelor de îngrijire, în acest caz se poate alege infarctul de miocard. Asemenea studii sunt în mod particular utile pentru stabilirea de norme și valori ale structurii și procesului.

1. Evaluarea calității serviciilor

Serviciile de sănătate în Europa sunt prinse într-un mediu economic și politic. Mediul economic are mai mult caracteristici internaționale, iar cel politic, în primul rând, particularități naționale/interne. Performanța izolată e mai puțin utilă pentru a înțelege sistemul, fiind mult mai important de analizat performanța în contextul de presiuni interne și externe.

1.1. Definirea dimensiunilor performanței

- capacitatea unei organizații de a crește nivelul performanțelor și al rezultatelor depinde parțial de capacitatea de a măsura sistematic și de a evalua nivelul în care își îndeplinește propriile funcții;
- atingerea celor mai bune rezultate cu cel mai scăzut cost posibil, cu o judecare uniformă a calității și valorii;
- nevoia organizațiilor de a fi continuu focalizate pe satisfacerea nevoile pacienților;
- performata trebuie să poată fi definită, măsurată și să se poată ameliora.

Dimensiunile performanței sunt legate de organizație, dar se regăsesc și la nivelul fiecărui individ din organizație. Astfel, ca o organizație **să facă ceea ce trebuie**, înseamnă că o intervenție trebuie să îndeplinească condițiile:

- să fie **adecvată** – gradul în care îngrijirea este relevantă pentru nevoile clinice ale bolnavului, luând în calcul nivelul actual al cunoștințelor;

- să fie **disponibilă** – gradul în care poate fi furnizată o îngrijire cores-punzătoare pentru a satisface nevoile bolnavilor;

- să fie **eficace** – gradul în care intervenția folosită pentru bolnav a atins rezultatele așteptate.

La nivelul indivizilor din organizație, definirea și măsurarea performanței unei intervenții trebuie să răspundă la întrebarea **face cum trebuie?** La acest nivel o intervenție trebuie să asigure condițiile legate de:

- **continuitate** – gradul de coordonare în timp a intervențiilor diferiților practicieni;

- **eficacitate** – gradul în care îngrijirea este furnizată corect, în funcție de nivelul cunoștințelor actuale în domeniu și cu scopul de a atinge rezultatele dorite pentru bolnav; - **respect și grijă** – gradul de implicare a bolnavului în decizia privind intervenția care i se va aplica, astfel încât serviciul furnizat să țină cont de deosebirile dintre diferiți indivizi și să răspundă gradului de sensibilitate și respect de care are nevoie bolnavul;

- **siguranța** – gradul în care riscurile tratamentului și îngrijirilor sunt reduse atât pentru bolnav, cât și pentru ceilalți, inclusiv pentru furnizorii de sănătate;

- **oportunitatea** – gradul în care serviciul este furnizat pentru bolnav la momentul cel mai potrivit.

1.2. Ameliorarea managementului calității:

Calitatea (definiție din *Dicționarul Englez Oxford*) semnifică gradul de excelență.

- **motivul**: să existe o cultură a serviciului în care personalul să dorească să amelioreze;

- **ocazii**: formare/educare, susținere și timp pentru personal pentru a ameliora calitatea;

- **instrumente**: metode și concepte despre calitate.

Trebuie înțeleasă relația cost-cantitate-calitate la nivelul furnizării serviciilor – relație importantă în procesul de luare a deciziei – și găsirea unui echilibru între aceste componente. Orice întârziere a unui răspuns rapid este, de obicei, o slăbiciune în procesul serviciului (timpul de așteptare, întârzierile sunt indicatori de calitate).

Un set de instrumente este ameliorarea calității prin descrierea proceselor pentru cel mai simplu și mai rapid circuit. Descrierea procesului: cel mai simplu și rapid mod de a aduce personalul, consumatorii, informațiile, echipamentul etc. împreună în modul corect și în timp. Redefinirea procesului este ceea ce se întâmplă în prezent și înseamnă a căuta calea cea mai simplă, rapidă, eficientă de a îngriji pacientul de-a lungul procesului.

1.3. Metode pentru a aprecia costul managementului de calitate slabă

Primul pas este cuantificarea costului curent al managementului slab calitativ, urmat de împărțirea costurilor calității în patru categorii:

1. costurile prevenirii sunt costurile oricărei acțiuni de investigare, prevenire/reducere, defectele/eșecurile (de exemplu, costul pregătirii, salariile specia-liștilor pentru calitate etc.);

2. costurile de evaluare a calității obținute (timpul pentru monitorizare, recepționare feedback de la consumatori etc.);

3. costurile eșecurilor interne sunt definite ca eșecul în atingerea calității menționate înainte ca pacientul să părăsească serviciul (lipsa de informații de la cei ce trimit investigații preoperatorii incomplete etc.);

4. costurile externe ale eșecului sunt costurile date de eșecul obținerii calității specificate după ce consumatorul a primit serviciul (de exemplu, timpul petrecut cu plângeri, reinternări pentru tratament inadecvat/evaluări etc.).

Costul calității slabe este costul consecințelor datorate faptului că lucrurile nu sunt făcute corect de prima dată.

Evaluările nu ar trebui să fie evitate datorită lipsei informațiilor clare, exacte, dar este important ca estimările să fie credibile. Ameliorarea calității conduce la reducerea costurilor, servicii mai bune, reducerea frustrării personalului și dă satisfacție muncii, eliberând energie și creativitate.

Identificarea priorităților pentru procesele care urmează să fie evaluate se face prin:

- identificarea proceselor și a situațiilor unde lucrurile merg prost, unde există risipă de timp sau materiale;

- estimarea costului înlăturării problemei sau a reducerii severității acesteia;

- Regula Pareto: 20% din probleme produc 80% din costurile calității slabe; dar nu întotdeauna e bine să începi cu soluționarea problemelor celor mai costisitoare; de exemplu, ce problemă e mai ușor de rezolvat pentru personal și face munca mai puțin frustrantă?

Ciclul de corectare a calității este cadrul de utilizare a diferitelor metode de ameliorare a calității și este totodată un mod sistematic de a rezolva definitiv problemele de calitate. Ciclul cuprinde:

1. Alegerea problemei de calitate;
2. Identificarea cauzelor posibile;
3. Culegerea de date despre dovedirea cauzelor;
4. Analiza datelor pentru a găsi cauzele care contează mai mult pentru problemă;
5. Emiterea de idei despre cum pot fi înlăturate cauzele;
6. Realizarea schimbărilor și evaluarea rezultatelor până în momentul rezolvării problemei;
7. Verificarea soluționării cu adevărat a problemei pe care s- a intervenit înainte de a trece la următoarea problemă.

1.4. Monitorizarea și măsurarea calității

Monitorizarea constă în observarea activității trecute și prezente în relație cu standardele/cu criterii implicite/explicite; înseamnă da/nu;

Măsurarea (este mai sofisticată) presupune compararea a ceva cu o unitate fixă; înseamnă "cât? ". Face posibile comparațiile cu lucruri similare în altă parte/ în timp.

Specificările și standardele clare sunt o precondiție necesară pentru măsurare. Ce nu se poate măsura nu este calitate. Ce nu poate fi măsurat nu poate fi ameliorat.

A măsura pentru altcineva este adesea mai puțin decât a măsura pentru propriile interese.

La nivel de organizație, principala preocupare pentru măsurarea calității este datorată dorinței de acreditare a organizației. Înainte de a măsura trebuie să se răspundă la întrebările: **ce trebuie măsurat?** și apoi **ce poate fi măsurat?**

Primul pas este însă să definim ce anume dorim să obținem prin acreditare ?

Evaluarea unui furnizor în vederea acreditării este de obicei făcută de o echipă formată din: medici, asistente medicale și administratori (care sunt de obicei angajați cu normă întreagă). Echipa de evaluatori apreciază gradul de respectare a unor standarde dezbătute național și publicate.

Acreditarea poate contribui la:

- asigurarea calității;
- evidențierea costurilor;
- evidențierea serviciilor care să se utilizeze în ciclul de soluționare a problemelor;
- ajută la focalizarea pe standarde și rezultate (decese, complicații chirurgicale, rata de infecții etc.). În România, nu avem încă cunoștințele și informațiile necesare pentru a acredita corelat cu rezultatele obținute de o unitate sanitară.

Standardele trebuie să se refere la elemente-cheie ale sistemului de calitate, nu doar la program de calitate și audit medical, și să includă și evenimentele santinelă. Asigurarea calității prezice și previne problemele și ameliorează continuu calitatea mai degrabă decât inspectează rezultatele, comparându-le cu standardele. Asi-gurarea calității garantează calitatea serviciului prin controlul calității și prin metodele de asigurare a calității. Acreditarea, prin ea însăși, nu asigură calitate ridicată pentru că nu este un sistem efectiv de calitate. Nivelul de acreditare este în con-cordanță cu standardele față de care este comparată calitatea serviciilor furnizate.

Măsurarea performanțelor duce cu mult mai mare probabilitate la ameliorare când este un proces intern vs. proces extern. Organizațiile care lucrează intens pe măsurarea performanțelor pentru ameliorarea continuă a serviciilor pentru bolnav, plătitori și alți utilizatori au cele mai mari șanse să-și depășească orice solicitare din exterior. Ignoranța, aroganța dintre indivizi/departamente amenință procesele de ameliorare.

Doar preocuparea pentru măsurarea performanțelor duce la ameliorarea acestora (tranzitorie, prin efectul de halou). Efectul trece dacă indivizii/departamentele cred că măsurarea a încetat. Există cel puțin două soluții: să continue măsurătorile/să se redefinească sistemul. Doar abordarea la un singur departament (puțin probabil) nu va putea ameliora o problemă sistemică, problemă care este a organizației.

De asemenea, este importantă calitatea datelor furnizate datorită spectrului larg de activități ce pot fi influențate ca rezultat al datelor. Calitatea datelor poate fi amenințată de mulți factori, de la lipsa de dorință, întârziere, până la scrierea de mână și neciteț a unui raport.

Medicii se simt amenințați în autonomia lor profesională de măsurarea performanțelor. Publicul solicită tot mai mare responsabilitate și vrea să cunoască performanțele unităților medicale, pentru a putea alege cele mai bune servicii.

Personalul medical are teamă de tot ceea ce înseamnă numere: acuratețea lor, neînțelegerea formulelor prin care s-a ajuns la cifrele finale, neînțelegerea modului în care pot fi influențate etc; personalul trebuie educat continuu asupra modului de a utiliza numerele.

2. Cercetarea evaluativă

Se poate defini ca fiind un proces ce constă în **a emite o judecată** *a posteriori* **asupra unei intervenții cu ajutorul unei metode științifice**. Mai specific, constă în analiza pertinenței, bazelor teoretice, productivității, efectelor și randamentului unei intervenții, precum și a relațiilor existente între intervenție și contextul în care este plasată, în general cu scopul de a ajuta la luarea deciziei.

Cercetarea evaluativă se poate descompune în 6 tipuri de analiză, a face o cer-cetare evaluativă asupra unei intervenții însemnând deci a face una sau mai multe din aceste analize. De foarte multe ori, se apelează la mai multe strategii de cercetare și se iau în calcul perspectivele diferiților actori afectați de intervenția respectivă.

2.1. Analiza strategică

În această etapă se analizează pertinența intervenției, adică gradul de adecvare strategică între intervenție și situația problematică de la care s-a pornit.

Trebuie răspuns la următoarele întrebări:

- este necesară (pertinentă) intervenția pentru această problemă, ținând cont de toate celelalte probleme existente?
- este bine, ținând cont de strategia de intervenție stabilită, să se intervină în acest mod?

Altfel spus:

- factorul de risc asupra căruia se aplică intervenția este cel mai important?
- populația-țintă aleasă este cea mai expusă?
- resursele puse în joc sunt cele mai bine adaptate?

Această analiză implică studiul modului de identificare a situației problematice, ceea ce cuprinde metodele folosite pentru aprecierea nevoilor, a gradului de pri-oritate al problemei de sănătate aleasă în raport cu ansamblul problemelor iden-tificate, precum și a pertinenței intervenției în raport cu toate intervențiile posibile.

Analiza strategică a unei intervenții se poate realiza plecând de la studiul pieței, al nevoilor, al metodelor de determinare a priorităților etc.

2.2. Analiza intervenției

Constă în studiul modului în care resursele sunt folosite pentru a produce servicii.

Se pun două tipuri de întrebări:

- se pot produce mai multe servicii cu aceleași resurse?

- se poate produce aceeaşi cantitate de servicii cu resurse mai puţine?

2.3. Analiza productivităţii

Productivitatea se poate măsura fie în unităţi fizice, fie în unităţi monetare. În primul caz este vorba de productivitatea fizică, în al doilea - de productivitatea economică.

Pentru a analiza productivitatea unei intervenţii, trebuie măsurat şi definit produsul său, lucru dificil în domeniul îngrijirilor de sănătate. În domeniul îngrijirilor de sănătate, intervenţiile produc diferite tipuri de "output"-uri. Resursele sunt folosite, în primul rând, pentru a produce servicii de suport. Este vorba, în esenţă, de produse (rezultate) intermediare, care, combinate cu "input"-urile profesionale, duc la producerea de servicii clinice care se pot denumi **output**-uri (rezultate) **primare**. Acestea, combinate pentru a rezolva problemele de sănătate ale unui pacient, produc episoade de tratament, care sunt **output-urile finale** ale intervenţiei. Şi acestea se pot combina la rândul lor cu alţi factori pentru a ameliora starea de sănătate a pacienţilor respectivi.

Productivitatea se poate deci analiza la mai multe niveluri:

- fie productivitatea resurselor în cadrul serviciilor de suport (productivitatea personalului auxiliar, de întreţinere, a serviciului alimentar etc.);
- fie productivitatea resurselor profesionale în cadrul serviciilor clinice (a resurselor de laborator, a secţiei de radiologie etc.).

Metodele însuşite de analiza productivităţii sunt derivate din metodele economice şi cele de contabilitate analitică.

2.4. Analiza randamentului

Analiza randamentului constă în **punerea în relaţie a analizei resurselor angajate şi cea a efectelor obţinute**. Ea este o combinaţie între analiza de productivitate economică şi analiza efectelor. Evaluarea randamentului unei intervenţii se face în general cu ajutorul analizelor: cost/beneficii; cost/eficacitate şi cost/utilitate.

În analiza **cost/beneficiu** se exprimă toate costurile financiare ale intervenţiei şi toate avantajele pe care le antrenează. În analiza **cost/eficacitate** şi **cost/utilitate** se exprimă, de asemenea, costurile financiare, dar avantajele sunt exprimate prin indici reali ai rezultatelor (ani de viaţă câştigaţi, indice de satisfacţie, reducerea durerii etc.) şi prin utilitatea intervenţiei pentru cei cărora li se adresează (QALY, DALY).

Analizele cost/beneficiu sunt mai generale. Ele implică determinarea avantajelor şi costurilor intervenţiei pentru optimizarea alocării resurselor. Este foarte dificil de aplicat acest tip de analiză în domeniul sănătăţii, în particular, din cauza dificultăţii de a da o valoare financiară variaţiilor din starea de sănătate.

Analizele cost/eficacitate şi cost/utilitate sunt mai curente. Ele constau în compararea diverselor costuri ale intervenţiei cu eficacitatea lor asupra utilizatorilor sau cu utilitatea pe care utilizatorii o obţin din intervenţie. Aceste analize **permit compararea diferitelor intervenţii care au obiective diferite**. În mod obişnuit, este imposibil de stabilit această comparaţie pornind de la rezultatele analizei cost/eficacitate; uneori, determinarea utilităţii asociate diferitelor tipuri de efecte pune serioase probleme metodologice şi conceptuale.

Dificultăţile metodologice ale acestei analize rezidă în măsurarea avantajelor şi stabilirea criteriilor permanente de comparare a randamentului diferitelor opţiuni.

2.5. Analiza efectelor

Analiza efectelor constă în **evaluarea influenţei serviciilor asupra stării de sănătate**. Ea determină **eficacitatea** serviciilor de a măsura starea de sănătate. Măsurarea efectelor, care sunt dorite sau nu, depinde de timpul de cercetare vizat. Conceptul de eficacitate nu are un sens absolut. El trebuie să fie calificat în funcţie de contextul în care cercetarea este condusă, de natura intervenţiei evaluate şi de finalitatea exerciţiului evaluării.

Se poate vorbi de **eficacitatea teoretică**, atunci când se situează în contextul cercetării de laborator în care mediul poate fi controlat şi unde nu există variabilitate individuală.

În studiile de randomizare, se măsoară ceea ce se numeşte **eficacitatea experimentală** (încercare). Intervenţia este aplicată într-un mod total şi optimal pentru fiecare subiect supus intervenţiei. Eficacitatea de studiu ţine cont **de variaţiile individuale**, dar nu ţine cont de **variaţiile comportamentale ale utilizatorilor şi profesioniştilor**.

Se poate observa **o eficacitate utilizată**, în **contextul natural**, asupra rezulta-telor unei intervenţii asupra indivizilor care au beneficiat de ea. În această situaţie, diferenţele în eficacităţile observate se pot datora variaţiilor furnizorilor.

Există o **eficacitate populaţională** care ia în considerare efectele unei intervenţii nu doar asupra **celor care beneficiază** în mod direct, ci şi asupra **întregii populaţii** căreia îi este destinată intervenţia. Se ţine cont, în acest caz, de gradul de acoperire a intervenţiei, de acceptabilitatea şi accesibilitatea pentru populaţia-ţintă.

În analiza efectelor trebuie să se ia în considerare nu doar efectele dorite, ci şi cele care nu s-au vrut. Cu alte cuvinte, este important să se ţină cont de **factorii externi** intervenţiei asupra populaţiei-ţintă şi, de asemenea, de cei care acţionează asupra altor populaţii care nu sunt vizate în mod direct. Într-o analiză a efectelor este important să se facă nu doar analiza efectelor **pe termen scurt**, ci şi a celor **pe termen lung**. Metodele de analiză a eficacităţii unei intervenţii sunt numeroase. Ele pot fi cantitative şi calitative, de natură experimentală sau sintetică.

2.6. Analiza de implementare

Analiza de implementare constă, pe de o parte, în a măsura influenţa variaţiilor în gradul de implementare a intervenţiei asupra acestor efecte şi, pe de altă parte, în aprecierea influenţei mediului, a contextului în care intervenţia este implementată, asupra efectelor intervenţiei. Acest tip de analiză este foarte pertinent când se observă o mare variabilitate în rezultatele obţinute prin ansamblul intervenţiilor implementate în contexte diferite. Trebuie atunci să ne întrebăm dacă aceste variabilităţi pot fi explicate prin diferenţele între contexte. Analiza de implementare este importantă atunci când intervenţiile analizate sunt complexe şi compuse din elemente secvenţiale asupra cărora contextul poate interacţiona prin diferiţi factori.

Primul tip de analiză de implementare constă în măsurarea influenţei variaţiei în gradul de implementare a intervenţiei în diferite contexte. La limită, absenţa efectului poate să semnifice că intervenţia evaluată nu a fost implementată.

Al doilea tip de analiză de implementare constă în a evalua efectele interdependenţei care poate să existe între contextul în care intervenţia este implantată şi intervenţia însăşi.Întrebarea care se pune este în legătură cu sinergismul care poate exista între un context şi o intervenţie sau, din contră, asupra antagonismelor existente între context şi intervenţie, cu alte cuvinte, care sunt efectele inhibitoare ale contextului asupra efectelor intervenţiei. Metodele de abordare pentru analiza de implementare a unui program sunt în principal studiile de caz.

3. Evaluarea, ca sursă de informaţii pentru procesul de luare a deciziei

Scopul ultim al evaluării este acela de a ajuta la luarea deciziei. Trebuie să ne întrebăm asupra influenţei pe care o joacă furnizarea informaţiilor pentru evaluator în luarea deciziei.

Pentru ca o evaluare să fie utilă, trebuie ca:

- Decidenţii să fie implicaţi în definirea problemelor rezultate şi responsabili de strategia de cercetare care va fi aplicată.
- Decidenţii să fie în mod periodic informaţi asupra rezultatelor obţinute în timpul cercetării. La sfârşit este prea târziu pentru a acţiona.

- Evaluatorul să joace rolul unui facilitator în utilizarea rezultatelor.
- Informația rezultată din evaluare să fie considerată drept un mijloc de negociere între multiplele interese, și nu un adevăr absolut.
- Să se țină cont de faptul că decidenții nu pot defini exact nevoile lor de informare și, în consecință, evaluarea nu va putea răspunde decât parțial la problemele respective.
- Evaluarea să se realizeze cu maximă rigoare.

Evaluarea normativă are ca funcție principală aceea de a ajuta managerul să-și completeze funcțiile sale curente. În mod normal, responsabilii de funcționarea și gestionarea intervenției efectuează acest tip de evaluare. Această etapă face parte din definirea scopului managerului. El va dori deci să aibă o puternică validitate pragmatică. Din contră, cercetarea evaluativă care are o expertiză metodologică și teoretică importantă nu este în general fezabilă pentru cei responsabili de intervenție.

CAPITOLUL XIX

MANAGEMENTUL RESURSELOR UMANE

Curs scurt asupra managementului resurselor umane

Cele mai importante 6 cuvinte:
"Admit că am comis o greșeală"
Cele mai importante 5 cuvinte:
"Sunt foarte mândru de voi"
Cele mai importante 4 cuvinte:
"Care este părerea voastră?"
Cele mai importante 3 cuvinte:
"Dacă sunteți amabil"
Cele mai importante 2 cuvinte:
"Vă mulțumesc"
Cel mai important cuvânt:
"Noi"
Cel mai puțin important cuvânt:
"Eu"

(J. Adair – 1983)

I. Locul managementului de resurse umane în cadrul organizației

Managementul resurselor umane poate fi definit ca un ansamblu de norme și valori pe care o organizație le promovează în relația cu membrii săi și care reprezintă în fapt însăși "filosofia" organizației.

Cel puțin două dimensiuni pot fi luate în considerație când o organizație își definește filosofia.

Prima dimensiune este natura relației organizație-angajat. Relația între organizație și membrii săi acoperă o plajă a căror extreme sunt:

- organizația își consideră membrii ca simpli subordonați – fiecare persoană negociază cu organizația contracte bazate pe valoarea economică a serviciilor cerute de către organizație și a competențelor oferite de către potențialul angajat;
- angajatul considerat ca un "activ" (în sens economic), ce trebuie "utilizat" cu atenție, căci capătă valoare în timp și organizația trebuie să facă eforturi să-i crească valoarea.

Cea de a doua dimensiune este nivelul de participare al angajatului la luarea deciziei, definit de către organizație.

Strategia unei organizații în domeniul managementului resurselor umane trebuie definită apriori – astfel încât obiectivele organizației și obiectivele individuale să fie convergente.

Această strategie poate fi definită sub formă de:

principii generale pe care conducerea se angajează să le respecte în relațiile cu personalul (stiluri de gestiune). Exemplu: "organizația noastră oferă angajaților săi ocazia de a-și exprima așteptările, astfel încât îndeplinirea obiectivelor individuale să contribuie la realizarea obiectivelor organizației";

politici și practici generale de management pe care conducerea își propune să le pună în practică și să le urmeze. Exemplu: "organizația noastră favorizează în mod tradițional siguranța postului. Fiecare angajare se face în perspectiva realizării unei cariere în organizație";

"așteptări" exprimate de conducere cu privire la atitudinile și comportamentele angajaților săi. Exemplu: "organizația noastră se așteaptă ca angajații săi să participe la

procesul de schimbare, comunicând de o manieră sinceră şi onestă; să îşi asume responsabilitatea postului; să aibă iniţiativă dacă vor să se dezvolte şi să progreseze".

Managementul resurselor umane poate fi abordat într-o manieră *tradiţională*, bazată pe norme şi criterii prestabilite, rigide, având drept ţintă succesul organizaţiei (utilizând principiul eficienţei) sau într-o manieră *novatoare*, bazată pe o atitudine independentă a managerului faţă de normele clasice, având drept ţintă realizarea obiectivelor organizaţionale prin realizarea obiectivelor individuale (utilizând principiul eficacităţii).

Managerii resurselor umane în organizaţie sunt reprezentaţi de:

directori de personal – au rolul de a dezvolta şi a implementa politicile organizaţionale în domeniul resurselor umane;

manageri-consultanţi de personal (din organizaţie sau din afara ei) – au rol în selectarea, dezvoltarea şi evaluarea personalului;

administratori – au rolul de a dezvolta, menţine şi controla respectarea normelor de funcţionare internă privind personalul.

Managementul resurselor umane are un rol strategic, presupunând realizarea politicilor de personal la scara întregii instituţii şi având astfel un caracter *prescriptiv*, iniţiind noi activităţi şi preocupându-se de schimbările ce au loc în mediul extern. Trebuie să încurajeze atitudini flexibile şi să găsească căi de acceptare a schimbării, având un rol major în procesul de dezvoltare a organizaţiei (prin examinarea modului în care aceasta este organizată, prin îmbunătăţirea procesului de comunicare şi a stilului de management).

Funcţia de personal este acea parte a managementului resurselor umane care se ocupă cu angajarea de personal, determinarea şi satisfacerea nevoilor acestuia, stabilirea regulilor şi procedurilor care guvernează relaţiile dintre angajaţi şi organizaţie. Funcţia de personal este privită ca un instrument de implementare a politicilor de personal, având astfel un caracter *reactiv*, răspunzând schimbărilor în legislaţia muncii, fluctuaţiilor de pe piaţa muncii, acţiunilor sindicale, altor influenţe din mediu.

Cea mai pertinentă analiză privitoare la rolul jucat în cadrul organizaţiei de către departamentul de personal/resurse umane a fost efectuată de Karen Legge, ea identificând două poziţii ale celor de la personal în raport cu puterea din organizaţie:

- conformistă, în care aceştia se identifică cu obiectivul succesului organizaţional, punând accentul pe raportul cost-beneficiu şi conformându-se criteriilor de evaluare a succesului organizaţional stabilite de ceilalţi manageri din organizaţie
- deviantă care îşi identifică activitatea cu un set de norme şi valori care sunt distincte, dar nu neapărat în conflict cu normele succesului organizaţional. Ei pun accent mai mult pe *valori sociale* decât pe raportul cost-beneficiu.

Există diferenţe între managementul de personal şi managementul de resurse umane, sau acestea sunt denumiri diferite pentru unul şi acelaşi lucru?

Ele nu constituie abordări foarte diferite şi multe din funcţiile managementului de personal le regăsim şi la managementul resurse umane. Totuşi, cei doi termeni pot avea conotaţii diferite şi pot exista diferenţe în filosofia celor doi termeni.

A. Managementul de personal este centrat **direct pe forţa de muncă**, având tendinţa de a fi mai mult deviant decât conformist.

În acest sens, atribuţiile principale ale managementului de personal sunt:

- selectarea personalului potrivit cerinţelor organizaţiei
- oferirea pregătirii necesare asigurându-se astfel că personalul corespunde nevoilor în continuă schimbare ale organizaţiei
- remunerarea personalului
- descrierea aşteptărilor organizaţiei de la personal şi cum îşi poate acesta îndeplini rolul
- explicarea acţiunilor pe care le va întreprinde conducerea organizaţiei
- rezolvarea eventualelor conflicte pe care acţiunile conducerii le pot produce în rândul personalului

Sub acest aspect, rolul managerului de personal este foarte similar cu cel al oricăruia din conducerea organizaţiei, dar există unele diferenţe. Pentru a avea succes, managerul de

personal trebuie să evalueze atent interesele personalului şi să le prezinte fără distorsiuni conducerii, asumându-şi un rol care nu totdeauna este pe placul conducerii. În acest sens, el trebuie să acţioneze ca un intermediar între personal şi conducere.

Managerul de personal nu preia rolul sindicatelor, întrucât prin poziţia sa, el face un dublu bine: atât pentru personal, rezolvând problemele legate de acesta într-o organizaţie, cât şi pentru conducere, menţinând un personal bine pregătit şi motivat, cu o eficienţă crescută, crescând câştigurile şi prestigiul organizaţiei.

Funcţia de personal este influenţată de tipul organizaţiei şi de existenţa tehnologiei, ca şi de capacitatea managerului de personal de a înţelege natura umană şi existenţa diferenţelor individuale de comportament în organizaţie.

O *comunicare* sinceră şi bine intenţionată între managerul de personal şi angajat este necesară; managerul trebuie să se asigure că mesajul transmis este corect perceput. Managerul de personal nu trebuie să emită *judecăţi de valoare* asupra persoanei, ci să evalueze numai acţiunile şi rezultatele obţinute de un angajat. Evaluarea candidaţilor la angajare sau evaluarea periodică nu trebuie să fie afectate de preferinţele şi prejudecăţile evaluatorului.

Un bun manager de personal cunoaşte posibilitatea apariţiei *stresului* la angajaţi şi influenţa stresului asupra performanţei, încearcă să identifice cauzele posibile şi căile de diminuare a acestuia.

Printre factorii apariţiei stresului în muncă se pot menţiona:

- ambiguitatea şi confuzia asupra rolului şi responsabilităţilor cerute de organizaţie
- subutilizarea sau suprautilizarea în postul deţinut;
- sentimentul de insecuritate sau nepotrivire cu postul;
- apariţia unui eşec (rezultatele nu sunt cele aşteptate sau cerute de superior);
- lipsa de comunicare cu superiorii sau cu colegii;
- apariţia conflictelor interpersonale sau intraorganizaţionale.

Efectele stresului sunt fizice, psihice şi comportamentale, ducând la scăderea performanţei sau la apariţia "uzurii profesionale", ambele nefaste pentru organizaţie.

Unele organizaţii îşi definesc programe de management al stresului, bazate pe una sau mai multe din metodele următoare de evitare sau diminuare a stresului:

- managementul prin obiective;
- creşterea participării angajaţilor la luarea deciziilor;
- redefinirea postului;
- redistribuţia-restructurarea sarcinilor pentru a îndepărta elementele stresante;
- delegarea sarcinilor pentru a evita supraîncărcarea;
- ameliorarea condiţiilor de lucru;
- seminarii sau ateliere de lucru cu personalul pentru a analiza rolul fiecărui angajat.

În majoritatea cazurilor activitatea dintr-o organizaţie nu se desfăşoară individual, ci în grup, iar grupul se comportă în modul său caracteristic. Managerul de personal trebuie să cunoască dinamica de grup şi să stimuleze echipa de lucru. Grupurile de lucru pot avea impact pozitiv sau negativ asupra rezultatelor dorite. Pentru a utiliza constructiv grupurile şi a minimaliza dificultăţile care le pot crea, e necesară atât facilitarea coeziunii grupului cât şi asigurarea unor condiţii bune de lucru şi aplicarea unor politici de personal corecte.

B. Managementul de resurse umane, este **centrat pe resursă**, neavând foarte mare importanţă calitatea umană a acesteia, răspunzând intereselor conducerii organizaţiei privind cererea de forţă de muncă la momentul potrivit.

În acest sens, el îndeplineşte următoarele atribuţii principale:

- planificarea efectivelor de personal
- determinarea strategiilor de recrutare, reţinere şi concediere
- supravegherea nivelului efectivelor, concedierilor şi absenteismului
- controlul utilizării şi pregătirii personalului

După cum se observă, atribuțiile managementului de resurse umane sunt legate mai mult de planificare, monitorizare și control, decât de mediere. Rezolvarea problemelor se face în cadrul departamentului de resurse umane, nu direct împreună cu angajații sau reprezentanții lor. Managementul de resurse umane se identifică total cu interesele conducerii, fiind o activitate generală de conducere și este relativ distanțată de personalul unei organizații luat ca întreg.

De fapt, în practică, de multe ori cele două tipuri de funcții manageriale se confundă, în organizațiile mai mici fiind îndeplinite de o singură persoană

Valorile dominante printre managerii de personal/resurse umane sunt relațiile de muncă și controlul asupra forței de muncă. Dar, în timp ce unii sunt preocupați de a avea relații de muncă foarte bune, înțelegeri clare, consistență în comportamentul managerial și dialog deschis cu angajații, bazat pe presupunerea că acesta va duce la beneficii atât organizaționale cât și individuale, alții sunt preocupați de costul forței de muncă și deținerea controlului asupra schemei de personal (angajări, concedieri, promovări).

Managementul de personal este o componentă a unui teritoriu mai vast care este managementul de resurse umane, deși în practică cei doi termeni se folosesc unul în locul altuia.

Diferențele dintre cele două tipuri de management pot fi observate mai ușor dacă privim tabelul de mai jos, în care acestea sunt comparate pe baza unor criterii clare:

	Management de personal	**Management de resurse umane**
Perspectiva temporală	termen scurt reactiv ad-hoc marginal	termen lung proactiv strategic integrat
Perspectivă psihologică	complianță	Angajare
Sisteme de control	control extern	auto-control
Perspectiva relațiilor cu angajații	pluralistă colective	unitaristă individuale
Structuri/sisteme preferate	centralizate definire formală a rolurilor	descentralizate roluri flexibile
Roluri	specialist/profesionist	largă integrare în managementul de mijloc
Criterii de evaluare	cost-minimizare	cost beneficiu

Tabelul 19.1.

Managementul de personal are câmp de acțiune pe termen scurt, este reactiv (reacționează la orice schimbare în legislația muncii, condițiile de muncă oferite de organizației, acțiuni sindicale și alte influențe de mediu), reactivitatea este spontană, nu este integrată în cadrul unui plan sau a unei politici, având deci și un caracter marginal activității organizaționale.

Managementul de resurse umane pe de altă parte, are o puternică componentă strategică cu perspective pe termen lung, încercând să integreze toate aspectele umane ale organizației într-un tot coerent cu celelalte aspecte de management și încercând să stabilească țeluri de înalt nivel pentru angajații organizației. Este proactiv preocupat de strategii, de inițierea de noi activități și de implementarea de noi idei.

Managementul de personal are ca preocupare impunerea complianței din partea angajaților față de cerințele organizației, pe când cel de resurse umane concepe și implementează politici de personal în cadrul organizației.

În privința relațiilor conducerii organizației cu angajații acesteia, există două moduri de a privi lucrurile :

- unitarist – în care se consideră că angajații și conducerea au interese comune și în consecință ar trebui să lucreze ca o echipă unită și angajații să susțină permanent conducerea în acțiunile ei,
- pluralist – în care se pornește de la premisa că există conflicte de interese între conducere și angajați, în primul rând privitor la distribuirea profiturilor organizației, de aici derivând și altele și că trebuie să existe procedee bine puse la punct pentru rezolvarea disputelor.

Principalele obiective operaționale ale managementului de resurse umane (MRU) în general sunt:

- atragerea candidaților calificați
- menținerea angajaților care dau randament satisfăcător
- motivarea angajaților
- susținerea angajaților în dezvoltarea propriului potențial

Bazat pe aceste obiective, funcțiile principale ale managementului de resurse umane pot fi grupate în patru componente principale:

1. **Managementul strategic al resurselor** care înseamnă intervenție în procesul de achiziție a mâinii de lucru în vederea repartiției optime a numărului și calificării

Funcții ale managementului de resurse umane:

- **Planificare** – asigurarea unor efective suficiente din punct de vedere calitativ și cantitativ pentru realizarea obiectivelor organizației
- **Recrutarea** – menținerea unei bănci de candidați potențiali, suficientă pentru funcțiile disponibile
- **Selecția** – procedare la cea mai bună alegere
- **Plasarea (angajarea)** – integrarea nominalizatului în postul său
- **Reținerea** – păstrarea celor mai bune resurse

2. **Managementul preventiv al condițiilor de lucru** – intervenția pe planul nevoilor de retribuție și scăderea riscurilor pentru sănătatea și securitatea angajaților

Funcții ale MRU:

- **Remunerarea** – retribuire și distribuire a recompenselor echitabilă în funcție de normele existente
- **Asigurarea calității vieții și a muncii** – asigurarea creșterii satisfacției produse prin executarea sarcinilor
- **Asigurarea sănătății și securității în muncă** – prevenirea accidentelor și scăderea absenteismului

3. **Managementul integrat al dezvoltării resurselor umane** - intervenție asupra condițiilor care permit individului să se realizeze și organizației să-și îmbunătățească productivitatea

Funcții ale MRU:

- **Formarea** – îmbunătățirea cunoștințelor, îndemânărilor și aptitudinilor angajaților
- **Delegarea** – îmbunătățirea calității controlului
- **Aprecierea randamentului** – stabilirea valorii contribuției personalului

4. **Managementul preventiv al raporturilor cu angajații** – intervenția asupra raporturilor întreținute de conducerea organizației cu angajații în scopul menținerii unui climat de muncă satisfăcător și productiv .

Funcții ale MRU:

- **Formularea de politici și proceduri** – elaborarea de reguli eficace
- **Medierea relațiilor patronat-sindicate** – menținerea de relații de muncă sănătoase
- **Administrarea de înțelegeri colective**
- **Prevenirea și soluționarea conflictelor** – evitarea de relații de muncă contraproductive

- **Aplicarea de măsuri disciplinare şi administrative** – corectare devieri comportamentale

II. Procesul de planificare a resurselor umane

Planificarea resurselor umane constituie una dintre activităţile de primă importanţă pentru managementul resurselor umane. Oferirea de angajaţi în număr suficient, cu pregătire corespunzătoare, la locul şi timpul potrivit, este vitală pentru succesul organizaţiei.

Acest lucru este subliniat de diversele definiţii date în literatură acestui proces; G.T. Milkovitch şi W. Glueck definesc funcţia de planificare a resurselor umane ca **"determinarea numărului necesar de angajaţi şi a abilităţilor pe care aceştia trebuie să le posede în vederea implementării planului strategic al organizaţiei."**
G.A.Cole defineşte planificarea resurselor umane drept **"o strategie pentru recrutarea, utilizarea, îmbunătăţirea şi menţinerea în organizaţie a resurselor umane".**

În procesul de formulare a obiectivelor organizaţiei trebuie să se determine şi ce resurse umane vor fi necesare pentru atingerea obiectivelor, existând de altfel interacţiuni complexe între procesul de decizie strategică organizaţională şi cel de planificare a resurselor umane. În consecinţă, planificarea resurselor umane presupune realizarea unor programe de recrutare, formare şi dezvoltare, redistribuire şi eventual disponibilizare a angajaţilor, concretizate în *planul de personal*. Planul de personal trebuie revizuit permanent datorită faptului că obiectivele organizaţiei sunt mereu în schimbare, iar mediul social în care funcţionează organizaţia este dinamic.
Planul de personal, care se referă la:

- posturile care se vor crea, vor dispare, sau se vor transforma;
- măsura în care e posibilă redistribuirea sau reorientarea personalului;
- nevoile de pregătire;
- recrutarea, surplusul sau pensionarea;
- implicaţiile la nivelul relaţiilor intraorganizaţionale;
- metodele de rezolvare a situaţiilor neprevăzute care să ducă la surplus sau deficit de personal (pensionare precoce, alte pierderi).

Planul de resurse umane trebuie să fie transparent, comunicat şi negociat cu toate departamentele înainte de a fi pus în practică.

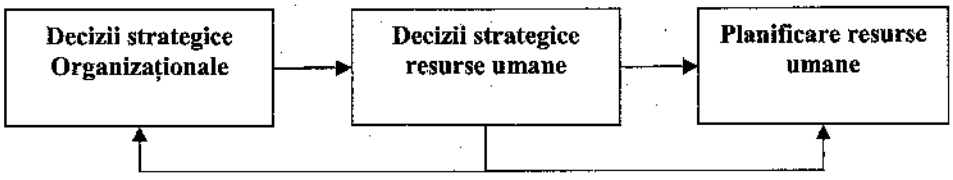


Figura 19.1. Planificarea resurselor umane

În procesul de planificare sunt descrise patru categorii importante de personal:

- personal existent
- personal nou recrutat
- personal potenţial
- personal pierdut (pensionări, demisii, concedieri)

Planificarea este un proces complex datorită faptului că se dezvoltă noi tehnologii, există rezistenţă la schimbare, cererea de servicii se schimbă, legislaţia se modifică, apare competiţia între organizaţiile ce furnizează aceleaşi servicii.

Planificarea pe termen scurt a personalului nu trebuie să lipsească din nici o organizaţie. Este mai puţin dificilă datorită faptului că se cunosc mai multe date, inclusiv bugetul.

1. Etapele procesului de planificare a resurselor umane:

1.1. Formularea obiectivelor:

Procesul de planificare a resurselor umane trebuie să pornească de la obiectivele organizației. Obiectivele organizației determină formularea obiectivelor care se referă la resursele umane. Întrebările la care trebuie răspuns sunt: câte persoane sunt necesare, ce categorii de persoane, când va fi nevoie de ele și unde anume vor fi necesare.

1.2. Analiza utilizării prezente a resurselor umane:

- enumerarea numărului de angajați pe diverse categorii;
- estimarea turnoverului (numărul pierderilor/numărul mediu de angajați x 100) pentru fiecare categorie de personal;
- analiza efectelor ratei turnoverului asupra performanței organizației;
- analiza orelor suplimentare lucrate;
- evaluarea performanței și potențialului angajaților;
- analiza nivelului salariilor personalului, comparativ cu alte organizații.

Este esențial ca datele necesare să fie înregistrate corect.

1.3. Analiza mediului extern al instituției

- analiza pieței forței de muncă;
- posibilitatea de recrutare a diferitelor categorii de personal;
- analiza efectului recrutării personalului de către alte organizații;
- cunoașterea politicilor guvernamentale referitoare la formare, pensionare, subvenții;
- identificarea schimbărilor de legislație.

2. Factorii care afectează oferta de forță de muncă

Există mulți factori care afectează oferta de forță de muncă, dar, în general, ei pot fi împărțiți în două mari categorii: cei asupra cărora angajatorii au foarte puțin control (factori externi) și aceia pe care angajatorii îi pot influența în mod direct (factori interni)

a) Factorii externi includ:

- forța de muncă potențială
- schimbările demografice
- mobilitatea forței de muncă
- competiția de pe piața forței de muncă
- tendințele sociale
- posibilitățile de transport
- atitudinile culturale

b) Factorii interni includ:

- nivelul de salarizare
- statutul oferit
- satisfacția muncii
- condițiile de muncă
- posibilitățile de dezvoltare ulterioară

2.1. Factori externi

2.1.1.Forța de muncă potențială

Aceasta se referă la toate persoanele eligibile la un anumit moment de a se angaja într-un anumit domeniu. Pentru personalul din sănătate această forță de muncă este restrânsă la cei care posedă pregătirea necesară. Intrarea în forța de muncă potențială de a lucra în sănătate se face la terminarea studiilor universitare sau de colegiu pentru medici și asistente. Ieșirea din cadrul forței de muncă disponibile se face prin pensionare, demisie, schimbarea profilului activității sau deces. O potențială sursă de creștere sau descreștere a forței de muncă disponibile pentru sănătate o constituie migrația; în primul rând migrația în alte țări și, în al doilea rând, migrația către alte profesii mai bine plătite.

Schimbările demografice
Schimbările demografice pot să crească sau să descrească forța de muncă disponibilă la un anumit moment. De exemplu, o scădere dramatică a natalității va duce la scăderea forței de muncă disponibile peste 20 – 25 de ani, determinând o scădere a numărului de medici și de asistente. Aceasta, conectată cu o îmbătrânire accentuată a populației (mare consumatoare de servicii medicale), va duce la o suprasolicitare a personalului medical în acea perioadă.
2.1.2. Tendințele sociale
Oferta de forță de muncă este influențată de tendințele sociale manifestate la un moment dat, cum ar fi o întrerupere frecventă pentru naștere de copii, posibilități de pensionare anticipată, creșterea numărului de doritori să lucreze jumătate de normă.
2.1.3. Mobilitatea forței de muncă
Oferta de forță de muncă este influențată de mobilitatea acesteia astfel: poate exista un excedent de forță de muncă disponibilă într-o anumită zonă, dar aceasta să nu fie dispusă să se mute sau să lucreze în altă zonă unde există un deficit al forței de muncă în acel domeniu.
2.1.4. Competiția pe piața forței de muncă
Într-o piață a forței de muncă având o rată ridicată a șomajului competiția pentru ocuparea unui loc de muncă este mult mai mare decât într-una cu o rată scăzută a șomajului.
2.1.5. Posibilitățile de transport
Oferta de forță de muncă este în general legată de o arie geografică. Cu cât specializarea cerută pentru forța de muncă este mai înaltă, cu atâta se lărgește aria geografică de căutare. Posibilitățile unui transport rapid și eficient din punctul de vedere al costului constituie factori favorizanți pentru găsirea unui personal specializat de la o distanță mai mare.
2.2. Factori interni:
2.2.1. Nivelul de salarizare
Nivelul de salarizare este unul din factorii determinanți ai cererii și ofertei de forță de muncă. Acesta poate stimula și competiția pentru un anumit loc de muncă, deoarece este normal ca un nivel crescut al salariilor să atragă mai mult personal sau aplicanți pentru un anumit post.
În sănătate, nivelul de salarizare este unul dintre cele mai importanți factori ai satisfacției sau insatisfacției legate de ocuparea unui post, fiind totodată cel mai flexibil instrument competitiv disponibil pentru patronat.
Herzberg subliniază că nivelul de salarizare este un instrument important doar pentru atragerea de personal, reținerea personalului făcându-se și prin alte mijloace.
2.2.2. Statutul oferit
Un factor important pentru ocuparea unui anumit post este statutul social oferit de o anumită slujbă. Personalul din sănătate are un statut social ridicat dat de importanța socială a muncii depuse, deși programul deseori foarte încărcat și nivelul de salarizare scăzut constituie dezavantaje majore în calea alegerii profesiilor de medic sau asistentă medicală pentru a face carieră.
2.2.3. Satisfacția muncii
Satisfacția muncii este foarte importantă pentru mulți angajați și pentru anumite categorii este mai importantă chiar decât banii sau statutul social, de exemplu pentru actori.
În sănătate, percepția vocației pentru meserie a compensat deseori nivelul scăzut al salariului. În general, cu cât este mai mare satisfacția în muncă, cu atât va fi aceasta mai atractivă pentru angajați. Satisfacția muncii este un concept subiectiv, fiind o percepție personală și indivizi diferiți vor avea percepții diferite asupra muncii efectuate în aceleași condiții și poate în același timp. De exemplu, doi medici lucrând în aceleași condiții și în același loc pot percepe diferit gradul de mulțumire vis-a vis de activitatea desfășurată.
2.2.4. Condițiile de muncă
Satisfacția muncii este strâns legată de condițiile de muncă. Cu cât sunt condițiile de muncă mai bune cu atât mai mare este satisfacția profesională, determinând mai mulți doritori de angajare în acest loc.

2.2.5. Posibilitățile de dezvoltare ulterioară
Cu cât posibilitățile de a face carieră într-un anumit post sunt mai mari, cu atât există mai mulți doritori de a ocupa acel post, comparativ cu unul similar fără posibilități de dezvoltare profesională ulterioară.

3. Factorii specifici care afectează cererea de personal sanitar

Cererea de personal sanitar este în mare măsură influențată de cererea de servicii de sănătate, ambele depinzând de mai mulți factori :

- numărul și structura populației
- factori genetici, de mediu și de stil de viață
- schimbările în practica medicală

și interrelația dintre ei.

3.1. Numărul și structura populației

O populație cu un număr crescut are în general, o nevoie mai mare de servicii de sănătate, deși aceasta depinde și de structura pe grupe de vârstă și socială a populației respective.
Există anumite grupuri de vârstă care au mai multă nevoie de îngrijiri de sănătate: nou-născuții, copiii mici, gravidele și vârstnicii.
Este evident că o populație în a cărei structură predomină unul din grupurile enumerate mai sus are mai multă nevoie de servicii de sănătate și deci de personal medical.

3.2. Factorii genetici, de mediu și de stil de viață

Bolile genetice și congenitale pot fi manifeste de la naștere, sau se pot manifesta mai târziu. Datorită progreselor înregistrate în medicină, mare parte dintre cei care suferă de aceste boli și care altădată mureau, astăzi sunt menținuți în viață, dar au o nevoie continuă de servicii medicale.
Factorii de mediu constituie determinanți ai sănătății, prin mediu înțelegând atât mediul natural (aer, apă, sol), cât și mediul ocupațional, social etc. Stilul de viață este un alt element care în funcție de tipul lui poate duce la păstrarea sau pierderea sănătății. Afecțiunile datorate mediului sau stilului de viață se traduc în final prin cerere de îngrijiri de sănătate, deci de necesar de personal medical.

3.3. Schimbările în practica medicală

Schimbările în practica medicală modifică cererea de personal sanitar, în sensul unei creșteri a pregătirii personalului, pentru a face față atât noilor tehnologii introduse cât și noilor tendințe în îngrijirile de sănătate – reducerea la minimum a duratei de spitalizare și creșterea rolului îngrijirilor la domiciliu.

AVANTAJELE PROCESULUI DE PLANIFICARE A RESURSELOR UMANE:

- organizația este pregătită să facă față schimbărilor planificate sau neașteptate;
- evitarea surplusului sau deficitului de personal;
- evitarea dublării eforturilor angajaților sau a suprapunerii sarcinilor;
- coordonarea și integrarea eforturilor angajaților este îmbunătățită.

LIMITELE PROCESULUI DE PLANIFICARE A RESURSELOR UMANE:

- în practică, planificarea resurselor umane este dificilă și imprecisă;
- existența rezistenței la schimbare (previziunea unei noi structuri a personalului poate fi privită ca o amenințare);
- dificultatea de a prevedea cu precizie schimbările sociale și economice;
- înregistrarea dinamicii personalului nu este întotdeauna corectă și completă;
- implementarea planului de planificare a resurselor umane poate fi costisitoare.

III. Recrutarea și selectarea resuselor umane

1. Importanța procesului de selectare a resurselor umane

După cum se poate observa, aproape toate funcțiile managementului de resurse umane se exercită asupra personalului din interiorul organizației, în afară de două: recrutarea și selectarea de personal. Și dacă recrutarea pune în valoare latura de "marketing" a

managementului resurselor umane, funcția de selectare este una dintre cele mai importante. Înseamnă a găsi persoanele a căror competență, aspirații și interese coincid cu nevoile și obiectivele organizației. De aceea, un bun proces de selectare nu începe doar prin evidențierea nevoilor de personal ale organizației și a posturilor libere existente ci și prin definirea foarte realistă a calificărilor necesare pentru ocuparea acestor posturi. Este dăunătoare și costisitoare atât angajarea unor persoane subcalificate cât și a unora supracalificate. Acestea din urmă se consideră subutilizate, intervine sentimentul de plictiseală care generează mai departe o întreagă serie de probleme, de la neatenție în muncă la superficialitate, discuții cu colegii, ducând în final la deteriorarea climatului organizațional.
În acest sens pot fi înțelese și cele spuse de Walter Wriston, președinte al Citicorp (precursor al Citibank): "Este foarte important să ai omul potrivit la locul potrivit. Dacă o numită funcție este ocupată de o persoană nepotrivită, nici cel mai bun sistem de management din lume nu te poate salva de dezastru".
Iar Akio Morita, președinte al companiei Sony s-a exprimat în acest sens: "Pe termen lung, afacerea ta și viitorul ei sunt în mâna celor pe care îi angajezi. Dar, în termeni mai dramatici, viitorul companiei tale se află de fapt în mâinile celui mai tânăr recrutat din cadrul personalului".
Prea des patronii și directorii executivi cheltuiesc mult timp și resurse în a concedia personal (în cea mai mare parte nepotrivit pentru funcțiile pe care le ocupă), când ar fi mult mai eficient să investească în procesele de selectare și de promovare. Persoanele "problemă" sau cele concediate au părut bune la început (deși nu erau), datorită superficialității procesului de selectare.

2. Procesul de selectare a resurselor umane

Pentru a fi cu adevărat eficient, un proces de selectare de personal trebuie să țină cont de trei categorii de criterii:

* ***criterii organizaționale*** – constituie acele atribute pe care organizația le consideră valoroase la angajații săi și care stau la baza judecării potențialului unui candidat. Aceste criterii organizaționale sunt rareori explicite, deseori fiind utilizate la nivel intuitiv. De exemplu, pentru o cameră de gardă a unui spital de urgență aceste criterii ar putea fi adaptabilitatea, flexibilitatea și rapiditatea. Acest gen de criterii ar putea deveni mai puțin subiective, dacă ar fi stabilite de un grup de selectori în comun, ținând cont de specificul organizației respective.
* ***criterii departamentale*** – acestea fac trecerea de la subiectivitatea și generalitatea criteriilor organizaționale la obiectivitatea și precizia celor date de post. De exemplu, pentru departamentul de relații cu publicul al unei case de asigurări trebuie angajate persoane cu reale capacități de comunicare interpersonală.
* ***criterii date de postul însuși*** – acestea sunt cele mai utilizate în procesul de selectare a personalului și sunt (sau ar trebui să fie) conținute în fișa postului și în specificațiile legate de persoana care ocupă postul. Acest tip de specificații (*person specifications*) sunt foarte mult utilizate în S.U.A. și ele cuprind anumite caracteristici ale persoanei care ar trebui să ocupe un anumit post și care nu sunt legate de pregătire, experiență etc. Aceste specificații personale sunt atașate fișei postului și sunt foarte utile interviului de angajare. Cum ? Pe baza lor se poate determina dacă persoana corespunde sau nu postului.
*

După ce am trecut în revistă principalele tipuri de criterii care ar trebui luate în considerație în cadrul procesului de selectare, să vedem care sunt principalele etape ale acestuia.

3. Principalele etape ale procesului de selectare sunt:

1. Primirea scrisorilor de intenție, a curriculum vitae sau a formularelor de aplicare
2. Trierea lor și crearea unei liste de potențiali candidați

3. Efectuarea de investigații privind solicitanții
4. Interviul de angajare
5. Aplicarea de teste
6. Decizia procesului de selectare (vezi anexa nr. 1)

Prezență fizică	Plăcută
Ținută	Vestimentație elegantă
Grad de inteligență	Peste medie Rapiditate în înțelegerea problemelor
Aptitudini speciale	Capacitate de comunicare Capacitate de a stabili rapid contacte/relații Capacitate de a se descurca în situații dificile Capacitate de negociere
Dispoziție	Răbdare
Circumstanțe	Capacitate de a lucra oricând este nevoie

Tabel 19.2. Exemplu: Specificații personale pentru postul de director adjunct al Departamentului Comercial dintr-o întreprindere

Deși au fost prezentate într-o formă cronologică, etapele 3 și 4 se desfășoară simultan, dacă nu chiar invers după unii autori (Zima).

După cum se poate observa, procesul de selectare are două puncte eliminatorii și anume interviul și testarea. Dar, etapa care determină o selectare în adevăratul sens al cuvântului, este interviul. Acesta în condițiile în care este bine condus, din el se pot obține date cu adevărat relevante.

Un interviu de angajare constituie un schimb formal de păreri, impresii și puncte de vedere între un potențial angajator și un potențial angajat cu privire la selecția lor reciprocă. Prin intermediul interviului nu numai intervievatorul află informații despre solicitantul postului, ci are loc și fenomenul invers: candidatul află informații despre organizația în care vrea să intre, despre climatul organizațional, despre tipul de conducere care există în organizație, ce fel de oameni sunt cei cu care eventual va lucra. Că acest proces are într-adevăr loc este demonstrat de faptul că între 5 și 7% dintre solicitanții de post se retrag după interviu (Zima).

Importanța interviului de angajare rezidă în faptul că există domenii în care acesta nu poate fi întrecut de nici o altă metodă de selecție (Derek Torrington). Acestea sunt:

* ***potențialul de a culege informații.*** Interviul constituie un mijloc rapid și flexibil pentru culegerea de informații. Dacă este desfășurat în mod corespunzător, datorită faptului că ia în considerație o paletă largă de factori, poate deveni foarte util. În plus, o serie întreagă de informații despre solicitant, provenite din diverse surse cum ar fi curriculum vitae, referințe, scrisori de intenție etc., pot fi discutate cu acesta și înlătură eventualele nelămuriri.
* ***potențialul de a oferi informații.*** Angajatorul are ocazia să ofere mai multe detalii despre firma sau instituția sa ca și despre postul în sine. Solicitantul are ocazia să pună întrebări și să-și satisfacă nevoia de informații în privința organizației în care intră.
* ***aspectele umane.*** În cursul interviului poate fi făcută o evaluare superficială a compatibilității dintre oameni care vor lucra împreună. După cum sublinia și Lopez, din punctul de vedere al solicitantului, organizația care desfășoară interviuri îi face o impresie bună; nu este doar testat ca la școală, ci există niște persoane din organizație care îi consacră o parte din timpul lor. Iar posibilitatea de a pune întrebări despre organizația în care dorește să intre îi dă solicitantului impresia că el este de fapt cel care face alegerea.

4. Funcțiile interviului de selecție

După cum a fost deja subliniat, un interviu de selecție bine condus îndeplinește următoarele trei funcții:

- **solicitarea de informații** mai detaliate despre motivația și comportamentul candidatului, în scopul evaluării personalității sale, pentru a vedea dacă este potrivit pentru post.
- **verificarea informațiilor** pe care candidatul le-a dat despre el însuși în curriculum vitae, formularul de solicitare a postului etc. și examinarea prin întrebări bine țintite a relevanței calificărilor și experienței candidatului.
- **oferirea de informații despre post și organizație.** Această parte a interviului este deseori omisă, dar nu trebuie uitat niciodată faptul că selecția este reciprocă: solicitantul este selectat de către instituție, dar și instituția este selectată de către solicitant.

Acest aspect al selecției reciproce este foarte important și trebuie ținut cont întotdeauna de el. Interviul constituie cel mai bun prilej pentru un solicitant de post de a-și forma o părere **reală** despre instituția în care dorește să lucreze. Informațiile pe care le are până la acel punct despre instituția respectivă nu sunt pe deplin obiective și reale.

Sursele de informații de care dispune solicitantul unui post până la acea oră pot fi de două categorii:

⇒ *scrise* – pliante de reclamă, anunțul de angajări, reclame de la T.V., eventual unele articole de ziar, care, în general, prezintă doar aspectele pozitive ale instituției, cele negative fiind trecute sub tăcere.

⇒ *orale* – de la alte persoane, care pot fi foști angajați care prezintă instituția în termeni neelogioși, sau persoane care cunosc alte persoane care au cunoștințe despre instituție și atunci intervin distorsiunile și zvonistica

Într-un singur caz, solicitantul unui post poate obține unele informații de primă mână, obiective despre instituția în care dorește să lucreze: dacă este vorba despre o instituție publică unde poate merge ca client. Doar în acest caz poate observa unele aspecte pozitive și negative despre acesta. Dar nici acestea nu sunt pe deplin relevante, pentru că în multe instituții există o diferență foarte mare între comportamentul în fața clienților și comportamentul și climatul intraorganizațional.

5. Tipuri de interviuri de selecție

Așa cum organizațiile diferă între ele, așa cum posturile dintr-o organizație diferă între ele, așa cum membrii unei organizații diferă între ei, există diferite tipuri și strategii de interviu. Interviurile se pot clasifica în funcție de mai multe criterii. Cele mai utilizate clasificări sunt următoarele:

a) după gradul de structurare al interviului:

1. **interviu structurat** – cu întrebări prestabilite, care se aseamănă foarte mult cu un chestionar la care solicitantul răspunde oral. Este utilizat în special pentru posturile care necesită puțină educație și calificare, care nu cer în mod special anumite caracteristici ale personalității
2. **interviu semistructurat** – în care sunt fixate dinainte unele întrebări de bază, ele servind ca jaloane pentru fluxul discuției. Oricum intervievatorul nu este încorsetat de aceste întrebări ci poate purta și o discuție liberă cu candidatul în alte arii de interes
3. **interviu nestructurat** – decurge ca o discuție liberă. În avans, intervievatorul își fixează anumite puncte care trebuie atinse în timpul discuției fără a formula apriori întrebări.

În general, tipul de interviu utilizat variază în funcție de două aspecte:

* ***complexitatea postului solicitat*** – cu cât postul respectiv incumbă sarcini mai complexe, abilități, aptitudini și pregătire mai complexă, cu atât scade gradul de structurare al interviului. Așa este și normal pentru că anumite trăsături ale personalității nu pot fi relevate prin întrebări șablon. Un alt factor foarte important de subliniat aici este responsabilitatea dată de postul respectiv. Cu cât aceasta este mai mare, cu atât este

utilizat un tip de interviu mai puţin structurat, pentru a da posibilitatea solicitantului de a-şi "releva" personalitatea într-o discuţie mai deschisă.

* ***experienţa intervievatorului*** – cu cât intervievatorul are mai multă experienţă în acest domeniu, cu atât va conduce un interviu mai puţin structurat, pentru că are abilitatea de a afla şi printr-o discuţie liberă aspecte care îl interesează. Dacă este un interviu panel, cu mai mulţi intervievatori, unul dintre ei va conduce discuţia şi interviul va fi structurat după gradul de experienţă al acestuia.

b) În funcţie de numărul intervievatorilor.

În acest sens se descriu două mari grupe, care la rândul lor au subdiviziuni.

- ***interviul individual*** – Este varianta de interviu în care candidatul discută cu un singur intervievator. Avantajul major al acestui tip de interviu este că se poate stabili foarte repede o atmosferă deschisă, raporturi de amabilitate şi de încredere. Este foarte avantajos pentru candidat, care trebuie să-şi concentreze atenţia asupra unui singur vorbitor, ceea ce este mai puţin stresant pentru el, decât de a avea de-a face cu mai mulţi intervievatori deodată. Principalul dezavantaj al acestui tip de interviu este că organizaţia lasă pe seama unui singur om responsabilitatea selecţiei candidaţilor în acest moment al procesului care, după cum am subliniat, este unul foarte important. Un alt aspect dezavantajos al acestui tip de interviu, legat de primul aspect, este că se pot manifesta din plin erorile care apar în desfăşurarea unui interviu. Acest tip de interviu este utilizat mai ales pentru selecţia personalului cu poziţii inferioare într-o organizaţie (*blue-collar personnel*). Un alt dezavantaj major al acestui tip de interviu este suspiciunea permanentă care planează asupra intervievatorului de favorizare a unuia dintre candidaţi – aşa numitul nepotism. Pentru a exclude aceste dezavantaje există o variantă a acestui tip de interviu – ***secvenţa de interviuri***. Aceasta constă dintr-o suită de interviuri cu un singur intervievator. În companiile şi instituţiile mari din ţările vest-europene şi S.U.A. interviul, ca metodă de selecţie a personalului, este format dintr-o secvenţă de interviuri: interviul iniţial de triere (care este mai scurt, este bine structurat şi conţine de obicei un set de întrebări standard) şi interviul propriu-zis care la rândul lui poate îmbrăca mai multe aspecte.
- ***interviul cu un grup de intervievatori*** – Acesta constă din intervievarea candidatului de către un grup (comisie) din cadrul organizaţiei. Există şi aici mai multe variante şi anume ***interviul panel*** (intervievatorii sunt în număr de trei sau patru) şi ***interviul de consiliu (board)*** în care intervievatorii sunt în număr de la opt în sus (acest tip de interviu se utilizează în selectarea persoanelor pentru funcţiile cele mai înalte ierarhic dintr-o mare companie). Ne vom referi aici la interviul panel care este frecvent utilizat; din grupul de intervievatori fac parte de obicei reprezentantul departamentului de resurse umane, şeful direct al postului vizat, şeful de departament etc. În acest tip de interviu se stabileşte un şef de comisie, care va conduce discuţiile şi care va da pe rând cuvântul membrilor panelului. Acest tip de interviu elimină toate dezavantajele tipului anterior şi are ca principale două avantaje posibilitatea de a se lua hotărâri rapide şi o creştere a validităţii interviului prin confruntarea mai multor păreri în privinţa unui candidat. Dezavantajul major îl constituie faptul că este mai stresant pentru candidat şi cu toate eforturile conducătorului panelului atmosfera este mai rece, mai rigidă şi mai formală decât la interviul cu o singură persoană. O variantă des utilizată a acestui tip de interviu este ***interviul în tandem***, când intervievatorii sunt două persoane – de obicei şeful de departament şi un reprezentant de la departamentul de resurse umane. Interviul panel este utilizat pentru selecţionarea personalului superior dintr-o organizaţie (*white collar personnel*) (Torrington).

Pentru selecţia de persoane pentru posturi manageriale se utilizează de asemenea interviul panel, dar nu un singur interviu, ci mai multe, în funcţie de poziţia managerială în discuţie. Interviul de selecţie nu este o simplă discuţie liberă între două sau mai multe persoane. El constituie un proces de judecată de ambele părţi. De aceea este necesar să existe o strategie de desfăşurare a discuţiei din care ambele părţi să poată trage concluzii valabile. Principalele tipuri de strategii utilizate la interviul de angajare sunt:

1. **Strategia francă şi prietenească** – Acest tip de strategie a fost sugerată de Hackett (1978). Aceasta se bazează pe presupunerea că într-o atmosferă deschisă şi relaxată, candidaţii vor oferi mai multe informaţii despre ei, ceea ce permite o judecare mai bună a valorii lor. Totodată, din punctul de vedere al candidatului, acest tip de strategie determină formarea unei impresii favorabile despre organizaţia în care doreşte să intre.
2. **Strategia de rezolvare de probleme** – Constă în prezentarea unei probleme ipotetice candidatului, pe care acesta trebuie să o rezolve. Se evaluează răspunsurile date de candidaţi. Problemele puse sunt derivate din fişa postului.
3. **Strategia comportamentală** – Este similară aceleia de rezolvare de probleme, dar se bazează pe analiza comportamentului **trecut** al candidatului într-una sau mai multe situaţii reale. Această strategie porneşte de la premiza că viitoarele performanţe ale unui candidat pot fi mai uşor previzibile, bazat pe ceea ce a făcut el cu adevărat. Critica majoră a strategiei de rezolvare de probleme, pe care strategia comportamentală o înlătură, este legată de faptul că în stresul dat de interviu, un candidat poate mai uşor povesti un fapt real trecut, decât să imagineze un comportament într-o situaţie ipotetică.
4. **Strategia stresului** – În acest tip de strategie candidatul este supus unor condiţii de stres în timpul interviului, pentru a-i fi testat comportamentul în condiţii de stres. Intervievatorul este agresiv, cinic, maliţios, chiar batjocoritor. Această strategie se utilizează pentru selecţionarea personalului cu foarte mare răspundere, care de obicei este supus unui stres permanent.

IV. Angajarea

Angajarea unei persoane trebuie să se facă respectând legislaţia în vigoare în acest domeniu. Între organizaţie şi angajat se încheie un contract de muncă în care ţine seama şi de elemente stabilite în timpul interviului. Orice modificare a condiţiilor prevăzute în contract trebuie aduse la cunoştinţa angajatului în termen de 1 lună.

Organizaţia are obligaţia de a asigura condiţii de lucru corespunzătoare cu respectarea legislaţiei în vigoare privind noxele, echipamentul de protecţie, ventilaţia, iluminatul etc.

Sancţionare sau concedierea se fac în condiţiile prevăzute în contractul de muncă.

În anumite situaţii se poate practica angajarea de probă, pe o durată cuprinsă între 1 lună şi maximum şase luni.

Orice persoană care se angajează într-o organizaţie are un anumit tip de necesităţi specifice care trebuie satisfăcute pentru a putea lucra în deplină siguranţă şi cu eficacitate. Acest lucru este valabil, într-o oarecare măsură, şi pentru cei care se transferă dintr-un post în altul în cadrul aceleiaşi organizaţii. Ca răspuns la existenţa acestui tip de necesităţi indiscutabile se apelează la aşa numita perioadă de instalare pe post.

Acţiunile de instalare într-un post cuprind mai multe elemente, pe care noii veniţi trebuie să le cunoască:

- Prezentarea locurilor în care trebuie să se ducă şi a persoanelor pe care trebuie să le cunoască (inclusiv colegii de muncă)
- Expunerea generală a activităţii pe care trebuie să o îndeplinească şi a modului în care trebuie să înceapă
- Prezentarea raporturilor dintre activitatea respectivă şi cele prevăzute de alte posturi
- Clauzele şi condiţiile de angajare.

Este de asemenea necesară instruirea angajaţilor cu privire la siguranţa în muncă. Acest lucru este important mai ales dacă angajaţii urmează să lucreze cu un echipament.

Evident că există o sumedenie de informaţii pe care trebuie să le daţi noilor angajaţi, chiar dacă nu din prima zi, dar măcar din prima săptămână. Printre acestea ar fi următoarele :

- prezentare sumară a valorilor şi activităţilor principale ale organizaţiei
- prezentare a structurii organizaţiei, a celor care deţin autoritatea şi a diferitelor responsabilităţi care revin membrilor organizaţiei (departamentului)

- prezentare a politicii de personal adoptate de organizație: clauzele și condițiile de angajare, orarul de activitate, spațiul de lucru, procedurile disciplinare și de soluționare a reclamațiilor și revendicărilor, convențiile colective (dacă există) drepturile la concedii plătite, drepturile salariale și sistemul de plată etc.

V. Integrarea profesională

Integrarea profesională la locul de muncă se poate realiza printr-un număr mare de procedee și metode care diferă de la o organizație la alta.

Printre procedeele folosite în mod frecvent se numără:

- Manualul noului angajat
- Conferințele de îndrumare
- Instructajele
- Scrisoarea de bun venit
- Filmele de îndrumare
- Lucrul sub tutelă

Metodele de integrare utilizate diferă în funcție de scopul angajării; astfel o persoană poate fi angajată pentru un anumit post (în special, în cazul executanților) sau pentru potențialul său (cunoștințe, creativitate, mobilitate, adaptabilitate). În primul caz se poate folosi integrarea directă pe post și îndrumarea directă, iar în cel de al doilea descoperirea organizației și încredințarea unor misiuni.

Integrarea directă pe post – conferă un sentiment de siguranță, dar reușita metodei depinde în mare măsură de ajutorul primit de la colegi și șeful direct

Îndrumarea directă – din prima zi noul angajat este preluat de un alt salariat care este absolvent al aceleiași școli, face parte din același grup de muncă, dar se află pe o poziție ierarhică superioară.

Descoperirea organizației – presupune trecerea noului angajat într-o perioadă de două luni prin toate compartimentele organizației

Încredințarea unei misiuni – are ca scop stimularea inițiativei noului angajat din perioada programului de integrare.

VI. Pregătirea profesională

Pregătirea profesională este un proces de instruire, pe parcursul căruia participanții dobândesc cunoștințe teoretice și practice necesare desfășurării activității lor prezente. **Dezvoltarea profesională**, are drept obiectiv, spre deosebire de pregătire, însușirea de cunoștințe utile atât în raport cu poziția actuală cât și cu cea viitoare.

Pregătirea profesională este asigurată de totalitatea acțiunilor de instruire în vederea exercitării în mod cât mai eficient a profesiei.

Pregătirea profesională are o importanță foarte mare în utilizarea și motivarea resurselor umane. În primul rând, prin îmbunătățirea abilității angajaților de a-și îndeplini sarcinile de serviciu, pregătirea permite o mai bună utilizarea a acestora; pe de altă parte dând angajaților un sentiment de stăpânire mai mare asupra muncii lor, acestora le crește satisfacția în muncă.

În esență, câștigurile pe care pregătirea profesională le poate aduce sunt următoarele:

- Productivitate și calitate sporită a activității
- Rebuturi reduse
- Adaptabilitate mai mare la noi tehnologii și metode de lucru
- Scădere a necesității de supraveghere
- Scădere a numărului de accidente
- Satisfacție crescută a muncii reflectată prin scăderea turnover-ului și a absenteismului

Există și argumente împotriva pregătirii profesionale efectuată în cadrul unei organizații:

- Este prea costisitoare (de obicei pe durata pregătirii participanții nu sunt productivi)

- Manifestarea tendinței de a părăsi organizația pentru un post mai bine plătit
- Existența firmelor care recrutează personal pregătit în afara lor

6.1. Necesitatea de pregătire profesională

Pentru unele organizații pregătirea profesională este de rutină, adică noii angajați în anumite posturi urmează automat cursuri de pregătire. Dar, deseori pregătirea este instituită ca răspuns la anumite evenimente, ca de exemplu:

- Instalarea unui nou echipament sau a unei noi tehnici care necesită deprinderi noi
- Schimbare în seria produselor sau serviciilor unei organizații
- Performanță scăzută din partea unuia sau mai multor angajați
- Schimbare în metodele de lucru
- Reduceri de personal (activitatea angajaților concediați este preluată de cei rămași)
- Dorința de îmbunătățire a calității și de reducere a rebuturilor
- Promovare sau transfer a unor angajați

6.2. Metode de planificare și organizare a pregătirii profesionale

Ca oricare alt proces din sfera managementului, pregătirea poate fi inutilă dacă nu este planificat și supervizat suficient de atent. Fără o abordare sistematică a acestui proces, pregătirea profesională poate fi prea multă sau prea puțină, sau efectuată fără a-și atinge scopul propus.

Când pregătirea este efectuată, validarea acesteia va arăta dacă și-a îndeplinit scopurile, iar evaluarea va măsura costurile în raport cu beneficiile.

Abordarea sistematică a procesului de pregătire poate să urmeze următorul program:

a) Analiza postului
b) Stabilirea standardelor de performanță pentru postul respectiv
c) Studierea angajaților cu performanțe proaste (evaluare sub standarde)
d) Luarea în considerare a diferențelor dintre b și c (dacă acestea există), analiza lor atentă pentru a vedea dacă nu au alte cauze: deficiențe organizatorice, materiale de calitate proastă sau echipamente cu deficiențe.
e) Proiectarea de programe de pregătire care să răspundă necesităților relevate la d
f) Organizarea și desfășurarea programului de pregătire
g) Evaluarea performanței angajaților după efectuarea programului de pregătire; pregătirea este considerată de succes dacă acum sunt atinse standardele de performanță stabilite la punctul b (validare)
h) Evaluarea va consta din compararea costurilor pregătirii cu câștigurile obținute prin creșterea performanțelor

costuri	beneficii
• Salarii instructori • Materiale pentru pregătire • Cheltuieli instructori (cazare, transport) • Echipamente utilizate în instruire • Salarii cursanți • Cheltuieli cursanți • Producție pierdută ca urmare a absenței celor care se instruiesc	• Creșterea producției ca urmare a îmbunătățirii procedurilor și metodelor utilizate • Reducerea erorilor în aprecierea situațiilor • Reducerea rebuturilor • Reducerea posturilor și activităților cu caracter birocratic • Crearea unor noi locuri de muncă • Îmbunătățirea climatului organizațional

Tabelul 19.3. Compararea costurilor și beneficiilor pregătirii profesionale

6.3. Evaluarea nevoilor de pregătire

Nevoia de pregătire profesională poate apare în două situații:

- Pe plan individual, care se manifestă în principal prin apariția diferențelor în sens negativ dintre standardele de performanță stabilite pentru un post și nivelul performanței individuale
- Pe planul colectivului în general, la schimbarea profilului producției, la introducerea de noi tehnologii și echipamente, la reducerea de personal sau schimbarea metodelor de lucru ale instituției

6.4. Forme de pregătire profesională

Cea mai importantă clasificare a formelor de pregătire profesională le separă pe acestea în:

a) **Pregătirea la locul de muncă** are loc de obicei în timpul programului normal de lucru, angajatul utilizând echipamentele, instrumentele, documentele și materialele pe care le va utiliza în mod curent după terminarea stagiului de pregătire. Angajatul este privit ca o persoană parțial productivă din clipa începerii pregătirii.

Avantaje:

- Este ieftină pentru că utilizează echipamentul normal de lucru într-un mediu normal
- Învățarea are loc pe echipamentul normal de lucru, deci nu există probleme de adaptare laborator – producție
- Angajatul este deja implicat în mediul de muncă; nu necesită o perioadă suplimentară de adaptare

Dezavantaje:

- Instructorul (de obicei șeful direct sau un angajat cu experiență) poate să fie un prost pedagog sau să nu aibă suficient timp pentru a oferi o pregătire corespunzătoare
- Dacă se lucrează în acord, instructorul și angajatul pot fi tentați să scurteze perioada pregătirii
- Angajatul poate fi expus unor metode proaste de lucru și să le învețe pe acestea în locul metodelor eficiente
- Se poate produce o cantitate mare de rebuturi
- Poate fi defectat echipament valoros
- Pregătirea poate deveni stresantă având loc în condiții reale de lucru

b) **În afara locului de muncă**, care se efectuează pe echipament sau instrumentar special simplificate. Angajatul nu este considerat persoană productivă, activitatea sa inițială constând din exerciții. Pregătirea în afara procesului de muncă poate avea loc fie în cadrul organizației, fie la un centru special de pregătire sau la nivel universitar.

Avantaje:

- Pregătirea fiind oferită de un instructor specializat, are o calitate crescută
- Se utilizează echipament special simplificat
- Pregătirea are loc în stagii separate și planificate utilizându-se exerciții speciale care permit angajatului să stăpânească aspecte dificile și particulare ale activității
- Pe termen lung, se dovedește mai puțin costisitoare deoarece permite angajatului să atingă nivele înalte de viteză și calitate
- Este eliberată de orice constrângeri financiare (plata în acord, plata la bucată), de zgomot și publicitate
- Nu se distruge echipament valoros și nu se produc rebuturi

Dezavantaje:

- Necesitatea unui număr mare de persoane care urmează a fi pregătite pentru a putea acoperi costurile legate de loc, echipamente și instructori
- Există dificultăți de adaptare la trecerea din "școală" în mediul real de muncă.

- Nici o pregătire nu poate fi efectuată complet în afara locului de muncă; există aspecte ale oricărei activități care pot fi efectuate doar la locul de muncă în mijlocul activității și relațiilor care se stabilesc aici. De exemplu, oricât de bun ar fi poligonul de la școala de șoferi, niciodată un candidat la obținerea permisului de conducere nu va învăța cu adevărat până ce nu va ieși pe un drum public.

Primul pas în schițarea unui curs de pregătire constă în luarea în considerare a necesităților de pregătire sub trei aspecte:

a) Atitudini
b) Deprinderi
c) Cunoștințe

De exemplu, o persoană care lucrează într-un magazin de confecții trebuie să aibă o anumită *atitudine* față de clienți, să aibă *deprinderi* în măsurarea, facturarea și împachetarea produselor și *cunoștințe* privind politica generală a firmei, noile tendințe ale modei și managementul stocurilor.

a. Atitudinea constă într-o modalitate caracteristică, individuală de reacție la un obiect sau o situație. Este bazată pe experiență și conduce la anumite comportamente sau la exprimarea anumitor opinii. Importanța atitudinilor în procesul de muncă variază în concordanță cu tipul postului. Dezvoltarea atitudinii este dificilă pentru că majoritatea atitudinilor sunt adânc înrădăcinate și nu se pot schimba într-un timp scurt. Totuși, cele mai uzuale metode utilizate în acest sens sunt:

1. **Experiență la locul de muncă în cadrul unui grup de angajați ale căror atitudini sunt considerate potrivite pentru activitatea desfășurată.** Este o metodă care dă rezultate în timp și este recomandabilă în special pentru noii angajați.
2. **Pregătire la locul de muncă prin asocierea cu un angajat cu experiență care are atitudinile potrivite activității desfășurate și calități personale care să determine acceptarea lor.** Ucenicia la locul de muncă este un exemplu al acestei metode.
3. **Pregătirea în afara locului de muncă pe bază de studii de caz,** în grupuri de lucru.
4. **Pregătirea în afara locului de muncă prin simularea de scenarii.**

b. Pregătire la nivel de abilități. Definiție: abilitate, deprindere (**skill**) = un model organizat și coordonat de activitate mentală și/sau fizică în relație cu un obiect sau altă sursă de informații, implicând procesele de receptor și efector. Procesele receptoare se referă la input-ul senzorial și procesele efectoare se referă la output sau la răspuns. Aceasta se construiește gradat, în decursul unor experiențe repetate. Are un aspect serial, fiecare aspect fiind dependent de ultimul și influențându-l pe următorul. Deprinderile sau abilitățile pot fi perceptuale, motorii, manuale, intelectuale, sociale etc. în concordanță cu contextul în care apar. Mai pe scurt, abilitatea poate fi definită ca o cale practică de a percepe un stimul relevant și de a răspunde la el.

6.5. Metode de pregătire la nivel de abilități

Metoda tradițională de pregătire la nivel de abilități este **"stând pe lângă Nellie"**, adică cel pregătit urmărește și copiază un angajat experimentat. Dacă acesta utilizează metode ineficiente de lucru sau dacă activitatea include multe aspecte care nu pot fi înțelese doar prin observație, atunci această metodă nu este bună. Deoarece un mare număr de activități conțin multe elemente care nu sunt ușor vizibile, este preferabilă utilizarea altor mijloace de pregătire. O abordare ar fi analiza elementelor cheie ale unei activități prin separarea lor în componentele esențiale. Această metodă este foarte ieftină și este recomandabilă pentru un număr mic de participanți la pregătire. Începe în afara locului de muncă, dar nu foarte departe de acesta pentru a continua apoi la locul de muncă.

O altă metodă este **analiza abilităților** care a fost dezvoltată pentru acele slujbe care necesită un gard înalt de dexteritate și coordonare a simțurilor și mișcărilor corpului. Acțiunile unui angajat foarte experimentat sunt analizate în detaliu pentru a descrie:

1. Ce activităţi sunt efectuate cu fiecare deget, fiecare mână şi fiecare picior;
2. Cum se combină aceste activităţi;
3. Care sunt stimulii care dau semnale pentru începerea şi încheierea acestor activităţi;
4. Simţurile prin care angajatul percepe aceşti stimuli;
5. Posibilele erori care pot apare.

O altă metodă utilizată în învăţarea deprinderilor este **metoda descoperirii**. Aceasta se bazează pe principiul descoperirii de către cursant a elementelor de bază ale activităţii respective şi a metodei corecte de a o îndeplini. Se presupune a fi mai motivantă decât alte forme de pregătire deoarece constituie o provocare pentru cursant. Este utilizată în special pentru învăţarea de tehnici noi de către angajaţi vechi, experimentaţi.

c. Pregătirea la nivel de **cunoştinţe**. Aceasta se efectuează prin:

- Cursuri
- Vizite şi tururi de studii
- Simulare
- Auto-instrucţie
- Învăţare programată
- Învăţare asistată de calculator
- Învăţare interactivă cu ajutorul prezentărilor video

6.6. Metode generale de pregătire profesională a angajaţilor

1. Pregătirea profesională la locul de muncă, care se realizează prin instruire sa ucenicie
2. Pregătirea profesională în scopul îndeplinirii responsabilităţilor funcţiei
   - Participarea în grup la elaborarea de proiecte, lucrări şi studii
   - Delegarea sarcinilor
   - Înlocuirea temporară a şefului ierarhic
3. Rotaţia pe posturi
4. Participarea în grupuri eterogene de lucru
5. Participarea ca instructor la programe de pregătire
6. Participarea la şedinţe
7. Participarea la " comitete junior"

VII. Dezvoltarea resurselor umane

Există mai multe metode prin care o organizaţie, un manager sau un angajat pot contribui la dezvoltarea acestuia din urmă. Se poate face o clasificare în zece mijloace de dezvoltare a angajaţilor, aceasta nefiind însă rigidă.

Zece mijloace de dezvoltare a resurselor umane

1. Proiectul organizaţional
2. Informarea
3. Participarea
4. Valorizarea resurselor umane
5. Un mediu care favorizează dezvoltarea
6. Orientarea
7. Menţinerea competenţelor
8. Perfecţionarea
9. Evaluarea randamentului
10. Mobilizarea resurselor umane

1. Proiectul organizaţional

Prezenţa unui proiect organizaţional constituie punctul de canalizare a energiilor şi furnizează tuturor ocazia de reafirmarea sensului muncii lor. Proiectul este în general global şi are efect asupra tuturor entităţilor organizaţionale. Se adresează atât medicilor cât şi celorlalte categorii de personal implicate. Poate cuprinde mai multe aspecte:

- planul strategic al organizației
- codul etic
- filozofia managerială
- filozofia de îngrijire a pacienților
- obiective anuale
- proiecte de calitate totală
- servicii noi

Proiectul organizațional are un efect mobilizator dacă posedă următoarele cinci caracteristici:

1. suscită o reflexie și o afirmare a misiunii și a valorilor fundamentale ale organizației
2. face loc participării unui număr mare de intervenanți
3. este pilotat și recunoscut de direcția organizației
4. este conceput de așa manieră încât să permită fiecărui individ și fiecărei unități să se identifice cu acest proiect
5. prezintă scopuri stimulante

2. Informarea

Informația pertinentă și la momentul potrivit constituie un mijloc privilegiat pentru favorizarea angajării și sentimentul de apartenență organizațională. Fiecare angajat, fiecare manager, fiecare medic are nevoie de informații semnificative pentru realizarea muncii lor. Cu cât un angajat se simte mai responsabil de munca sa, cu atât va fi mai receptiv la informațiile care i-ar putea fi utile.

Sunt câteva caracteristici general recunoscute ale unei informații de calitate:

- obiectivul informației este transmis în același timp cu informația
- vehicularea informației se face ținând cont de receptor
- nu se supraîncărca informația
- variația în timp și spațiu a informației
- existența unor mijloace de feedback pentru a fi sigur că informația transmisă este înțeleasă corect

3. Participarea

Toți angajații participă în viața unei organizații prin realizarea sarcinilor și responsabilităților încredințate pentru atingerea obiectivelor organizaționale. Dar dacă facem referire la un plan de participare, trebuie să facem referire la alte tipuri de participare:

- participare la orientare
- participare la fixarea obiectivelor
- participare la luarea deciziilor
- participare la evaluare etc.

Putem distinge două modalități de participare: participarea directă a angajaților în domenii care îi preocupă direct și participarea indirectă, prin reprezentanți.

Se pot distinge în general patru nivele de participare:

1. **Schimbul de informații**
2. **Consultarea** prealabilă luării unei decizii
3. **Participarea la luarea unei decizii** între membrii unei echipe sau cu superiorul imediat
4. **Delegarea** unei responsabilități cu putere de decizie

4. Valorizarea resurselor umane

A valoriza pe cineva înseamnă a acorda o valoare particulară unei persoane pentru ceea ce face și pentru rezultatul acțiunilor sale.

Orice persoană dorește să fie apreciată la justa sa valoare de către anturajul său și să se simtă recunoscută ca atare. Acest sentiment contribuie puternic la menținerea unei stime de sine pozitive și incită la angajarea și găsirea de satisfacții la locul de muncă. Este demonstrat faptul că cea mai mare importanță o are pentru un angajat părerea despre el a managerului său imediat. Dacă acesta îl devalorizează, este foarte probabil ca angajatul să furnizeze un randament scăzut. Este ceea ce se numește efectul Pygmalion.
După definiția prezentată mai sus este posibil să se valorizeze trei aspecte principale ale unei persoane:

- ceea ce este, ce reprezintă pentru mediul său, calitățile sale, caracteristicile distinctive
- ceea ce face sau maniera în care face un lucru
- rezultatele obținute în urma muncii sale sau a lucrului în echipă

Mijloacele organizaționale de valorizare:

- Politici de promovare internă
- Programe de recunoaștere a contribuțiilor excepționale
- Excursii ale personalului
- Petreceri oferite la împlinirea de 25 de ani de serviciu
- Săptămâna asistentelor, personalului de birou etc.
- Premii de excelență
- Programe de evaluare a randamentului
-

5. Un mediu care favorizează dezvoltarea
O slujbă, un loc de muncă, pot fi astfel definite încât să suscite dezvoltarea indivizilor. Este vorba pe de o parte de conceperea acestuia astfel încât să satisfacă nevoile clienților și pe de altă parte să permită angajaților să se dezvolte și să/și pună în valoare cunoștințele și aptitudinile.
Un mediu care favorizează dezvoltarea este un mediu care:

- Comportă așteptări și obiective clare
- Comportă responsabilități la latitudinea adecvată pentru a putea fi asumate
- Este stimulant
- Este supervizat de un lider mobilizator
- Comportă un mediu și instrumente de lucru adecvate
- Valorizează educația continuă

6. Orientarea
Orientarea corespunde etapei importante în care se realizează un mare grad de formare, fie la angajare, fie mai târziu în cazul unui transfer sau al unei promovări. Se recunosc în general trei activități care sunt propice dezvoltării:

- primirea sau orientarea generală în organizație
- orientarea specifică în departamentul sau secția de lucru
- orientarea specifică pe post

7. Menținerea competențelor
Competența este un concept dinamic. Ea nu este dobândită pentru totdeauna. Cunoștințele de referință evoluează continuu, mediul se modifică regulat în timp ce se integrează noile progrese tehnologice și schimbările organizaționale. În plus, anumite competențe tind să se uite din lipsă de practică.
Există o distincție clară între **competență și randament.** În timp ce în **randament se includ noțiuni cantitative sau de comportament, competențele se referă mai mult la calitatea unui gest, a unui act și la satisfacerea normelor general recunoscute** în profesia respectivă. Se caută să se asigure că un angajat este capabil (are cunoștințe, aptitudini)să formuleze un gest, nu că îl și pune în practică.

Înainte de a angaja acțiuni pentru menținerea competențelor, este esențial să se evalueze adecvat nevoile. Evaluarea constă în compararea atributelor individuale ale angajaților cu cele ale profilului de competențe. Această evaluare este o responsabilitate strâns legată atât de angajat cât și de manager. De fapt, toți angajații, responsabilii, membrii sau nu ai unei corporații profesionale, trebuie să fie capabili de autocritică și de luarea individuală de măsuri pentru menținerea la zi a competențelor de bază pentru slujba respectivă.
Pe de altă parte, managerul doritor să mențină standarde înalte de calitate ale serviciilor pentru clientela sa, adoptă un comportament proactiv în materie de competențe și-și ajută angajații să se autovalueze. Le furnizează activități de dezvoltare propice menținerii competenței dacă nu și dezvoltării ei.

8. Perfecționarea
Perfecționarea este un proces prin care un angajat își îmbunătățește competența într-un domeniu de activitate propriu și care este în relație directă cu nevoile organizaționale. Acest program se realizează de obicei prin activități interne sau externe organizației având o durată variabilă în funcție de nevoi.
În orice caz, este vorba de activități planificate care fac obiectul unui diagnostic specific și care comportă obiective ce permit unui angajat să-și depășească competențele legate doar de executarea cu regularitate a sarcinilor. Individul poate astfel trece la un nivel de dezvoltare și invocare în muncă sa sau la un nivel de polivalență crescută.

9. Evaluarea randamentului
Evaluarea randamentului constituie un mijloc de dezvoltare în măsura în care există posibilitatea schimbării de feedback constructiv și unde aceasta comportă o identificare a pistelor de dezvoltare. Se consideră în general că evaluarea de randament corespunde la trei nivele de nevoi:
1. ale angajaților – nevoi de consolidare, de stimă și de realizare a potențialului lor
2. ale managerului imediat – nevoi de eficacitate și eficiență din partea angajaților
3. ale organizației
   - nevoi de informare asupra calității forței de muncă
   - nevoi de planificare de programe pertinente de dezvoltare resurselor umane

Analiza postului
Analiza postului este procesul rațional de determinare a responsabilităților și sarcinilor care incumbă unui anumit post și este considerată baza managementului de resurse umane.
Etapă preliminară fișei postului, analiza postului este esențial a fi realizată înaintea înființării/desființării oricărui post, dar mai ales când se dorește ocuparea unui post. Este o discuție informală între manager, un reprezentant al departamentului resurse umane si, după unii specialiști ar putea fi prezent și un sociolog sau psiholog. Discuția debutează cu o întrebare de genul celei dacă este necesar postul respectiv în organizație. Dacă acesta este necesar, va trebui să rămână în această formă sau trebuie aduse modificări (profil, conținut etc.).
Ce spun specialiștii? De ce este importantă analiza postului? Câteva din argumentele pe care le aduc în sprijinul acestei afirmații sunt:
- validează metodele utilizate în luarea deciziilor privind angajarea;
- ajută atât managerul cât și angajatul în definirea responsabilităților și sarcinilor angajatului;
- servește ca ghid de referință în deplasarea angajatului la locul potrivit;
- apreciază timpul necesar efectuării unei activități de către angajat;
- oferă celor ce doresc să se angajeze informații realiste în ceea ce privește: sarcina de lucru, responsabilitățile, cerințele privind postul;
- oferă justificări existenței postului și locului acestuia în organizație;

- identifică interrelațiile dintre supraveghetori și subordonați precum și conexiunile dintre posturi cu responsabilități conectate;
- oferă ghid schimbărilor ce survin în planul de muncă;
- determină importanța relativă a activităților care mențin echitatea internă și externă a retribuirii;
- oferă informații selective privind procesul decizional al angajării;
- servește ca bază de stabilire a unor programe de dezvoltare profesională (*career development*);
- identifică excesul de angajați în cazul modificării numărului de angajați (de exemplu când două instituții se unesc);
- constituie un ghid de referință pentru șefii de compartiment sau specialiștii resurselor umane pentru a identifica motivațiile angajaților care părăsesc un loc de muncă sau în caz că aceștia ar dori să se angajeze în altă parte.

Prin analiza postului se examinează un post, în scopul identificării caracteristicilor sale principale, în special a îndatoririlor care-i revin ocupantului acelui post, a rezultatelor așteptate din activitatea lui, cât și a relațiilor care se stabilesc între acel post și celelalte posturi din schemă.

Pentru realizarea acestui proces sunt utilizate mai multe metode:

9.1. Observația directă

Dezavantajele principale ale acestei metode sunt:

- ❑ un lucrător experimentat poate face ca activitatea observată să pară mai ușoară
- ❑ un lucrător lipsit de experiență poate da impresia unei dificultăți exagerate a activității desfășurate
- ❑ unele activități manuale se desfășoară prea repede pentru a putea fi observate

9.2. Interviu cu deținătorul postului

Dezavantajele acestei metode sunt:

- ❑ angajatul respectiv poate supraestima sau minimaliza importanța activității desfășurate de el
- ❑ un lucrător experimentat poate din rutină, să uite anumite activități, sau detalii despre anumite activități desfășurate
- ❑ angajatul poate să nu fie în stare să își prezinte clar activitățile desfășurate

9.3. Interviu cu managerul imediat superior

Dezavantajele acestei metode sunt:

- ❑ acesta poate să nu fie întotdeauna la curent cu detaliile activității desfășurate
- ❑ acesta este de multe ori influențat în descrierea postului de impresia pe care o are despre deținătorul actual al postului
- ❑ acesta poate exagera importanța și responsabilitățile aferente unui post aflat în subordinea sa, în scopul creșterii propriei importanțe

9.4. Studierea echipamentelor și uneltelor de lucru

Acestea pot da informații prețioase despre activitatea desfășurată în acel loc de muncă.

9.5. Utilizarea de studii și anchete anterioare pe această temă

Acestea sunt foarte utile întrucât oferă un cadru general, care se poate îmbogăți cu informații la zi despre activitatea desfășurată.

9.6. U tilizare de chestionare administrate deținătorului postului

Dezavantajele acestei metode sunt:

- ❑ deținătorul postului poate să nu înțeleagă sensul corect al întrebărilor și atunci răspunsul nu este valid
- ❑ acesta poate să considere că întrebările nu reflectă realitatea privitor la activitatea desfășurată de el.

Pe baza informațiilor culese, se întocmește fișa postului pentru fiecare categorie de post.

Fișa postului cuprinde:

a. **Titlul postului**
b. **Departamentul/unitatea/secția**
c. **Supervizarea**

d. Descrierea postului

- sarcini/responsabilități
- pregătire/experiență
- performanța așteptată
- solicitări speciale pentru post

e. Relații cu alte posturi

10. Motivarea personalului

Motivația este imboldul/motivul (psihologic) care influențează atitudinile sau acțiunile unei persoane (ghidul OMS).

Să motivăm oamenii cu care lucrăm nu-i ușor și nici rapid, datorită a nenumărate constrângeri:

- venituri scăzute;
- o situație socio-economică dificilă;
- posibilități scăzute de dezvoltare a carierei;
- recompense bazate pe performanță scăzute;
- supervizare punitivă, nu suportivă;
- centralism și control;
- flexibilitate scăzută la nevoi;
- politici organizaționale neadecvate;
- birocrație administrativă accentuată;
- legislație;

Studiul motivației este studiul factorilor care determină comportamentul uman – un capitol de bază în managementul resurselor umane. Factorii care determină comportamentul uman au la bază studiul nevoilor oamenilor.

Nevoile – psihologii pornesc de la trei presupuneri bazale când interpretează comportamentul uman:

- comportamentul are o cauză (consecință a efectelor combinate ale eredității și mediului);
- la baza comportamentului oricărui individ stau nevoi, aspirații și dorințe;
- comportamentul are un scop (oamenii încearcă să atingă obiective sau ținte, care când sunt îndeplinite le vor satisface nevoile)

Studiul motivației personalului într-o organizație se realizează în jurul a două teorii motivaționale recunoscute.

11. Teoria ierarhiei nevoilor (Piramida nevoilor - Maslow)

Abraham H. Maslow pleacă de la principiul că oamenii au un ansamblu complex de nevoi extraordinar de puternic resimțite de fiecare individ și care pot fi clasificate într-o ordine ierarhică. Oamenii caută mijloacele necesare satisfacerii nevoilor de la bază spre vârf, după cum urmează:

- nevoi fiziologice (de bază) – incluzând nevoile de hrană, apă, aer;
- nevoia de securitate (siguranță) – incluzând nevoile de autoprotecție, apărare contra amenințărilor, acumularea de provizii pentru viitor;
- nevoia de afecțiune (apartenență) – incluzând nevoile de prietenie, de asociere la un grup, o organizație;
- nevoia de stimă de sine – incluzând nevoile de independență, de stimă a celorlalți, de a domina, de proprietate, de a desfășura activități sociale;
- nevoia de devenire (de actualizare) – incluzând nevoile de recunoaștere și acceptare de către ceilalți, de utilizare potențialului propriu, de dezvoltare individuală, nevoia de a ne utiliza creativitatea.

Teoria lui Maslow a fost și este combătută, rămânând totuși teoria cea mai utilizată pentru a explica motivațiile oamenilor, deci a comportamentului acestora într-o organizație.

Argumentele critice aduse teoriei lui Maslow se bazează pe faptul că există diferenţe individuale în perceperea satisfacerii nevoilor, ce sunt:

- culturale (obiceiuri, legi);
- perceptuale (oamenii percep lumea în termenii celor mai puţin satisfăcute nevoi; ei tind să recunoască acele scopuri care le satisfac nevoile)
- individuale (oamenii au capacităţi intelectuale sau aptitudini diferite, personalităţi diferite, o nevoie continuă de devenire).

Lipsa satisfacerii nevoilor individuale are consecinţe nefaste pentru organizaţie, ca de exemplu apariţia frustrării. Frustrarea unei persoane din organizaţie poată să apară când scopul dorit de această persoană nu este atins. Există două reacţii posibile la frustrare, deoarece prin natura noastră reacţionăm diferit:

- reacţia pozitivă, când încercăm să rezolvăm dificultăţile apărute, să ne atingem scopul prin ocolirea obstacolului sau identificarea unui alt scop care ne îndeplineşte nevoia (deprivare);
- reacţia negativă, dacă nu găsim alternative de împlinire a nevoilor prin atingerea scopului propus. Reacţia negativă poate lua diferite forme: agresiune (violenţă), regresie (întoarcerea la copilărie – plâns), resemnare sau fixaţie (când persistă în ceea ce nu poate atinge).

Frustrarea profesională poate avea cauze diverse ce conduc la diverse reacţii:

cauze:	*reacţii:*
- munca impusă/controlul excesiv	- personalul nu se implică sau pleacă
- sentimentul de muncă fără scop/în van	- oamenii muncesc fără eficienţă
- rezultatele nu sunt cunoscute, recunoscute	- nu-şi asumă responsabilităţi
- oamenii nu înţeleg deciziile	- se creează conflicte

Tabelul 19.4. Cauze şi reacţii ale frustrării profesionale

Există însă mijloace de a reduce frustrarea:

- cunoaşterea de către fiecare a rezultatelor muncii şi "recunoaşterea" acestora;
- selectarea adecvată a personalului;
- îmbunătăţirea formării continue a personalului;
- recunoaşterea eforturilor şi a meritelor individuale şi de grup;
- îmbunătăţirea comunicării interpersonale şi organizaţionale;
- consultarea şi delegarea;
- negocierea la timp a conflictelor;

12. Teoria motivaţională Frederic Herzberg

În viziunea lui Herzberg, motivaţia muncii depinde de două tipuri de factori, ce nu sunt însă antagonici: factori motivatori (de satisfacţie) şi factori "de igienă" (de întreţinere a satisfacţiei sau/şi de insatisfacţie).

Herzberg consideră drept factori motivatori atingerea scopului propus, recunoaşterea performanţelor, responsabilizarea şi posibilitatea de promovare şi nu în ultimul rând munca în sine. Factorii de igienă, a căror absenţă provoacă insatisfacţie dar care în sine nu sunt sursă de motivaţie sunt după Herzberg salariul, relaţia cu grupul şi organizaţia, tipul de management şi politica organizaţiei, condiţiile de lucru şi alte beneficii.

Şi teoria lui Herzberg este supusă criticilor şi controverselor.

13. Mijloace de creştere a motivaţiei resurselor umane într-o organizaţie:

- extensia muncii (îmbogăţirea muncii) ce poate fi orizontală (mai multe sarcini cu acelaşi nivel de dificultate şi aceiaşi responsabilitate) sau verticală (mai multă responsabilitate, utilizarea aptitudinilor nefolosite anterior);
- rotaţia posturilor prin implicarea mai profundă în procesul muncii a oamenilor, după ce sunt formaţi adecvat în acest scop;
- formarea periodică – în funcţie de nevoi şi dezvoltarea personalului;
- dezvoltarea participării în luarea deciziilor. Îmbunătăţirea participării înseamnă crearea sau dezvoltarea posibilităţilor pentru angajaţi să influenţeze munca şi contextul acesteia. Creşterea participării duce la creşterea performanţei. Ca strategii de creştere a participării se pot menţiona crearea de grupuri de lucru autonome, îmbogăţirea sarcinii de lucru, grupuri de lucru pe proiect, schimbări în stilul de management.
- o cultură organizaţională a "recunoaşterii", crearea accesului la inovaţie, dezvoltarea comunicării laterale (echipe pe sarcini), anularea straturilor ierarhice ce nu sunt necesare (eliminarea barierelor de acces la resurse ca informaţia), acceptarea delegării autorităţii şi diseminarea informaţiei, echilibrând obiectivele individuale cu cele ale organizaţiei, recunoaşterea performanţei individuale şi creşterea suportului pentru dezvoltarea individuală.

14. Evaluarea personalului

Evaluarea personalului este un proces continuu şi sistematic prin care organizaţiile îşi apreciază angajaţii, făcând parte din procesul global de evaluare a performanţei individuale în organizaţie şi având drept obiectiv dezvoltarea personalului angajat. Evaluarea personalului oferă în acelaşi timp posibilitatea îmbunătăţirii performanţei curente, furnizării de feed-back, creşterii motivaţiei personalului, identificării potenţialului neutilizat al angajaţilor şi nu în ultimul rând poate facilita rezolvarea unor probleme legate de sarcinile postului. Organizaţia are astfel un mijloc de monitorizare a personalului.

Dacă această activitate este bine făcută, beneficiază de ea angajaţii, managerii de mijloc, conducătorul instituţiei şi serviciul de resurse umane.

Astfel, din punctul de vedere al **angajaţilor**, retrospectiva activităţii lor trecute efectuată prin evaluarea randamentului le dă idei şi linii directoare pentru comportamentul lor viitor. Astfel, dacă comentariile referitoare la randament sunt pozitive, aceasta se constituie într-un semnal de a continua pe aceeaşi cale; dacă comentariile sunt negative, aceasta implică schimbarea comportamentului în viitor.

Din punctul de vedere al **managerilor de vârf şi de mijloc** evaluarea randamentului are o dublă semnificaţie:

- ❑ Evaluarea randamentului înseamnă exercitarea unui control, adică compararea randamentului real al angajaţilor cu cel aşteptat şi în funcţie de rezultate se poate induce o modificare a planurilor de activitate ale instituţiei.
- ❑ Totodată, evaluarea randamentului reprezintă baza pentru deciziile de promovare sau concediere de personal.

Din punctul de vedere al **serviciului de resurse umane** al instituţiei evaluarea randamentului furnizează informaţii despre eficienţa activităţii acestui serviciu. De exemplu, evaluări repetate pozitive sau negative dau informaţii despre eficienţa mijloacelor de recrutare, selectare, orientare, dezvoltare, promovare sau concediere de personal. Serviciul de resurse umane are nevoie ca evaluarea randamentului să fie efectuată sistematic, echitabil şi cu un minim de erori pentru ca ea să fie viabilă şi totodată fiabilă. Evaluarea randamentului angajaţilor serveşte totodată ca bază pentru remunerare.

Din punctul de vedere al organizației, aceasta beneficiază de evaluarea randamentului pentru că permite angajaților, conducerii și serviciului de resurse umane să-și ajusteze și modeleze acțiunile pentru a corespunde la funcționarea cu maximă eficacitate a acesteia.

15. Utilitatea evaluării randamentului

Utilitatea evaluării randamentului se referă la:

- **Ameliorarea randamentului viitor.** Efectul retroactiv al evaluării permite angajaților, managerilor și specialiștilor din departamentul de resurse umane să intervină în mod adecvat pentru ameliorarea performanței.
- **Modificări de remunerație și alte beneficii.** Evaluarea performanței permite identificarea persoanelor care merită o creștere de salariu, o primă sau alte facilități.
- **Determină o viitoare utilizare a unui angajat.** Promovarea, transferul, retrogradarea și concedierea sunt în general bazate pe rezultatele anterioare și uneori pe cele prevăzute.
- **Evidențierea nevoilor de formare și dezvoltare.** O performanță scăzută poate indica o nevoie de formare; de asemenea, o performanță excelentă poate indica o subutilizare a persoanei respective.
- **Planificarea dezvoltării carierelor.** Efectul retroactiv al evaluării determină decizii de orientare profesională; un angajat foarte bun este considerat un angajat de perspectivă și este stimulat pentru dezvoltarea unei cariere în cadrul organizației.
- **Lacune în procesul de dotare.** Performanțele slabe se pot datora nepriceperii sau dotării reduse a serviciului de resurse umane.
- **Inexactitatea informațiilor.** Un rezultat slab al evaluării se poate datora unor erori privind informațiile despre post, privind informațiile despre planificarea resurselor umane sau în alte segmente ale managementului resurselor umane. Bazate pe informații inexacte, deciziile de selectare, angajare și formare de personal pot fi luate în mod eronat.
- **Erori în definirea postului.**
- **Evidențierea influențelor externe.** Performanța scăzută a unei persoane poate fi influențată de factori externi mediului de muncă cum ar fi: familia, situația financiară, problemele de sănătate etc. Când evaluarea relevă astfel de influențe, managerul direct sau serviciul de resurse umane sunt cei mai în măsură să ofere sprijinul lor persoanelor care au nevoie.

16. Pregătirea evaluării randamentului

Evaluarea randamentului trebuie să compună o imagine cât mai exactă posibil a performanței în activitatea individului. Pentru atingerea acestui țel evaluarea randamentului trebuie să fie orientată către post, să se dovedească practică, să cuprindă norme și să conțină măsuri valide și fiabile și să fie administrate de persoane competente. Trebuie ca evaluarea să insiste pe elementele critice ale activității, adică asupra acelora care influențează succesul în activitate; altfel evaluarea nu va fi validă.

17. Criteriile de evaluare se formulează în conformitate cu fișa postului. Ele trebuie să fie:

- Precis formulate

- În număr limitat
- Clar enunțate
- Uşor de observat

18. Norme de randament (standarde)

Acestea determină nivelul dorit al performanței pentru fiecare post. Ele stabilesc ce trebuie să facă o persoană şi **cât de bine**. Ele permit evidențierea gradului în care au fost îndeplinite activitățile specifice fiecărui post. Aceste caracteristici se definesc prin următorii indicatori:

- Cantitate (cât de mult)
- Calitate (cât de bine sau de competent)
- Cost (cheltuială implicată)
- Utilizare resurse (echipamente, materiale)
- Mod de realizare

19. Măsuri de randament

Pentru a fi utile, ele trebuie să îndeplinească următoarele caracteristici:

- Să fie uşor de utilizat
- Să fie fiabile
- Să fie uşor de cuantificat

Măsurile de randament pot fi subiective sau obiective. Măsurile obiective de randament sunt cele care pot fi verificate şi de către alte persoane şi acestea sunt în general cuantificabile. Exemple de măsuri obiective:

- Număr brut de unități produse
- Număr net de unități produse
- Numărul de rebuturi
- Numărul de erori de calcul
- Numărul de plângeri ale clienților

Măsurile subiective nu pot fi verificate de către altcineva. Cea mai frecvent utilizată măsură subiectivă este dată de opinia evaluatorului.

20. Erorile de evaluare

Principala problemă a măsurilor subiective de randament este că permite infiltrarea erorilor (biais). Biais constituie o eroare, de obicei sistematică, care apare într-o măsurătoare şi care este neintenționată. Unele erori de evaluare sunt cauzate de lipsa de detaşare emotivă a evaluatorilor, iar altele sunt datorate procesului cognitiv de tratament al informației. Erorile cele mai frecvente sunt:

20.1. Efectul de halou – apare atunci când opinia evaluatorului asupra unui aspect al persoanei influențează măsura randamentului global. Această eroare apare în principal la evaluarea persoanelor simpatice evaluatorului (prieteni) sau persoanelor antipatice evaluatorului (duşmani).

20.2. Efectul de tendință centrală – multor evaluatori le displac calificativele extreme: excepțional sau nesatisfăcător; în consecință ei deformează evaluările astfel că toți angajații sunt medii.

20.3. Clemența sau severitatea – apare atunci când evaluatorii au tendința de fi foarte generoși sau foarte severi. În primul caz tot personalul este evaluat cu foarte bine și excepțional, iar în al doilea caz cu nesatisfăcător sau satisfăcător.
20.4. Prejudecățile – antipatia unui evaluator pentru un anumit tip de persoane sau pentru un grup îi pot deforma judecata. De exemplu, bărbații evaluatori cotează cu performanțe slabe femeile care ocupă funcții tradițional masculine. Această eroare de evaluare apare și în judecarea performanțelor unor persoane aparținând unor grupuri minoritare, etnice, religioase, sexuale etc.
20.5. Eroarea interculturală – apare când o persoană având o anumită educație și provenind dintr-o anumită cultură evaluează o persoană cu educație și cultură diferită. În situația României această eroare apare foarte rar, ea devenind foarte importantă în țări multiculturale, ca de exemplu SUA.
20.6. Influența informației celei mai recente – în cazul utilizării măsurilor subiective de randament , evaluarea este influențată de acțiunile cele mai recente ale angajatului (pozitive sau negative).

21. Cum pot fi eliminate aceste erori de evaluare

Dacă se utilizează măsuri subiective de randament, eliminarea acestor erori care apar în procesul de evaluare pot fi eliminate prin pregătirea (formarea) de evaluatori.
Acest proces are loc în trei etape:
Prima etapă constă în descrierea erorilor care pot apare, explicarea cauzelor lor și conștientizarea evaluatorilor pentru a se feri de ele.
A doua etapă constă în precizarea foarte clară a rolului pe care îl joacă evaluarea randamentului în deciziile legate de personal, punându-se în evidență nevoia de imparțialitate și obiectivitate.
A treia etapă constă în utilizarea foarte intensă în procesul de formare a măsurilor subiective – fie prin exerciții, fie prin simulări, pentru ca evaluatorii să fie foarte familiarizați cu utilizarea acestora. Erorile descoperite în timpul acestor exerciții pot fi corijate printr-o pregătire suplimentară sau prin *counseling*.

22. Cine face evaluarea?

Evaluarea poate fi efectuată de către:

- **persoana însăși (autoevaluare)**
- superiorul imediat
- colegii
- inferiorii
-

23. Metode de evaluare a randamentului
Metodele de evaluare a randamentului pot fi retrospective sau prospective.

Metodele de evaluare retrospective sunt cele mai utilizate și prezintă avantajul că se referă la comportamente trecute, care într-un anumit fel sunt măsurabile.
Dezavantajul lor constă în faptul că un comportament trecut nu mai poate fi schimbat.

24. Principalele metode de evaluare retrospectivă:

- **Evaluarea liberă** – este metoda cea mai simplă, dar și cea mai puțin utilă. Constă în efectuarea unei judecăți globale asupra randamentului unui individ.

Fără criterii bine definite, fără măsuri, bazându-se pe o apreciere globală, ea permite apariția tuturor erorilor și nu oferă angajatului nici un indiciu pentru a-și modifica comportamentul.

- **Scala de notare** – este metoda cea mai veche și cea mai des utilizată. Evaluarea se face pe o scară care merge de la slab la excelent. Ea a fost îmbunătățită în timp prin introducerea criteriilor pe baza cărora se face evaluarea. Pentru fiecare calificativ se acordă o notă, astfel se poate stabili și o valoare numerică în evaluarea randamentului, dar, acest lucru dă și posibilitatea comparării angajaților între ei.

Dezavantaje:

- Este foarte subiectivă
- Deseori sunt omise criterii de măsurare a randamentului valabile pentru mai multe posturi

- **Lista de comportamente** –această metodă cere din partea evaluatorului să aleagă din mai multe variante de comportament pe cea care crede că se potrivește cel mai bine angajatului evaluat. Totodată se poate da o valoare numerică diverselor elemente, construindu-se lista ponderată de comportamente.

Avantaje :

- Ușor de completat
- Necesită o pregătire limitată din partea evaluatorului
- Este standardizată pentru diferite posturi

Dezavantaje:

- Permite apariția erorilor (efectul de halou)
- Dacă nu este bine construită face apel mai degrabă la criterii de personalitate decât de randament
- Pot fi acordate ponderi inadecvate pentru diverse comportamente

- **Alegerea forțată** – metoda constă în alegerea de către evaluator dintr-o pereche de enunțuri pe cel care consideră că caracterizează cel mai bine persoana evaluată.

De exemplu:
Învață repede ..... prinde greu
Activitatea sa este rapidă și precisă ..... de obicei este în întârziere cu lucrările.

Specialiștii de resurse umane grupează elementele în categorii prestabilite, cum ar fi capacitatea de învățare, randamentul în activitate, relațiile interpersonale etc. Apoi se evaluează randamentul angajatului observând din ce categorie sunt elementele care predomină.

Se pot apoi trage concluzii privitoare la posibilitățile de îmbunătățire a performanțelor viitoare.

Avantaje:

- Ușor de aplicat
- Prezintă niște criterii clare, nu permite apariția ușoară a erorilor

Dezavantaje:

- Încadrarea în două categorii extreme a comportamentelor pune în dificultate evaluarea persoanelor care sunt la medie

- **Incidentele critice** – metoda cere din partea evaluatorului notarea incidentelor notabile pe măsură ce ele se petrec. Este de preferat ca incidentele să fie înregistrate în mod continuu şi nu retrospectiv. Trebuie notate atât incidentele pozitive cât şi cele negative.

Avantaje :

- Este cea mai bună metodă de evaluare subiectivă a personalului, pentru că oferă o dovadă reală pentru evaluare.

Dezavantaje :

- Este foarte dificil de a convinge supervizorii să noteze continuu incidentele referitoare la angajaţi.
- Angajaţii au permanent impresia că supervizorii acordă mai multă atenţie în a nota incidentele negative decât pe cele pozitive
- **Evaluarea de către specialişti** – metodă foarte des utilizată în Franţa şi Canada. Echipe de specialişti în resurse umane vin în cadrul instituţiei şi efectuează evaluarea alături de managerii direcţi. Interpretările lor sunt mai puţin expuse erorilor decât cele ale şefilor direcţi.

Avantaje:

- Apar erori mult mai puţine.

Dezavantaje:

- Necunoaşterea importanţei unui angajat pentru instituţie poate determina apariţia unor erori
- **Testele de evaluare a performanţei** – acestea pot fi teste scrise de evaluare a cunoştinţelor sau teste practice de abilităţi.

Dezavantaje :

- Nu reflectă pe deplin randamentul în activitate al unei persoane ;o persoană poate fi foarte bună la aceste teste, dar în activitatea de zi cu zi să nu aibă un randament bun din diverse motive

25. Metodele de evaluare prospectivă

Aceste metode îşi îndreaptă atenţia către randamentul viitor, evaluând potenţialul unui angajat sau determinând viitoarea utilizare a unui angajat.

Principalele metode de evaluare prospectivă sunt:

- **Evaluarea psihologică** – este metoda cea mai des utilizată pentru a evalua potenţialul unui angajat, pentru a vedea unde poate fi utilizat cel mai eficient.

Sunt utilizate în acest sens testele psihologice.

- **Managementul prin obiective** – metodă modernă foarte utilizată, care nu dă posibilitatea de contestaţii prea multe. La începutul anului angajatul şi managerul direct stabilesc clar obiectivele activităţii pentru anul în curs. La evaluarea de sfârşit de an în funcţie de atingerea acestora se poate face evaluarea randamentului activităţii angajatului.
- **Centrele de evaluare** – metodă foarte modernă şi costisitoare. În cadrul acestor centre lucrează echipe de evaluatori dotaţi cu instrumente standardizate, în care se fac mai multe tipuri de evaluări interviuri, teste psihologice, de aptitudini şi de cunoştinţe şi chiar desfăşurare de activităţi pe simulatoare.

26. Interviul de evaluare

Întâlnire între angajat şi managerul direct în care sunt examinate randamentul trecut al angajatului şi potenţialul său viitor, posibilităţile de evoluţie, necesităţile de formare etc.

Există trei tipuri de interviuri:

- **Enunț și convingere** – în care evaluatorul își spune părerea referitoare la randamentul angajatului și încearcă să-l convingă pe acesta de justețea deciziei sale
- **Enunț și ascultare** – în care evaluatorul ascultă și părerea angajatului referitoare la motivele care au condus la această performanță
- **Rezolvare de probleme** – în care după parcurgerea etapelor de mai sus, se încearcă și rezolvarea problemelor care au condus la această performanță.

VIII. Remunerarea

Este unul din instrumentele managementului de resurse umane.
Este acea activitate de management de resurse umane ce recompensează angajatul pentru contribuția sa în cadrul organizației
Remunerarea este diferită de salariu.
Remunerarea are și alte dimensiuni în afară de salariu, date de:
a. Natura sarcinii – promovarea – un tip de remunerare – (un post mai mare permite obținerea de venituri mai mari).
b. Posibilitatea de a învăța – cursuri de pregătire – prilej de a învăța ceva nou, ceea ce mai departe oferă prilej de promovare.
c. Oportunitatea de a face carieră – organizațiile mai importante oferă aceste oportunități. Aceste oportunități sunt o formă de remunerare pentru că oferă angajaților o perspectivă de viitor.
d. Dobândirea de responsabilități – a încredința responsabilități unor oameni este o formă de apreciere, o formă de remunerare morală.
e. Respectul colegilor – formă de remunerare morală.
f. Aprecierea clienților – remunerare morală și materială (crește numărul de comenzi, cresc încasările, cresc veniturile).
g. Siguranța serviciului
h. Imaginea în cadrul organizației
Retribuirea este cea mai importantă obligație pe care o are un patron (care poate fi și statul) față de un angajat. Îndeplinirea acestei obligații este, pentru mulți patroni, cea mai mare cheltuială din cadrul unei afaceri.
În mod obișnuit salariile și alte costuri legate de ele (pensii, concedii medicale etc.) determină cam 60% din întregul cost al unei afaceri.
De aceea există un interes major pentru patroni în această direcție.
Dar în această direcție se manifestă și influențe externe :
- sindicatele – determină o continuă urcare a prețului forței de muncă, în special a celei calificate.
- guvernul – impune condițiile salariale minime pentru toți angajații
În aceste condiții cele mai multe organizații (publice, private) cheltuie timp, efort și bani pentru a găsi modalități de plată cât mai bune.

Există trei obiective principale ale unei politici de retribuire într-o organizație :
1. atragerea de personal suficient și cât mai pregătit
2. reținerea angajaților care satisfac cerințele organizației
3. răsplătirea angajaților pentru modul în care se achită de sarcini, efort, loialitate, experiență.

Aceste obiective se vor atinge în cadrul unui buget pentru salarii și plăți asociate (pensii, concedii medicale etc.).
Există variații semnificative privitor la ceea ce trebuie să plătească organizația pentru

- a atrage,
- a reţine şi
- a motive personalul.

Cei mai importanţi factori de care trebuie ţinut seama sunt :

1. starea pieţei forţei de muncă:

o organizaţie care operează pe o piaţă a muncii competitivă (adică cu lipsă de oameni disponibili, trebuie să plătească salarii mai mari decât o organizaţie care acţionează pe o piaţă a muncii cu şomeri.

2. natura operaţiilor pe care trebuie să le execute angajaţii

adică organizaţiile care necesită personal necalificat plătesc salarii mai mici decât organizaţiile care necesită personal cu o înaltă calificare.

Factorii care influenţează nivelul salariilor sunt determinaţi de :

1. Posibilităţile de plată ale organizaţiei

Aici intervin mai multe probleme:

- organizaţiile profitabile îşi plătesc angajaţii mai bine decât organizaţiile care luptă pentru supravieţuire.
- cât din venituri trebuie alocat pentru salarii comparativ cu investiţiile, de exemplu.
- dezbaterea cu sindicatele

Aici se confruntă două poziţii, două puncte de vedere:

Managerul organizaţiei trebuie să aibe grijă de toate resursele, cea umană fiind doar o componentă şi totodată trebuie să asigure viitoarele investiţii, producţie mereu înnoită, forţă de muncă, etc.

Sindicatele privesc doar preţul forţei de muncă.

2. Comparaţia cu organizaţii similare

Patronii şi sindicatele fac o permanentă comparaţie cu nivelul salariilor pentru pentru un anumit post cu alte organizaţii:

- sectorul public caută comparaţii în sectorul privat,
- o firmă caută comparaţii în industria de ramură.

3. Forţa sindicatelor

După cum am menţionat şi la punctul 1 posibilitatea organizaţiei de a plăti este o problemă de judecată managerială. Posibilitatea sindicatelor de a o influenţa depinde foarte mult de puterea lor de a negocia.

a) Dacă patronul are nevoie **disperată** de forţă de muncă şi dacă calificarea pe care o caută este rară, atunci poziţia sindicatelor este foarte puternică şi pot impune salarii mari.

b) Dacă piaţa muncii este plină de cereri de serviciu , poziţia sindicatelor este mult mai slabă.

c) Dacă organizaţia îşi reduce forţa de muncă din diverse cauze, aceasta constituie cea mai slabă poziţie pentru sindicat.

4. Condiţiile pieţei forţei de muncă

Important pentru organizaţie este piaţa forţei de muncă **de care are nevoie**. Anumite calificări sunt întotdeauna greu de găsit, chiar dacă piaţa forţei de muncă este plină de cereri de serviciu. Organizaţia care caută persoane cu aceste calificări trebuie să plătească în plus.

5. Costul vieții

Când costul vieții este mare și inflația în creștere, există o presiune enormă asupra patronilor pentru a crește salariile în concordanță cu rata inflației. Altfel, puterea de cumpărare a angajaților scade, ceea ce duce la scăderea productivității din cauza stresului psihic al angajaților.

6. Influențele guvernamentale

Acestea se pot manifesta prin:

- statuarea unor niveluri minime de bază ale salariilor
- alte măsuri fiscale (scăderea impozitelor și taxelor pentru persoanele cu venituri mici)
- protejarea anumitor grpuri speciale de angajați (femei, adolescenți, handicapați etc.)

7. Productivitatea

Eficiența și productivitatea sunt în ultimă instanță factori care influențează nivelurile la care se pot stabili salariile într-o organizație.

8. Schimbările organizatorice și tehnologice

O organizație în schimbare își va schimba și sistemul de salarizare. Schimbările tehnologice atrag după sine crearea și pierderea de posturi, implicit de angajați. De exemplu, masiva răspândire a computerelor a implicat cererea de noi abilități calificări, desființarea multor meserii tradiționale.

Modul de formare al salariilor ține cont de ierarhizarea posturilor. Pentru aceasta este necesară evaluarea posturilor. Aceasta se referă la exigențele și condițiile locului de muncă și NU la calitățile persoanei care îl ocupă.

Primul stadiu în evaluarea posturilor este o ierarhizare a lor și al doilea este acordarea unei valori monetare fiecăruia.

***Importanța evaluării posturilor*:**

1. Face salarizarea mai ușoară, reducând numărul sistemelor diferite de salarizare.
2. Armonizează sistemul de salarizare al organizației cu cele din alte organizații.
3. Oferă un mijloc de stabilire a nivelului de salarizare pentru posturi noi sau posturi cu sarcini schimbate.
4. Protejează salariații de deciziile arbitrare ale conducerii privind salarizarea.
5. Justifică diferențele de salarii între funcții
6. Facilitează sistemele de promovare.

Evaluarea posturilor se face în general prin trei metode :

I. Ierarhizarea (înșiruirea) în ordinea valorii importanței

Este o metodă non-analitică pentru că postul este luat ca un tot, nu este amănunțit pe activități specifice. Uneori acest proces se face luând una sau două posturi ca punct de referință.

Avantaje

- este rapidă și nu necesită personal administrativ numeros
- este ușor înțeleasă
- se folosește pentru slujbe (funcții) omogene ca structură, nu foarte variate

Dezavantaje

1. în caz de nemulțumiri, este foarte greu de justificat metoda, pentru că funcțiile nu sunt judecate în profunzime (amănunțit).
2. nu poate fi folosită în organizații cu o paletă de funcții foarte variată
3. nu stabilește distanța dintre funcții. De exemplu A este înaintea lui B ca valoare și importanță, dar cu cât ?

II. Împărțirea pe clase

Această metodă semi-analitică oferă un cadru în care se pot încadra posturile. Se hotărește de la început câte clase de salarizare se vor crea și se definesc tipurile de posturi pentru fiecare clasă. De exemplu, gradul cel mai jos, va fi definit ca înglobând acele posturi care necesită puțină pricepere, cunoștințe și sunt foarte atent supravegheate

Cu fiecare clasă în sus, crește nivelul îndemânării, cunoștințelor și responsabilităților.

Pentru această metodă posturile sunt studiate mai în amănunt.

Avantaje :

- este relativ simplă, rapidă și ieftină
- decizia de a plasa un post într-o anumită clasă este susținută de definirea posturilor pentru clasa respectivă

Dezavantaje :

1. Posturile complexe sunt foarte greu de potrivit în acest sistem; un post poate avea caracteristicile a două sau trei clase, din această cauză, clasele au tendința de a fi subdivizate în subclase, aceasta făcând schema greoaie

2. Lasă loc arbitrariului. De exemplu, la indicația managerului organizație, un manager de resurse umane poate alcătui astfel schema încât să încadreze majoritatea posturilor din organizație în clase inferioare, acest fapt reducând foarte mult cheltuielile de personal.

III. Clasificarea prin punctaj

Metodă analitică care necesită o examinare detaliată a fiecărui post. Înainte de analiza fiecărui tip de post se stabilesc factorii care trebuie analizați. De exemplu, pentru posturile care presupun activitate manuală, aceștia pot fi :

- îndemânare
- efort
- responsabilitate
- condiții de muncă

De obicei, fiecare din aceștia se subdivide la rândul lui în 3, devenind astfel 12 în total. De exemplu, factorul "îndemânare" se subdivide în :

- nivel de pregătire
- experiență
- dexteritate

Pentru posturile care presupun activitate intelectuală se pot utiliza alți factori, în funcție de specificul organizației, de exemplu :

- gradul de complexitate al îndatoririlor
- numărul de contacte cu alte persoane
- manipulare de informații secrete

Fiecăruia din factori i se acordă un anumit număr de puncte, iar suma lor va da punctajul pentru fiecare post; de exemplu, factorii pentru postul de manager ar putea fi :

- capacitatea de analiză
- experiența
- gradul de luare a deciziilor
- numărul contactelor cu alte persoane
- nivelul de control pe care îl presupune (de control al subordonaților)

După utilizarea uneia din cele trei metode, de preferat ultima, posturile apar clasificate într-o ordine în funcție de valoare. Apoi ele sunt împărțite pe clase, obiectivul fiind de a aloca fiecărei clase nivelele de salarizare corespunzătoare

IX. Lucrul în echipă într-o organizaţie

Echipa de lucru (grupul de lucru) este constituită din mai multe persoane care comunică între ele, adesea pentru o perioadă limitată de timp, persoane a căror număr este suficient de mic astfel încât fiecare participant să poată comunica direct cu toţi ceilalţi. Trei condiţii sunt necesare pentru ca o echipă (un grup) să existe:

- în primul rând toţi participanţii trebuie să aibă posibilitatea de a se vedea şi a se auzi fiecare cu fiecare
- în al doilea rând, fiecare membru al echipei trebuie să se angajeze într-un proces de comunicare interpersonală cu fiecare dintre ceilalţi participanţi
- în al treilea rând, ierarhia oficială între membrii echipei trebuie redusă la minimum

O caracteristică importantă de care trebuie să ţinem cont încă de la început atunci când vorbim de o echipă de lucru este incompatibilitatea ce poate să apară între interesele echipei şi cele ale membrilor săi. Aceste interese nu antrenează însă obligatoriu conflictul. Observaţiile următoare reflectă adesea aceste interese potenţial comune sau contradictorii.

- echipele mobilizează forţe puternice care produc efecte importante pentru membrii săi ca şi pentru organizaţie;
- echipele pot să producă, în acelaşi timp, rezultate pozitive şi negative, cu impact asupra indivizilor şi a organizaţiilor
- modul în care echipa este formată, motivată şi coordonată influenţează performanţa acesteia şi realizarea obiectivelor propuse

1. Etape ale dezvoltării unei echipe

Echipa de lucru traversează cinci etape de-a lungul existenţei sale: etapa de formare, perioada de furtună, faza de normalizare, executarea sarcinii şi în final dizolvarea. Trebuie însă menţionat că nu toate grupurile traversează întotdeauna toate etapele menţionate. De exemplu, presiunile exercitate de către o autoritate superioară, pentru a scurta timpul de lucru în îndeplinirea sarcinii poate modifica etapele susmenţionate.

- *formarea*: în stadiul formării echipei, membrii acesteia îşi consacră eforturile determinării obiectivelor şi adoptării procedurilor necesare realizării sarcinii. În această etapă membrii echipei încearcă să se cunoască mai bine şi să-şi admită rolurile ce le sunt desemnate în cadrul echipei. Comportamentele sociale (axate pe menţinerea bunelor relaţii între participanţi) pot fi diferite: păstrarea tăcerii până în momentul în care situaţia devine familiară, exprimarea unei false amabilităţi, aparenţa unei siguranţe de sine neresimţită în realitate, nutrirea de îndoieli şi ezitări faţă de ceea ce se aşteaptă de la ei.
- *furtuna*: conflicte pot să apară în legătură cu obiectivele prioritare ale echipei, repartizarea responsabilităţilor, rolul de coordonator şi modul în care acesta îşi îndeplineşte sarcinile. În acest stadiu poate apărea competiţia şi unii membrii se pot retrage din echipă. Tensiunea emoţională ce poate să apară va influenţa dinamica echipei. Dacă conflictele nu se negociază, echipa poate eşua în îndeplinirea sarcinii.
- *normalizarea*: în această etapă membrii echipei acceptă opiniile diferite ale celorlalţi, fac eforturi pentru a găsii soluţii acceptate de grup, partajează informaţiile. Se stabileşte un spirit de comunicare, de responsabilitate, de coeziune a echipei. Cooperarea în interiorul grupului devine preocuparea dominantă.
- *maturizarea*: echipa ajunge la maturitate, este capabilă de a-şi îndeplini sarcinile cu eficacitate şi competenţă. Fiecare membru al grupului a înţeles şi a acceptat rolul său.
- *dizolvarea*: echipa poate urma cel puţin două căi, în funcţie de obiectivul pentru care a fost creată. De exemplu, o echipă de lucru care realizează un proiect are o durată de

existență bine definită și se dizolvă în momemul în care proiectul este finalizat. Pentru un consiliu de administrație dizolvarea se realizează mult mai subtil, intervenind în momentul în care unul sau mai mulți membrii importanți părăsesc organizația.

2. Factori care afectează rezultatele unei echipe de lucru.

Printre factorii principali care afectează rezultatele unei echipe de lucru se pot menționa: dimensiunea echipei, rolurile atribuite participanților, normele și obiectivele echipei și mediul în care echipa există.

- *dimensiunea echipei*: cu cât echipa de lucru are mai puțini participanți, cu atât diferențele dintre coordonator și membrii echipei sunt mai mici, inhibiția participanților dispare, efortul cerut coordonatorului este mai mic, dar și autoritatea acestuia scade. Grupul de lucru nu va stabili reguli și proceduri stricte, iar luarea deciziei va dura mai puțin.
- *rolurile participanților*: într-o echipă fiecare membru al acesteia joacă conștient sau inconștient un rol. Aceasta poate afecta metoda de lucru în echipă și rezultatele obținute.
- *normele și obiectivele echipei:* normele sunt reguli de comportament pe care grupul le consideră potrivite pentru realizarea sarcinii și care sunt acceptate de către toți participanții. Normele grupului pot diferi de regulile organizației. Este de preferat ca echipa să lucreze după normele pe care și le-a identificat ca optime și ca autoritatea formală a organizației să accepte acest lucru. În acest fel, obiectivele echipei vor fi convergente cu obiectivele organizației și sarcina de lucru va fi realizată eficient.
- *mediul* în care echipa funcționează influențează rezultatele acesteia. În mediul exterior echipei putem include tehnologia, condițiile materiale, practicile manageriale, regulile în vigoare ale organizației și sistemele de recompensă și pedeapsă stabilite de organizație.

3. Etapele luării unei decizii eficace într-o echipă de lucru

- definirea problemei: explicitarea situației în care survine problema; generarea de informații; clarificarea și definirea problemei;
- generarea de alternative: o reflecție de grup asupra soluțiilor posibile; examinarea, revizuirea, elaborarea de idei ca posibile soluții;
- identificarea soluției optime: evaluarea soluțiilor; examinarea efectelor probabile și compararea cu rezultatele dorite; revizuirea ideilor; finalizarea unei liste de acțiuni și alegerea celei optime;
- planificarea acțiunii: alcătuirea listei cu etapele acțiunii, cu persoanele responsabile pentru fiecare etapă; alcătuirea unui plan de coordonare;
- punerea în practică a mijloacelor de control: revizuirea rezultatelor dorite și identificare mijloacelor de măsurare a eficacității muncii; implementarea mijloacelor de control pentru a aduna date care să permită evaluarea soluției în curs de aplicare; alcătuirea de proiecte pentru situații imprevizibile; distribuirea responsabilităților;
- evaluarea rezultatului și a metodei: colectarea datelor care permit determinarea și estimarea efectelor acțiunii sau eficacitatea metodei de grup în ceea ce privește rezolvarea problemei.

CAPITOLUL XX

COMUNICAREA MANAGERIALĂ

I.Introducere

Comunicarea este o dimensiune esențială atât în viața personală cât și în cea profesională. Până acum a existat tendința de a trata comunicarea primară ca pe o activitate individuală și/sau interpersonală, însă comunicarea individuală sau personală este numai un aspect al comunicării organizaționale.

Întâlnirile în grup, ca metodă de informare și de luare a deciziilor, sunt tot atât de vechi ca și istoria omenirii și au existat odată ce oamenii au început să se asocieze și să lucreze în grupuri. Astfel, în ultimul deceniu comunicarea de grup are o pondere din ce în ce mai însemnată. Acest lucru se datorează faptului că organizațiile au devenit mai mari și mai complexe determinând astfel un nivel de specializare a informației necesare pentru a lua decizii.

O situație similară există la nivelul organizațiilor din sectorul sanitar care au devenit din ce în ce mai complexe ca urmare a apariției de noi specialități medicale și progresului rapid din domeniul tehnologiei. Comunicarea la nivelul organizației nu mai poate fi adecvat asimilată, evaluată și decisă de o singură persoană sau de o categorie de specialiști, fără a face referiri la alte domenii ale organizației și fără a ține cont de contextul în care organizația își desfășoară activitatea.

Mai mult, studiile de cercetare a atitudinilor și motivațiilor oamenilor care lucrează într-o organizație, au arătat că ei au nevoie să se simtă implicați, informați și pregătiți să participe la deciziile care îi afectează.

Participarea grupului la decizie este în vogă. În țări ca Marea Britanie, Canada, Spania, Suedia, Franța, Germania decizii importante legate de misiunea și activitatea unităților sanitare sunt luate de comisii din care fac parte reprezentanți ai conducerii, ai pacienților, ai comunității, ai patronatului și ai asociațiilor profesionale.

Acest capitol își propune o analiză a procesului de comunicare și evidențierea modalităților de îmbunătățire a eficienței acesteia în contextul procesului de ameliorare a performanței managementului organizațional și ținând cont de aspectele specifice organizațiilor sanitare.

II. Conceptul de comunicare și aplicabilitatea sa la nivelul unei organizații din sectorul sanitar

1. Definiția comunicării

Numeroși autori au formulat definiții ale comunicării (după F. E. Dance, peste 90), punând accent pe aspecte diferite ale acesteia.

Una din definițiile scurte care sintetizează esența procesului de comunicare în general este următoarea:

Comunicarea este transmiterea de fapte, idei și impresii.

Activitățile grupate împreună sub denumirea de "comunicări" cuprind de fapt o gamă foarte largă. La o extremă se află simpla transmitere verbală a unui mesaj iar la cealaltă comunicarea deplină.

Simpla transmitere a unui mesaj este un proces unidirecțional prin care se exprimă idei sau stări fără a beneficia de feed-back din partea celui căruia i se adresează. Se poate afirma că este o comunicare ratată -- ca și cum "ai vorbi cu pereții".

Prefixul "co" (comunicare) implică o acțiune săvârșită împreună. Dacă nu se primește răspuns la mesajul transmis, această condiție nu este îndeplinită.

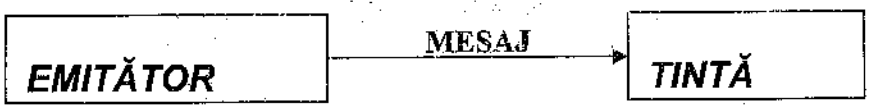


Figura 20.1. Transmiterea simplă a unui mesaj

Între cele două extreme se află comunicarea parțială în care cel căruia îi este adresat mesajul confirmă recepționarea acestuia. Acest feed-back permite formarea unei impresii asupra exactității cu care mesajul a fost transmis și reformularea sau extinderea mesajului. Rezultatul acestei comunicări se limitează la posibilitatea receptorului de a reda informațiile primite.

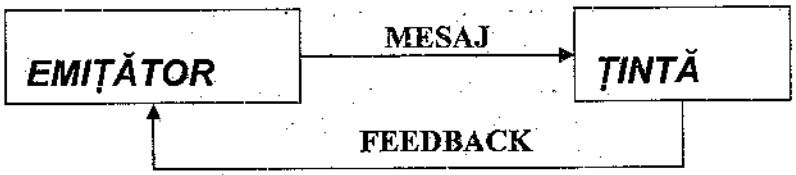


Figura 20.2. Comunicare parțială

Într-o comunicare deplină, nici una din părți nu se limitează la o simplă confirmare de primire a ideilor sau impresiilor celeilalte. Se creează o alternanță a rolurilor fiecăruia. Emițătorul beneficiază de feed-back legat de mesajul transmis și în același timp devine receptor pentru mesajul transmis de interlocutor.

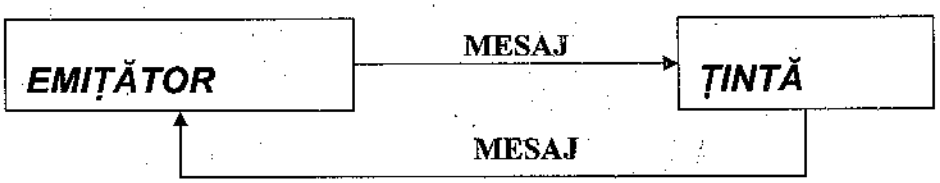


Figura 20.3. Comunicare deplină

De obicei, prin comunicare se dorește influențarea modului de înțelegere al oamenilor, a atitudinilor și comportamentului acestora, dar în același timp să se identifice și modul în care aceștia percep și acționează în anumite situații.

Comunicarea presupune atingerea unor **scopuri** urmărite într-un anumit context. Există patru tipuri de comunicare, în funcție de scopurile acesteia: informarea, instruirea, motivarea și obținerea de informații.

- Informarea poate consta în transmiterea de fapte, impresii sau interpretări pe baza unor fapte. Informațiile transmise nu presupun influențarea comportamentului, ci diminuarea asimetriei informaționale dintre membrii unei organizații.

- Instruirea are un scop bine precizat și urmărește modificarea comportamentelor.

- Motivarea are ca scop o schimbare specifică a comportamentului sau împiedicarea unei schimbări în rău care ar putea surveni în lipsa comunicării.

- Obținerea de informații este opusul informării și constă în a-l determina pe interlocutor să furnizeze informații.

O definiție mai elaborată, privind comunicarea într-o organizație, poate fi:

Comunicarea ca funcție a managementului este un proces de transmitere a informațiilor sub formă de mesaje simbolice, între două sau mai multe persoane, unele cu statut de emițător, altele cu statut de receptor, transmiterea făcându-se prin intermediul unor canale specifice.

2. Principalele abordări ale comunicării

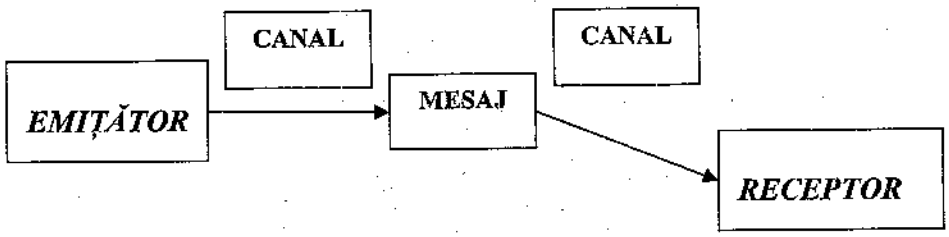


Figura 20.4. Schema lui Laswell

Sistemele de comunicare specifice și procesul de comunicare din organizații au constituit subiectul unor ample cercetări. Axate pe aspecte de natură psihologică și apelând la modalități de exprimare preluate din informatică și cibernetică, principalele abordări ale procesului de comunicare pot fi rezumate astfel:
1.Schema lui Laswell – prezintă într-o manieră foarte simplificată (liniară) procesul de comunicare, conceput să răspundă la 5 întrebări: cine? ce zice? prin ce mijloace? cui? cu ce efecte? Schema își are originea în abordarea clasică a școlii comportamentale – schema stimul – răspuns. Comunicarea este reprezentată ca traseul unui stimul (informație) ce provoacă un răspuns (impactul asupra receptorului).
2.Schema lui Shannon, mult mai complexă decât precedenta, introduce și utilizează noțiunile de "codificare" și "decodificare", care permit explicitarea numeroaselor blocaje ale comunicării. Concomitent, se propune un nivel de generalizare suficient de ridicat pentru a putea fi utilizată în domenii variate.

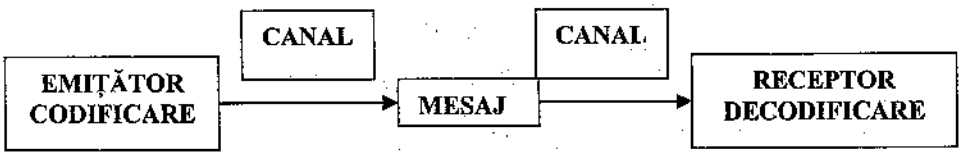


Figura 20.5. Schema lui Shannon

3.Schema lui Wiener – completează schemele precedente cu feed-backul primit de emițător, făcând posibilă cunoașterea mesajului comunicat. Această schemă presupune o abordare dinamică, fiind îmbogățită cu elemente care țin de complexitatea proceselor de comunicare. Pe baza acestei scheme pot fi identificate atât componentele fundamentale ale procesului de comunicare, cât și legăturile dintre ele.

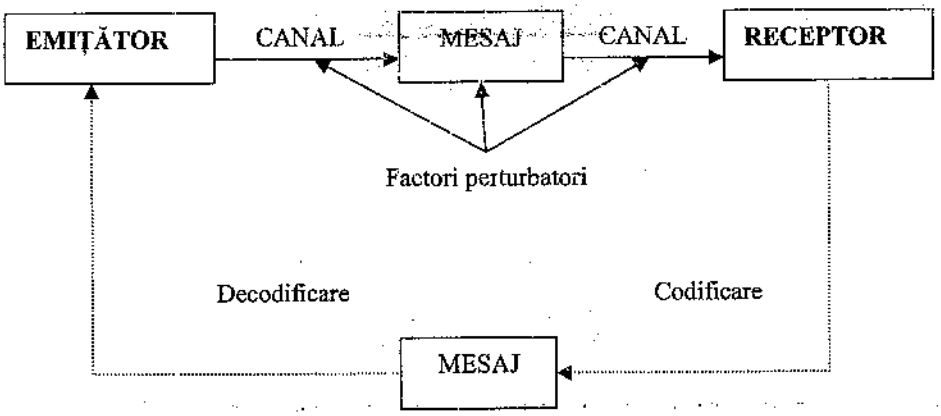


Figura 20.6. Schema lui Wiener

3. Componentele procesului de comunicare

Procesul de comunicare se derulează prin intermediul următoarelor componente: emițător, mesaj, canal, receptor.

Emițătorul, aflat în ipostaza de manager sau subordonat, este persoana care inițiază comunicarea.

Mesajul reprezintă forma fizică a informației transmise de emițător spre receptor. Majoritatea conținuturilor unei comunicări se materializează prin cuvinte scrise sau rostite. În afara acestora, există și componente non-verbale, unele extrem de elocvente.

Canalul este calea de transmitere a informației, strâns legată de mesaj.

Receptorul, ca și emițătorul, se poate afla în ipostaza de subordonat sau manager și este persoana sau grupul de persoane care beneficiază de mesajul informațional.

În viziune cibernetică, procesul de comunicare presupune operații de codificare și decodificare, prin intermediul cărora emițătorul și receptorul apelează la anumite simboluri pentru a facilita înțelegerea mesajului, transmiterea și interpretarea informației ce face obiectul comunicării. Prin codificare, emițătorul apelează la simboluri variate – sunete , litere, cifre, gesturi etc. – pentru a transmite și a se face înțeles de către receptor. Prin decodificare, receptorul realizează interpretarea mesajului și convertirea simbolurilor într-o informație pertinentă. În anumite situații, decodificarea este influențată de maniera în care sunt interpretate simbolurile de către receptor, de semnificația lor, de măsura în care acestea îi satisfac cerințele.

În contextul procesului de comunicare pot apare factori perturbatori care se manifestă pe traseul emițător – receptor și care pot provoca disfuncționalități majore în derularea acestuia (filtrări, distorsiuni, blocaje). Factorii perturbatori pot fi atât obiectivi (calitatea deficitară a mijloacelor de comunicare – telefon, fax, interfon, TV, computer; capacitatea redusă a mijloacelor de comunicare, folosirea unor suporturi materiale neadecvate), cât și subiectivi (atenția mai scăzută acordată transmiterii și recepționării mesajului informațional; nivelul de pregătire al managerilor și subordonaților; intervenția unor persoane cu deformarea conținutului informațiilor transmise).

4. Tipuri de comunicare existente într-o orgabizație

Varietatea comunicării la nivelul unui spital ca organizație face dificilă clasificarea sa. Pot fi luate în considerare mai multe criterii de clasificare:

A. După canalul de comunicare:
- **comunicare formală** – precizată riguros de acte normative, regulamente de funcționare interioară, dispoziții cu caracter intern etc. și concretizată în informații strict necesare pentru desfășurarea activității specifice.
- **comunicare informală** – stabilită spontan între posturi (ex. manageri, medici, asistente medicale, personal auxiliar) și compartimente și reflectată în informații neoficiale cu caracter personal sau general.

B. În funcție de direcția și sensul comunicării:
- **comunicare verticală descendentă** – se manifestă între manageri și subordonați (ex. între manager și șefii de secții, între medicii șefi de secții și medici, între asistenta șefă și asistente) și se concretizează în transmiterea de decizii, instrucțiuni, regulamente, sarcini sau în solicitarea de informații. Volumul acestei comunicări este dependent de stilul de management preponderent – autoritar sau participativ.
- **comunicare verticală ascendentă** – se stabilește între subordonați și manageri, prin intermediul căreia aceștia din urmă obțin un feedback pe linie ierarhică. Totodată sunt furnizate informații pertinente cu privire la situația domeniilor conduse (ex. date brute pentru indicatori statistici – număr de internări/externări, număr operații, număr decese; resurse materiale și financiare consumate și necesare; stocuri; probleme specifice).
- **comunicare orizontală** – se realizează între posturi sau compartimente situate la același nivel ierarhic, între care există relații de cooperare (ex. între medici de aceeași specialitate și de specialități diferite; între asistente și între asistente și medici). Ele vizează conlucrarea și consultarea profesională pentru elaborarea unor situații informaționale complexe sau pentru îndeplinirea unor obiective comune (ex. consult profesional intedisciplinar).
- **comunicare oblică** – apare între posturi și compartimente situate la nivele ierarhice diferite, fără ca între acestea să existe relații de autoritate de tip ierarhic (ex. între farmacia spitalului și secțiile clinice; între compartimentele clinice și paraclinice; între farmacie și compartimentul financiar etc.). Acest gen de comunicare constă în transmiterea unor indicații metodologice privind desfășurarea activității altor posturi sau compartimente.

C. După conținut
- **comunicare operatorie** – utilizată pentru reușita tehnică a sarcinilor specifice unor posturi de execuție sau de management. Aceasta poate lua forma unor explicații, instrucțiuni, metodologii necesare pentru exercitarea sarcinilor și realizarea obiectivelor individuale (ex. un nou protocol operator; regulament pentru stabilirea ordinii de programare a operațiilor într-un bloc operator etc.).
- **comunicare operațională** – nu vizează cu prioritate realizarea obiectivelor individuale ale posturilor dar este importantă la nivelul relațiilor dintre angajați. Are un rol deosebit asupra creării și menținerii unui climat organizațional și motivațional propice realizării obiectivelor organizației (ex. programul de lucru într-o secție, ordinea de efectuare a unor proceduri).
- **comunicare generală** – se referă la misiunea, strategia și politica organizației, la punctele sale forte și slabe.
- **comunicare motivațională** – se stabilește între manageri și ceilalți angajați și vizează gestionarea resurselor umane (ex. salarii, drepturi și obligații, relații cu sindicatul, posibilități de promovare, administrație etc.).

D. După modul de transmitere:
- **comunicarea verbală** – constituie cea mai mare parte a conținutului unei comunicări și se materializează prin cuvinte rostite sau scrise. Ușurința în exprimarea verbală depinde de caracteristicile personalității celui care transmite mesajul și de calitățile vocale ale acestuia. Caracteristicile de personalitate necesare unei bune comunicări sunt:
- *claritatea în exprimarea ideilor* (o gândire clară implică și o exprimare potrivită și corectă a cuvintelor, astfel încât ele să fie ușor recunoscute);

- *acurateţea exprimării* (expresiile şi cuvintele trebuie să exprime exact ceea ce se doreşte a fi transmis);
- *empatia* (capacitatea de a intui reacţiile interlocutorului);
- *sinceritatea* (a fi natural şi a acorda încredere interlocutorului);
- *relaxarea* – este cea mai bună metodă de a elibera dificultăţile în vorbire;

Calităţile vocale sunt importante pentru transmiterea corectă a mesajului:
- *înălţimea şi intensitatea vocii*;
- *volumul vocii* (poate fi controlat în funcţie de mărimea grupului, zgomotul de fond şi de rezonanţa sălii);
- *dicţia şi accentul* (ţin de educaţie şi de exerciţiu). Aceste două elemente ale vorbirii corecte sunt foarte importante în serviciile publice, care presupun o discriminare fină a cuvintelor;
- *viteza şi ritmul vorbirii* – influenţează mesajul transmis. Un bun vorbitor îşi schimbă viteza în concordanţă cu importanţa mesajului – cuvintele şi frazele nesemnificative vor fi rostite mai repede, în timp ce cuvintele şi frazele importante vor fi rostite mai rar şi mai accentuat;
- *folosirea pauzelor* – un bun vorbitor face pauze doar atunci când vrea să ofere ascultătorilor posibilitatea de a se implica activ sau pentru a sublinia o idee mai importantă;
- *timbrul vocii* – este important deoarece poate trăda atitudinea şi sentimentele faţă de anumite aspecte ale mesajului.
- *comunicarea non-verbală* – deţine aproximativ 70% din mesajul care se transmite şi se primeşte într-o discuţie. Ea permite perceperea şi reprezentarea realităţii atât vizual, cât şi auditiv, kinestezic sau olfactiv. Căile de comunicare non-verbală sunt reacţiile de care nu ne dăm seama că le avem, dar care sunt evidente pentru cei din jur:
- *limbajul tăcerii* – este un instrument puternic de comunicare, dar care trebuie folosit cu abilitate. Tăcerea nu implică şi absenţa comunicării. Ea poate fi o tehnică eficientă de încurajare a răspunsurilor sau pentru o comunicare bidirecţională reală.
- *limbajul timpului* – dă indicii despre importanţa sau complexitatea problemei (punctualitatea, timpul alocat transmiterii unui mesaj).
- *limbajul trupului* – este un mijloc care permite celui căruia îi este adresat mesajul să obţină informaţii suplimentare despre ceea ce gândeşte de fapt şi simte vorbitorul în acel moment, precum şi o imagine despre ce fel de om este (persoană entuziastă, grosolană, pompoasă, lipsită de eficacitate). În acelaşi timp, poate transmite vorbitorului indicaţii despre modul în care este recepţionat mesajul. Din această categorie fac parte: orientarea şi poziţia corpului, mişcările capului, expresia feţei, mişcarea ochilor, gesturi.

Conflictul dintre comunicarea verbală şi cea non-verbală

Este important de reţinut că nu doar cuvintele înseamnă comunicare şi că mesajul verbal este transmis împreună cu cel non-verbal; acţiunile vorbesc mai bine decât cuvintele. Atunci când sensul mesajului non-verbal intră în conflict cu cel verbal, ponderea mai mare în recepţionare o are mesajul non-verbal, căruia de regulă i se dă crezare. Cu o bună pregătire se poate detecta nervozitatea unei persoane care se ascunde în spatele umorului fin, lupta unui angajat de a se evidenţia în ciuda unei nepăsări aparente.

Tehnici de comunicare verbală

1. **Tehnici de cercetare a informaţiei**
- întrebări generale
- întrebări specifice
- întrebări pentru continuarea unui subiect particular
- întrebări care determină detalierea
- întrebări de relansare
- testarea
2. **Tehnici de înţelegere**
- repetarea

- parafrazarea
- trimiterea la sentimente
- rezumarea
- accentuarea diferenţelor

3. **Tehnici de susţinere a comunicării**
- schimbul de informaţii
- preocupări comune
- acordarea atenţiei

Reţelele de comunicare sunt la fel de diverse ca şi tipologia comunicării şi se manifestă diferit în funcţie de structura organizaţiei şi de liniile de autoritate. Reţelele de comunicare pot fi:

- **reţele descentralizate** (în cerc sau în lanţ) în care membrii grupului sunt egali. Reţeaua sub formă de cerc corespunde unui stil participativ de management şi facilitează o comunicare eficientă (ex: relaţiile dintre profesionişti). Reţeaua în lanţ diminuează sensibil posibilităţile de comunicare manager – subordonat (o informaţie care vizează personalul auxiliar este transmisă prin medicul şef asistentei şefe şi mai departe infirmierelor).
- **reţele centralizate** (în Y sau în stea), între membrii grupului existând relaţii de subordonare, aceştia fiind inegali. Aceste reţele corespund stilului autoritar de management, la nivelul căruia comunicarea este dificil de realizat.

5. Deficienţe în procesul de comunicare

Funcţionarea eficace a sistemului de comunicare este, adesea, influenţată de apariţia şi manifestarea a numeroase bariere. Ele îşi au originea în caracteristicile psihologice ale emiţătorului şi receptorului, în maniera de comunicare, în nevoile, aspiraţiile şi motivaţiile acestora, precum şi în caracteristicile situaţiilor concrete în care se derulează comunicarea. Cauzele care generează asemenea bariere sunt legate de emiţător, de receptor, de mesaj, de canalul de comunicare, precum şi de contextul în care se desfăşoară procesul de comunicare.

În opinia majorităţii specialiştilor, cele mai semnificative bariere în comunicare se referă la:

a) **bariere care ţin de emiţător:**
- folosirea necorespunzătoare a unor elemente ale comunicării (tonul folosit, gesturi, expresia feţei, poziţia corpului, etc.)
- incapacitatea emiţătorului de a-şi stăpâni emoţiile în transmiterea mesajului informaţional
- folosirea unor cuvinte care au sensuri diferite pentru diferite persoane
- prezentarea incorectă a mesajului prin adoptarea unei modalităţi nepotrivite de transmitere (ex. trimiterea unei note interne de către managerul spitalului unui profesor universitar care de obicei consideră că trebuie consultat personal; folosirea termenilor medicali în comunicarea cu pacientul)
- nesiguranţa asupra conţinutului mesajului, întâlnită atunci când feed-back-ul de la receptor întârzie şi este dificil de apreciat dacă mesajul are efectul dorit
- camuflarea – atunci când cel care transmite mesajul vrea în mod intenţionat ca acesta să fie ambiguu şi reuşeşte să favorizeze interpretarea eronată a mesajului. Aceasta este comunicare prin dezinformare şi este un mecanism prin care managerii încearcă să manipuleze subordonaţii pentru a face sau a tolera ceva inacceptabil în condiţiile cunoaşterii situaţiei reale (ex. necomunicarea resurselor financiare exacte alocate pentru diverse compartimente, pentru a face economii)

b) **bariere de recepţie**
- stereotipie – tendinţa de a auzi numai anumite lucruri, despre care există o opinie deja formată
- ignorarea informaţiilor care sunt în dezacord cu ceea ce se cunoaşte deja, fapt care duce la incompatibilitatea punctelor de vedere asupra mesajului în momentul transmiterii acestuia. Aceasta reprezintă o sursă de conflicte în cadrul organizaţiei, care subminează comunicarea şi are impact direct asupra managementului

- evaluarea subiectivă de către receptor a unui mesaj care este transmis obiectiv
- recepționarea în moduri diferite, de către persoane diferite din cadrul organizației, a aceluiași mesaj

c) **bariere care țin de context**

- perceperea diferită a mesajelor în funcție de presiunile exercitate de mediu asupra receptorului (ex. discutarea unor probleme profesionale în alt loc decât cabinetul medical, impactul zgomotului asupra înțelegerii corecte a unui mesaj)

d) **bariere mixte**

- diferențierea insuficientă a mesajelor importante transmise sau primite de cele cu semnificație redusă sau nulă.

Toate aceste bariere declanșează o serie de deficiențe în sistemul de comunicare. Dintre acestea, cele mai importante sunt: filtrarea, distorsiunea și supraîncărcarea canalelor de comunicare cu informații inutile. Aceste bariere potențiale de comunicare trebuie cunoscute pentru a putea fi controlate în așa fel încât procesul comunicării să fie eficient. Factorii perturbatori pot duce uneori la eșuarea completă a comunicării.

6. Managementul comunicării

Managementul comunicării are la bază **comunicarea corectivă pozitivă**.

Comunicarea corectivă pozitivă are trei etape:

1. **Comunicarea explicită** – constă în capacitatea celui care transmite mesajul de a comunica receptorului exact ceea ce a dorit. Aceasta este o condiție esențială în realizarea unei comunicări eficiente. De cele mai multe ori comunicarea explicită tinde să aibă o pondere mică în comparație cu comunicarea implicită (când mesajul nu are efectul dorit asupra receptorului). Se observă în acest caz o circularitate a comunicării datorată necesității unor explicații suplimentare care fac informația neclară. Cei care nu sunt buni în comunicare, nu pot ieși din acest cerc vicios și devin victime ale lui.

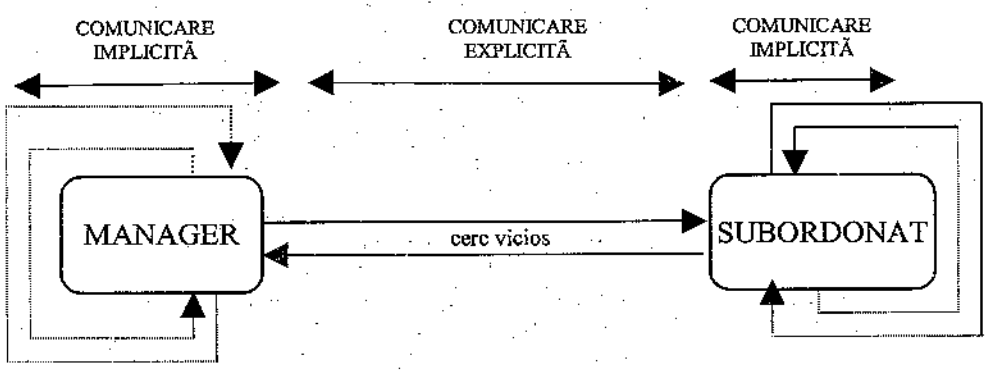


Figura 20.7. Comunicare explicită și implicită

2. **Comunicarea secundară** – este capacitatea de a te plasa deasupra problemei, de a lua partea implicită și a o plasa în partea explicită.

3. **Comunicarea centrată pe problemă** (nu pe persoană)

Din studiul divorțialității au rezultat câteva concluzii:

- cei care formează un cuplu și au o căsnicie solidă, vorbesc puțin despre ei și mult despre lucrurile comune (copii, gospodărie, interese comune, etc).
- când doi soți divorțează, fiecare vorbește despre celălalt.

Din diferite motive când apare o dificultate în schimbul de informație interlocutorul devine obiectul conversației iar scopul acesteia este uitat.

Principii de comunicare corectivă pozitivă
Exemple de corecţii ce trebuie efectuate (1)
Salariatul are capacităţile cerute dar:
- comite erori din neglijenţă
- nu-şi îndeplineşte partea de muncă care îi revine
- nu colaborează sau provoacă conflicte
- are o comportare care îi deranjează pe ceilalţi

Atenţie! Toate acestea în condiţiile în care majoritatea celorlalţi angajaţi lucrează bine.
Scopul intervenţiei superiorului (2) – păstrarea imaginii pozitive pe care subalternul o are despre valoarea sa şi menţinerea unei relaţii bune cu subalternul.
A determina subalternul:
- să realizeze ce anume a făcut
- să aprecieze consecinţele
- să adopte un comportament mai bun

Erori Posibile
- A decide cu prea mare uşurinţă că salariatul **a făcut ceva cu rea intenţie.**
- A decide cu prea mare uşurinţă că salariatul **nu avea motive serioase** pentru a face ceea ce a făcut.
- A decide cu prea mare uşurinţă că salariatul **nu are capacităţile cerute** – comportarea "problemă" se datorează cu adevărat unei lipse de capacitate a persoanei în cauză: deci această nu putea să facă lucrurile mai bine decât le-a făcut.
- **A ataca sentimentul pe care îl are salariatul despre propria sa valoare pentru organizaţie** şi a-l determina să se închidă în sine sau să vă declare război sau să nu mai ia iniţiative.
- **A întârzia intervenţia** din teamă de a nu se înşela... şi din acel moment salariatul respectiv va deveni un salariat-problemă cronic.
- **A acţiona sub imperiu supărării.**
- **A acţiona fără să fii suficient de pregătit:**
  - Este important să vă asiguraţi că faptele pe care le reproşaţi persoanei respective s-au petrecut cu adevărat.
  - Imaginaţi-vă cum aţi reacţiona dumneavoastră dacă aţi fi în locul subalternului.

Trebuie să dăm sfat sau nu?
Avantaje:
Dacă ştiţi un lucru pe care el nu-l ştie va afla repede despre asta, dar...
Dezavantaje:
- dependenţă pe viitor
- focalizarea asupra sfatului mai mult decât asupra analizei situaţiei de către salariat
- sfatul este bun pentru dumneavoastră, dar pentru salariat?
- implicit: nu este capabil să rezolve singur problema

Soluţii
- nu daţi sfaturi de la început
- cereţi să vă spună care sunt soluţiile posibile
- oferiţi sfatul dumneavoastră doar dacă nu s-a gândit singur, şi doar ca o părere.

7. Modalităţi de îmbunătăţire a eficienţei comunicării la nivelul unei organizaţii din sector sanitar şi implicaţiile asupra performanţei
Caracteristica principală a activităţii într-un spital este munca în echipă.
O bună înţelegere a comunicării la nivelul unei echipe, a avantajelor şi dezavantajelor muncii în grup, precum şi a factorilor care influenţează ceea ce se întâmplă într-un grup, poate ajuta la găsirea unor soluţii pentru îmbunătăţirea productivităţii.

Eficiența activității unui grup este rezultatul unui set întreg de factori interconectați. Coeziunea este forța cu care membri grupului sunt atrași între ei. Coeziunea se referă la dorința membrilor unui grup de a lucra împreună pentru a atinge un țel comun. Ea este un proces circular, în sensul că odată stabilită într-un grup, conduce la rezultate dorite și care, la rândul lor, conduc la o mai bună coeziune. Un exemplu bun ar fi satisfacția membrilor unei echipe dintr-un serviciu de urgență (alcătuită din medicii de specialități diferite și asistente), dată de salvarea vieții unui bolnav. Un grup coeziv va avea un puternic simț al loialității atât din partea membrilor cât săi cât și pentru membrii săi. Într-un grup puternic coeziv se dezvoltă norme de grup rigide unde fiecare se așteaptă să fie respectat.

DA	NU
1. A se pune de acord cu salariatul în privința momentului pentru a discuta problema. *Aș dori să stăm de vorbă despre o problemă, când ne-am putea întâlni?*	**1. A acționa pripit.** *Dacă acționați "la furie" sau dacă salariatul este ocupat, riscați să acționați stângaci.*
2. Comunicarea orientată pe problemă. *Iată ce anume ai făcut în atare situație*	**2. Comunicarea orientată pe persoană** *Iată ce fel de persoană ești*
3. Comunicare descriptivă *Iată care sunt consecințele acestui comportament (și ce a trebuit să fac ca să împiedic alte consecințe)*	**3. Comunicare evaluativă** *Ești leneș, incompetent, necinstit, violent, bețiv,etc.*
4. Comunicarea validantă *Sunt sigur, că ținând seama de experiența pe care o ai, există posibilitatea ed a studia situația și de a găsi o soluție mai bună.*	**4. Comunicarea invalidantă** *Acest gen de persoană nu este acceptabilă în organizația noastră*
5. Comunicare specifică *...Pentru a prevedea ce este de făcut dacă, pe viitor se va ivi o situație asemănătoare....*	**5. Comunicare globală** *Trebuie să îți schimbi comportamentul*
6. Comunicare "cu ascultare" *a). dacă, de exemplu, într-un astfel de caz ai face un alt lucru (altfel) ce crezi?* **(sfat)** *b). care ar fi acțiunile posibile într-o astfel de situație?* **(fără sfat)**	**6. Comunicare "închisă"** *Trebuie să te corectezi.. sau să faci față consecințelor. Iată ce mă aștept să faci pe viitor.*

Tabelul 20.1. Principii de Comunicare Corectivă Pozitivă
Sursa: După Piere-B Lesage, aprilie 1994

Rezultatele unui grup – productivitatea sa și satisfacția membrilor – sunt influențate de două grupe principale de factori: controlabili și necontrolabili.
Factorii "necontrolabili" care vor influența ceea ce se întâmplă în grup, pot fi: măsura în care oamenii interacționează și participă, nivelul motivației în echipă, stilul de conducere care există sau este adoptat, relațiile de prietenie care se dezvoltă în grup, etc. Toți acești factori pot deveni controlabili de către grup. Ei sunt cunoscuți de asemenea ca factori "intermediari" deoarece sunt influențați de variabile necontrolabile sau independente. Important este de remarcat faptul că acești factori vor influența performanța grupului – rezultatul final, în termenii productivității grupului și satisfacției membrilor.

Factorii necontrolabili (independenți)
Variabilele grupului
Mărimea grupului poate influența procesul de comunicare. Cu cât grupul este mai mare, cu atât există o mai mare diversitate de informație, calificare, talent și experiențe disponibile.

În grupurile mari, indivizii mai puternici vor avea tendința să domine timpul de comunicare disponibil, iar studiile au arătat că aceia, care participă mai mult, au mai multă influență asupra a ceea ce se întâmplă în grup.

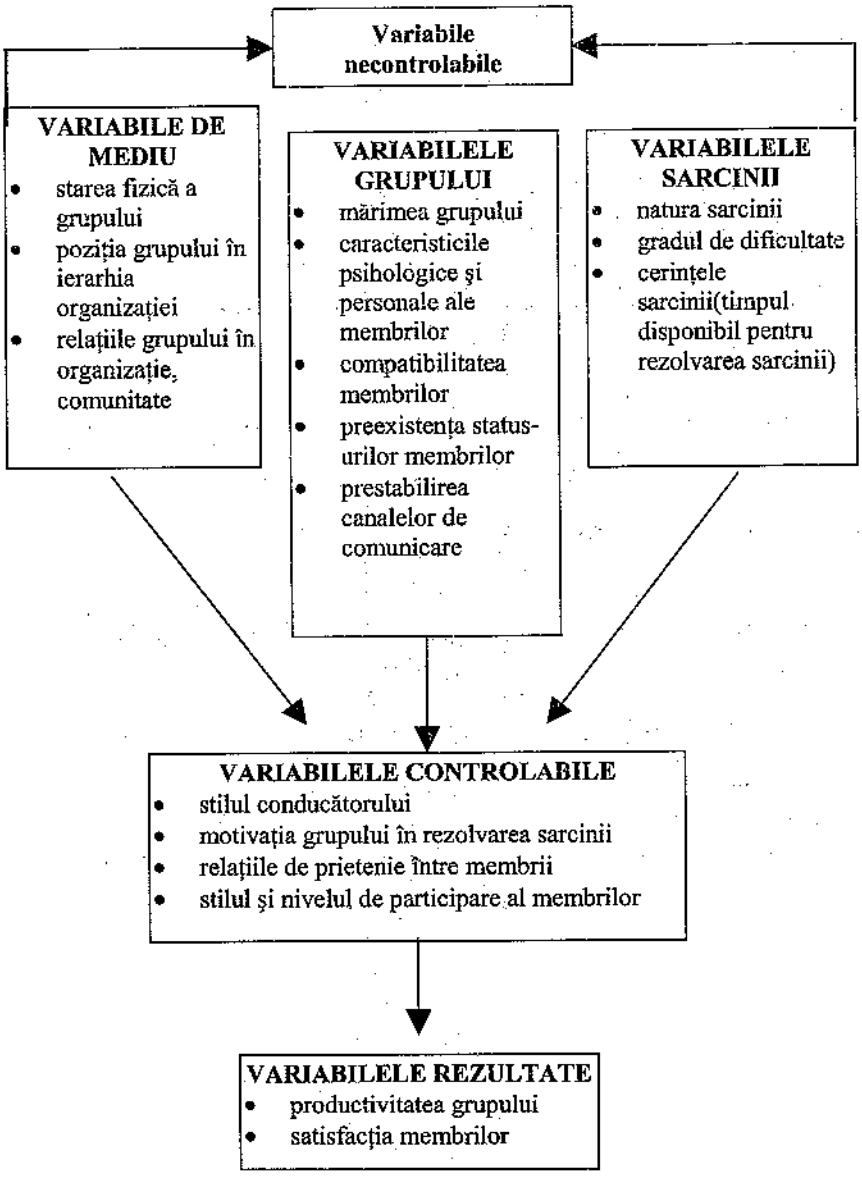


Figura 20.8. Factorii care influențează rezultatele unui grup

Într-un grup mai mare de 10 membri, încep să apară dificultăți de relaționare interpersonală, iar în grupurile mai mari de 15 membri există dificultăți de comunicare și interacțiune interpersonală. De exemplu secțiile unde numărul medicilor este mai mare de 10 sunt greu de condus deoarece apare nevoia conducerii autocratice pentru a păstra

ordinea, mărimea grupului determină coeziunea grupului, rapoartele de gardă sunt mai lungi şi uneori ineficiente (datorită informărilor asupra activităţilor obişnuite) – soluţia ar putea fi reorganizarea structurii spitalelor pe secţii mai mici şi mai eficiente.

Caracteristicile membrilor şi obiectivele

Când un grup se formează sau este format, membrii posedă anumite aptitudini, valori şi credinţe. Modalităţile prin care aceştia se adaptează activităţilor grupului vor afecta nivelul şi stilul de participare, deci interacţiunea în grup şi în consecinţă productivitatea şi satisfacţia membrilor. Grupurile eficiente vor avea un nivel de înaltă compatibilitate între membrii, dar aceasta nu înseamnă neapărat că pentru a lucra efectiv, un grup trebuie să fie constituit din membri ai căror aptitudini, credinţe şi valori sunt similare. Dacă un grup omogen tinde să promoveze satisfacţia, grupurile heterogene (grupuri unde membrii sunt diferiţi unii de alţii – socio-cultural, profesional, ca vârstă, sex, vechime, etc.) tind să declanşeze mai multe conflicte.

Într-un grup eficient, toţi membrii vor accepta obiectivele grupului şi vor lucra pentru a atinge scopul comun. Oricum, mulţi membrii vor venii într-un grup cu obiectivele lor personale – denumite "agenda ascunsă" şi nu este totdeauna posibil să se satisfacă toate obiectivele individuale şi toate obiectivele grupului simultan.

Status-rolurile

Atunci când un grup se constituie, membrii acestuia sunt egali între ei, deşi fiecare are un status preexistent în percepţia celorlalţi. De exemplu, echipele operatorii care sunt compuse din medici cu aptitudini diferite, de vârste diferite, etc.

Variabilele mediului

Orice apropiere fizică stimulează interacţiunea.

Un spaţiu, o încăpere mare unde fiecare se simte departe de vecinul său, va împiedica coeziunea grupului. Acest lucru este important pentru alegerea sălii de desfăşurare a raportului de gardă, pentru cabinetul medicilor etc.

Membrii unui grup sunt tentaţi să creeze alianţe cu cei din vecinătatea lor şi să intre adesea în conflict cu cei care sunt situaţi mai departe sau de partea opusă a mesei.

Locul unei întâlniri transmite o serie de semnale. De exemplu, consultarea unui medic de către altul într-o problemă de specialitate nu într-un cabinet ci pe holul spitalului.

Separarea conducătorului de restul grupului va inhiba interacţiunea şi-l va încuraja să adopte un stil autoritar de conducere. De exemplu, desfăşurarea întrunirilor consiliului de administraţie al spitalului într-o sală tip amfiteatru şi unde managerul general ocupă locul de la pupitru (care eventual este şi pe un podium).

Poziţia grupului în ierarhia organizaţiei sau comunităţii va influenţa productivitatea, coeziunea şi identitatea acestuia. Nimeni nu doreşte să aparţină unui grup care nu este văzut bine de restul organizaţiei.

Variabilele sarcinii

Semnificaţia unei sarcini pentru organizaţie are implicaţii asupra întregului grup. Multe organizaţii au un stil propriu pentru rezolvarea problemelor şi a sarcinilor. Natura, gradul de dificultate al sarcinii şi orice cerinţă specială a acesteia – de exemplu, timpul disponibil pentru rezolvarea ei – vor afecta atitudinea membrilor grupului, modul în care ei lucrează şi deciziile conducătorului în legătură cu cel mai bun mod de structurare (sau nestructurare) al unei activităţi.

Factorii controlabili

Toţi factorii "necontrolabili" vor influenţa toate acţiunile grupului. Conducătorul (liderul) şi participanţii trebuie să fie conştienţi de potenţialul impact al acestor factori, astfel încât, propriul comportament să se adapteze acestor situaţii. Factorii "controlabili" pot fi schimbaţi şi adaptaţi pentru a îmbunătăţii productivitatea grupului şi satisfacţia membrilor. Managerul (liderul) este desigur centrul acestei adaptări. El poate fi numit din afară sau poate apare în interiorul grupului, ales de membrii, în funcţie de aceste circumstanţe şi de

tipul sarcinii. Dar, oricare ar fi motivul poziției sale, el trebuie să stăpânească diferite stiluri de comunicare și să controleze efectele lor asupra grupului și asupra relațiilor de grup, și deci asupra productivității și moralului grupului.

8. Comunicarea interpersonală – catalizator al integrării și coordonării organizaționale

Studiile de cercetare a atitudinilor și motivațiilor oamenilor care lucrează într-o organizație, au arătat că ei au nevoie să se simtă implicați, informați și pregătiți să participe la deciziile care îi afectează.

Specialiști de renume din domeniul teoriei organizaționale au evidențiat relația existentă între procesul de comunicare și structura organizațională.

În 1938, Chester Barnard afirma că "o teorie exhaustivă a organizației trebuie să acorde un loc central comunicării". Treizeci de ani mai târziu, Katz și Kahn, specialiști recunoscuți în domeniul abordării sistemice, au subliniat importanța comunicării arătând că ea este "baza unui sistem social sau a unei organizații".

Este cunoscut faptul că **între procesul de comunicare dintr-o organizație și structura organizațională există o relație strânsă, ele influențându-se reciproc.** Comportamentul orientat pe relații interpersonale fundamentale, dimensiune importantă a procesului de comunicare, modelează structura organizațională. De asemenea comportamente stabile și previzibile ale membrilor dintr-o organizație sunt determinate de tipul de structură.

Comunicarea acționează în mod semnificativ asupra structurii și funcționării organizației. Structurile organizaționale sunt divizate după mai mulți factori: niveluri ierarhice, departamente sau servicii, gradul de specializare al sarcinilor, etc. – și trebuie deci să fie integrate de o manieră sau alta pentru a permite organizației atingerea scopurilor. Informarea asupra obiectivelor, regulilor și procedurilor , asupra funcționării resurselor umane și asupra mediului organizațional, este de dorit să fie continuă; diferite activități și sarcini trebuie să fie coordonate. Cu cât complexitatea sarcinilor și activităților este mai mare, cu atât nevoia de integrare și coordonare este mai mare, ori sistemul de comunicare al unei organizații este un mecanism cheie pentru realizarea acestei integrări și a coordonării.

Comunicarea la nivel interpersonal a fost definită ca un proces dinamic și interactiv de schimb al informațiilor între emițători și receptori. Se disting trei tipuri de comunicare: instrumentală, afectivă și întâmplătoare. Comunicarea "instrumentală" servește unuia sau mai multor scopuri precise; intenția emițătorului este aceea de a influența nivelul cunoștințelor, atitudinilor sau comportamentelor receptorului. Comunicarea "afectivă" exprimă starea emoțională a emițătorului (de exemplu entuziasmul său, frica sau incertitudinile sale). Comunicarea "întâmplătoare" este transmiterea în mod accidental a informației (fără ca emițătorul să fie conștient că a făcut acest lucru).

Comunicarea umană fiind un proces dinamic, continuu și interactiv fiecare aspect al procesului de comunicare are diverse influențe asupra celor implicați în comunicare. Comunicarea într-o organizație este în funcție de comportamentului bazat pe relații interpersonale fundamentale.

"Orientarea relațiilor interpersonale" se referă la trei tipuri de nevoi pe care indivizii le manifestă atunci când vin în contact cu alți indivizi:

1. **Nevoile de includere,** care se referă la nevoia de a-i include pe alții sau de a fi inclus în activitățile altora; exprimă de fapt interacțiune socială: "vreau să fiu inclus..." sau "vreau să-i includ și pe alții..."
2. **Nevoile de control,** care se referă la nevoia de a controla indivizi (de a le spune ce să facă) sau la nevoia de a fi controlat de alții ("să mi se spună ce să fac");
3. **Nevoile de afecțiune,** care se referă la nevoia de a exprima căldura sufletească, apropiere de alți indivizi: "vreau să mă apropii de oameni" și nevoia de a percepe afectivitate din partea celorlalți: "vreau ca oamenii să-mi fie apropiați"

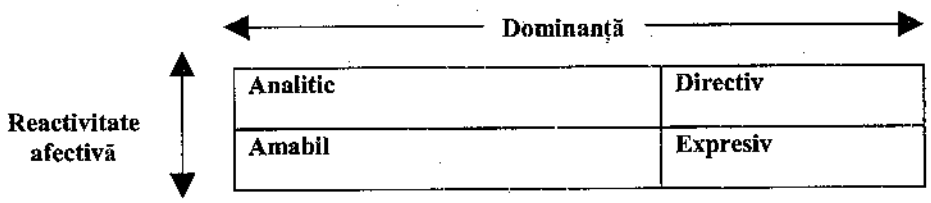


Figura 20.9. Cele patru stiluri personale de comunicare

Analitic	Directiv
• Reacție lentă • Efort maximal pentru organizare • Centrat asupra procesului • Preocupare minimă pentru emoțiile și sentimentele personalului • Cadrul de referință este istoric • Prudență în acțiune • Tendința de a evita implicarea personală • Nevoia de adevăr și pertinență	• Reacții rapide • Efort maximal pentru a controla • Centrat asupra sarcinii • Preocupare minimă pentru analiza și reflexia teoretică • Prezentul este cadrul de referință • Acțiune directă • Nevoia de control
Amabil	**Expresiv**
• Reacție moderată • Efort maximal pentru a intra în relație • Centrat asupra persoanei • Preocupare minimă pentru logica formală • Prezentul este cadrul de referință • Acțiune de suport • Tendința de a evita conflictele • Nevoia de cooperare și de acceptare	• Reacție puternică • Efort maximal pentru a se implica • Centrat asupra interacției • Preocupare minimă pentru rutină și conformitate • Viitorul este cadrul de referință • Impulsivitate în acțiune • Tendința de a evita insolența • Nevoia de stimulare și interacțiune

Tabelul 20.2. Descrierea sumară și comparativă a stilurilor personale de comunicare
Sursa:MERRIL, D.W. et REID, R.H.(1986), "Personal Styles and Effective Performance", Radnor, Pennsylvanie, Chilton, (1986), p. 67

O bună cunoaștere a manierei de interacțiune cu fiecare stil de comunicare, va favoriza încă de la început o interacțiune mai armonioasă. Sinteza acestor aspecte interactive pune în evidență atitudinile și comportamentele care facilitează raporturi cu persoane aparținând fiecărui stil.
O persoană cu un stil expresiv are dezavantajul de a fi puțin suplă pentru a interacționa eficient cu indivizi analitici. O situație asemănătoare se creează în comunicarea dintre un individ directiv și o persoană cu un stil amabil.
Din studiile făcute de numeroși autori (Bolton et Bolton, 1984; Byrum, 1986; Elsea, 1987; merrill et Reid,1981) reiese că relații dificile sunt acelea care intervin între persoane care au următoarele stiluri: Analitic – Expresiv, Directiv – Amabil și Directiv – Expresiv. Stiluri compatibile sunt: Directiv – Analitic, Analitic – Amabil, Amabil – Expresiv.

Analitic	Directiv
• Explicați dinainte cum • Procedați într-un mod sistematic • Apelați la principiile altora • Prezentați fapte documentate • Precizați șansele • Fiți organizat și logic	• Explicați dinainte cine trebuie să acționeze • Procedați rapid • Puneți accent pe rezultate • Propuneți o acțiune imediată • Lăsați o marjă de manevră • Puneți accent pe fapte; fiți rapid și eficace; mergeți direct la scop
Amabil	**Expresiv**
• Explicați dinainte de ce trebuie acționat • Procedați documentat • Oferiți suport personal • Abordați subiecte personale • Întrebați-l despre luarea inițiativelor • Fiți gentil, precis și calm	• Explicați dinainte pentru ce • Procedați într-un mod entuziast • Țineți cont de intențiile personale • Vorbiți de oameni și de opinii • Furnizați un cadru de disciplină • Fiți stimulant, deschis

Tabelul 20.3. O abordare generală și simplificată pentru a interacționa cu fiecare stil personal de comunicare

Sursa: BYRUM B., "A Primer on Social Styles", The 1986 Annual: Developing Human Resources, p. 225

9. Comunicarea interorganizațională-un istrument util managerilor din domeniul serviciilor de sănătate

Comunicarea este acel proces prin care se face transmiterea informațiilor prin intermediul unui mesaj.

Comunicarea implică o persoană care transmite mesajul (transmițător) și persoana căruia îi este adresat (receptor) sau care recepționează mesajul. Calea dintre emițător și receptor este denumită canal. Componentele comunicării sunt așadar emițătorul, receptorul și canalul de comunicare străbătut de mesaj. Organizarea informației este structurată în mesaj.

Mesajul verbal este completat și susținut prin componentele nonverbale ale comunicării. Sunt denumite nonverbale elemente ca timbrul vocal, intensitatea vocii, iar ca elemente paraverbale mimica facială, atitudinile corporale, gesturile.

În structurile organizaționale comunicarea este abordată ca mijloc de transmitere a informației în cadrul unei rețele care constituie sistemul organizației.

După modul în care este dirijat fluxul informațional se pot caracteriza tipurile de funcționare a organizației respective. Astfel, structura organizatorică tradițională are proprie o comunicare în rețea lineară caracterizată de:

- comunicarea pe un lanț descendent pe o scară ierarhică de sus în jos. Mesajele conțin instrucțiuni și comenzi.
- comunicarea ascendentă menținând același lanț ierarhic în care mesajele conțin rapoarte, cereri, reclamații.

În planul orizontal al organizației comunicarea se realizează nestructurat și necoordonat în strategia funcționării organizației, mesajele ajungând la o anumită instanță ierarhică numai dacă coincide biroul șefului pentru două sau mai multe subgrupe.

În această situație managerul are nevoie de o abilitate deosebită pentru a aduna mesajele și a decela informațiile utile de a circula liber în organizație.

Informația dată se direcționează spre îmbunătățirea performanței evitându-se propuneri care pun angajatul în poziție de incompetent lipsindu-i deprinderile sau formarea care să-l conducă la succesul așteptat. Mesajul ghidează persoana în ceea ce el poate face corect.

Timpul în care feed-backul este returnat angajatului se plasează cât mai repede pentru a face posibilă menținerea în angrenajul problemei respective pe toți cei implicați, corectarea și aprecierea căpătând conținutul concret. Angajații cunosc și sunt pregătiți pentru a li se returna informații; feed-backul impus nu are eficiența dorită.

Înțelegerea feed-backului este controlată prin expunerea punctelor principale pe care se sprijină activitatea urmărită printr-un șir de întrebări clare, comprehensibile. Trebuie menționat că sesizarea componentelor din aria comunicării nonverbale ajută mult în identificarea recepționării.
Feed-backul confirmă validitatea informației transmise și diminuează riscul de a induce inadecvări în desfășurarea activității cerute. Inadecvările se traduc apoi în situațiile de eșec în rezolvarea sarcinii transmise.

Managementul comunicării care ține cont de retroreacția angajatului va elimina momentele de tensiune create de cele mai multe ori de condiția unei comunicări inabile. Atmosfera de confort psihologic în care fiecare angajat are clar în minte care este rolul său în organizație și ce sarcini urmează să îndeplinească face ca fiecare să se simtă unic și înlătură sentimentul de depersonalizare și ignorare a individului ca persoană.
În această ordine de idei sunt identificate în literatura de specialitate erorile de comunicare care dacă sunt cunoscute pot fi evitate.
Oamenii sunt apți de a primi mesaje consonante cu imaginea ce o au despre sine, cerințele și valorile lor. Mesajele care sunt incongruente cu valorile lor animă rezistența lor mai mult decât logica rațională. Omul are nevoie de recunoașterea muncii pe care o face, de recunoaștere și împlinire prin afirmarea succeselor. Acele mesaje care facilitează afirmarea sunt acceptate mult mai ușor chiar în situația unui efort mai susținut.

Dacă organizația este înscrisă într-un proces de schimbare, oamenii văd în jur că efortul lor contribuie la această schimbare și se simt apreciați și sunt mult mai apți în a primi mesajele care îi solicită. Cu cât subordonații sunt mai informați despre planul lor și perspectiva instituției cu atât ei sunt mai deschiși în a primi mesaje și mai apți în a le înțelege și se vor simți mai realizați și ca indivizi și ca grup.
În evoluția științei conducerii comunicarea în lanț prezentată a fost dublată și uneori înlocuită cu comunicarea directă, comunicarea interpersonală. Comunicarea interpersonală depășește ignorarea destinatarului ca persoană.

Comunicarea interpersonală aduce o reconsiderare a omului prin posibilitatea de a transmite încrederea ce i se acordă, valorizarea a ceea ce este și a ceea ce face, ca și o compatibilitate cu ceea ce el așteaptă să i se ceară să îndeplinească. În acest mod de a comunica relațiile superior – subordonat capătă altă perspectivă și de asemenea organizația își dezvoltă alte dimensiuni de funcționare. Se afirmă în lucrările de specialitate că marii manageri își petrec mai mult de jumătate din timp în a comunica cu angajații.

Comunicarea ca proces prin care emiți și recepționezi mesaje se traduce prin a vorbi și a asculta. Ascultarea este de multe ori mai importantă și ajută în a obține informații autentice care exprimă starea reală a organizației și spiritul celor care o compun. Ascultând, managerul va avea cunoștință despre cum subordonații au recepționat mesajele transmise de el. Acest sistem de control al modului de recepționare este cunoscut sub numele de feed-back sau retroreacție. În această accepțiune comunicarea devine un instrument al conducerii care duce la schimbarea comportamentului ambilor parteneri din organizație, indiferent de poziția ierarhică în care se găsește fiecare, comunicarea încorporând psihologicul.

Feed-backul imprimă comunicării imaginea unui drum cu sens dublu pe care îl parcurge informația. Urmărirea acestui drum al informației: emițător-receptor-emițător se cere a fi stabilită într-un mecanism formal și informal, pentru a-i contura eficiența. Ameliorarea comunicării într-o organizație se realizează printr-un feed-back eficient.
Feed-backul eficient este destinat aspectelor care țin de activitatea angajatului și nu se îndreaptă spre persoana acestuia în a-i compromite persoana, sentimentele și imaginea sa.
Eficiența feed-backului este direcționată spre a da informații specifice pentru o activitate specifică. Eliminarea "generalului" va înlătura confuzia ce poate să apară în mintea angajatului, care ar conduce la un șir de întrebări ce nu sunt totdeauna exprimate de interlocutor de teama că poate fi judecat ca incompetent. Acele întrebări neexprimate conduc apoi la trăiri și comportamente care vor parazita activitatea persoanei.
Un feed-back eficient se cere a fi descriptiv și nu evaluativ. Se descrie activitatea sau rațiunea acesteia, fără utilizarea unor judecăți de valoare.

Dacă managerul înțelege acest impact psihologic al comunicării va avea mai multe șanse de a coordona eficient, utilizând creativitatea fiecărui grup și membru al organizației.

Comunicarea pe orizontală a apărut ca o necesitate de a coordona efortul organizației în procesul schimbării și în realizarea scopurilor organizației. Proiectul instituției recunoaște această nevoie de a încorpora comunicarea orizontală și de a dezvolta comunicarea interactivă. Comunicarea interactivă face ca circulația informației să se realizeze nu numai de la grup la grup (comunicarea orizontală) ci și între indivizi. S-a demonstrat că acest mod de comunicare facilitează rezolvarea problemelor prin participare și discuții ample, facilitează rezolvarea conflictelor ca și preluarea pozitivă a experiențelor prin care organizația a trecut de către toți cei interesați în dezvoltarea instituției.

III. Concluzii

În multe țări, inclusiv România, sistemele sanitare sunt în proces de reformă ca urmare a schimbării continue a contextului în care evoluează. Din acest motiv managerii sunt preocupați de necesitatea de a coordona eficient pregătirea pentru schimbare și schimbarea organizatorică.

Pregătirea pentru schimbare presupune acumularea în cadrul organizației a unui substanțial capital social capabil să facă față rezistențelor la schimbare. Schimbarea organizatorică presupune modificarea structurii și proceselor organizatorice pentru ca acestea să devină mai eficiente și mai rentabile. Ea cere o adaptare din partea organizației în ansamblu precum și din partea personalului care trebuie să-și modifice comportamentul.

Managerilor le revine sarcina de a realiza printr-o comunicare eficientă coeziunea între membrii organizației. Depășirea barierelor și, implicit, atenuarea disfuncționalităților procesului de comunicare, presupune mai multe aspecte:

a) motivarea adecvată a comunicării prin:
- determinarea cu exactitate a scopului fiecărei comunicări;
- ierarhizarea ideilor înainte de debutul procesului de comunicare;
- stabilirea celui mai prielnic moment pentru efectuarea comunicării;

b) asigurarea unei comunicări clare, concise prin:
- cunoașterea detaliată a simbolurilor utilizate în codificarea mesajelor informaționale;
- utilizarea unui limbaj simplu și direct, fără detalii care pot diminua interesul receptorului;
- folosirea cu prioritate a comunicării directe pentru a reduce distorsiunea;
- transmiterea mesajelor complexe prin apelarea unor canale diferite și eventual repetarea lor;

c) perfecționarea managerilor, îndeosebi pentru o bună cunoaștere a stilurilor de comunicare, adoptarea unei comunicări corective pozitive, un bun management al comunicării (legat de o transmitere corectă a mesajului, prin canale de transmitere adecvate și ținând cont de contextul intern și extern al organizației);

d) perfecționarea capacității de exprimare și ascultare, îndeosebi a managerilor prin corelarea comunicării formale cu cea informală;

e) promovarea cu predilecție a unor stiluri participative de management concomitent cu descentralizarea procesului decizional;

f) realizarea de structuri organizatorice flexibile și aplatizate – deoarece structura organizatorică reprezintă componenta cu cel mai ridicat grad de implicare în asigurarea eficacității comunicării;

g) informatizarea managementului, în special pentru o mai bună folosire a informațiilor în procesul de luare a deciziilor;

Dezvoltarea științelor comportamentale a permis o mai bună cunoaștere a diferitelor aspecte ale procesului de comunicare. O organizație este eficientă dacă membrii săi:
- devin mai conștienți de rolul lor funcțional, necesar în orice moment;
- devin mai sensibili și mai conștienți de gradul în care ei pot participa pentru a asigura cerințele unei sarcini;
- încearcă să se antreneze pentru îmbunătățirea rolului lor funcțional și să obțină performanțe în realizarea lor.

O organizaţie în care există o bună comunicare între membrii acesteia şi între diferitele compartimente, poate realiza o schimbare organizatorică pentru a se adapta schimbărilor din contextul extern organizaţiei, deci va fi eficientă şi performantă.

CAPITOLUL XXI

NEGOCIEREA ŞI MANAGEMENTUL CONFLICTELOR

Astăzi, mai mult ca oricând, mediul politic, economic şi social implică prezenţa noţiunii de negociere în scopul promovării unor principii corecte de dialog, conlucrare şi echilibru social. Folosit din cele mai vechi timpuri, termenul de negociere capătă astăzi o consacrare specială exprimând o modalitate paşnică, cea mai amiabilă de rezolvare a problemelor care apar în rapoartele directe dintre state, instituţii, indivizi.

Negocierea intervine atunci când doi sau mai mulţi parteneri stabilesc contacte în vederea rezolvării unor interese sau când, în cadrul unor relaţii deja stabilite, unul sau mai mulţi membrii prezintă o dorinţă de modificare a acestor relaţii (ca urmare a apariţiei unor nevoi sau trebuinţe schimbate). Se poate spune că negocierea reprezintă un proces de armonizare a intereselor participanţilor în vederea găsirii unei soluţii convenabile pentru toţi.

François de Callierees afirma în 1716 că *negocierea constituie o modalitate de a pune de acord avantajele, interesele părţilor în cauză.*

Arthur Lall afirma că *"negocierea este procesul de abordare a unei dispute prin mijloace paşnice cu scopul de a promova sau realiza o anumită înţelegere, îmbunătăţire, aplanare sau reglementare a disputei sau a situaţiei între părţile interesate".*

Fred Charles Ikle defineşte negocierea ca *un proces în care sunt prezentate propuneri explicite în scopul ajungerii la un acord asupra unui schimb sau a unor interese comune.*

Dicţionarul diplomatic defineşte negocierea ca fiind *un proces de abordare a unei probleme, a unui diferend, a unei situaţii conflictuale, prin mijloace paşnice, de înţelegere directă, în scopul promovării sau înfăptuirii unui acord între părţi, al îmbunătăţirii relaţiilor dintre ele, a reducerii tensiunilor dintre acestea şi soluţionării diferendelor ce le opun, întreaga acţiune fiind subordonată realizării unui interes comun.*

Stendhal afirmă că negocierea este *"un proces cooperant, dar şi egoist prin care se încearcă satisfacerea într-un procentaj cât mai ridicat a tuturor intereselor părţilor".*

Pierre Lebel acordă negocierii o semnificaţie foarte largă considerând că aceasta *"e specifică tuturor vârstelor, tuturor categoriilor sociale şi tuturor civilizaţiilor, ca fiind un act cotidian cu o folosire naturală ca respiraţia sau viaţa".*

Sintetizând definiţiile de mai sus se poate spune că:

Negocierea reprezintă un complex de activităţi de contactare, întâlniri, consultări şi tratative desfăşurate între doi sau mai mulţi parteneri, un proces de armonizare a intereselor acestora în vederea găsirii unor soluţii convenabile pentru toţi

Manageri utilizează frecvent procesul de negociere pentru a atinge obiectivele fixate. Negocierea se derulează **intern,** între gestionarii aceleiaşi întreprinderi, sau **extern**, cu reprezentanţii altor organizaţii. În ultimul caz, negocierile interne servesc frecvent la stabilirea mandatelor diferiţilor purtători de cuvânt implicaţi în procesul negocierii. Mc. Coll şi alţii (1993) menţionează negocierea pe lista lor de abilităţi pentru a putea deţine puterea.

În afaceri, negocierea implică mai întâi o **interdependenţă existentă** sau **posibilă** între părţile care negociază. Când există interdependenţă , se utilizează negocierea pentru a aduce o îmbunătăţire activităţilor şi interacţiunilor deja existente. În acest caz, negocierea se poate dovedi mai complexă sau mai simplă decât atunci când este vorba de **prima negociere** depinzând, conform modelului lui Homans (1950), de sentimentele, valorile şi normele existente în grupul de referinţă al fiecărei părţi. Atunci când grupurile îşi doresc **cooperarea,** negocierea se poate dovedi mai simplă. Dimpotrivă, atunci când clanul acţionează de o **manieră competitivă**, negocierea riscă să fie dificilă. În aceste două cazuri extreme, este foarte probabil, ca purtătorii de cuvânt care vor fi desemnaţi pentru a conduce negocierea să se poziţioneze aproape de punctele corespondente pe axele modelului Thomas şi Kilmann (1974). Aceste două axe (distributivă şi integrativă), oferă cinci posibilităţi pentru a califica o negociere: **competiţia, compromisul, evitarea,**

acomodarea şi colaborarea. Cu toate acestea, în studiul făcut de Van de Vliert şi Kabanoff (1990), stilul de acomodare nu este întâlnit în practică. Contează puţin preferinţele protagoniştilor şi a celor din grupurile de referinţă, negocierea fiind privilegiată în raport cu alte procese la care se poate recurge pentru a ajunge la reglarea divergenţelor, pentru că ea este flexibilă, adaptabilă şi aproape de realitatea părţilor luate în considerare. Uneori, se presupune că există o perioadă de timp disponibilă pentru a acţiona. În această situaţie, negocierea este utilizată pentru că sunt necesare activităţi sau interacţiuni noi. Din acest moment poziţiile grupurilor de referinţă, în funcţie de preferinţele în negociere se aplică cu mai multă sau mai puţină vigoare.

I. Tipurile fundamentale de negociere

Există deja de la publicarea lucrării lui Fisher şi Ury (1982), o admiraţie deosebită pentru abordarea "câştig-câştig" în negociere. Ea este numită şi negociere "***integrativă***", "win-win" sau creativă. Abordarea tradiţională a negocierii se numeşte "***distributivă***" sau "câştig-pierdere" sau "piedere-pierdere". Se pare că abordarea distributivă se dovedeşte mai comprehensibilă dacă se face distincţia între "câştig-pierdere" şi "piedere-pierdere". Un element important care distinge negociatorii abili, este capacitatea lor de a recunoaşte mai rapid ce tip de negociere trebuie să abordeze. În realitate probabilitatea ca o negociere să înglobeze mai mult decât o abordare este, după cum recunosc practicienii, superioară probabilităţii de a se regăsi într-o negociere exclusiv un tip de abordare.

Au fost descrise două tipuri fundamentale de negociere: negocierea distributivă şi negocierea integrativă.

1. Negocierea distributivă este procesul în care fiecare parte încearcă să convingă cealaltă parte să accepte cererile sale. Negocierea distributivă poate fi de tip "câştig-pierdere" sau de tip "pierdere-pierdere".

a) ***Negocierea distributivă de tip "câştig-pierdere"*** este procesul în care părţile implicate, care au în acelaşi timp obiective comune şi divergente, ajung la o înţelegere în care o parte face un câştig mai important, iar cealaltă are pierderi mai mari.

b) ***Negocierea distributivă de tip "pierdere-pierdere"*** este procesul în care, părţile aflate în negociere au în acelaşi timp obiective comune şi obiective divergente, iar acestea efectuează concesii de o parte şi de alta, până la obţinerea unui acord final care echilibrează pierderile şi câştigurile fiecărei părţi implicate.

Cum recunoaştem o negociere distributivă?

Atunci când considerând ansamblul cererilor celeilalte părţi ne este clar că sunt nerealiste.

Puncte importante în negocierea distributivă

- În final va exista un câştigător şi un perdant sau fiecare va câştiga şi va pierde pe anumite probleme care fac obiectul negocierii;
- Fiecare are unul sau mai multe puncte de rezistenţă;
- Este vorba de un raport de forţe (explicit sau implicit);
- A ajunge la un acord sau a fi în dezacord reprezintă în acelaşi timp un cost şi un câştig;
- Trebuie făcute concesii asupra a cel puţin unui punct;
- În acest tip de negociere se întâlnesc negociatorii "fără milă";

Ce elemente trebuie luate în considerare pentru a creşte şansele de succes:

- Pregătirea este de o importanţă crucială deoarece fiecare din părţi încearcă să o învingă pe cealaltă. Totodată dacă ambele părţi sunt bine pregătite şi raportul de forţe este egal, rezultatul va fi satisfăcător;
- Trebuie să existe un minimum de interese comune;
- Trebuie să obţii mai multe informaţii decât se divulgă;
- Respectarea cuvântului (promisiunilor);
- A fi de bună credinţă;
- A vrea să obţii un acord în termeni rezonabili, dar fără a fi prea presant;
- A nu ceda decât dacă este posibil să obţii ceva în plus;

– A obţine un sprijin puternic în interior;

Strategia într-o negociere distributivă

A.Determinarea şi evaluarea punctelor de rezistenţă

– Se listează tot ce dorim să obţinem;
– Se ierarhizează aceste obiective;
– Se determină limitele până la care dorim să mergem pentru a câştiga pentru fiecare obiectiv;
– Se stabileşte costul pentru fiecare obiectiv în cazul în care nu-l câştigăm;
– Se determină limitele până la care cealaltă parte este gata să meargă pentru a nu ne lăsa să câştigăm un obiectiv;
– Se listează ceea ce doreşte cealaltă parte să obţină (sau ne aşteptăm să ceară);
– Se face o ierarhizare a acestora;
– Se determină limitele până la care suntem gata să mergem pentru a câştiga (pentru fiecare obiectiv);
– Se stabileşte cât îi costă pe ceilalţi dacă nu câştigă un obiectiv;
– Se determină până unde este gata să meargă ceilalţi pentru a nu ceda un obiectiv;
– Se stabileşte cât ne costă dacă le cedăm fiecare din obiective;
– Trebuie să realizăm o listă cu punctele de rezistenţă anticipate ale părţilor (punctul de rezistenţă este punctul plecând de la care se acceptă în ultimul minut un acord: dincolo de acest punct se va obţine un acord înainte de final, iar până la atingerea acestui punct va exista un eşec al negocierii).

B. Obţinerea şi oferirea de concesii

Pregătirea negocierii

– Se utilizează lista punctelor de rezistenţă anticipativă a părţilor;
– Se va întări cererea pentru fiecare obiectiv propriu (a nu se depăşii o limită realistă, cum ar fi "se justifică într-un mod raţional, într-un cadru practic");
– Se va studia ansamblul cerinţelor celeilalte părţi cu multă atenţie;
– Se va vorbi cât mai puţin posibil şi cu argumente pentru fiecare cerere (necesită o pregătire foarte atentă);
– Se vor pune întrebări tip feed-back (ex. "dacă mi-aţi spune mai întâi ce aţi înţeles şi cum consideraţi ceea ce aţi înţeles, îmi va fi mai uşor să vă explic.");
– Se va cere celorlalţi să îşi justifice fiecare cerere (ţinând cont de termene);
– Dacă ştim că o anumită concesie nu costă prea mult pentru cealaltă parte, aceasta trebuie obţinută (ea poate fi utilă pentru deschiderea negocierii);
– Dacă ceilalţi cer o concesie care nu ne costă prea mult, se va încerca contrabalansarea acesteia printr-o cerere despre care se ştie că pe ceilalţi îi costă scump, fapt care va fi ignorat (ceilalţi vor face acelaşi lucru şi fiecare din părţi îşi va descoperii punctele de rezistenţă reale).

Derularea propriu-zisă a negocierii

– Dacă punctele de rezistenţă reale sunt verificate, se degajă o zonă de acord;
– Întoarceţi-vă spre interior pentru a vă revedea sau revizui mandatul, pentru a găsi o zonă de acord sau pentru a reevalua costurile dezacordului;
– Aşteptaţi ca cealaltă parte să realizeze acelaşi lucru înainte de a renegocia (nu se mai negociază dacă nu există o zonă de acord);
– Prezentaţi argumente pentru a susţine faptul că cererile dumneavoastră sunt mai puţin costisitoare decât par;
– Prezentaţi argumente pentru a sublinia avantajele cererii dumneavoastră;
– Lăsaţi interlocutorului timp să se exprime;
– Fixaţi termenele negocierii;
– Nu uitaţi că negocierea distributivă este un joc care implică regula exagerării şi blufării. Dacă este bine jucat acest joc poate produce rezultate satisfăcătoare.

C. Finalizarea unui acord

– Trebuie atinse cât mai repede posibil punctele dumneavoastră de rezistență reale, așteptând finalul termenului pentru a-l lăsa pe interlocutor să le atingă pe ale sale (țineți cont că el face întotdeauna același lucru ca și dumneavoastră);
– A trage concluzii prea rapid duce la mai puțină coeziune internă;
– La sfârșitul termenului acordul trebuie privit mai degrabă în ansamblu decât punct cu punct (în timpul negocierii, fiecare obiectiv este luat separat);
– Nu se dă niciodată acordul în ansamblu; se ia fiecare punct în parte, în timp ce interlocutorul va face același lucru;
– Se vor prevedea termene pentru discuții în interior pentru fiecare din părți;
– Trebuie să fiți discret și modest;
– Evitați să cereți timp de gândire dacă în ansamblu punctele de rezistență reale ale dumneavoastră sunt atinse;
– Tehnica de ofertă finală trebuie utilizată dacă s-a verificat în prealabil că cele două părți își cunosc punctele de rezistență reale;

2. Negocierea integrativă este un proces prin care părțile implicate descoperă obiective comune și reușesc să elaboreze soluții, astfel încât cererile formulate să fie atinse.

Cum recunoaștem negocierea integrativă?

Toate părțile formulează cereri realiste într-un timp scurt sau fără confruntări majore.

Puncte importante într-o negociere integrativă

– Discuție atentă între părți asupra obiectivelor reale ale fiecăruia;
– Identificarea punctelor comune;
– Furnizarea tuturor informațiilor disponibile;
– Căutarea soluțiilor mutuale benefice sau a mecanismelor de compensare pentru perdanți (concentrarea în acest ultim caz);

Care elemente trebuie să se ia în considerare pentru argumentarea șanselor de succes

– Acordați încredere celorlalți ;
– Preconizați o abordare orientată asupra soluțiilor cercetate;
– Căutați mai degrabă soluțiile realiste care ameliorează o parte a situației decât soluțiile perfecte;
– Exprimați-vă clar și concis;
– Înțelegeți problemele și soluțiile propuse de ceilalți;
– Fiți motivați să munciți cu ceilalți;
– Nu fiți de acord cu orice preț (credibilitate internă);
– Fiți fermi, dar respectoși (credibilitate internă);

Strategia într-o negociere integrativă

A. <u>Să se identifice obiectivelor comune</u>
   – Să se definească ansamblul de obiective; Ele trebuie să fie simple și realiste;
   – Să se identifice obstacolele în realizarea obiectivelor;
   – Odată identificate obstacolele, nu le atribuiți nici unei părți;
   – Să se încerce reducerea problemelor la un singur element simplu;
   – Să se renunțe la emoții;
   – Să vă apărați interesele, dar nu și poziția;
B. <u>Să se găsească soluții benefice pentru ambele părți</u>
   – Să fie implicate diferite grupuri în căutarea soluțiilor;
   – Să nu se judece nici o soluție;
   – Să se crească beneficiile tuturor părților implicate;
   – Să se accepte principiul despăgubirii perdanților;
C. <u>Să se stabilească criterii comune pentru a găsi o soluție;</u>
   – Fiți maleabili (să se accepte criteriile altora);
   – Reduceți numărul de alternative;

– Nu căutați criterii care să justifice soluțiile voastre;
– Demonstrați că sunteți pregătiți să acceptați soluțiile altora;
– Dacă se reține soluția dumneavoastră, nu vă însușiți beneficiul.

II. Stilurile de negociere

Numeroase studii asupra procesului de negociere au arătat că fiecare individ are un stil predominant de a negocia. Pentru a defini stilurile de negociere sau luat în considerare două dimensiuni:

– preocuparea persoanei pentru a satisface propriile nevoi;
– preocuparea persoanei pentru satisfacerea nevoilor altor părți;

Conform modelului lui Thomas și Klimann (1974), cele două axe ale negocierii (distributivă și integrativă) fac posibilă existența a cinci stiluri de negociere: competiție, acomodare, evitare, colaborare și compromis.

- ***Evitare*** – nu există preocupare pentru nici un fel de nevoi.
- ***Competiție*** – este stilul în care nu există preocupare pentru satisfacerea nevoilor celorlalți.
- ***Compromis*** – când tipurile de nevoi sunt mai mult sau mai puțin accentuate.
- ***Acomodare*** – este stilul în care nu există preocupare pentru satisfacerea propriilor nevoi.
- ***Colaborare*** – este stilul în care preocuparea pentru satisfacerea nevoilor proprii și ale celorlalți este puternică.

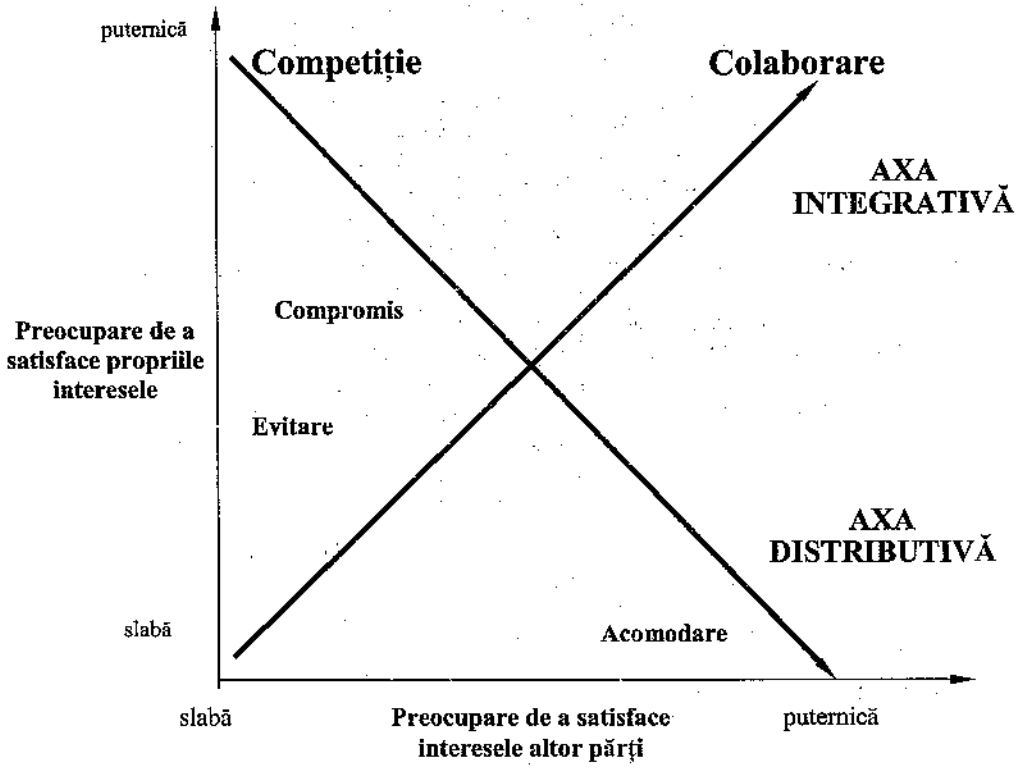


Figura 21.1. Stiluri de negociere

STIL	DEZAVANTAJE	AVANTAJE
Evitare	• speranță în miracole • moliciune și indecizie care pot duce la frustrare, demotivare și ridicarea barierelor	• necesită o investiție minimă de energie • permite evitarea capcanelor urgenței
Competiție	• poate conduce la stres negativ • poate suscita invidie prin insatisfacția celorlalți	• favorizează creativitatea (agresivitate pozitivă) • menține continuitatea către obiectiv • favorizează conducătorul grupului
Compromis	• este de fapt un gen de evitare, pentru că nu permite aprofundarea unui conflict • soluția poate fi pripită și conflictul se reia	• favorizează spiritul de echipă, colaborare și îmbunătățește ambianța • există doi câștigători • conduce la o soluție de grup pentru împărțirea problemelor
Acomodare	• poate lăsa impresia că este pe picioarele sale • unul "se sacrifică" și devine victima celuilalt	• necesită toleranță și acceptarea celorlalți • stimulează adaptarea la situațiile de negociere
Colaborare	• nu permite impunerea propriului punct de vedere • poate apărea ca o atitudine de slăbiciune, lipsă de fermitate	• dezvoltă bunele relații, o ambianță agreabilă, creează grupul, înglobează o armonie de acțiune • favorizează participarea

Tabelul 21.1. Câteva avantaje și dezavantaje ale celor 5 stiluri de negociere

III. Atitudinea față de conflict în procesul de negociere

În raport cu potențialul de luptă și puterea părților negociatoare, abordările strategice ale negocierii pot fi conflictuale sau non-conflictuale.

Abordările conflictuale sau **competitive** sunt acelea în care se încearcă să se obțină avantaje fără a se face concesii în schimbul lor. Ele se bazează pe o disproporție de putere de negociere între părți, putând fi dure și tensionate. Relațiile de afaceri stabilite prin această strategie pot fi profitabile, dar nu și stabile și de lungă durată.

În cadrul strategiilor conflictuale este esențial să se sesizeze natura și tipul conflictului de voințe, care poate fi:

a. *Conflict de credințe și preferințe* – generat de diferențe de ordin cultural și perceptual. Acesta este un conflict între valorile fundamentale la care aderă partenerii și nu unul de natură rațională. De regulă, ia amploare, este de durată, iar pozițiile adverse sunt greu de conciliat.

b. *Conflict de interese* – generat pe baze materiale și financiare. Comportamentul părților negociatoare rămâne preponderent rațional.

c. *Conflict de mijloace* – apare atunci când adversarii aderă la unul și același obiectiv final, dar nu sunt de acord cu căile, metodele și mijloacele folosite pentru a-l atinge.

Strategiile conflictuale generează tactici de influență negativă și agresivă precum avertismentul, amenințarea directă și represaliile.

Abordările non-conflictuale sunt acelea care urmăresc un echilibru, între avantaje și concesii, care evită conflictul deschis, refuzând folosirea mijloacelor agresive de presiune.

Aceste strategii caută să identifice punctele şi interesele comune pentru a face posibile cât mai multe oportunităţi de a cădea de acord cu adversarul şi a-i da satisfacţii. Ca să se învingă mai uşor rezistenţa adversarului, nu se răspunde provocărilor sale, nu se întâmpină atacurile cu contraatacuri. Mai mult chiar, se trece de partea adversarului, i se dă dreptate ori de câte ori se iveşte ocazia, este ascultat cu atenţie, i se arată respect, i se cer scuze. În acest mod se redirecţionează mereu acţiunile adversarului.
Strategiile non-conflictuale se bazează pe tactici de influenţă pozitivă precum promisiunile, recomandările, concesiile şi recompensele.

IV. Argumentarea poziţiilor de negociere

Poziţiile de negociere diferite generează puncte de vedere diferite, asupra aceluiaşi obiect al negocierii. În principiu convergenţa poziţiilor de negociere şi obţinerea acordului nu este posibilă fără alinierea punctelor de vedere divergente. Propria poziţie de negociere poate fi impusă, apărată şi consolidată cu argumente şi putere. Poziţiile de negociere adverse pot fi atacate şi neutralizate cu putere şi cu obiecţii formulate în replică la argumentele partenerului. Obiecţiile iau forma unor contraargumente. Între partenerii de negociere, argumentarea devine necesară atunci când unul dintre ei doreşte să "construiască" în mintea celuilalt o convingere care să declanşeze comportamentul aşteptat de el.

Argumentarea constituie elementul cheie al oricărui proces de negociere, iar capacitatea de a argumenta constituie caracteristica cheie a unei negocieri. Întreaga teorie a argumentării se preocupă, sub aspect logic şi retoric de studiul discursului şi tehnicilor de comunicare de natură să crească persuasiunea şi puterea de convingere, ce pot determina adeziunea partenerului de negociere.

În negocieri, argumentarea constituie procedeul tactic de bază în susţinerea obiectivelor şi intereselor părţilor. Se pune accent pe manipularea unor avantaje reale sau imaginare aduse partenerului, aşa cum pot fi ele văzute de pe poziţia sa. Argumentarea nu se bazează exclusiv pe logică, ci parţial pe abordări raţionale şi afective. În negociere argumentarea pur logică sau pur afectivă reprezintă situaţii extreme.
Abordarea afectivă este aceea în care se apelează la energiile psihice, la emoţii, la sentimente, entuziasm şi afecţiune. Argumentarea emoţională nu se bazează atât pe nivelul verbal şi aparent al comunicării, cât mai ales pe nivelul psihologic al raportului dintre parteneri. Forţa de convingere şi persuasiunea este purtată preponderent de mesajele non-verbale. Partenerii cu puternică încărcătură emoţională sunt uşor de convins prin abordări afective, dar rămân surzi la argumentele logice.
Abordarea logică este aceea care pune accent pe cauzalitate şi silogism (tip fundamental de raţionament deductiv), adică pe inducţie, deducţie, analiză, sinteză, raţiune. Aceasta se adresează componentei cerebrale a partenerului de negociere.
Concepte de bază în negociere/Pregătirea negocierii
Pregătirea negocierii este la fel de importantă ca şi negocierea propriu-zisă şi ar trebui să i se acorde un timp cel puţin egal cu timpul alocat întâlnirii faţă în faţă a părţilor implicate. O bună pregătire te poate ajuta să distingi între un aranjament convenabil şi unul indezirabil, îţi poate evidenţia informaţiile de care ai nevoie şi pe care să le urmăreşti în cursul negocierii.

Vom prezenta în continuare câteva puncte asupra cărora cel care doreşte să aibă succes în negociere ar trebui să reflecteze înainte de a intra într-o negociere.

Ţinta (punctul ţintă) – valoarea rezultatului pe care un negociator ar dori în mod ideal să îl obţină în cursul negocierii. Studiile în acest domeniu au arătat că cu cât un negociator îşi stabileşte o ţintă mai înaltă, dar realistă, cu atât cresc şansele de a obţine mai mult dintr-o negociere.
Oferta de deschidere (OD) – preţul sau condiţiile cu care îşi începe fiecare negociator discursul. În orice negociere fiecare se aşteaptă să dea şi să primească ceva în schimb, să renunţe la unele condiţii pentru a obţine alte avantaje, preţul să mai scadă (din puctul de

vedere al cumpărătorului) sau să mai crească (din punctul de vedere al celui care vinde) față de oferta inițială. Pentru a lăsa loc pentru aceste concesii oferta de deschidere trebuie să fie peste valoarea punctului țintă, dacă se dorește ca acesta să fie atins.

Cea mai bună alternativă la o înțelegere negociată – întâlnită în literatura de specialitate sub forma inițialelor **BATNA** (*best alternative to a negociated agreement*) – cu alte cuvinte, care este cel mai bun lucru de făcut dacă nu ajungi la o înțelegere în cursul prezentei negocieri. Dintr-o multitudine de variante poți să o selectezi pe cea mai bună și cu ea să compari ofertele pe care le primești în cursul negocierii. Alternativele sunt utile pentru că oferă negociatorului puterea de a părăsi masa tratativelor atunci când se prefigurează un rezultat nu prea bun. Cu cât alternativa pe care o are un negociator este mai bună cu atât puterea sa în negociere este mai mare. Pentru aceasta este nevoie ca alternativele să fie căutate, îmbunătățite pe cât posibil și apoi selectată cea mai bună dintre ele.

Pe cât este de important pentru un negociator să își cunoască propriile alternative, tot atât de important este să cunoască alternativele celui cu care negociază. În acest fel putem să evaluăm în mod realist ce putem obține din negociere. În același timp, pe cât posibil, putem să ne gândim la căi de a demola alternativele oponentului, prin aducerea de argumente suplimentare în favoarea ofertei proprii.

Dezvoltarea alternativelor nu numai că ne ajută să definim ce anume este minim acceptabil, dar ne ajută să și ridicăm acest minim la valori mai mari. Iată de ce nu trebuie precupețit timp, efort, resurse umane și materiale pentru elaborarea și dezvoltarea alternativelor.

Punctul de rezervă (PR) – valoarea rezultatului la care un negociator ar prefera să se retragă din negociere și să accepte o altă alternativă (BATNA). Este punctul în care îți este indiferent dacă se ajunge la o înțelegere sau negocierea este în impas. Reprezintă cel mai prost, dar încă acceptabil, rezultat al unei negocieri. Faptul că un negociator are stabilit un punct de rezervă îl face să reziste presiunilor și tentațiilor de moment și, de asemenea, îl ferește de pericolul de a încheia o înțelegere pe care mai târziu este posibil să o regrete.

Punctul de rezervă poate să coincidă sau nu cu BATNA. De exemplu în situația achiziționării unui echipament de laborator, un negociator poate avea ca punct de rezervă suma de 20 milioane lei, suma maximă pe care și-o poate permite să o plătească, iar ca alternativă o ofertă a unei alte firme, în valoare de 17 milioane lei. Totuși, pentru că firma cu care negociază în prezent are un renume mai mare, oferă consumabile la un preț mai mic și service pe o perioadă mai lungă de timp, negociatorul se poate decide să plătească cu maxim 3 milioane mai mult pentru a avea aceste avantaje.

Spațiul pentru concesii – Paleta de rezultate care se situează între oferta de deschidere și punctul de rezervă. Este important ca acest "spațiu de manevră" să fie suficient de mare, pentru că așa cum aminteam mai sus, într-o negociere sunt de la sine înțelese concesiile, iar atunci când un partener de negociere a făcut o concesie se așteptă să primească în schimb, la rândul său, o concesie de valoare asemănătoare.

Spațiul de negociere (SN) – Paleta de rezultate care se situează între ofertele de deschidere ale negociatorilor. (vezi Figura)

Zona de acord potențial (ZAP) – Paleta de rezultate cu care ambele părți ar putea fi de acord. De exemplu, în cazul vânzării unui bun, toate valorile care se situează peste punctul de rezervă al vânzătorului și sub punctul de rezervă al cumpărătorului. (vezi figura următoare)

Un Instrument de lucru pentru negocierea cu subiect multiplu

Rareori o negociere se referă la un singur subiect. Prin subiect înțelegem lucrurile care se negociază, cum ar prețul, modalitatea de plată (pe loc, în rate), durata contractului, garanții, etc. În negocierile cu subiect multiplu avem de a face cu dificultatea de a alege între subiecte calitativ diferite dar cu valoare mare. Trebuie să decidem cât de mult să renunțăm la un subiect pentru a obține mai mult la un altul (de exemplu, câți bani să plătim în plus dar eșalonat în rate pe 2 ani în loc să dăm toți banii la început).

Pentru aceasta a fost dezvoltată o metodă de clasificare a preferințelor în situații care implică mai multe subiecte. Folosirea acestei metode în pregătirea unei negocieri se dovedește foarte utilă în desfășurarea negocierii propriu-zise. Ea crește încrederea negociatorului în schimburile pe care le face cu partenerul, mărește claritatea comunicării și diminuează șansele de a lua o decizie care să fie regretată mai târziu.

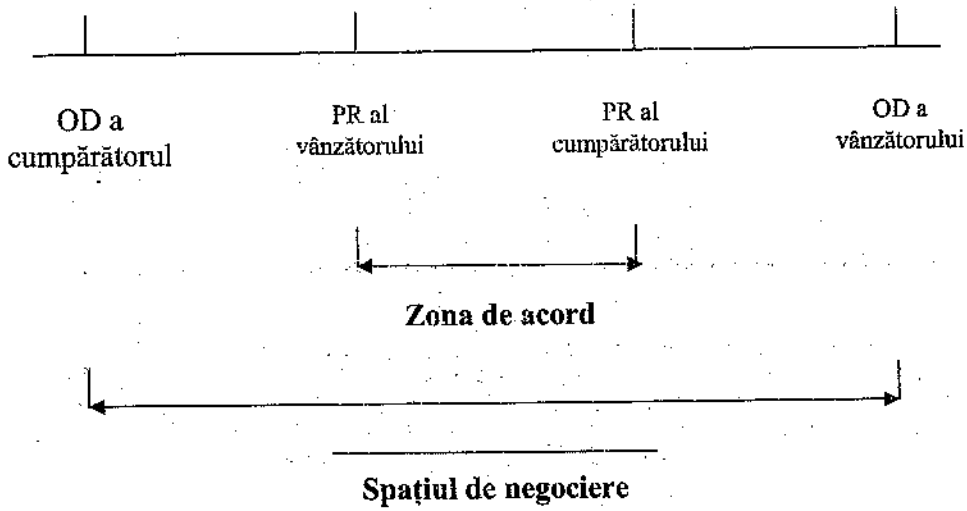


Figura 21.2. Reprezentarea schematică a elementelor tehnice de negociere

Deoarece banii sunt cuantificabili și îi folosim zilnic, ar fi mai convenabil să convertim toate rezultatele posibile ale unei negocieri în lei. Totuși, există numeroase lucruri care sunt dificil de tradus în bani. De exemplu, în luarea deciziei asupra achiziționării unui echipament de laborator sofisticat, cum ar putea fi evaluate precis prestigiul firmei producătoare, service-ul, durata perioadei de garanție, disponibilitatea consumabilelor pe piața românească? Ca urmare cuantificarea valorii intrinseci este un instrument general pentru luarea deciziei și negociere care poate suplimenta o analiză financiară pură.

1. Identificarea subiectelor importante și clasificarea rezultatelor posibile

Subiectele componente ale unei negocieri nu sunt totdeauna evidente și trebuiesc identificate pentru a vedea cum poate negocierea viitoare să contribuie la satisfacerea intereselor proprii. Faceți o listă cu toate subiectele care pot apare în cursul negocierii. Pentru fiecare subiect notați posibilele rezultate plauzibile (pentru preț, de exemplu, pot fi anumite sume de bani; pentru perioada de garanție, pot fi diferite durate de timp). Identificarea tuturor rezultatelor unui subiect face posibilă cântărirea precisă a subiectului.

Exemplu

Trebuie să cumpărați un echipament de laborator. Aveți oferte de la patru firme: Alfa, Beta, Delta și Gama. Ceea ce vă interesează în legătură cu acest echipament este să fie achiziționat de la o firmă care să vă asigure o calitate bună a echipamentului, prețul să se încadreze între 10 și 30 milioane de lei și să aveți asigurat service. De regulă se asigură service între 2 și 5 ani pentru tipul de echipament pe care îl vizați.

2. Identificarea rezultatului cel mai bun și a celui mai prost pentru fiecare subiect

Pentru fiecare subiect identificați care este rezultatul cel mai favorabil și care este cel mai puțin de dorit.

Exemplu

După ce studiați ofertele vă dați seama că cea mai bună firmă este Alfa și cea mai proastă Delta. Desigur că prețul cel mai convenabil este 10 milioane și cel mai puțin convenabil de 30 milioane. Varianta ideală de service este 5 ani, iar cea mai slabă este 2 ani.

3. Atribuirea de note fiecărui subiect
Pentru fiecare subiect, atribuiți valoarea de 100 rezultatului cei mai dezirabil și valoarea 0 rezultatului cel mai prost. Rețineți că 0 nu înseamnă că acel rezultat nu are valoare! Înseamnă doar că pe lista rezultatelor posibile, are valoarea cea mai mică posibil. Pentru celelalte rezultate de pe listă, atribuiți valori între 0 și 100, care să reflecte valoarea lor comparativ cu cel mai bun și cu cel mai prost rezultat. Faceți această clasificare pentru toate subiectele.
Exemplu
Firma preferată, Alfa, primește 100 iar cea mai puțin dorită, Delta, primește valoarea 0. În funcție de renumele celorlalte două firme le atribuiți valoarea 80 firmei Beta și 40 firmei Gama. Analizați și celelalte subiecte în mod similar:

Firma	Scor	Preț (mil)	Scor	Service (ani)	Scor
Alfa	100	30	0	2	0
Beta	80	25	40	2,5	20
Gama	40	20	70	3	40
Delta	0	15	90	4	70
		10	100	5	100

4. Clasificarea preliminară a subiectelor
Grupați rezultatele cele mai proaste ale tuturor subiectelor. Pentru fiecare subiect gândiți-vă câtă satisfacție ar produce mutarea de la cel mai prost rezultat la cel mai bun. Apoi uitați-vă la toate subiectele și vedeți pentru care dintre subiecte mutarea aceasta ar avea cel mai mare impact asupra satisfacției generale asupra negocierii. Acesta este subiectul dumneavoastră de vârf. Apoi identificați pentru care subiect trecerea de la cel mai prost rezultat la cel mai bun ar avea impactul cu forță imediat următoare. Acesta este subiectul clasat pe locul doi. Continuați în același fel cu toate subiectele.
Acum urmează atribuirea de ponderi fiecărui subiect.
Există mai multe metode pentru a realiza acest lucru. O metodă relativ simplă este aceea de a atribui subiectului clasat pe locul întâi un scor de 1,00. Apoi comparați mutarea de la cel mai prost rezultat la cel mai bun, în cazul subiectului situat pe locul doi, cu aceeași deplasare în cazul subiectului numărul unu. Dacă această mutare este aproape la fel de dezirabilă acordați un scor înalt (de exemplu 0,80 sau 80%); dacă este doar pe jumătate la fel de dezirabil acordați un scor mediu (de exemplu 0,50 sau 50%). Faceți acest lucru pentru toate subiectele.
Exemplu
Trecerea de la firma cea mai puțin dorită, Gama, la Alfa, vă dă satisfacția ce mai mare. Deci firma producătoare este cel mai important subiect și îi acordați o greutate preliminară de 1,00. Trecerea situată pe locul următor ca importanță este aceea de la un preț de 30 milioane la unul de 10 milioane, dar nu este la fel de important ca firma, deci îi acordați o greutate de 0,60. Trecerea de la un service de 1 an la unul de 5 ani este aproape la fel de important ca și prețul așa încât îi acordați 0,50.
5. Convertirea la o scală standard
Adunați punctele pe care le-ați atribuit subiectelor. (În exemplul nostru, 1,00+0,60+0,50=2,10) Împărțiți punctele acordate fiecărui subiect la totalul obținut. (exemplu: 1,00/2,10, 0,60/2,10 și așa mai departe) În acest moment ați convertit toate punctele la o scală standard al cărei total este 1,00 și care reflectă greutatea relativă a acestora. (exemplu: firma producătoare a căpătat o greutate de 0,48).
6. Standardizarea
În final, faceți produsul dintre greutatea normalizată a fiecărui subiect și valoarea atribuită fiecărui rezultat al subiectului respectiv. Aceasta vă oferă un scor standardizat pentru fiecare rezultat. Acum toate combinațiile posibile de rezultate pot fi comparate între ele precum și cu setul ideal și cu cel mai puțin dorit de rezultate.
Exemplul complet se află în tabelul alăturat. Dacă oferta firmei Alfa ar fi 25 milioane și service 2 ani, iar cea a firmei Beta 30 milioane și service 5 ani, ce firmă ați alege?

Verificarea modelului construit
Înainte de a vă baza pe modelul elaborat, acesta trebuie testat. Luați în considerare schimburile între rezultatele diferitelor subiecte pe care acesta le implică. În al doilea rând generați cu ajutorul său câteva seturi de aranjamente și verificați dacă preferințele implicate de model se suprapun cu preferințele dumneavoastră directe. Dacă nu, ajustați valorile și greutățile până când preferințele modelului și preferințele dumneavoastră directe converg.
Când nu poate fi folosit acest model ?
Acest model nu poate fi utilizat atunci când valoarea pe care o putem atribui unei rezolvări depinde de rezolvarea unui alt subiect, sau atunci când importanța relativă a două subiecte depinde de valoarea unor alte subiecte.

1	2	3	4	5	6
Firma			1,00	1,00/2,10=0,48	
Alfa	**Cea mai bună**	100			48
Beta		80			38
Gama		40			19
Delta	**Cea mai proastă**	0			0
Prețul			0,60	0,60/2,10=0,29	
30	**Cel mai prost**	0			0
25		40			11
20		70			20
15		90			26
10	**Cel mai bun**	100			29
Service			0,50	0,50/2,10=0,24	
2	**Cel mai prost**	0			0
2,5		20			5
3		40			10
4		70			17
5	**Cel mai bun**	100			24

Tabel 21.2.

VII. Managementul conflictelor

În cadrul procesului de negociere, un rol aparte îl joacă managementul conflictelor.
Conflictul este în esență un dezacord, o contradicție sau o incompatibilitate care se aplică tuturor situațiilor în care se află indivizi sau grupuri ale căror obiective, cunoștințe sau stări emoționale sunt incompatibile și conduc la opoziție.
Trei tipuri de conflict sunt cuprinse în această definiție generală:
- *conflictul de obiective* – apare când există o divergență de scopuri sau acțiuni;
- *conflictul cognitiv* – apare când există o divergență de idei sau cunoștințe;
- *conflictul afectiv* – apare când există o incompatibilitate emoțională.

Influența pozitivă a conflictelor
În organizații, conflictul poate avea și o influență pozitivă. Nașterea și/sau rezolvarea unui conflict permit adesea găsirea unei soluții constructive la o anumită problemă. Necesitatea rezolvării unui conflict poate aduce părțile implicate la a căuta modalitatea de a schimba o situație existentă. Procesul de rezolvare a conflictului angajează adesea schimbări pozitive în interiorul unei organizații.

Influența negativă a conflictului
Un conflict poate avea consecințe grav negative, deturnând eforturile de la scopul lor inițial, antrenând o risipă de resurse, mai ales de timp și de bani. Un conflict poate afecta binele psihologic al angajatului. Dacă conflictul este grav, valorile, ideile și credințele persoanei în cauză pot duce la tensiuni și anxietate.
Niveluri și surse de conflict
Conflictul interpersonal – implică două sau mai multe persoane având ca subiect divergent valori, comportamente, atitudini sau obiective. Reglementarea unui conflict interpersonal presupune înțelegerea și compararea a cinci stiluri de comportament:
- *dominant* – comportament autoritar, fără spirit de cooperare, metoda de rezolvare a conflictului fiind "cineva pierde și cineva câștigă";
- *absent* – comportament bazat pe absența autorității și cooperării, metoda de rezolvare a conflictului fiind "se rezolvă de la sine";
- *conciliant* – comportament cooperant, metoda de rezolvare a conflictului fiind o "strategie pe termen lung";
- *cooperant* – comportament marcat de o voință de colaborare și care conferă încredere, metoda de rezolvare a conflictului fiind "toată lumea câștigă";
- *de compromis* – comportament parțial cooperant, parțial autoritar, metoda de rezolvare a conflictului fiind compromisul.

Conflictul intragrup – implică *a priori* o sumă de conflicte interpersonale. Natura activității de îndeplinit și procesul relațiilor care se stabilesc în interiorul grupului determină cauzele conflictului intragrup.
Conflictul intergrup – cuprinde dezacordurile care intervin între grupuri diferite, tipul cel mai cunoscut de conflict fiind cel public (sindicat-patronat). Conflictele de acest tip sunt câteodată foarte intense și costisitoare. În condițiile de concurență, aceste grupuri adoptă relații caracterizate adesea prin neîncredere, rigiditate, comportamente opresive.
Conflictul intraorganizațional. Tipurile principale de conflict intraorganizațional sunt:
- conflictul vertical – între diferite niveluri ierarhice ale organizației;
- conflictul orizontal – la același nivel ierarhic, între diferite departamente;
- conflictul între profesii diferite în aceeași organizație.

Metode de gestiune a conflictelor
- **metoda ierarhică** – emiterea unei directive; nu rezolvă întotdeauna eficace conflictul;
- **disocierea** – reducerea dependenței dintre departamente;
- **integrarea** – unificarea mai multor grupuri sau compartimente într-un departament global;
- **nominalizarea unui agent de legătură** – facilitează desfășurarea activităților comune între două grupuri sau departamente; veghează circulația informației.

Tehnici interpersonale de rezolvare a conflictelor
- **colaborarea** – reprezintă procesul de rezolvare a conflictelor în care se schimbă deschis informații, date și cunoștințe și se încearcă găsirea căilor de rezolvare favorabile tuturor părților implicate. Se recurge la colaborare atunci când se resimte nevoia de interdependență, de susținere organizațională, de avantaj reciproc și de partajare a puterii;
- **negocierea** – reprezintă procesul prin care două sau mai multe părți având interese comune și interese conflictuale formulează și discută termenii unui posibil acord. Negocierea poate fi *distributivă* (fiecare parte stabilește *a priori* ce și cât poate pierde în favoarea adversarului) sau *integrativă* (rezolvarea colectivă a unei probleme). În cursul negocierii, părțile implicate în conflict pot adopta o atitudine specifică (ostilitate/flexibilitate și rivalitate/cooperare) care influențează interacțiunea și are efecte asupra rezultatelor negocierii;
- **consultarea unui terț** – reprezintă procesul prin care două sau mai multe părți aflate în conflict apelează la consultarea unei terțe părți, pentru obținerea unui climat de neutralitate.

CAPITOLUL XXII

MANAGEMENTUL CALITĂŢII

Motto: "Calitatea nu e un proces – e o stare de spirit" (J.M.Juran)

I. Conceptul de calitate

Conceptul general de "calitate" comportă sensuri de natură socială, filozofică, economică şi tehnică, fiind utilizat în diverse domenii. În esenţă, elementul comun al diverselor abordări este următorul: calitatea exprimă însuşirile esenţiale ale unui produs sau serviciu, care îl fac să se distingă de produsele/ serviciile similare care au aceeaşi destinaţie.

Ca o definiţie generală, calitatea produselor şi serviciilor este dată de sinteza principalelor proprietăţi (caracteristici de calitate) care exprimă gradul de utilitate în satisfacerea unei nevoi. Aşadar, în literatura de specialitate sunt evidenţiate definiţii derivate din aceasta, cu accentuări ale unor aspecte, cum ar fi:

- calitatea ca grad de utilitate (Juran)
- calitatea din punct de vedere al conformităţii cu cerinţele (Crosby)
- calitatea ca ansamblu de proprietăţi specifice (standardele ISO seria 9000)
- calitatea ca măsură a utilităţii produselor/ serviciilor ce au aceeaşi destinaţie.

Caracterul complex al calităţii este dat de faptul că un produs, serviciu sau proces, pentru a îndeplini misiunea pentru care a fost creat (deci a avea o anumită calitate), trebuie să îndeplinească un "complex" de condiţii tehnico-funcţionale, economice, psiho-senzoriale, ergonomice, ecologice.

Caracterul dinamic al calităţii derivă din dinamismul nevoilor şi al utilităţii, principalii factori care îl determină fiind:

- progresul tehnico-ştiinţific
- exigenţele crescânde ale consumatorilor
- competitivitatea tehnică (concurenţa dintre produsele/ serviciile noi şi cele vechi).

II. Ipostazele calităţii

Sunt legate de fazele de realizare a calităţii. Din punct de vedere al circuitului tehnic al mărfurilor şi serviciilor, ipostazele calităţii sunt:

1. Calitatea proiectată – ce reflectă valorile individuale ale proprietăţilor produsului/serviciului la un nivel ales în urma comparării mai multor variante, pentru satisfacerea într-o anumită măsură a nevoilor consumatorilor. De exemplu, îmbunătăţirea calităţii serviciilor chirurgicale prin prevenirea infecţiilor de plagă chirurgicală (prin măsuri pre- , peri- şi post-operatorii).
2. Calitatea omologată – vizează valorile individuale ale proprietăţilor unui produs/serviciu avizate de o comisie de specialişti, fiind de referinţă.
3. Calitatea prescrisă – arată nivelul limitativ al caracteristicilor produsului/serviciului, înscris în standarde şi norme.
4. Calitatea contractată – exprimă nivelul caracteristicilor de calitate convenit de părţile contractante (pe piaţă, când produsul/ serviciul devine marfă). Acest nivel al calităţii serviciilor medicale constituie baza contractării de servicii medicale în cadrul sistemului asigurărilor de sănătate (de exemplu, pentru o anumită boală, casa de asigurări rambursează furnizorului un număr de zile de spitalizare stabilit prin contract).
5. Calitatea reală – exprimă nivelul determinat efectiv la un moment dat al calităţii produsului/ serviciului furnizat.
6. Calitatea comercială – arată varietatea gamei sortimentale, mărimea termenului de garanţie, modul de prezentare şi ambalare, activitatea de "service" în cazul produselor, în timp ce la serviciile medicale apar diferenţieri de materiale sanitare şi echipamente utilizate, de procedurile specifice utilizate şi de renumele furnizorului.

În economia de piaţă se au în vedere toate aceste ipostaze şi relaţiile dintre ele, mai ales în controlul calităţii. De aceea este momentul ca şi în România să începem să abordăm

spitalul ca pe o societate comercială – nu în sensul de profit financiar, ci în sensul organizării şi gestionării eficiente şi în mod autonom a resurselor.

III. Definirea calităţii îngrijirii

Înainte de a putea discuta despre managementul calităţii, trebuie definită calitatea îngrijirii în interiorul unei instituţii de îngrijire a sănătăţii. Ce este calitatea îngrijirii? Calitatea îngrijirii este un concept dinamic cu multe dimensiuni. Dimensiunile sale sunt dependente atât de perspectiva persoanei care răspunde la întrebare cât şi de contextul social, organizaţional şi de mediu. Mai departe, această definiţie se va modifica pe măsură ce vor fi elaborate şi acceptate noi cunoştinţe. O definiţie a calităţii îngrijirii trebuie să includă care sunt perspectivele, bazate pe ce valori şi pe ce cunoştinţe şi resurse.

Definiţia calităţii îngrijirii de sănătate se bazează pe valori unice din cadrul culturii (atât cultură profesională cât şi cultură etnică) şi pe contextul situaţiei. Este imposibil să defineşti calitatea îngrijirii fără a ţine seama de valorile ce se află în spatele individului, de situaţia socială şi profesională.

Dimensiunile Calităţii Îngrijirii

- Accesibilitatea îngrijirii: Uşurinţa cu care pacienţii pot obţine îngrijirea de care au nevoie, atunci când au nevoie.
- Specificitatea îngrijirii. Gradul până la care se asigură îngrijire corectă, dată de starea curentă a activităţii.
- Continuitatea îngrijirii: Gradul până la care îngrijirea necesitată de pacienţi este coordonată între practicieni şi între organizaţii în timp.
- Eficacitatea îngrijirii: Gradul până la care îngrijirea este abordată într-o manieră corectă, fără erori, în funcţie de starea curentă a activităţii.
- Efectivitatea îngrijirii: Gradul până la care un serviciu are potenţialul să satisfacă nevoile pentru care este folosit.
- Eficienţa îngrijirii: Gradul până la care îngrijirea primită are efectul dorit cu un minimum de efort, cheltuieli sau risipă.
- Orientarea spre pacient: Gradul până la care pacienţii (şi familiile lor) sunt implicaţi în procesul de luare a deciziilor în problemele ce ţin de sănătatea lor, şi de gradul în care ei sunt satisfăcuţi de îngrijirea lor.
- Siguranţa mediului de îngrijire: Gradul până la care mediul este lipsit de hazard sau pericol.
- Orarul îngrijirii: Gradul până la care îngrijirea este acordată pacienţilor atunci când este necesară.

IV. Managementul calităţii serviciilor medicale

Din punct de vedere managerial, se pune problema abordării calităţii în mod global, sistemic, managerul având nevoie de o viziune de ansamblu a activităţii pe care o conduce. Această manieră de abordare ne este sugerată de o disciplină nouă, managementul calităţii (Quality Management – QM), dezvoltată de specialişti ai unora din cele mai dezvoltate ţări ale lumii – Statele Unite ale Americii, Japonia, Franţa.

Potrivit principiilor QM, calitatea produsului/serviciului este doar o parte a întregului reprezentat de sistemul calităţii. A doua componentă o constituie calitatea procesului decizional, cu rol determinant pentru prima. În fapt, relaţia este între scop (calitatea produsului/serviciului) şi modul de realizare a acestuia (procesul de luare a deciziei – cum să se procedeze concret, în fiecare etapă, pentru atingerea obiectivului). Astfel, se disting cele trei niveluri ale calităţii:

- Calitatea de proces
- Calitatea de produs/serviciu
- Calitatea de sistem.

Standardul ISO 8402 defineşte managementul calităţii ca "ansamblul activităţilor funcţiei generale de management, ce determină politica în domeniul calităţii, obiectivele şi

responsabilitățile şi le implementează prin mijloace ca planificarea, controlul, asigurarea şi îmbunătățirea calității, în cadrul sistemului calității".

Prin sistemul calității se înțelege cadrul de implementare a managementului calității într-o organizație, adică structura organizatorică, procedurile, procesele şi resursele necesare.

Documentația sistemului calității constă în trei elemente de bază:

* manualul calității
* procedurile sistemului calității
* documentele calității (formulare, rapoarte, instrucțiuni).

Concret, prin managementul calității, organizația urmăreşte să obțină produse/ servicii care:

⇒ satisfac o anumită cerință/ nevoie, definită
⇒ satisfac aşteptările clientului/ pacientului
⇒ sunt conforme cu specificațiile şi standardele
⇒ sunt conforme cu cerințele societății
⇒ țin seama de necesitatea protecției mediului înconjurător
⇒ sunt oferite la prețuri/ tarife competitive
⇒ sunt obținute în condiții de profit/ beneficiu.

Trebuie subliniat faptul că implementarea managementului calității într-o unitate se realizează cu participarea tuturor membrilor organizației. Principiul este valabil şi în domeniul sanitar, după cum am subliniat la definirea calității serviciului ca o rezultantă.

1.Coomponentele esențiale ale managementului calității

Toți administratorii de spitale vor să asigure o calitate excelentă de îngrijire în spitalele lor. Mulți administratori au intenții bune şi fac eforturi deosebite, totuşi uneori îngrijirea acordată este sub standardele acceptate. Cercetătorii Melum şi Siniores au examinat spitale de succes acordând îngrijire de o calitate excelentă. Ei au identificat şase componente esențiale comune fiecărui spital de succes. Aceste componente formează cadrul pentru managementul calității în organizațiile de îngrijirea sănătății. Aceste componente esențiale sunt:

- Conducători vizionari.
- Orientarea către clienți.
- Echipe de lucru ale angajaților.
- Implicarea medicilor.
- Folosirea unui model de proces recunoscut.
- Alinierea sistemelor şi departamentelor.

2.Modelele de proces în managementul calității

O componentă esențială a managementului calității este folosirea "modelului de proces recunoscut". Modelele de proces sunt utilizate de echipele de angajați în întregul spital. După ce a fost selectat modelul de proces specific pentru spital, angajații sunt instruiți în folosirea acestuia. Apoi, spitalele de obicei au câteva echipe de angajați care folosesc acest model pentru aria diferitelor probleme.

Există în folosință câteva modele de proces bune. Unul dintre cele mai răspândite modele este analizat în continuare. Organizațiile de îngrijirea sănătății folosesc modelele care sunt cele mai potrivite pentru ele. Toate modelele de proces au unele elemente comune; acestea sunt:

- sunt procese continue.
- implică o performanță măsurabilă.
- evaluează performanțele.
- iau măsuri pentru îmbunătățire.
- evaluează rezultatele.
- folosesc efortul în echipă.
- furnizează date de încredere care facilitează autoaprecierea.

3.Structura şi organizarea managementului calităţii

Această secţiune leagă managementul calităţii de managementul informaţiei. Tradiţional, organizaţiile de îngrijire a sănătăţii aveau multe departamente şi programe pentru asigurarea calităţii, care se suprapuneau (ex.: controlul utilizării, riscul managementului). Din perspectiva unei organizaţii, acestea nu erau cele mai eficiente şi eficace mijloace pentru îmbunătăţirea îngrijirii pacientului. Sistemele coordonate de management al calităţii sunt folosite în mod curent în organizaţiile de îngrijirea sănătăţii. Ele întăresc calitatea îngrijirii acordate în organizaţiile de îngrijire a sănătăţii prin asigurarea unui feedback efectiv şi eficient pe baze consistente. Sunt necesare câteva componete structurale şi organizaţionale pentru dezvoltarea unui larg sistem coordonat de management al calităţii spitalului. Aceste componente creează cadrul pentru sprijinirea procesului managementului calităţii, descris mai devreme. Multe din aceste componente pot exista deja în interiorul sistemului organizaţiei dumneavoastră de informaţie a managementului.

Componente structurale

Structura unui departament integrat de management al calităţii sau a unui program depinde de mai mulţi factori: mărimea organizaţiei de îngrijire a sănătăţii, tipurile departamentelor, tehnologia disponibilă şi forţele din exterior. Componentele structurale esenţiale pentru managementul calităţii includ:

- Sprijinul administraţiei superioare.
- Calitatea personalului de conducere.
- Programele tradiţionale de asigurare: asigurarea calităţii, controlul infecţiilor şi riscul managerial.
- Dezvoltarea şi coordonarea politicii interdisciplinare.
- Sprijinul pentru fiecare departament.

Organul de conducere şi administrare trebuie să fie implicat în determinarea atât a nevoilor de informaţii cât şi în raportarea preferinţelor. Staff-ul managementului calităţii îndeplineşte sarcini similare pentru un program de asigurarea calităţii. Aceste sarcini includ:

- Conduc verificări ale înregistrărilor medicale.
- Colectează sistematic date.
- Prezintă şi analizează date cantitative.
- Elaborează rapoarte pentru managerii departamentelor clinice şi administrative.
- Menţin legătura cu managerii şi personalul clinicilor.

Pentru organizaţiile de îngrijirea sănătăţii mai mari de 150 de paturi raportul obişnuit de încadrare cu personal este de un colector de date pentru fiecare 35 de internări zilnice şi un membru al personalului pentru fiecare program de asigurarea calităţii (controlul utilizării, riscul managerial, controlul infecţiilor şi asigurarea calităţii).

Programele tradiţionale de asigurarea calităţii includ asigurarea calităţii, controlul utilizării, controlul infecţiilor şi riscul managerial. Aceste programe colectează regulat şi analizează diferite tipuri de date despre pacient. Activitatea lor nu trebuie ignorată ci trebuie analizată pentru a determina cum poate fi coordonat întregul proces fără a fi duplicat.

Alături de departamentele asigurării calităţii, fiecare departament, clinic, de sprijin şi managerial trebuie să aibă reprezentanţi implicaţi în dezvoltarea colectării coordonate de date şi raportarea politicilor. Fiecare departament poate avea personalul său propriu care să efectueze sarcini de colectare şi evaluare a datelor; oricum, toate departamentele şi programele trebuie să folosească acelaşi model de proces. Programele de instruire şi personalul de sprijin trebuie asigurate cu regularitate acestor departamente. Această politică interdisciplinară de coordonare şi dezvoltare este o componentă structurală esenţială pentru un management al calităţii de succes dintr-o organizaţie de îngrijire a sănătăţii.

Componentele organizaţionale

Unui sistem efectiv de management al calității îi trebuie ceva timp până să devină pe deplin integrat într-o organizație. Sunt necesari patru pași de început pentru integrarea managementului calității într-un sistem. Fiecare pas are mai multe componente și este necesar să fie în permanență reconsiderate pe măsură ce compartimentele se integrează în sistem. Primii pași sunt:

1. Identificarea sistemului și nevoilor de informații curente ale fiecărui departament.
2. Identificarea zonelor de duplicare și suprapunere.
3. Conducerea verificărilor îngrijirii clinice din fiecare departament.
4. Analizarea sistemului datelor de bază.

Identificarea situației curente a informațiilor și nevoilor departamentului este o sarcină foarte cuprinzătoare și consumatoare de timp. Oricum, ea crează o bază esențială pentru dezvoltarea unui sistem coordonat și integrat a managementului calității, într-o organizație de îngrijirea sănătății.

După realizarea primului pas, trebuie să fie identificate domeniile de dublare și suprapunere din cadrul organizației.

Verificarea (controlul) îngrijirilor clinice, examinează patru domenii. Primele trei domenii ale verificării sunt: 1) indicatori bazați pe apreciere, 2) indicatori santinelă a evenimentului, sau ecrane de supraveghere, 3) indicatori clinici. O examinare a acestor indicatori este prezentată în cele ce urmează:

Indicatori: "Profesional prezentați, valizi clinic și de încredere, dimensiuni măsurabile a calității și compatibilitatea îngrijirii" (Longo).

Indicatori bazați pe apreciere: Numărul de evenimente specifice ce se ivesc într-un univers definit; numărătorul este numărul evenimentelor de interes, iar numitorul reprezintă numărul de pacienți pentru care evenimentul de interes ar fi putut să se ivească (numitorul este adesea receptat ca un indicator de volum).

Indicatori santinelă de eveniment sau ecrane de apariție: Indicatorii unor evenimente semnificative ce reprezintă îngrijorare cum sunt: reacțiile negative ale medicamentelor, revenirile în sala de operații.

Indicatori clinici: Aspecte cheie ale îngrijirii furnizate de fiecare specialitate clinică. Ele sunt sistematic determinate în cadrul specialității sau departamentului și adesea reflectă riscuri înalte unice pentru fiecare specialitate.

Al patrulea domeniu într-un control clinic al îngrijirii este "Controlul focalizat". Un control focalizat este o examinare a domeniilor cheie ale îngrijirii identificate prin una din primele trei componente ale controlului și care are nevoie de continuarea verificării. Criteriile pentru aceste controale sunt determinate de standardele profesionale și înțelegerile din cadrul departamentului.

Deși controalele de îngrijire clinică iau foarte mult timp personalului, sunt însă multe alte beneficii pentru departamentele supuse controlului îngrijirii clinice. Managerii departamentelor clinice au poate nevoie de o enumerare a acestor beneficii. Unele din aceste beneficii sunt:

- Se asigură o verificare sistematică a serviciilor.
- Se asigură informații manageriale (ex.: mărimea personalului, costurile).
- Se asigură informații pentru activitatea practicienilor și pentru dosarele de acreditare.
- Se asigură informații pentru guvern și pentru necesitățile de acreditare.
- Se obține îmbunătățirea activității și a rezultatelor obținute.

Ultimul pas al organizației implică sistemul bazat pe date. Există câteva domenii cheie de analizat, dacă este să folosim un sistem manual sau un sistem computerizat:

- Sistemul este configurat pe baza necesităților.
- Este posibilă legătura dintre datele manageriale și cele ale serviciilor clinice.
- Documentele colecției de date sunt consistente.
- Se menține confidențialitatea pacienților și a personalului.

Pentru a asigura ca sistemul să fie configurat având la bază nevoile, trebuie realizată o examinare asupra rapoartelor cerute, numărul celor ce folosesc sistemul și posibilele legături cu sistemele existente. De asemenea, trebuie asigurat procesul de legătură a

înregistrărilor în aşa fel încât sistemul bazat pe date să fie capabil să facă legăturile bilaterale între informaţiile manageriale şi cele ale serviciilor clinice. Legăturile bilaterale specifice pot include numărul (codul) pacientului, informaţii demografice, diagnostic, tratament, gravitatea cazului şi medicul. Numere de cod pot fi atribuite pentru aceste variabile. Într-un sistem integrat, toate sursele de date trebuie să aibă un identificator comun, care să permită ca datele departamentelor, clinice şi administrative să poată fi verificate conservând în acelaşi timp confidenţialitatea pacienţilor.

Un format consistent pentru colectarea datelor şi rapoartele de distribuire este cel al realizatorilor unui sistem integrat. Datele de calitatea îngrijirii vor fi colectate în timp şi vor trebui să fie verificate şi analizate pentru perspectivele de dezvoltare. Forma colectării datelor va ajuta la determinarea încrederii şi validităţii datelor şi la abilitatea de a prezenta tendinţe importante.

În final, din menţinerea confidenţialităţii pacienţilor, medicii şi personalul trebuie să facă în cadrul sistemului o prioritate. Este necesar un sistem de securitate pentru protecţia pacienţilor, personalului şi a spitalului.

4.Modelul în zece trepte pentru monitorizare şi evaluare

Acest model a fost proiectat special pentru spitale şi este mijlocul recomandat de Joint Commission (SUA) pentru evaluarea şi îmbunătăţirea calităţii îngrijirii şi serviciului în spitale.

1. Alocă responsabilitatea. Conducătorii la vârf ai spitalului, departamentelor clinice şi manageriale trebuie să îşi ia cu toţii responsabilitatea pentru supravegherea şi managementul calităţii.
2. Delimitează aria îngrijirii şi serviciului. Revezi toate domeniile serviciilor pentru a determina zonele de prioritate pentru managementul calităţii.
3. Identifică aspectele importante ale îngrijirii şi serviciului. Odată ce domeniile prioritare au fost stabilite, identifică toate aspectele îngrijirii din aceste domenii de prioritate. Selectează cele mai importante aspecte ale îngrijirii.
4. Identifică indicatori. Identificarea indicatorilor este un pas vital. Deşi indicatorii nu sunt o măsură directă a calităţii, identificarea lor este esenţială pentru măsurarea şi monitorizarea calităţii.

"Un indicator este o dimensiune măsurabilă a îngrijirii identificată profesional, validă clinic şi de încredere." (Longo)

Indicatorii pot fi folosiţi pentru identificarea problemelor potenţiale în fiecare din cele trei domenii recunoscute ale calităţii (structură, proces şi rezultate). Ele nu sunt standarde ale îngrijirii, mai curând sunt simple instrumente ce necesită o examinare mai atentă. Indicatorii clinici sunt aspecte cheie ale îngrijirii furnizate de fiecare specialitate clinică. Ei sunt determinaţi de riscuri înalte sau posibile probleme specifice fiecărei specialităţi.

Exemple de indicatori clinici:

Pentru anesteziologie: Răniri dentare în timpul aplicării anesteziei.

Pentru chirurgia generală: Operaţiuni repetate în timpul aceleiaşi internări.

Pentru laborator: Valori critice neraportate imediat.

5. Bazat pe indicatori, stabileşte când să declanşeze o evaluare. Identifică momentul când trebuie iniţiată o evaluare completă pentru fiecare indicator.
6. Colectează şi organizează datele. Trebuie dezvoltat un plan pentru colectarea fiecărui indicator sau date. Acest plan de colectare a datelor trebuie să includă cine sunt colectorii datelor; ce surse folosesc pentru colectarea datelor; când va fi făcută colectarea; dacă eşantionarea va furniza date corespunzătoare; frecvenţa şi stilul analizei şi raportării datelor.
7. Iniţiază evaluarea când s-a ajuns la limită. Revedeţi cu atenţie datele şi hotărâţi dacă ele indică probleme sau domenii în care este necesar să îmbunătăţiţi îngrijirea.
8. Întreprindeţi acţiuni pentru îmbunătăţirea îngrijirii şi serviciilor. Bazat pe evaluare, trebuie elaborate planuri de acţiune pentru îmbunătăţirea îngrijirii şi serviciilor.

9. Evaluați eficiența acțiunilor și asigurați ca îmbunătățirile să se mențină. După ce planurile de acțiune sunt realizate, evaluați beneficiile și îmbunătățirile rezultate. Dacă există, elaborați un plan pentru continuarea acțiunii. Dacă rezultatele nu sunt ceea ce ați dorit, revizuiți planul de acțiune.
10. Comunicați rezultatele persoanelor și grupurilor interesate. Raportați atât rezultatele cât și acțiunile luate persoanelor din staff și conducătorilor organizației.

5.Funcțiile managementului calității

Este necesară prezentarea funcțiilor managementului calității dat fiind faptul că evaluarea calității constituie una din componentele funcției de control.
Deși în literatura de specialitate sunt exprimate mai multe puncte de vedere în ceea ce privește aceste funcții, vom prezenta un punct de vedere complex, cuprinzător, care ține cont de succesiunea etapelor procesului de conducere în general și de specificul managementului calității. Conform acestor specificații, funcțiile managementului calității sunt următoarele:
1. Planificarea (strategică și operațională) a calității – care prevede stabilirea obiectivelor în domeniul calității și resursele de realizare a acestora.
2. Organizarea – stabilirea sistemului calității.
3. Coordonarea – prevăzând comunicare și instruire în ceea ce privește politica în domeniul calității.
4. Implicarea personalului – atragere, participare, motivare. În management, accepțiunea motivării este aceea a corelării satisfacerii necesităților și intereselor personalului angajat cu realizarea obiectivelor și sarcinilor atribuite.
5. Controlul calității presupune: evaluare, inspecție, supraveghere, verificare și analiză.
Controlul calității constituie o importantă funcție a managementului calității și se referă la ansamblul activităților de supraveghere a desfășurării proceselor și de evaluare a rezultatelor în domeniul calității.
Evaluarea calității reprezintă examinarea sistematică, efectuată spre a determina în ce măsură o entitate (activitate, proces, produs, serviciu, organizație) este capabilă să satisfacă cerințele specificate (conform ISO 8402).
Supravegherea calității se referă la monitorizarea și verificarea continuă a stării unei entități pentru a ne asigura că cerințele specificate sunt satisfăcute.
Prin inspecția calității se înțeleg activitățile prin care se măsoară, se examinează, se încearcă una sau mai multe caracteristici ale unei entități și se compară rezultatul cu cerințele specificate (în scopul determinării conformității cu aceste caracteristici).
Analiza sistemului calității realizată de conducere înseamnă evaluarea oficială, de către conducerea întreprinderii la cel mai înalt nivel, a stării și compatibilității sistemului calității cu politica sa în acest domeniu. Este de dorit ca această analiză să aibă în vedere:
- constatările auditurilor referitoare la elementele sistemului calității
- eficacitatea globală a sistemului calității în realizarea obiectivelor calității
- adecvarea sistemului calității la schimbările datorate noilor tehnologii, strategii de piață, tehnici manageriale noi, condiții sociale sau de mediu.

Evaluarea eficienței sistemului calității constituie un element important al evaluării viabilității acestuia și se realizează prin determinarea costurilor și a indicatorilor specifici de eficiență (compararea cheltuielilor cu beneficiile).
Un procedeu foarte important de ținere sub control a calității îl constituie auditul, ce reprezintă o examinare sistematică și independentă, efectuată pentru a observa dacă:
◊ activitățile și rezultatele referitoare la calitate sunt conforme cu dispozițiile prestabilite
◊ aceste dispoziții sunt efectiv implementate și capabile să atingă obiectivele. Unul dintre cei mai importanți indicatori de ținere sub control a calității îl constituie costurile referitoare la calitate.
Asigurarea calității, care se referă la prevenire și eficiență. Poate fi de două tipuri, în funcție de beneficiar: internă (pentru compartimentele întreprinderii) și externă (pentru furnizori și clienți).

Îmbunătățirea calității – în mod continuu, conform standardului ISO 9004-4. Această funcție constituie esența întregului proces de realizare eficientă și eficace, pe termen lung, a managementului calității.

6. Evaluarea sistemului de management al calității

Un sistem de management al calității de succes poate asigura multe beneficii organizației de îngrijire a sănătății pe care o deservește. Oricum, așa cum am discutat mai devreme, un administrator poate depune eforturi foarte mari pentru a realiza un sistem de succes, dar cu toate acestea va putea ajunge însă și la rezultate dezamăgitoare. Periodic administratorul spitalului trebuie să se întoarcă și să examineze sistemul organizației. Aceasta poate fi realizată prin verificarea beneficiilor potențiale ale unui sistem de management de calitate eficient. El trebuie să verifice și să vadă dacă acestea, beneficiile, au apărut în organizația sa de îngrijire a sănătății. Dacă aceste beneficii nu au apărut, sistemul trebuie examinat pentru a determina unde trebuie concentrate modificările din program și construite noi componente.

Un sistem eficace de management al calității oferă multe beneficii. Cele mai importante sunt:

- Îmbunătățește planificarea strategică.
- Îmbunătățește rezultatele clinice.
- Îmbunătățește eficiența managerială și operațiunile.

Planificarea strategică este promovată – prin obținerea la timp a informațiilor relevante. Folosind aceste informații, o organizație de îngrijire a sănătății poate avea: o proiecție a tendințelor operative, o identificare a slăbiciunilor și punctelor forte ale instituției și analizele de portofoliu ale departamentelor interne cât și a rapoartelor comparative de performanță, atât pentru departamentele interne cât și pentru organizațiile concurente.

Unul dintre cele mai valoroase beneficii ale unui sistem eficace de management al calității este îmbunătățirea rezultatelor clinice ale pacienților serviți de către spital. Ideal, administratorii și clinicienii participanți trebuie să fie în stare să vadă diferențele în rezultatele clinice înaintea și după implementarea sistemului. Pe parcursul maturizării sistemului, rezultatele clinice pot fi îmbunătățite prin adoptarea unor practici schimbate pe baza informațiilor furnizate de sistem. Un exemplu în acest domeniu este compararea modelelor de tratament și rezultatele pentru pacienți similari și folosirea acestor informații pentru elaborarea unor noi protocoale clinice.

Similar, eficiența managerială și operațională îmbunătățită trebuie să fie evidentă. Informațiile folositoare cum sunt comparația produselor și serviciilor și analiza costurilor evaluate comparativ cu rezultatele clinice trebuie să fie primite cu regularitate de către administratorul șef.

Succesul primului proiect într-un nou sistem revizuit de management al calității este foarte important. Acest succes va întări valoarea managementului calității atât la managerii de vârf cât și la angajații sceptici. Primul proiect trebuie să se concentreze pe o problemă general acceptată și să realizeze o diferență vizibilă în rezultatele clinice și financiare. Exemple de proiecte inițiale includ reducerea timpului de așteptare la camerele de urgență pentru clienți și reducerea ratei infecțiilor pentru pacienții din secțiile de chirurgie, cu reducerea corespunzătoare a perioadei de internare pentru aceste persoane.

CALITATEA TOTALĂ (TQ)

Din anul 1980 a început, pe plan internațional (mai întâi în industrie și comerț) implementarea unor concepte integratoare de asigurare a calității, cum ar fi:

* calitatea totală (TQ)
* controlul total al calității (TQC)
* managementul total al calității (TQM).

Calitatea totală este considerată în același timp a fi: demers, strategie, politică a întreprinderii, filozofie, ansamblu de procedee etc.

Calitatea totală reprezintă un scop care se realizează prin intermediul managementului total al calității, ambele concepte făcând parte dintr-un nou model de cultură a organizației, model ce recunoaște "rolul primordial al clientului/ consumatorului". Calitatea totală (TQ) poate fi definită ca un ansamblu de principii și metode organizate într-o structură globală, vizând mobilizarea întregii organizații pentru mai buna satisfacere a clientului, la costuri minime.

Altfel spus, calitatea serviciilor medicale nu înseamnă numai calitatea actului medical în sine, ci o rezultantă a: calității procesului decizional din unitatea sanitară, a calității actului medical și a serviciilor medicale conexe (tratament, anestezie, sterilizare, laborator, radiologie) și a calității serviciilor paramedicale (condiții hoteliere).

MANAGEMENTUL CALITĂȚII TOTALE (TQM)

Reprezintă un alt concept integrator de asigurare a calității, o nouă filozofie, având în centru calitatea totală. Se avansează tot mai mult ideea potrivit căreia TQM are o importantă dimensiune tehnică, fiind bazat pe metode, tehnici, instrumente specifice.
TQM (Total Quality Management) este un concept tridimensional, astfel:

◊ filozofic – în sensul că singurul patron al întreprinderii/unității este clientul

◊ logic – în ideea că nimic nu este perfect, totul poate fi îmbunătățit și toate compartimentele contribuie la realizarea calității totale. Aici se are în vedere "lanțul calității : bine de prima dată și de fiecare dată !"

◊ tehnic – pentru prevenire, identificare, soluționare și control.

Standardul ISO 8402 definește managementul total al calității ca fiind "un sistem de management al unei organizații, centrat pe calitate, bazat pe participarea tuturor membrilor săi, prin care se urmărește asigurarea succesului pe termen lung, prin satisfacerea clientului și obținerea de avantaje pentru toți membrii organizației și pentru societate".
Principiile de bază ale TQM, ținând cont de o serie de opinii exprimate în literatura de specialitate, sunt următoarele:

1. orientarea spre client/consumator
2. internalizarea relației client – furnizor
3. calitatea pe primul plan
4. "zero defecte" și îmbunătățire continuă
5. viziune sistemică
6. argumente cu date ("speak with data").

1. În domeniul sanitar, orientarea spre consumator înseamnă identificarea nevoilor, dorințelor și așteptărilor pacienților (prin metodele statistice și prin chestionare) și evaluarea gradului de satisfacție a pacienților în legătură de serviciile medicale furnizate (prin anchete de opinie și evaluarea stării de sănătate a populației la diferite intervale de timp).

Intermedierea relației pacient – furnizor prin casele de asigurări constituie o altă dimensiune a acestui principiu, în sensul realizării relației de agenție (pentru evitarea cererii induse, casa de asigurări reprezintă interesele pacienților).

2. Internalizarea relației client – furnizor, în domeniul sanitar, se referă la abordarea fiecărui compartiment/secție din unitatea sanitară ca o unitate relativ autonomă, în relație cu toate celelalte (subsisteme).

3. Principiul "de aur" calitatea pe primul plan ar trebui să constituie și în sistemul sanitar obiectivul central al tuturor activităților, prin implicarea permanentă a tuturor unităților și compartimentelor acestora în asigurarea calității serviciilor medicale furnizate. Este normal ca furnizorii de servicii medicale să-și pună această problemă, mai mult decât producătorii industriali și comercianții (agenți unde s-au aplicat prima dată principiile TQM), deoarece scopul final al activității medicale este îmbunătățirea stării de sănătate a populației. Pe de altă parte, sănătatea este problema tuturor („health is everybody's business").

4. Principiul "zero defecte" se traduce în activitatea medicală prin:

- evaluarea corectă și complexă a nevoilor de sănătate ale populației
- activități preventive și de educație pentru sănătate susținute

- aplicarea standardelor profesionale de înaltă performanţă.

5. Viziunea sistemică presupune, în activitatea medicală, luarea în consideraţie a tuturor elementelor care participă la realizarea calităţii îngrijirilor acordate. Cele trei dimensiuni prin care se realizează procesul de îmbunătăţire a calităţii serviciilor medicale sunt: latura medicală, latura economică şi cea informaţională. De aceea, indiferent de tipul de sistem sanitar adoptat, rezultatul final al activităţii medicale depinde de această abordare sistemică complexă.

6. Argumentarea cu date trebuie să însoţească orice decizie în domeniul sanitar, mai ales în sensul realizării concordanţei dintre cererea şi oferta de servicii medicale. Aceasta presupune culegerea, prelucrarea, analiza, actualizarea şi interpretarea specifică a datelor. Datele sunt necesare de la identificarea nevoilor de îngrijiri de sănătate ale pacienţilor până la evaluarea satisfacţiei acestora.

Pentru aplicarea principiilor TQM în evaluarea serviciilor medicale este necesară, la nivel de organizaţie, îndeplinirea următoarelor cerinţe:

- formularea clară a politicii calităţii pe termen mediu şi lung, în concordanţă cu politica generală a unităţii sanitare respective. Această prevedere susţine principiul autonomiei unităţilor sanitare, fapt încurajat prin sistemul de asigurări sociale de sănătate care va fi implementat în ţara noastră.
- definirea clară a responsabilităţilor în domeniul calităţii.
- utilizarea tehnicilor de rezolvare concretă a problemelor.
- instruirea întregului personal în domeniul calităţii (mai ales în noul sistem de asigurări de sănătate).
- implicarea întregului personal în luarea deciziilor (fiecare cunoaşte mai bine decât managerul problemele specifice locului său de muncă).
- promovarea spiritului de echipă.
- asigurarea unui climat deschis, cooperant.

Conceptele integratoare: calitate totală (Total Quality), sistemul calităţii, managementul calităţii totale (Total Quality Management) constituie elementul de bază pentru studiile de caz şi sintezele documentare care îmbină metodologia de bază a cercetării în domeniu cu modelele de asigurare internă şi externă a calităţii conform standardelor ISO (International Standard Organization) seria 9000. Este de subliniat faptul că principiile managementului calităţii pot fi aplicate în orice domeniu. Din cele prezentate mai sus se poate observa necesitatea abordării prin această prismă a problemelor complexe ridicate de calitate în sistemul sanitar **românesc**. Nu se poate argumenta la nesfârşit nerezolvarea acestora prin insuficienţa mijloacelor financiare. Desigur, termenul de "rezolvare" nu este cel mai potrivit, pentru a soluţiona fiind nevoie întâi de buna cunoaştere a datelor problemei şi apoi de a încerca găsirea de posibile alternative. În acest sens nu trebuie neglijată experienţa vestică, rezultatele obţinute în domeniu până în prezent. Prin colaborările cu grupuri de specialişti din ţări în care s-au aplicat aceste abordări, colaborări concretizate prin proiecte finanţate de organisme internaţionale, aceste aspecte pot deveni realitate, mai ales în sensul asigurării asistenţei tehnice.

Eficienţa aplicării principiilor şi normelor despre care am amintit este probată de o serie de firme şi instituţii din statele dezvoltate. Un exemplu elocvent pentru sfera serviciilor medicale: în Marea Britanie – calitatea în procesul de cumpărare de sevicii medicale de către casele de asigurări („quality în purchasing for health care"). Aceasta a pus în evidenţă faptul că, pentru a contracta servicii medicale de bună calitate, este necesară convenirea normelor de calitate a serviciilor şi a normelor de control al realizării nivelului calitativ prevăzut. Aspectul calitativ a constituit cea mai importantă clauză contractuală.

Alături de managementul calităţii, echipa şi instrumentele folosite de ea pentru conceperea şi implementarea politicii calităţii sunt esenţiale pentru orice abordare sistematică a calităţii.

Echipele formate pentru rezolvarea problemelor folosesc metode diverse de rezolvare a problemelor. Una din ele este metoda "pas cu pas", care are următoarele etape principale:

1. de la problemă la efectul de studiat

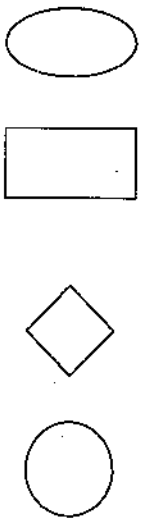
2. de la efect la cauze
3. de la cauze la soluție
4. de la găsirea soluției la punerea în aplicare
5. prezentarea de către grup a lucrărilor tuturor persoanelor interesate, în public

Una dintre metodele de lucru în echipă este GRAFICUL DE FLUX (FLOWCHART), care permite echipei să identifice fluxul real sau secvențialitatea etapelor pe care le parcurge orice proces sau serviciu. Beneficiile metodei sunt următoarele:

- Arată complexitatea, ariile problematice, redundanțele neașteptate și locurile în care este posibilă simplificarea sau standardizarea.
- Compară și evidențiază contrastele între fluxul real și cel ideal al procesului pentru a identifica ocaziile pentru îmbunătățire.
- Permite echipei să ajungă la o înțelegere asupra etapelor procesului și să examineze care dintre activități au un impact mai mare asupra performanței procesului.
- Identifică unde pot fi colectate date în plus pentru monitorizarea procesului.
- Servește ca instrument de pregătire a personalului pentru a înțelege întregul proces.

Etapele implicate în realizarea graficului de flux sunt următoarele:

1. Determinarea cadrului sau granițelor procesului, definind clar unde începe procesul studiat și unde se termină. Flowchart-ul poate fi un macro-flowchart simplu care arată numai informația suficientă pentru a înțelege fluxul general al procesului sau poate fi atât de detaliat încât arată fiecare acțiune finită și fiecare punct de decizie. Echipa poate porni de la un macro-flowchart și poate adăuga detalii mai târziu sau atunci când este nevoie.
2. Determinarea pașilor procesului; prin brainstorming se listează activitățile principale, intrările și ieșirile, deciziile de la începutul până la sfârșitul procesului.
3. Aranjarea pașilor în ordinea în care sunt parcurși, fără a desena încă săgețile
4. Desenarea graficului de flux folosind simbolurile potrivite:



Ovalul se folosește pentru a marca materialele, informațiile sau acțiunile care apar la startul procesului sau pentru a arata rezultatele la sfârșitul procesului.

Dreptunghiul se folosește pentru a arăta o sarcină sau activitate din proces. Deși spre dreptunghi pot fi îndreptate mai multe săgeți, numai o singură săgeată părăsește un dreptunghi.

Rombul arată acele puncte din proces în care este necesar un răspuns da/nu sau unde se ia o decizie.

Un cerc cu o literă sau un număr identifică o întrerupere a flowchart-ului care se continuă pe aceeași pagină sau pe altă pagină.

Săgețile arată direcția fluxului sau procesului.

Adăugați săgeți pentru a arăta direcția fluxului pașilor în proces.

5. Verificarea graficului de flux (dacă este complet)
6. Finalizarea graficului de flux

Există două variante importante de grafice de flux:

1. Macro flowchart-ul, care reprezintă pașii majori într-un proces, minimalizând detaliile pentru a se concentra numai asupra pașilor esențiali ai procesului. Nu include inspecții, munca de a reface ceva ce nu a fost făcut cum trebuie de la început. Se folosește pentru a căuta moduri de simplificare sau pentru a reduce numărul de pași pentru a face procesul mai eficient.

Exemplu: Planificarea unei sesiuni de comunicări științifice

Figura 22.1. Graficul de flux

2. Flowchart desfășurat, care arată persoanele sau departamentele responsabile de fluxul procesului sau sarcinile care le sunt atribuite. Este util pentru clarificarea rolurilor și pentru a responsabilităților cât și pentru a arăta dependențele în succesiunea evenimentelor.

3. Flowchart al fluxului muncii, folosit pentru a arăta fluxul persoanelor, materialelor, "mişcarea hârtiilor" etc într-un loc de muncă. Permite identificarea redundanţelor, duplicărilor, complexităţile ne-necesare şi a direcţiilor de intervenţie pentru a reduce sau elimina aceste probleme.
Instrumentele calităţii

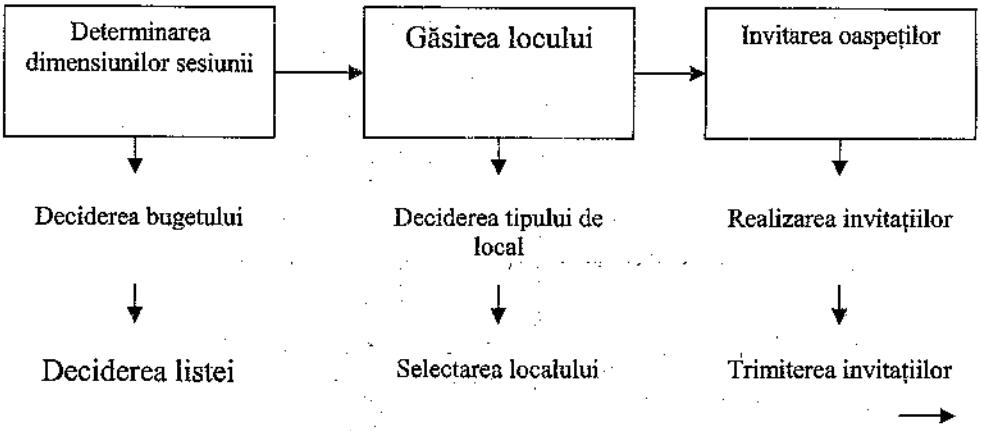


Figura 22.2. Planificarea unei sesiuni de lucrări ştiinţifice

1. FIŞE DE ÎNREGISTRARE
Datele existente se colectează pentru a grupa ceea ce se ştie, iar obţinerea datelor care nu sunt disponibile se face din listele cu observaţii.
Fişele de înregistrare sunt necesare deoarece metodele de rezolvare ale problemelor se bazează pe fapte, iar pentru a fi utilizabile în grup faptele trebuie convertite în date numerice (valori, cantităţi, ponderi, măsurători etc). Totul este cuantificabil, observabil, deci măsurabil: numărul diagnosticelor de externare neconcordant cu diagnosticele de la 48 de ore, timpul efectiv petrecut de pacient în aşteptarea unei proceduri, reclamaţiile, inspecţiile privind aspectul general al spitalului etc.
2. GRAFICELE
Graficele permit o mai bună calitate informativă, trebuind să permită captarea instantanee a informaţiilor pentru a acţiona. Ele reprezintă un instrument de analiză, de inspecţie, de aceea sunt folosite în toate etapele metodelor de tratare a problemelor.
Principalele tipuri de grafice sunt:
- graficele de variaţie, care arată o tendinţă, o evoluţie (curbă, sau linie frântă, sau segmente de dreaptă sub forma unei scări, sau coloane)
- graficele de descompunere, care arată care sunt proporţiile diferitelor elemente care compun un ansamblu (diagrama Pareto, graficul circular cu sectoare)
- graficele de distribuţie, care permit cunoaşterea repartiţiei constituenţilor unui ansamblu după o caracteristică reperabilă (numărul pacienţilor vârstnici) sau măsurabilă (talie, greutate)
- graficele de dispersie, care stabilesc dacă există o legătură între două grupe de date (satisfacţia pacientului şi starea la externare) sau două fenomene măsurabile (consumul de curent electric şi temperatura exterioară)
- grafice de comparaţie, care permit compararea la un moment dat sau pentru o perioadă dată a unui grup de elemente (diferite tipuri de spitale) după un parametru comun (rezultatul lor financiar)
- pictograme, care sunt reprezentări artistice sintetice ale rezultatelor.

3. HISTOGRAMELE

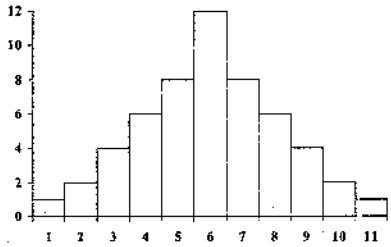


Figura 22.3. Histograma

Reprezintă modalităţi de supraveghere a conformităţii, fiind utilizate în studiile cantitative ale abaterilor faţă de valoarea normală. Această diagramă se potriveşte variabilelor continue, adică acelor variabile care pot lua un număr infinit de valori între două valori date, ale căror măsurători sunt repartizate în clase de lărgime egală (timp, energie).
Pentru realizarea histogramelor se construiesc dreptunghiuri în care mijlocul bazei este numit centrul clasei, lăţimea (baza) este egală cu intervalul clasei, iar înălţimea proporţională cu efectivul sau frecvenţa absolută (număr) sau relativă (procent). Rezultă astfel o diagramă de distribuţie, iar prin unirea vârfurilor fiecărei clase se obţine curba de distribuţie. În cazul în care numărul informaţiilor este mare (peste 1000), prin nivelarea curbei de distribuţie rezultă o curbă care reproduce adesea curba lui Gauss (în măsura în care variaţiile observate nu sunt datorate decât cauzelor comune).
Utilizarea histogramei se justifică din momentul în care se doreşte efectuarea unui studiu cantitativ al unui procedeu cu caracter continuu (durata de tratament), vizualizarea centrajului şi a dispersiei observaţiilor în raport cu toleranţele fixate, sau, în cadrul metodei de tratare a problemei, pentru verificarea şi urmărirea soluţiei reţinute, dar şi în faza de definire a problemei sau în timpul verificării cauzelor.
Procedura pe baza căreia se pune ordine în multitudinea de observaţii care pare anarhică în momentul culegerii pentru a vizualiza distribuţia este următoarea:
1. identificarea valorilor maxime şi minime ale observaţiilor conţinute în tabelul de numere
2. determinarea valorii amplitudinii observaţiilor, egală cu diferenţa dintre valoarea maximului şi cea a minimului.
3. stabilirea numărului de clase (care în general nu trebuie să depăşească cifra 12), de exemplu prin extragerea rădăcinii pătrate a numărului de observaţii.
4. calcularea intervalului clasei, egal cu raportul dintre amplitudine şi numărul de clase, cu rotunjire în minus (adică o valoare uşor inferioară celei obţinute).
5. identificarea centrului clasei (valoarea care se află în mijlocul intervalului clasei), precum şi a limitelor clasei (valorile minime şi maxime ale fiecărei clase).
6. plasarea în clase a tuturor valorilor conţinute în intervalul clasei, în afara acelora care se găsesc pe limitele clasei. Pentru acestea, prin convenţie, se aplică regula priorităţii de dreapta (acea informaţie se consideră în clasa superioară, la dreapta).
7. calculul efectivului clasei (frecvenţa absolută a clasei): n = numărul observaţiilor conţinute într-o clasă.
8. calculul frecvenţei relative a clasei, egală cu raportul dintre numărul observaţiilor conţinute într-o clasă (n) şi efectivul total al măsurărilor conţinute în tabel (N).
9. procentajul clasei este frecvenţa relativă a clasei înmulţită cu 100.
10. trasarea histogramei.

Este important de reţinut că nu se pot compara histograme care reprezintă efectivele clasei (frecvenţa absolută); clasa trebuie să fie reprezentată în procente (frecvenţă relativă). Pentru a fi comparate histogramele trebuie, de asemenea, să aibă acelaşi număr de clase şi acelaşi interval al clasei.

4. ANALIZA PARETO

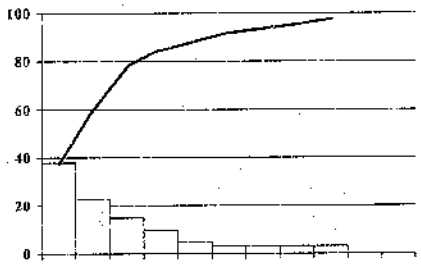


Figura 22.4. Analiza Pareto

Analiza Pareto nu se referă la măsurători, ci la atribute. Ea se referă la aspectul calitativ al fenomenului; variabilele denumite atribute pot fi evenimente, erori, caracteristici, idei, etc.
Analiza Pareto ajută la conducerea intervenţiilor în mod metodic, abordând succesiv punctele cele mai importante, permiţând deci stabilirea unui plan de acţiune eficient. Obiectivele majore ale acestui instrument sunt deci vizualizarea şi luarea deciziei.
Datele şi listele de observaţii ajută la întocmirea diagramei Pareto, constituită din coloane de lărgime egală clasate în ordine descrescătoare de la stânga la dreapta.
Această diagramă simplă şi eficace este un mod de a reprezenta realul. Dacă unim centrele superioare ale dreptunghiurilor, obţinem diagrama de distribuţie, care cu cât este mai concavă cu atât distribuţia atributelor se apropie de legea 80/20. Adevărata diagramă Pareto este atunci când concavitatea poligonului de distribuţie este mare. Pareto ne spune atunci că este pertinentă.
Pentru a stabili o diagramă cumulativă se trasează o paralelă la diagonala fiecărui dreptunghi plasându-le cap la cap. Curba cumulată a observaţiilor este utilă dacă vrem să facem comparaţii înainte – după, deoarece ea pune în evidenţă progresele şi câştigurile. Suprafaţa cuprinsă între curba cumulată şi diagonala pornind de la 0 la 100 % (dreapta de echirepartiţie sau curba cumulată a dreptunghiurilor ne informează asupra pertinenţei diagramei, permiţând de asemenea să se urmărească fluctuaţia unui fenomen în timp şi să se acţioneze. Cu cât această suprafaţă este mai redusă, cu atât mai puţin distribuţia răspunde legii 80/20 pe care dorim să o facem să apară.
Dacă coloanele sunt toate aproape de aceeaşi înălţime se obţine un "Pareto plat". Pentru a face să iasă în evidenţă realitatea, în caz de Pareto plat, grupul alege coeficienţii de ponderare obiectivi (măsurabili) sau subiectivi (li se dă o notă); scopul este de a face să iasă în relief o coloană, cea de la care trebuie pornit.
Este important de reţinut că o diagramă Pareto poate să ascundă alta: prima coloană a unei diagrame Pareto se desface ea însăşi într-o nouă Pareto, a cărei primă coloană se desface la rândul ei într-o nouă Pareto. Se stabilesc astfel diagrame Pareto din Pareto, care permit accesul direct la cauza problemei.
Analiza Pareto este aplicabilă practic în toate domeniile cotidiene, fiind utilizată în cadrul metodei de tratare a problemelor pentru determinarea efectului principal al problemei, verificarea cauzelor determinate de o diagramă cauze – efect, vizualizarea evoluţiei cauzelor, precum şi vizualizarea progreselor datorate aplicării soluţiei reţinute.

4. I. DIAGRAMA CAUZĂ – EFECT (DIAGRAMA OS DE PEȘTE)

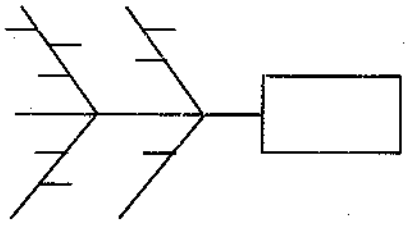


Figura 22.5. Diagrama cauză-efect

Permite echipei identificarea, explorarea și reprezentarea grafică, în detalii tot mai amănunțite, a tuturor cauzelor posibile ale unei probleme a organizației pentru a găsi cauza (cauzele) de bază.

Pașii propriu-zișI necesari construirii diagramei cauză – efect sunt următorii:

1. Selectarea celui mai potrivit format cauză-efect. Există două forme principale:

- Tipul prin analiza dispersiei este construit prin plasarea cauzelor particulare în fiecare categorie cauzală "majoră" (oamenii, metodele, tehnica, materiale) și apoi se întreabă pentru fiecare cauză particulară "de ce se întâmplă?". Această întrebare se repetă la nivelul următor de detaliu până când echipa nu mai poate formula alte cauze particulare. Ultimele cauze descoperite reprezintă cauzele de bază.
- Tipul prin clasificarea procesului folosește fazele majore ale procesului în locul categoriilor cauzale majore. Procesul de punere a întrebării pentru obținerea cauzei de bază este același ca la tipul prin analiza dispersiei.

2. Generarea cauzelor particulare necesare pentru a construi diagrama cauză-efect. Se folosesc brainstorming-ul sau listele de verificare bazate pe colectarea datelor.
3. Construirea diagramei cauză-efect, prin plasarea enunțului în partea dreaptă a suprafeței de schimb, desenarea categoriilor cauzale majore sau fazelor implicate în proces și conectarea cu "coloana vertebrală" a graficului. Pentru fiecare cauză majoră se identifică apoi cauzele minore, detaliind la maximum structura.
4. Interpretarea sau testarea cauzei/ cauzelor identificate prin una din metodele următoare:

- căutați cauzele care apar în mod repetat în toate categoriile cauzale majore.
- determinați frecvența relativă a diferitor cauze identificate.
- selectați cauzele considerate de grup ca fiind mai importante (presante).

5. DIAGRAMA DE DISPERSIE

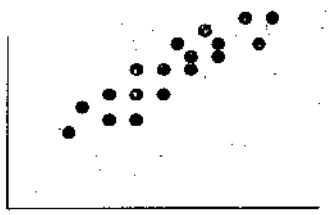


Figura 22.6. Diagrama de dispersie

Diagrama de dispersie permite să se determine foarte simplu dacă există o relaţie comună între două grupuri de date. Se poate utiliza pentru determinarea corelaţiilor posibile după stabilirea unei diagrame cauze – efect, de exemplu.
Este un instrument care se aplică în mod particular în domeniul controlului şi inspecţiei calităţii, dar în cursul metodei de tratare a problemelor poate fi utilizată în timpul fazei de culegere a datelor (în special pentru tratarea datelor deja existente) sau în faza de identificare a cauzelor primare care determină efectul principal.
Etapele construirii diagramei de dispersie sunt:
1. definirea mărimilor care trebuie măsurate (unităţi, domeniul valorilor de explorat).
2. organizarea culegerii datelor (fişa de înregistrare).
3. trasarea diagramei; dacă mai multe puncte au aceleaşi coordonate, punctul respectiv se îngroaşă sau se încercuieşte.
4. construirea diagramei: se trasează medianele, separând numărul de puncte în mod egal, după care se numără toate punctele din sectoarele I şi IV, respectiv II şi III (eventualele puncte situate pe una dintre mediane se contabilizează la totalul cu cea mai mică valoare).
5. testarea corelaţiei, prin compararea celei mai mici dintre cele două valori obţinute, cu valoarea citită în tabelul de semnificaţie.
6. dacă valoarea citită în tabel (la intersecţia dintre numărul de puncte şi nivelul de semnificaţie ales (1% sau 5%) este egală sau superioară celei mai mici valori a totalurilor parţiale calculate, atunci se poate spune că există o corelaţie.
Diagrama poate fi foarte utilă pentru a decide în mod simplu şi riguros schimbarea unui parametru de inspectat cu un altul mult mai accesibil, adoptării unei metode mai economice, etc.
Două precizări sunt obligatorii:
- corelaţia dintre două variabile nu implică faptul că între ele ar fi o relaţie de tip cauză – efect
- când în ciuda tuturor presupunerilor constatăm lipsa de corelaţie, se poate încerca să se facă să apară o corelaţie disociind un grup de date, ameliorând precizia de măsurare, sau schimbând domeniul de explorare (lărgind de exemplu plaja de date a uneia dintre variabile)
7. FIŞE DE CONTROL
Reprezintă instrumente de îmbunătăţire a oricărui procedeu administrativ: prezintă istoricul şi permite supravegherea, lămureşte utilizatorul privind acţiunile de îmbunătăţire necesare, vizualizează progresele efectuate.
Există fişe de control statistic pentru verificarea calităţii prin măsurare, utilizate pentru produse/ servicii pentru care se măsoară o caracteristică (variabilă cantitativă), precum şi fişe de control statistic pentru verificarea calităţii prin atribute, folosite pentru produse/ servicii pentru care se iau în considerare caracteristici (variabile calitative).
Fişele de control statistic pentru verificarea calităţii prin măsurare pot fi:
- fişa valoare mediană/ amplitudine (Me/R), utilizată pentru a începe studiul unui procedeu şi a găsi cauzele speciale
- fişa valoare medie/ amplitudine (cea mai utilizată) (x/R), indispensabilă dacă se doreşte controlul şi supravegherea unui proces
- fişa valoare medie/ abatere – tip (X/R), care este cea mai exigentă dar şi cea mai complicată din punctul de vedere al calculelor, fiind utilizată atunci când se dispune de un procedeu aflat sub control şi de un sistem de calcul informatizat.
Fişele de control statistic pentru verificarea calităţii prin atribute pot fi:
- fişa "p" (principală), care urmăreşte proporţia (în %) produselor/ serviciilor neconforme (eronate, diferite, defectuoase) într-o populaţie de produse/ servicii; mărimea eşantioanelor este variabilă.
- Fişa "np", similară fişei "p" dar aplicabilă eşantioanelor de mărime constantă (deci procedeelor ale căror fluxuri sunt relativ stabile).
- Fişa "c", destinată tot eşantioanelor de mărime constantă, dar referindu-se la numărul de defecte ale unei entităţi bine determinate (volum, durată).

- Fişa "u", care caracterizează defecte, dar contrar fişei "c" operează cu eşantioane şi entităţi de mărime variabilă.
- Fişa de control statistic pentru verificarea calităţii prin atribute multiple, care permite caracterizarea mai multor tipuri de defecte sau neconfomităţi; atunci când seria de măsurători este terminată, utilizând diagrama Pareto se determină prioritătile de acţiune.

Fişa de control este instrumentul de bază pentru Controlul Statistic al Procedeelor (CSP).
Orice procedeu este caracterizat prin "centraj" şi "dispersie" – adică parametri săi variază în mod total imprevizibil în jurul unei valori centrale, într-o proporţie care îi este proprie. Fenomenul de variaţie aleatorie în jurul unei valori centrale se datorează unor cauze numeroase independente unele de altele, numite cauze comune. Dispersia procedeului este cu atât mai mare cu cât fluctuaţiile pe care le determină sunt mai importante. Aceste cauze sunt deci inerente procedeului şi fixează limite în interiorul cărora ne va fi imposibil de prezis comportamentul unui procedeu, oricare ar fi acesta. Nu se pot suprima niciodată cauzele comune, dar se pot reduce considerabil.
Datele culese pentru un procedeu permit calcularea valorii centrale (în general media aritmetică) şi a valorilor extreme (superioară şi inferioară) a răspunsului. Aceste valori extreme nu trebuie depăşite de datele procedeului, dacă acele cauze care determină variaţii de o parte şi de alta a unei valori centrale sunt strict aleatorii. În caz contrar, intervin cauze nealeatorii care arată că procedeul nu este controlat : cauze speciale. A detecta şi a elimina aceste cauze înseamnă a ţine sub control procedeul, ceea ce va permite să presupunem că el va lucra o perioadă de timp între valorile calculate: procedeul este stabil.
Prin urmare fişele de control pot fi utilizate pentru controlul oricărui procedeu administrativ, fiind de asemenea utile celui care ia deciziile pentru că îi permite să analizeze fapte, să separe cauzele speciale de cauzele comune, să ştie când să intervină şi când să valorifice posibilităţile fiecărui membru al echipei.
Dacă primele 7 instrumente scot în evidenţă curativul (permit tratarea problemelor existente plecând de la fapte) şi preventivul activ (îmbunătăţirea procedeului studiat pentru evitarea reapariţiei problemelor tratate, cele 7 instrumente noi evidenţiază prevenirea prospectivă, permiţând tratarea problemelor potenţiale; ele se utilizează la realizarea proiectelor.

NUMELE	**PROVENIENŢĂ**	**CONTRIBUŢIE**	**RĂSPUNDE LA ÎNTREBAREA :**
Diagrama afinităţilor	Brainstorming	Definirea problemei	CE?
Diagrama de relaţii	Analiza relaţiilor între indicatorii de management	Definirea efectului	PENTRU CE?
Diagrama arbore	Analiza funcţională	Pregătirea implementării	CUM ?
Diagrama matriceală	Reprezentări matriceale	Ierarhizarea cauzelor efectului studiat	UNDE ?
Diagrama alternativelor	Cercetare operaţională	Studiul consecinţelor soluţiilor alese de grup	DACĂ ?
Diagrama săgeată	Diagrama PERT	Planificarea activităţii	CÂND ?
Analiza în componenţi principali	–	–	–

Tabelul 22.1. Rolul celor 7 noi instrumente ale calităţii

Obiectivele celor 7 instrumente noi sunt:
- abordarea multidimensională a situației
- eliminarea inspecției aposteriori
- asigurarea unei circulații eficiente a informației
- acceptarea schimbării
- anticiparea viitorului

8. DIAGRAMA AFINITĂȚILOR
Se folosește pentru a ajuta echipa să genereze în mod creativ un număr mare de idei/probleme și apoi să organizeze și să sumarizeze gruparea naturală a acestora pentru a înțelege esența unei probleme și pentru a găsi soluții.
Metodă:
1. Se enunță problema luată în discuție sub forma unei propoziții complete. Pot fi utilizate enunțuri neutre dar și pozitive, negative sau orientate către soluții. Pentru un grup de practică aflat la începutul activității, de exemplu, problema în discuție poate fi următoarea:

Care sunt problemele implicate în buna organizare a grupului nostru?

2. Prin brainstorming se obțin de la membrii grupului cel puțin 20 de idei sau subiecte. O diagramă a afinității tipică este compusă din 40-60 idei și nu este neobișnuit să aibă 100-200 idei.

Ideile generate de membrii grupului de practică din exemplul nostru sunt următoarele (din motive de spațiu vom prezenta doar o diagramă parțială):

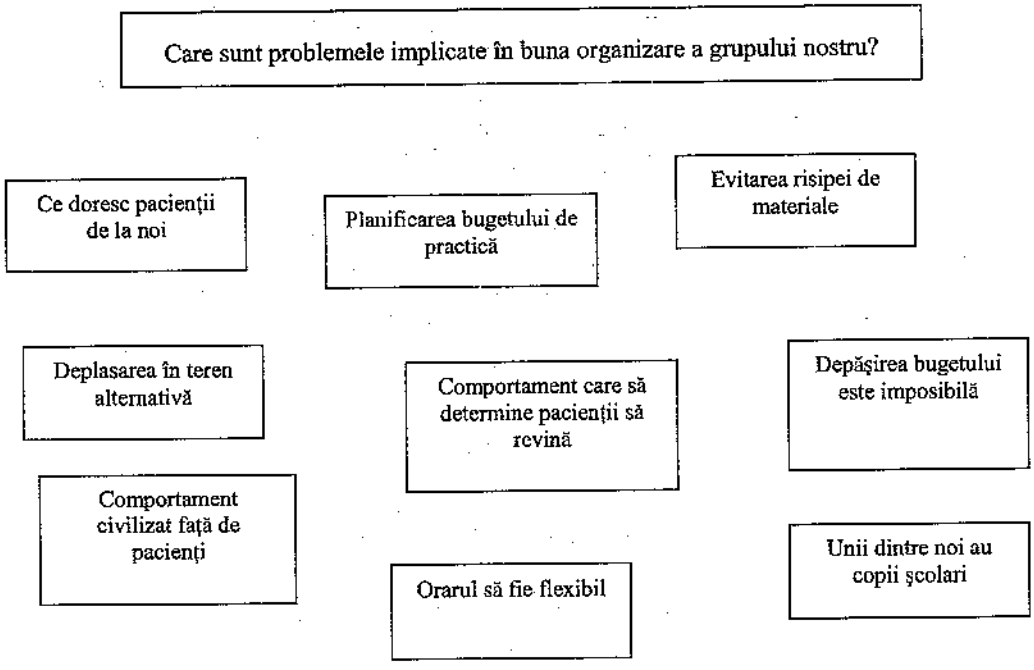


Figura 22.7.

3. Etapa următoare este sortarea ideilor în grupuri de idei cu sens asemănător. Fără a vorbi membrii echipei sortează simultan ideile în 5-10 grupuri.

În exemplul nostru gruparea ideilor ar putea arăta astfel:

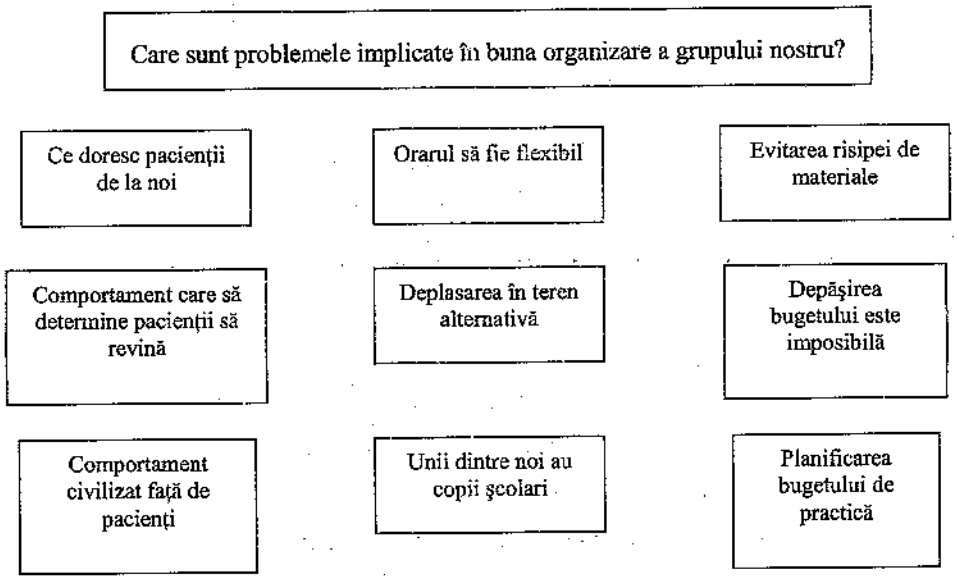
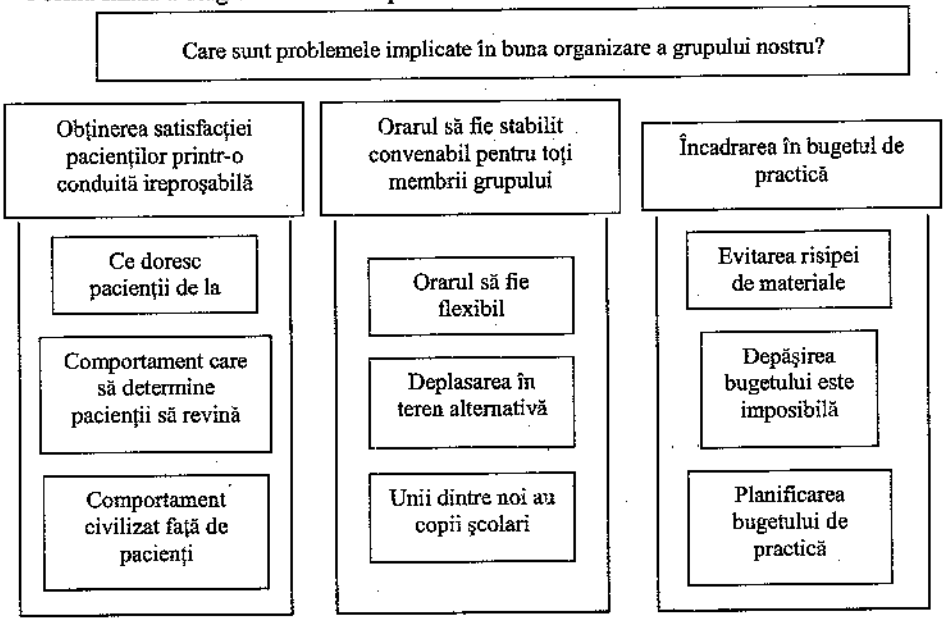


Figura 22.8.

4. Pentru fiecare grup de idei, se creează apoi, o hârtie titlu folosind consensul. Forma finală a diagramei din exemplul nostru este:



9. DIAGRAMA DE RELAŢII

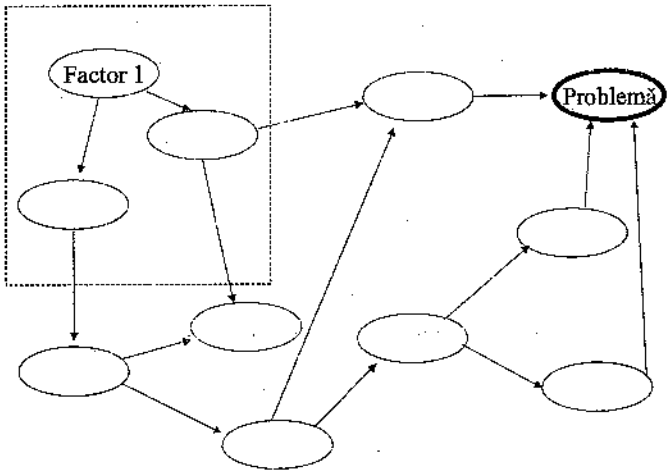


Figura 22.9. Diagrama de relaţii

Permite identificarea tuturor parametrilor subiectului tratat, factorilor cei mai influenţi şi stabileşte care sunt punctele fundamentale care trebuie abordate. Contrar diagramei afinităţilor, diagrama de relaţii descrie legăturile logice care unesc mai mulţi factori: săgeţile arată relaţiile "cauză – consecinţă".

Câteva din aplicaţiile unei diagrame de relaţii sunt:

- desfăşurarea unei politici de asigurare sau de control a calităţii
- investigarea modurilor şi cauzelor de defectare posibile a elementelor unui produs/ serviciu (în cadrul specific al Reliability Deployment al metodei QFD)
- analiza reclamaţiilor
- aplicarea măsurilor de protecţie a mediului
- elaborarea planurilor de comunicare în cadrul acţiunilor Calităţii Totale
- analiza procedeelor serviciilor administrative
- analiza problemelor întâlnite în grupurile de lucru.

Pentru identificarea soluţiei şi declanşarea acţiunii, trebuie căutaţi factorii fundamentali. Prin "căutare" se înţelege: se pleacă de la o problemă, se pune întrebarea "de ce (această problemă)?" şi se identifică mai mulţi factori influenţi. Pe urmă, plecând de la aceşti factori, se pune întrebarea "de ce?" şi aşa în continuare...

11. DIAGRAMA ARBORE

Se utilizează pentru a stabili "cum"... Altfel spus, pentru a căuta mijloacele cele mai eficiente necesare atingerii unui scop fixat. Acest instrument permite să se întocmească o listă exhaustivă de mijloace posibile, şi să se ierarhizeze.

Global, diagrama arbore permite să se decline un elemente (un obiectiv, o politică, un proiect, un concept) în sub-elemente (mijloace, strategii şi planuri de acţiune, componenţi, procedee, operaţiuni, etc). Metoda este utilă pentru

- clarificarea punctelor cheie privind activităţilor Calităţii Totale (după o diagramă de relaţii),
- reluarea unei diagrame de afinităţi şi ordonarea ansamblului caracteristicilor calităţii corespunzătoare, pentru constituirea diagramei matriceale de bază a QFD (matricea calităţii),
- pregătirea desfăşurării politicii calităţii (după diagrama afinităţilor)

- declinarea şi vizualizarea unei situaţii în totalitatea sa (în cuplaj cu o diagramă matriceală)
- clarificarea rolurilor şi responsabilităţilor în cadrul unui departament sau pentru o funcţie
- reorganizarea unei diagrame cauză – efect, etc.

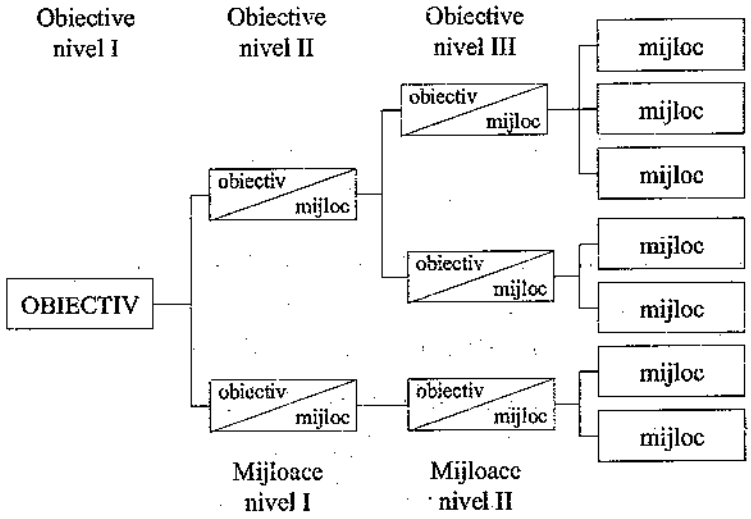


Figura 22.10. Diagrama arbore

12. DIAGRAMA MATRICEALĂ

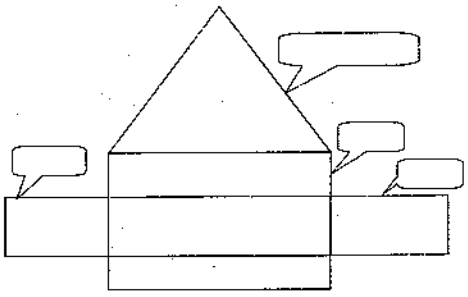


Figura 22.11. Diagrama matriceală

Când se dispune de mai mulţi factori (lista procedurilor, lista etapelor cheie a unui procedeu, echipamente, competenţe, funcţii), diagrama matriceală permite corelarea lor. Ea descoperă şi vizualizează intersecţiile între mai multe serii de factori, permiţând identificarea/ evidenţierea factorilor principali ai subiectului studiat.
Principalele tipuri de matrici sunt:
1. matricea "în L" (două serii) – cea mai mult utilizată
2. matricea "în T"(trei serii), care leagă o serie de factori de alte două serii
3. matricea "în Y" (trei serii), care uneşte doi câte doi, trei serii de factori

4. matricea "în C" (trei serii),care permite stabilirea relațiilor între trei serii simultan. Este mai dificil de manipulat deoarece cere o vizualizare în trei dimensiuni, deci o reprezentare în perspectivă
5. matricea "în X" (patru serii), care permite legarea fiecărei serii de altele două
- Aplicațiile sunt numeroase în domeniul Calității Totale și a managementului calității:
- organizarea datelor după o analiză în componenți principali
- în Asigurarea Calității, clasificarea relațiilor între specificații și funcțiile de control a calității
- în conducerea calității, studiul relațiilor între existența neconformităților și cauzele lor, precum și urmărirea acțiunilor corective, etc.

Diagrama matriceală este firul conducător al QFD: este un instrument de dezvoltare și de sinteză a diferitelor operații de proiectare a unui bun sau a unui serviciu care pune în relații diferite "voci" ale actorilor (client, proiectant, furnizor, inginer tehnolog, conducere, etc.). În mod foarte schematic, QFD poate fi prezentat ca fiind utilizarea în cascadă a matricelor pentru definirea specificațiilor unui produs/ serviciu plecând de la expresia cerințelor clientului, definirea specificațiilor componenților plecând de la specificațiile produsului/ serviciului, definirea specificațiilor procedeului plecând de la specificațiile componenților.
Construirea matricei se face respectând următorii pași:
1. Definirea clară a scopului și obiectivului diagramei
2. Listarea și definirea elementelor seriilor de factori. După caz, seriile pot face în prealabil obiectul unei diagrame arbore, fiecare dintre elemente putând a fi ponderate.
3. Alegerea tipului de matrice, sau a combinației de matrice (L – T, spre exemplu)
4. Desenarea matricei și plasarea elementelor
5. Stabilirea simbolurilor care indică relațiile, rolul lor și, dacă este necesar, asocierea fiecărui simbol cu un număr, permițând determinarea factorilor importanți
6. Determinarea, prin consens, a existenței și importanței unei relații la fiecare intersecție.
7. Calcularea ponderii factorilor (suma simbolurilor înmulțite cu valoarea simbolului înmulțit cu coeficientul de ponderare)
8. Analiza diagramei și a rezultatelor, cu deciderea acțiunilor care trebuie întreprinse
9. Eventual dezvoltarea elementelor scoase în evidență cu ajutorul unei diagrame arbore sau a unei noi matrice

O diagramă matriceală trebuie să fie viabilă: este un instrument de lucru și nu un simplu tabel de prezentare. La fel ca și o procedură de Asigurarea Calității, o matrice trebuie să fie specifică, construită de un grup de persoane direct interesate, evaluată, adusă la zi și îmbunătățită pe parcurs. Pentru a dispune de matricea optimă trebuie plecat de la modelul cel mai simplu, completându-l, îmbunătățindu-l sau schimbându-l pentru un alt model până va fi găsit modelul cel mai puțin complicat posibil care să răspundă în același timp problemei.

12. DIAGRAMA SĂGEATĂ

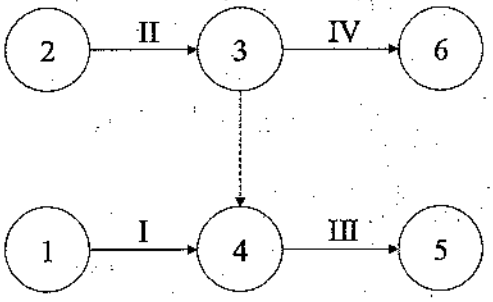


Figura 22.12. Diagrama săgeată

Este un instrument care se referă la unul dintre cele trei fundamente ale calității (alături de conformitate și cost) : menținerea sub control a termenelor. Ea dă o viziune globală, precisă și posibilă de înțeles de către toți a unui proiect, arată evoluția proiectului în timp, ușurează reacția rapidă la orice schimbare și permite cunoașterea exactă a impactului noilor măsuri asupra întregului sau a unei părți din proiect.
Inspirată din metoda PERT (Program, Evaluation and Review Technics), ea a fost concepută pentru a putea fi definită, stabilită, utilizată și adusă la zi de un grup. Metoda este utilizată pentru implementarea unor planuri, sincronizarea lor cu acțiuni privind calitatea, planificarea și urmărirea auditurilor, controalelor, testelor, verificărilor, etc.
Etapele construcției diagramei săgeată sunt următoarele:
1. listarea tuturor sarcinilor necesare
2. întocmirea fișelor (fiecare fișă corespunde unei activități)
3. stabilirea legăturilor între activități (succesiunea în timp – în serie sau în paralel)
4. organizarea lanțului tuturor activităților, plasând orizontal înlănțuirea în serie care are cel mai mare număr de fișe și repoziționând în consecință drumurile paralele
5. trasarea nodurilor (etapele care asigură trecerea între sarcini) și săgeților (activitățile sau sarcinile)
6. stabilirea termenelor dorite, estimând pentru fiecare sarcină în parte timpul necesar pentru îndeplinire
7. calcularea datei maxime (plecând de la ultima etapă spre prima) și minime (plecând de la prima etapă și avansând spre ultima) pentru fiecare etapă, notând în partea de sus a fiecărei fișe data minimă (cea mai apropiată), iar în partea de jos data maximă (cea mai îndepărtată).
8. stabilirea drumului critic (corespunzător înlănțuirii de sarcini pentru are nu există marje de timp) – marcat cu linii groase – și sarcinilor critice. Pentru fiecare sarcină critică data cea mai apropiată este egală cu data cea mai îndepărtată.
9. analiza diagramei, calculând pentru fiecare etapă perioadele de timp de care dispun actorii cheie ai proiectului
10. urmărirea în timp a avansării proiectului, cu revizuirea pe parcurs a diagramei

13. DIAGRAMA ALTERNATIVELOR
Să planifici acțiunile și să progresezi cu pași mici sunt corolarele oricărei activități în domeniul calității. Controlul riscurilor, anticiparea răspunsului care trebuie dat oricărei probleme care ar putea să apară în cursul proiectului și acționarea rapidă la schimbări aleatorii sunt domenii ale diagramei alternativelor.
Diagrama alternativelor (Process Decision Program Chart – PDPC) nu are structură, nici reguli de elaborare fixe și definitive. Începe în prezent, sugerează o soluție posibilă în viitor, prevede deznodămintele nedorite și mijloacele de a obține un rezultat mai bun. Ea se aplică de exemplu pentru prevenirea și rezolvarea problemelor legate de mediu, prevenirea accidentelor grave, iar în cadrul "Technology Deployment" ("vocea inginerilor din proiectare" în metoda QFD), pentru studiul ideilor de îmbunătățire pentru a răspunde exigențelor clientului. Este într-un cuvânt utilizabilă atunci când toate acțiunile noi sau aleatorii trebuie să fie controlate.
Etapele construirii diagramei alternativelor sunt următoarele:
1. descrierea problemei (prin prisma experiențelor anterioare, brainstorming sau cu diagrama afinităților)
2. definirea obiectivului așteptat
3. descrierea unui prim drum, cu listarea evenimentelor posibile plecând de la situația considerată
4. descrierea soluțiilor alternative, cu găsirea de noi posibilități la fiecare etapă, astfel încât să se creeze arborescența
5. evaluarea alternativelor în funcție de risc, urgență, numărul operațiilor necesare, dificultate, probabilitatea de apariție, etc.

6. stabilirea traseelor, legând obiectivele prin săgeți și utilizând săgeți punctate pentru a arăta influența unui traseu asupra altuia
7. organizarea acțiunilor
8. pregătirea supravegherii

14. ANALIZA ÎN COMPONENȚI PRINCIPALI (ACP)

Este o metodă care permite reprezentarea în două dimensiuni a unui ansamblu de date în dimensiuni superioare cifrei 2. ACP face parte din familia metodelor de analiză factorială a datelor, fiind necesar un calculator care să efectueze operații de analiză matematică complexă.

Pentru a trece de la N la 2 dimensiuni trebuie "consumate" informații: în general 75 – 80 % din informația globală adusă de toate caracterele (temele asupra cărora se face studiul) este păstrată, ceea ce permite interpretarea fără dificultate a rezultatelor Această interpretare este aceea care interesează munca în grup pentru deciziile care trebuie luate. Cele două axe care definesc planul optimal de reprezentare a datelor sunt denumite "componenți principali" ("axe principale"). După prelucrarea datelor, utilizatorilor le sunt prezentate două grafice:

- primul reprezintă proiectarea caracterelor pe axele principale calculate de calculator, axele fiind înscrise într-un cerc cu rază egală cu 1 (sau 100 %). Dacă un punct reprezentativ al unui caracter se găsește aproape de cerc, înseamnă că informația recuperată este aproape de 100 %. Graficul permite analiza relațiilor caractere – caractere
- al doilea reprezintă indivizi, permițând studiul relațiilor indivizi – indivizi. Aici nu există cerc, indivizii fiind dispuși după valorile lor respective pentru fiecare caracter.

Plasând cele două reprezentări una lângă cealaltă sau reunindu-le pe un grafic, se pot analiza relațiile caractere – indivizi.

ACP poate fi utilizată în marketing, pentru anchete în vederea elaborării unei strategi, sau pentru a trata o mare cantitate de date în vederea reducerii dispersiei . Trebuie evitată confuzia corelației cu relația cauză – efect între caractere.

CAPITOLUL XXIII

PRINCIPII DE ECONOMIE SANITARA PENTRU MANAGERI

I. Introducere în economia sanitară

Economia în general este ştiinţa ce se ocupă cu studiul producţiei şi alocării bunurilor şi serviciilor în condiţiile unor resurse limitate. Ea se bazează pe două lucruri universale: dorinţele şi nevoile oamenilor sunt nelimitate iar resursele disponibile pentru a le satisface sunt limitate. Astfel economia studiază modul în care resursele sunt folosite pentru satisfacerea dorinţelor, uneori fiind denumită "ştiinţa sărăciei".

Cele trei întrebări fundamentale care stau la baza economiei sunt:

Ce bunuri şi servicii trebuie produse?

În ce mod trebuie produse aceste bunuri şi servicii?

Către cine trebuie repartizate aceste bunuri şi servicii?

Economia poate fi: (1) pozitivă – studiază ceea ce există în realitate; ce bunuri sunt produse, cum anume şi către cine sunt distribuite sau (2) normativă – studiază ceea ce ar trebui să fie, şi modul de a pune în practică.

Economia sanitară studiază modul în care sunt produse şi furnizate îngrijirile de sănătate, în condiţiile unor resurse limitate. Cele trei întrebări fundamentale ale economiei sunt valabile şi pentru economia sanitară, cu specificarea că bunurile şi serviciile produse sunt reprezentate de îngrijirile de sănătate. Acesta este motivul pentru care se mai foloseşte în loc de economie sanitară şi termenul de economia serviciilor de sănătate.

Economia sanitară s-a dezvoltat puternic în ultimele decenii, după o perioadă de incertitudine datorată teoriei conform căreia resursele pentru sănătate nu trebuie limitate. Astăzi este evident pentru toată lumea că nici o ţară nu poate aloca resurse nelimitate pentru îngrijirile de sănătate, indiferent de nivelul dezvoltării sale economice.

Un sistem economic reprezintă un mod de distribuţie a resurselor astfel încât să fie satisfăcute nevoile, deci să răspundă celor trei întrebări fundamentale: ce producem, cum producem şi pentru cine producem.

Există două sisteme distincte care încearcă să atingă aceste deziderate:

- sistemul economiei centralizate – în care statul evaluează nevoile consumatorilor şi decide ce bunuri să fie produse şi cum anume, precum şi distribuţia acestor bunuri
- sistemul economiei de piaţa liberă – în care statul permite indivizilor să decidă ce bunuri să fie produse, în concordanţă cu distribuţia iniţială a resurselor (statul poate avea însă rolul de a redistribui resursele iniţiale între indivizi pentru a atinge obiective de echitate).

În practică majoritatea societăţilor au sisteme economice care operează între aceste două extreme. Deoarece eşecul economiei centralizate este cunoscut, să vedem cum ar trebui să funcţioneze un sistem de piaţă liberă.

II. Sistemul pieţei libere

Piaţa reprezintă locul unde producătorii şi consumatorii se întâlnesc şi schimburile au loc. Pentru ca bunurile să fie schimbate (tranzacţionate) ele trebuie să aibă un preţ. Preţul reprezintă valoarea pe piaţă a unui produs la un moment dat.

Fiecare tranzacţie de pe piaţă prezintă două aspecte:

- cererea – cantitatea de bunuri pe care cumpărătorii sunt dispuşi să le cumpere la un preţ dat, la un anumit moment
- oferta – cantitatea de bunuri pe care producătorii doresc să le vândă la un preţ dat, la un anumit moment

Preţul de echilibru este preţul pentru care cantitatea de bunuri pe care furnizorii o aduc pe piaţă (oferta) este egală cu cantitatea de bunuri pe care consumatorii doresc să o cumpere (cererea).

1. Cererea

Cererea este atributul consumatorilor. Modelul economic al comportamentului consumatorilor pleacă de la observaţia că toţi cumpărătorii îşi folosesc veniturile astfel încât să obţină un maxim de bunăstare sau utilitate. Aceasta se realizează prin cumpărarea unor bunuri şi servicii în funcţie de venitul disponibil, plecând de la presupunerea că fiecare consumator ştie cel mai bine cum să-şi crească bunăstarea şi deci ce anume să cumpere. De asemenea cumpărătorii caută furnizorii cu preţurile cele mai mici pentru acelaşi produs.

Când vorbim despre cerere, ne referim la *cererea efectivă* adică la cantitatea de bunuri pe care cumpărătorii sunt dispuşi să o cumpere la un preţ dat, cumpărători care au însă şi posibilitatea de a cumpăra bunul respectiv.

Cererea pentru un bun (produs sau serviciu) este determinată de două grupuri de factori:

- factori specifici individuali sau "gusturi", care ţin de vârstă, sex, obiceiuri, cultură, educaţie etc.
- factori externi indivizilor, dar comuni societăţii: preţul bunului
  - preţul celorlalte bunuri (substitutive şi complementare)
  - preţul viitor al bunurilor
  - venitul indivizilor
  - mărimea pieţei
  - distribuţia veniturilor în interiorul pieţei

În funcţie de modul în care cererea pentru un bun variază la modificarea venitului cumpărătorilor, bunurile pot fi: *superioare* – dacă cererea pentru ele creşte proporţional cu creşterea venitului, *normale* – dacă cererea pentru ele creşte proporţional mai puţin decât creşterea venitului, *inferioare* – dacă cererea pentru ele scade cu creşterea venitului.

Bunurile *substitutive (alternative)* sunt acele bunuri care se pot cumpăra şi consuma în locul bunului respectiv.

Bunurile *complementare* sunt acele bunuri care se consumă împreună cu bunul respectiv.

Cu cât preţul unui produs este mai mare cu atât se găsesc mai puţini cumpărători şi cantitatea cerută este mai mică, iar cu cit preţul este mai mic cu atât vor fi mai mulţi cei care vor dori să cumpere şi deci cererea va fi mai mare. Reprezentarea grafică a relaţiei între preţul unui produs şi cantitatea cerută la un moment este curba cererii (vezi figura 23.1).

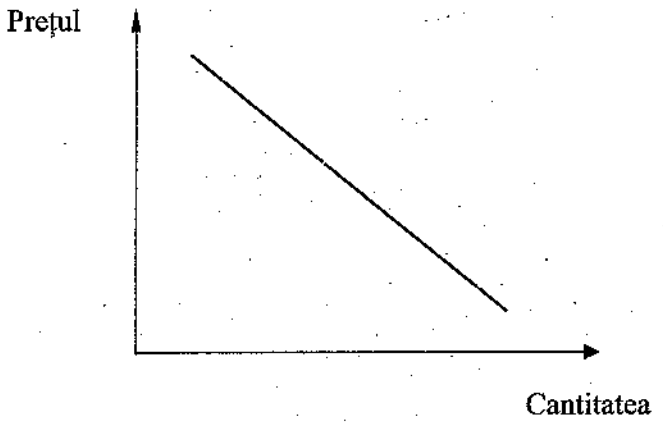


Figura 23.1. Curba cererii

2. Oferta

Oferta este atributul furnizorilor (al firmelor). Aşa cum am amintit oferta reprezintă cantitatea de bunuri pe care producătorii (furnizorii) vor să o vândă la un preţ dat.

Într-o piaţă liberă perfectă furnizori doresc să-şi maximizeze profitul, au stimulente pentru a produce ceea ce vor să cumpere consumatorii şi au stimulente să producă la costuri minime. De asemenea noi furnizori pot intra pe piaţă şi pot să-şi vândă produsele la preţurile la care vor să cumpere consumatorii, eliminând de pe piaţă furnizorii ineficienţi.

Factori care influenţează oferta sunt:

- maximizarea profitului
- forma de proprietate
- schimbările tehnologice
- factorii de producţie
- schimbări ale costurilor resurselor
- taxe/subvenţii
- schimbări în preţul celorlalte bunuri

Reprezentarea grafică a relaţiei între preţul unui produs şi cantitatea oferită spre vânzare la un moment dat este curba ofertei (vezi figura 23.2).

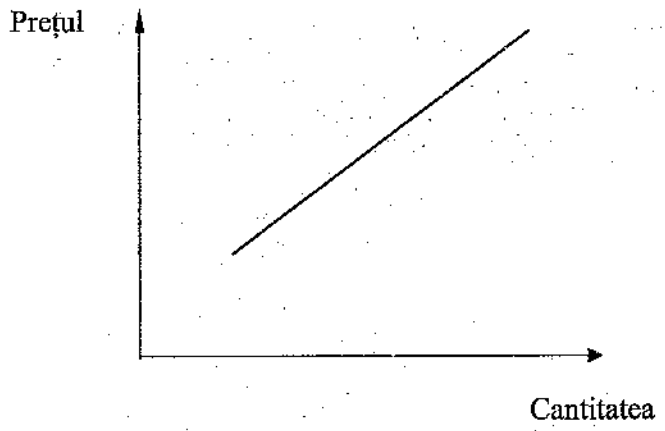


Figura 23.2. Curba ofertei

Presupunând că un producător încasează pentru fiecare produs acelaşi preţ, preţul ultim la care ar dori să vândă este cel care să-i acopere cheltuielile cu ultima unitate de produs, deci preţul minim acceptat este costul marginal al ultimei unităţi de produs.

Pe o piaţă liberă preţul unui bun este cel care aduce în balanţă cererea şi oferta determinând echilibrul pieţei. Preţul la care cererea pentru un bun este egală cu oferta pentru acelaşi bun se numeşte *preţ de echilibru* (vezi figura 23.3).

Elasticitatea reprezintă modul în care o cantitate cerută sau oferită variază la modificarea unuia dintre factorii care o influenţează (preţul, venitul etc.).

Ea este definită ca raportul între schimbarea procentuală a cantităţii cerute (oferite) şi schimbarea procentuală a factorului determinant.

De exemplu elasticitatea cererii în funcţie de preţ este dată de formula:

$$E = \frac{dQ/Q}{dP/P}$$

Dacă schimbarea procentuală a cantității este mai mare decât a factorului determinant, atunci elasticitatea este mai mare decât 1 (ignorăm semnul negativ). În acest caz spunem că fenomenul analizat este elastic. Dacă schimbarea procentuală a cantității este mai mică decât a factorului determinant, atunci elasticitatea este mai mică decât 1, deci fenomenul este inelastic. În cazul în care schimbarea are loc în aceiași proporție elasticitatea va fi egală cu 1; fenomenul analizat este unitar elastic.

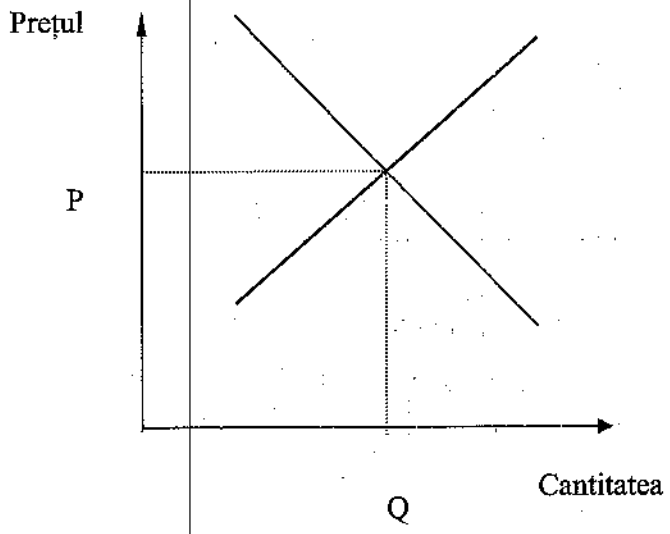


Figura 23.3. Stabilirea prețului de echilibru

3. Optimul pieței libere

Deoarece am pornit de la ideea că răspunsul cel mai bun la întrebările fundamentale ale economiei este oferit de un sistem economic care are la baza piața liberă, adică interacțiunea liberă între cerere și ofertă până la atingerea unui preț de echilibru, să vedem în continuare care sunt condițiile optime de funcționare ale unei piețe libere.

Condițiile necesare pentru ca o piață să funcționeze liber și astfel să rezulte o alocare optimă a resurselor în societate sunt:

1. Existența unui grad cât mai mare de competiție între furnizori; se realizează prin:
   - intrare liberă pe piață
   - cunoașterea perfectă a tranzacțiilor de pe piață
   - cât mai mulți furnizori și cumpărători, astfel încât nici unul dintre ei să nu poată influența singur prețul
   - costuri egale de transport și tranzacție
   - mobilitate a factorilor de producție
   - un mare grad de omogenitate a bunurilor (să fie comparabile)
   - o scală a costurilor de producție constantă (sau descrescătoare)
2. Existența unei piețe complete. Piețele incomplete sunt acelea în care prețul bunurilor de pe piață nu reflectă exact toate costurile implicate. Unii dintre factorii care stau la baza piețelor incomplete sunt:
   - *externalitățile*: beneficii sau costuri derivate din producerea sau cumpărarea unui bun care se reflectă și asupra altora decât cei implicați în tranzacție, și care nu se reflectă în prețul bunului tranzacționat. Externalitățile pot fi pozitive sau negative.

- *bunurile publice*: sunt bunuri "fără rival şi de la care nu poate fi exclus nimeni", adică bunuri de la care nu poţi opri lumea să le consume şi a căror disponibilitate nu este afectată de numărul consumatorilor.
- *bunurile merituoase*: bunuri despre care decidenţii nu sunt neutrii (indiferenţi) în legătură cu cât se consumă.

3. Necesitatea consumatorilor de a avea şi de a fi capabili să înţeleagă informaţiile asupra preţurilor cât şi asupra eficacităţii şi calităţii bunurilor. De asemenea se presupune că fiecare consumator ştie cu certitudine ceea ce doreşte.
4. Existenţa unei distribuţii echitabile a activelor înainte ca tranzacţiile să aibă loc.

III. Piaţa îngrijirilor de sănătate

Sănătatea este un bun fundamental care nu se poate cumpăra în cadrul unei pieţe, iar determinanţii ei sunt "bagajul" genetic, stilul de viaţă, mediul înconjurător şi îngrijirile de sănătate. Deoarece nevoia de îngrijiri de sănătate este determinată de nevoia de sănătate, spunem despre îngrijirile de sănătate că sunt un bun derivat şi că cererea de îngrijiri de sănătate este o cerere derivată.

De ce există o cerere de sănătate? Se spune că sănătatea este cerută atât pentru a fi consumată cât şi pentru faptul că este o investiţie. Dorim o sănătate mai bună deoarece obţinem beneficii psihice simţindu-ne bine, în timp ce dacă suntem bolnavi obţinem beneficii negative. Ne dorim o sănătate mai bună deoarece dacă suntem bine putem să muncim şi astfel să câştigăm bani, în timp ce venitul nostru poate scădea dacă suntem bolnavi.

Îngrijirile de sănătate au următoarele caracteristici:

- sunt esenţiale, adică este dificil să le substituim cu alte bunuri
- sunt un bun derivat; îngrijirile de sănătate sunt doar unul dintre bunurile necesare îmbunătăţirii sănătăţii
- beneficiile unor îngrijiri de sănătate sunt nesigure.

1. Cererea de îngrijiri de sănătate

Este evident că ceea ce stă la baza cererii de îngrijiri de sănătate sunt *nevoile* de îngrijiri de sănătate. Alţi determinanţii ai cererii de îngrijiri de sănătate sunt:

- *preţul acestora*. Preţul reprezintă un determinant important al cererii individuale. În general costul care stă la baza preţului este format din două componente: costurile medicale directe şi costurile indirecte ale pacientului. Pacientul plăteşte de obicei toate costurile indirecte şi frecvent unele părţi ale costurilor medicale (directe).
- *preţul altor bunuri*, deoarece acestea pot influenţa costul resurselor necesare îngrijirilor de sănătate
- *venitul individual*. În general creşterea venitului determină o cerere mai mare, dar sunt situaţii când creşterea venitului poate determina o scădere a cererii
- *vârsta şi alte obiceiuri familiale*
- *nivelul educaţional*

Principalele tipuri de nevoi de îngrijiri de sănătate sunt: (1) nevoia percepută – ceea ce pacientul consideră că ar avea nevoie (dorinţa lui), (2) nevoia cerută – ceea ce pacientul solicită unui furnizor de îngrijiri de sănătate, (3) nevoia normativă – ceea ce consideră un profesionist că ar avea nevoie pacientul şi (4) nevoia comparativă – la nivel populaţional, plecând de la nevoile observate la alte populaţii.

Aşa cum se observă nevoia de îngrijiri de sănătate este un concept relativ, care implică atât individul cât şi societatea, totul având drept punct de plecare sărăcia informaţiilor (a cunoştinţelor) de care dispune un pacient în legătură cu "nevoile" sale de îngrijiri de sănătate. Această problema a determinării nevoii de îngrijiri de sănătate stă la baza *relaţiei de agenţie* care apare între furnizorii de îngrijiri de sănătate şi pacienţi.

Specificul relaţiei de agenţie în cazul îngrijirilor de sănătate este cel care determină fenomenul cunoscut sub numele de *cererea indusă de ofertă*.

2. Oferta de îngrijiri de sănătate

Oferta de îngrijiri de sănătate este reprezentată de cantitatea de îngrijiri de sănătate ce se furnizează consumatorilor de către furnizorii de servicii de sănătate.

Factorii care influenţează oferta sunt:

- costul de producţie, care uneori este şi foarte greu de calculat
- tehnicile alternative de producţie (îngrijirile primare vs. secundare etc.)
- substituirea resurselor (posibilitatea de substituire a capitalului cu forţa de muncă)
- piaţa resurselor (influenţarea comportamentului furnizorilor în funcţie de sistemul de plată)
- alte sectoare ale economiei (autorităţile locale, serviciile sociale, organizaţiile voluntare)

Principalele unităţi de furnizare a ofertei de îngrijiri de sănătate sunt:

- practicianul de îngrijiri primare de sănătate
- spitalul

Nici una dintre aceste unităţi de producţie nu corespunde teoriei economice a firmei, care este caracterizată prin dorinţa de maximizare a profitului şi posibilitatea de alegere a resurselor şi a rezultatelor. Ambele tipuri de unităţi de producţie pot fi considerate ca firme multi-produs ale căror rezultate au atât dimensiuni calitative cât şi cantitative.

Practicianul de îngrijiri primare de sănătate are următoarele caracteristici:

- nu reprezintă o unitate tipică de producţie, activitatea sa având o puternică componentă socială
- timpul său este principala resursă
- nu poate aborda o standardizare a îngrijirilor
- pune accent pe importanţa discreţiei medicale şi a libertăţii clinice
- are rolul de "portar" pentru accesul la serviciile spitaliceşti

Spitalul este consumatorul principal al resurselor pentru sănătate. Principalele sale caracteristicile sunt:

- nu este "fabrica" sectorului sanitar
- rareori acţionează ca un antreprenor pentru maximizarea profitului (clinicienii şi managerii au alte scopuri)
- reglementările determină spitalele să nu poată face un profit "excesiv"
- foarte importantă este discreţia clinică

Există două caracteristici principale care diferenţiază spitalul de majoritatea firmelor:

- natura eterogenă a îngrijirilor de sănătate şi diversitatea factorilor în funcţie de care putem face gruparea lor: mărime, specialităţi etc.
- identificarea celor care decid este foarte dificilă deoarece responsabilitatea este împărţită între un număr de indivizi. Din această cauză, conducerea spitalului se face mai degrabă pe considerente medicale decât economice, iar datorită incertitudinii inerente ce prevalează asupra fiecărui caz rezultă dificultatea evaluării exacte a resurselor necesare funcţionării eficiente.

Un factor foarte important ce influenţează activitatea furnizorilor de îngrijiri de sănătate îl reprezintă *calitatea* îngrijirilor de sănătate. Modul în care calitatea influenţează oferta de îngrijiri de sănătate derivă din următoarele aspecte:

- calitatea este legată de natura şi rezultatul îngrijirilor primite
- este un factor foarte important al pieţei medicale
- accentul pus pe pregătirea medicală poate duce la o variaţie a calităţii
- poate exista o alocare greşită spre calitate în dauna cantităţii

În concluzie oferta de îngrijiri de sănătate este o problema foarte complexă, ea fiind "o complicată secvenţă de răspunsuri adaptative în faţa incertitudinii" (Mcguire, Henderson & Mooney – 1992).

3. Piața serviciilor de sănătate

Faptul că piața serviciilor de sănătate nu este o piață liberă se întâlnește în literatură sub denumirea de *eșecul pieței* ("market failure").

Cauzele pentru care piața serviciilor de sănătate nu poate funcționa adecvat ca o piață liberă sunt următoarele:

1. Lipsa competiției:
   - restricție la intrarea pe piață (trebuie o atestare pentru a putea furniza servicii)
   - mobilitate redusă a factorilor de producție
   - eterogenitatea îngrijirilor de sănătate
   - existența economiilor de scară și de scop
2. Imperfecțiuni informaționale și asimetria informațională:
   - cunoștințe limitate asupra propriei stări de sănătate
   - dificultatea evaluării eficacității clinice
   - specificul relației de agenție și cererea indusă de ofertă
   - competiția nu pentru prețuri ci pentru calitate
3. Piețe incomplete:
   - prezența externalităților (pozitive și negative)
   - sănătatea ca bun merituos
   - bunurile periculoase: bunuri al căror consum are efect negativ asupra sănătății
   - rolul altruismului
4. argumentele de genul echității:
   - distribuția inegală a veniturilor
   - nevoi de sănătate mai mari la cei cu venituri mici

În fața acestui eșec al pieței libere în sfera serviciilor de sănătate se pune întrebarea dacă trebuie să intervenim pe această piață și cum anume. Răspunsul este "Da", iar această intervenție se face prin reglementările care stabilesc modul de funcționare a pieței serviciilor de sănătate. Dacă sistemul îngrijirilor de sănătate este unul centralizat atunci reglementările nu sunt numeroase deoarece piața nu este liberă, iar cererea și oferta de îngrijiri de sănătate sunt determinate central. Cu cât piața îngrijirilor de sănătate este lăsată să evolueze mai mult spre o piață liberă, cu atât ea este să fie mai reglementată pentru a nu apare foarte puternic faptul că ea nu poate fi o piață perfectă. Reglementările care se fac acționează fie în direcția stimulării funcționării pieței pentru a putea funcționa într-adevăr ca o piață liberă perfectă, fie în direcția diminuării efectelor negative ce rezultă din faptul că ea nu este o piață perfectă.

Motivele principale ale intervenției pe piața îngrijirilor de sănătate sunt:

- pentru reducerea riscului datorită:
  - necunoașterii nevoilor reale și viitoare
  - importanței atribuită sănătății
  - costului foarte mare al unor servicii de sănătate

  Soluția: asigurarea privată sau publică
- pentru a crește consumul anumitor îngrijiri de sănătate:
  - unele bunuri publice sau externalități
  - cererea privată vs. optimul social

  Soluția: subvenționarea unor servicii
- pentru creșterea accesibilității private la unele servicii de sănătate:
  - corelația sărăcie-boală
  - nevoia de a crește accesul celor cu venituri mici

  Soluția: subvenționarea/transferul veniturilor
- pentru scăderea consumului de bunuri periculoase:
  - sănătatea ca bun merituos
  - problema externalităților

Soluția: promovarea sănătății; reglementarea publicității; diferite taxe și impozite

- pentru creșterea competiției pe piață urmărind:
  - creșterea eficienței și a calității
  - creșterea stării de sănătate pentru resursele date

  Soluția: încurajarea competiției; sisteme de plată cu stimulente; informare mai bună a consumatorilor
- pentru restrângerea/controlul costurilor:
  - relația de agenție
  - potențialul de creștere a costurilor
  - dificultatea stabilirii produselor de calitate

  Soluția: finanțarea cercetării pentru metode cât mai cost-eficace; controlul finanțării globale; încurajarea reglementărilor profesionale/etice; negocierea tarifelor; stimularea sănătății publice; rol mai activ al "cumpărătorilor".

"Problema de bază este că piața nu poate fi eficientă în schimburile care se concentrează pe termen scurt, între un număr mic de oameni care tranzacționează, unde informația atât asupra naturii bunului cât și asupra rezultatului așteptat este necunoscută, unde bunul este puțin substutuibil între consumatori și unde sunt mari probleme potențiale legate de incertitudinea și complexitatea luării deciziei". (Mcguire, Henderson & Mooney – 1992)

IV. Cumpărarea și contractarea serviciilor

1.Cumpărarea serviciilor

Așa cum s-a descris în subcapitolele anterioare în majoritatea sistemelor de sănătate pacientul nu mai este cel care cumpără direct serviciile de care are nevoie. Cumpărarea serviciilor se face de către terțul plătitor, folosind în acest scop resursele colectate de la contribuabili.

Această idee de "cumpărare a serviciilor de sănătate" este oarecum nouă, deoarece inițial sistemele care aveau la bază un terț plătitor funcționau pe principiul plății furnizorilor în concordanță cu serviciile acordate pacienților. Cu timpul s-a observat însă, că datorită specificului relației de agenție și a cererii induse de ofertă, nivelul serviciilor cerute de pacienți depășește posibilitățile de finanțare. De aici a apărut ideea de raționalizare a serviciilor care trebuie oferite pacienților în funcție de nevoile de sănătate identificate la nivel populațional.

Până de curând, în majoritatea țărilor, funcția de evaluare a nevoilor de sănătate la nivel populațional și de cumpărare de servicii în legătură cu nevoile identificate era integrată în organizații care erau în același timp și furnizoare de servicii de sănătate. Exemplul cel mai la îndemână este cel al țării noastre unde Ministerul Sănătății și Direcțiile Sanitare Județene (DSJ) aveau în același timp acest rol dublu: de a identifica nevoile populației și de a cumpăra servicii, dar și de a furniza servicii prin toate unitățile sanitare care le aparțin. Din această cauză funcția de cumpărare se face de cele mai multe ori având în vedere nu atât nevoile populației, ci ale furnizorilor de servicii de sănătate.

Pentru a rezolva această situație, tendința actuală de reorganizare a acestor instituții este aceea de separare a celor care cumpără servicii în numele populației de cei care furnizează serviciile. Acest proces poartă denumirea de "separare a cumpărătorului de furnizor" (purcheser-provider split).

În cadrul experimentului de reformă a serviciilor primare din cele 8-12 județe, s-a încercat realizarea acestui proces în sensul că noul cumpărător al îngrijirilor primare era reprezentat de Compartimentul de Reformă al DSJ, iar furnizorii de îngrijiri erau medicii generaliști subordonați Direcției Sanitare. În acest fel, teoretic, Compartimentul de Reformă ar fi trebuit să fie cel care să identifice nevoile de îngrijiri primare ale populației și apoi să contracteze cu medicii servicii în concordanță cu aceste nevoi, iar DSJ ar fi trebuit

să fie cea care să apere interesele furnizorilor de servicii (medicii generaliști) în cadrul acestui proces. În practică însă este cam greu să intri într-un astfel de proces de negociere atunci când Compartimentul de Reforma este subordonat încă directorului DSJ.

Pin aplicarea Legii 145/1997 a asigurărilor sociale de sănătate, Casele Județene de Asigurări de Sănătate sunt care cumpără servicii, iar cât timp spitalele vor aparține de Direcțiile de Sănătate Publică, aceasta va fi principalul furnizor de servicii. În plus medicii din asistența primară care devin practicieni independenți contractează direct cu Casele de Asigurări serviciile acordate pacienților.

Ceea ce se întâmplă de cele mai multe ori în practică (nu numai la noi) este faptul că terțul plătitor se preocupă predominant de modul de plată al furnizorilor și mai puțin de evaluarea nevoilor populației. Chiar dacă au puterea financiară, cumpărătorii sunt frecvent dominați de interesele profesioniștilor din interiorul organizațiilor furnizoare de servicii, sau merg pe metode de finanțare istorice fără a face vreo evaluare a cost-eficacității serviciilor care sunt furnizate. Acesta este motivul pentru care trebuie accentuat acest rol "de gândire" în cadrul unor astfel de organizații de cumpărători de servicii de sănătate.

Obiectivul general al cumpărătorilor este de a maximiza îmbunătățirea stării de sănătate a populației din aria lor, iar acest lucru se face prin evaluarea nevoilor și cumpărarea de servicii eficace și cost-eficace. Alte obiective mai pot include cumpărarea de servicii care să răspundă unor criterii cum ar fi accesibilitatea, calitatea etc.

Rolurile și activitățile principale ale unui cumpărător de servicii de sănătate sunt:

- evaluarea nevoilor de servicii ale populației
- identificarea strategiilor cost-eficace de soluționare a acestor nevoi
- evaluarea serviciilor existente și a modului în care acestea pot răspunde strategiilor identificate
- consultarea doctorilor/publicului/pacienților asupra valorilor sociale și a priorităților
- urmărirea politicilor naționale și locale
- definirea a ceea ce se dorește a se cumpăra
- stabilirea unor contracte cu furnizorii, cu specificarea cantității, calității și costului serviciilor
- monitorizarea/evaluarea furnizorilor
- folosirea informațiilor obținute pentru un nou ciclu de cumpărare/contractare.

Evaluarea nevoilor populației nu este ușor de realizat mai ales în contextul unor diferite definiții ale nevoilor. Sunt descrise în literatură nevoi percepute, nevoi cerute, nevoi normative și nevoi comparative. Un termen ideal este acela de nevoie obiective, care reflectă nevoia reală de servicii de sănătate a unui pacient.

Economiștii folosesc frecvent în evaluarea nevoilor termenul de "capacitate de a beneficia" care unește conceptul de nevoie obiectivă cu cel de disponibilitate a unui tratament eficace care să răspundă acelei nevoi.

Toți acești termeni diferă de *priorități*, care sunt definite ca modul de înțelegere a nevoilor de către cei care fac politicile de sănătate, nevoi filtrate printr-o sită a considerațiilor politice.

În evaluarea nevoilor necesare procesului decizional al cumpărării, este necesară o viziune asupra întregii comunități (maximizarea îmbunătățirilor stării de sănătate), ceea ce uneori poate duce la conflicte de interese cu medicii clinicieni care doresc să furnizeze pacienților lor cele mai bune tratamente disponibile.

Argumentul în favoarea unui țel explicit de maximizare a îmbunătățirilor stării de sănătate este acela că forțează politicienii, managerii și doctorii să precizeze clar care sunt prioritățile în domeniul sănătății. Cealaltă soluție este aceea a unor decizii bazate pe principii mai puțin explicite cum ar fi: preferințele furnizorilor, relații între decidenți, sau "primul venit-primul servit".

Pentru determinarea nevoilor sunt necesare trei tipuri de informații:

- epidemiologice (prevalența și incidența bolilor în populație). Chiar având aceste date legate de structura și caracteristicile populației nu putem stabili

imediat serviciile necesare ştiut fiind că majoritatea factorilor care stau la baza sănătăţii sunt situaţi în afara sectorului sanitar. De aceea este important să fie identificate acele probleme care pot fi rezolvate efectiv de către sectorul sanitar, şi apoi să se stabilească priorităţi în funcţie de resursele disponibile.

- medicale şi economice – eficacitatea şi cost-eficacitatea tratamentelor disponibile.
- instituţionale – ce servicii există pentru a răspunde acestor nevoi. Aceasta implică nu numai existenţa serviciilor, dar şi modul în care sunt utilizate şi dacă au o calitate adecvată.

2. Contractarea serviciilor

Aşa cum am arătat pasul următor în procesul cumpărării este acela al contractării serviciilor necesare cu diferiţii furnizori.

În acest context foarte importantă este poziţia pe piaţă atât a cumpărătorului cât şi a furnizorului. De exemplu dacă într-o anumită regiune nu există decât un singur furnizor (monopol al furnizorilor) va fi foarte greu de negociat şi de obţinut servicii care poate că nu sunt pe placul furnizorilor, dar care sunt necesare populaţiei. În cazul prezenţei mai multor furnizori, cumpărătorul trebuie să încurajeze relaţii pe termen lung cu aceştia şi nu să încerce doar o competiţie a preţurilor între furnizori în detrimentul pacienţilor şi a intereselor publicului.

Există situaţii când pe piaţă nu acţionează doar un singur cumpărător ci mai mulţi (medicii generalişti deţinători de fonduri în Marea Britanie); riscul unei astfel de situaţii este acela că se pierde din vedere aspectul comunitar în favoarea unuia mai individual. O soluţie în acest caz o reprezintă gruparea acestor cumpărători pentru a-şi coordona politicile privind cumpărarea anumitor servicii.

În oricare situaţie în care există o separare a cumpărătorilor de furnizori trebuie să existe o formă de înţelegere între aceştia privind tipul, volumul, calitatea şi costul îngrijirilor de sănătate care vor fi furnizate. Aceste înţelegeri iau de obicei forma unor contracte.

Indiferent de cine este cumpărătorul (autoritatea sanitară, casa de asigurări, medicii generalişti etc.) sau furnizorul, orice contract trebuie să conţină următoarele aspecte:

- natura muncii furnizate
- volumul şi calitatea muncii furnizate
- preţul muncii furnizate şi modul de plată (în avans, în etape sau retrospectiv)
- unele informaţii referitoare la procesul muncii (dacă sunt relevante)
- modul de monitorizare a contractului şi informaţiile care vor fi furnizate
- aspecte legale referitoare la nerespectarea contractului etc.

Detalii referitoare la tipurile de contracte au fost prezentate în cadrul subcapitolului IV – plata furnizorilor.

În practică alegerea tipului de contract este determinată de:

- mărimea cumpărătorului/furnizorului
- volumul contractului
- abilitatea de a prevede cât mai corect volumul de muncă
- modul în care furnizorii îşi aleg pacienţii

Contractarea reprezintă încă ceva nou pentru multe sisteme de sănătate care abia au trecut de la un sistem integrat al cumpărătorilor şi furnizorilor la un sistem unde apare despărţirea între furnizori şi cumpărători. De aceea, contractarea ca şi proces evoluează odată cu creşterea experienţei participanţilor. Pentru început însă este nevoie ca aceste contracte să fie cât mai explicite referitor la natura, volumul şi calitatea serviciilor şi să implice un cost rezonabil de monitorizare. Cu timpul ele vor evolua spre acea balanţă în care cumpărătorul doreşte servicii cât mai cost-eficace care să răspundă nevoilor populaţiei, iar furnizorul o planificare pe termen lung şi o piaţă stabilă pentru serviciile furnizate.

V.Evaluarea economică a îngrijirilor de sănătate

Evaluarea economică a îngrijirilor de sănătate reprezintă o modalitate prin care se încearcă a se răspunde celor trei întrebări fundamentale ale economiei sanitare: ce servicii trebuie produse, în ce mod şi pentru cine. În literatură evaluarea economică se mai întâlneşte şi sub denumirea de evaluare a eficienţei.

Primul pas în abordarea acestui subiect îl reprezintă definirea termenilor de eficacitate şi eficienţă.

Eficacitatea reprezintă gradul în care o anumită activitate produce rezultatele care se aşteaptă de la ea (indiferent de resursele folosite).

Eficienţa implică nu numai abordarea rezultatelor unei activităţi ci şi a resursele utilizate; există o *eficienţă tehnică* prin care se doreşte (ca urmare a unei activităţi) producerea unor rezultate aşteptate folosind cât mai puţine resurse, şi o *eficienţă alocativă* în care resursele şi rezultatele sunt folosite în modul cel mai bun cu putinţă astfel încât să rezulte un maxim de bunăstare.

Evaluarea îngrijirilor de sănătate poate fi împărţită deci în două părţi: în primul rând o evaluare a eficacităţii îngrijirilor respective (sau o evaluare a eficacităţii clinice), apoi o evaluare a eficienţei – ceea ce implică luarea în calcul atât a costurilor şi a beneficiilor cât şi a altor tipuri de îngrijiri de sănătate eficace.

Acest capitol abordează doar problema evaluării eficienţei, dar nu trebuie uitat faptul că oricare evaluare a eficienţei trebuie precedată de o evaluare a eficacităţii.

Evaluarea economică este importantă deoarece încearcă să dea răspunsul la întrebarea cum să folosim resursele limitate în faţa unor nevoi şi dorinţe nelimitate. Ea este o modalitate explicită care poate sta la baza alocării resurselor, proces care de cele mai multe ori se desfăşoară folosind metodele cunoscute gen: "aşa am făcut şi ultima dată", "simt eu că este bine în acest mod" etc.

Evaluarea economică reprezintă procesul prin care se compară două sau mai multe alternative din punctul de vedere al resurselor consumate şi al rezultatelor obţinute.

Ea implică deci două laturi indispensabile: pe de o parte analizarea a cel puţin două alternative, şi pe de altă parte analizarea simultană atât a costurilor cât şi a rezultatelor obţinute.

		Se examinează atât costurile (resursele) cât şi rezultatele (efectele) alternativelor?		
		NU		**DA**
		se examinează doar rezultatele	se examinează doar costurile	
Se compară două sau mai multe alternative?	**N U**	evaluare parţială **1A. Descrierea rezultatelor**	**1B. Descrierea costurilor**	evaluare parţială **2. Descrierea cost/rezultat**
	D A	evaluare parţială **3A. Evaluarea eficacităţii**	**3B. Analiza costului**	evaluare economică completă **4. Minimizarea costurilor** **Analiza cost-eficacitate** **Analiza cost-beneficiu** **Analiza cost-utilitate**

Tabelul 23.1. Caracteristicile distinctive ale evaluărilor îngrijirilor de sănătate

O privire sumară asupra diferitelor evaluări ale îngrijirilor de sănătate este prezentată în tabelul următor (după Michael F. Drummond – "Methods for economic evaluation of health care programmes").

Procesul care stă la baza unei evaluări economice este acela de a identifica mai multe alternative şi apoi de a studia pentru fiecare dintre ele ce resurse sunt necesare şi care sunt rezultatele obţinute.

În tabelul următor sunt arătate principalele tipuri de costuri şi consecinţe folosite în realizarea evaluărilor economice (după Michael F. Drummond – "Methods for economic evaluation of health care programmes").

COSTURI:	CONSECINŢE:
I. Costuri organizaţionale şi operaţionale din sectorul sanitar	**I.** Schimbări ale stării de sănătate (efecte fizice, psihice, sociale)
II. Costuri aferente pacienţilor şi familiilor lor: • plăţile din buzunar • alte resurse folosite de pacient şi familie pentru tratament • timpul de absenţă de la muncă • costurile psihice (durerea, anxietatea etc.)	**II.** Schimbări în folosirea resurselor (beneficii): • pentru funcţionarea serviciilor din sectorul sanitar: 1. aferente afecţiunii originale 2. aferente altor afecţiuni • pentru pacient şi familia sa: 3. economii sau mai mult timp liber 4. economisire a timpului de absenţă de la muncă
III. Costuri aferente externalităţilor	**III.** Schimbări în calitatea vieţii pacientului şi a familiei sale (utilitatea)

Tabelul 23.2. Tipuri de costuri şi consecinţe folosite în evaluarea economică

Resursele necesare sunt exprimate prin costuri, iar rezultatele obţinute pot fi exprimate prin: efecte asupra stării de sănătate, utilităţi asociate fiecărei stări de sănătate sau beneficii economice asociate fiecărei stări de sănătate.

În momentul realizării unei evaluări economice trebuie să încercăm să determinăm toate resursele necesare, precum şi toate efectele rezultate.

Nivelul resurselor utilizate se exprimă prin costurile implicate, costuri care sunt de mai multe tipuri. De altfel chiar şi consecinţele intervenţiei pot fi grupate în mai multe tipuri.

1. Determinarea costurilor

Costurile pot fi abordate din mai multe perspective; astfel în contabilitate ele apar sub aspectul unor bani ce reflectă ceea ce se plăteşte real, dar într-o evaluare economică vorbim despre costul oportunităţii.

Costul oportunităţii unei resurse reprezintă beneficiile care ar fi putut fi generate prin folosirea resursei în cea mai bună alternativă posibilă (adică ce oportunitate am ratat folosind resursa respectivă în modul în care am decis să o folosim).

O primă clasificare a costurilor este aceea de costuri directe şi indirecte.

Costurile directe sunt acele costuri determinate efectiv de furnizarea unui serviciu de sănătate. Costurile organizaţionale sunt o parte a costurilor directe. Ele reprezintă totalitatea costurilor (din sectorul sanitar) implicate pentru realizarea activităţii care este supusă evaluării economice. Tot din costurile directe mai fac parte şi plăţile directe făcute de pacienţi, precum şi alte resurse folosite de pacient şi familie pentru tratament.

Costurile indirecte sunt costurile care nu sunt date de furnizarea efectivă a serviciului respectiv, dar se asociază cu acest fapt. În categoria costurilor indirecte intră costurile datorate absenţei de la muncă şi costurile psihice.

Pentru a putea determina costurile necesare desfăşurării fiecărei activităţi este necesar să identificăm iniţial costurile totale ale furnizorului respectiv. Apoi alocăm aceste costuri pentru fiecare activitate desfăşurată la nivelul firmei respective.

Costul total – CT – al unei firme reprezintă costul necesar realizării producţiei (la un nivel dat).

Costul total este format din mai multe costuri: costuri fixe, costuri semi-variabile şi costuri variabile.

Costurile fixe – CF – sunt acele costuri ce rămân independente faţă de nivelul producţiei. Ele pot varia în timp, dar nu sunt dependente de producţie (de exemplu închirierea unui spaţiu necesar desfăşurării activităţii).

Costurile variabile – CV – sunt acele costuri dependente în funcţie de nivelul producţiei, ele variind odată cu fiecare nou produs (de exemplu costul materiilor prime).

Costurile semi-variabile – CSV – sunt acele costuri ce variază numai la realizarea anumitor nivele de producţie (de exemplu costul necesar angajării unor noi salariaţi). Se observă că de fapt costurile semi-variabile sunt un caz particular de costuri variabile.

Foarte importante sunt definiţiile a încă două tipuri de costuri cu care ne vom mai întâlni în continuare: costul mediu şi costul marginal.

Costul mediu reprezintă costul producerii unei unităţi dintr-un bun (sau dintr-un serviciu) şi se obţine prin împărţirea costurilor totale la numărul de unităţi produse.

Costul marginal este costul suplimentar necesar producţiei unei noi unităţi dintr-un produs (cu cât cresc costurile totale dacă nivelul producţiei creşte cu o unitate).

Asemănător cu costul marginal se defineşte şi *costul incremental* care este costul necesar variaţiei producţiei între două nivele date, raportat la variaţia numărului de bunuri produse.

Este interesant de observat că în timp ce costul mediu include atât elemente ale costurilor fixe cât şi variabile, costul marginal include numai acele elemente de cost care apar în urma creşterii producţiei (costurile variabile).

Foarte importantă într-o evaluare economică este luarea în consideraţie a preferinţei de timp, adică a faptului că societatea preferă să aibă bani şi să-i cheltuiască acum mai degrabă decât în viitor. Din această cauză, chiar în absenţa inflaţiei un leu este mai valoros acum decât peste un an.

Acesta este motivul pentru care în momentul realizării unei evaluări economice costurile şi beneficiile care apar în viitor trebuie reprezentate la valoarea lor prezentă. Acest proces poartă denumirea de proces de actualizare a costurilor iar mijlocul prin care se realizează este *rata de actualizare*.

Daca aşa cum am amintit în toate evaluările economice resursele se exprimă prin costurile implicate, ceea ce desparte diferitele tipuri de evaluări economice este modul de a exprima şi de a măsura consecinţele intervenţiilor analizate.

Astfel, în practică se folosesc patru tipuri de evaluări economice:

- minimizarea costurilor
- analiza cost-eficacitate
- analiza cost-utilitate
- analiza cost-beneficiu

Analiza de minimizare a costurilor

Această evaluare economică este cel mai simplu tip de evaluare economică şi presupune că rezultatele intervenţiilor sunt identice. În această situaţie deoarece avem aceleaşi consecinţe se identifică şi se analizează doar costurile implicate de fiecare dintre alternative.

Deosebirea dintre o analiză a costurilor şi o evaluare de minimizare a costurilor este aceea că în cea de-a doua situaţie trebuie puse în evidenţă toate consecinţele şi arătat că diferenţele dintre rezultatele alternativelor sunt inexistente sau fără importanţă.

Un exemplu de astfel de analiză o reprezintă evaluarea şi compararea costurilor pentru chirurgia de o zi în cazul herniilor, faţă de metoda clasică ce implică internarea pacientului în spital.

Analiza cost-eficacitate

Analiza cost-eficacitate permite compararea mai multor alternative care ating aceleaşi obiective, dar într-o măsură diferită. Condiţia esenţială pentru realizarea unei astfel de evaluări este ca beneficiile să se exprime în aceeaşi unitate de măsură.

În analiza cost-eficacitate consecinţele se exprimă în unităţi "naturale", cel mai frecvent în ani de viaţă câştigaţi sau decese evitate. Este o analiză economică deplină deoarece evaluează atât costurile cât şi consecinţele alternativelor şi poate compara intervenţii care nu au aceleaşi rezultate, dar care au consecinţe ce se pot exprima prin aceiaşi unitate de măsură.

Astfel într-o analiză cost-eficacitate putem compara consecinţele transplantului renal cu cele ale dializei spitaliceşti, consecinţe exprimate prin numărul de ani de viaţă prelungită. Putem însă să comparăm chiar şi un program de prevenire a deceselor prin accidente de bicicletă folosind casca de protecţie cu un program de chirurgie cardiacă, cu condiţia ca să evaluăm numărul de ani de viaţă câştigaţi în urma fiecăruia dintre aceste programe.

Analiza cost-eficacitate ia în considerare numai un aspect al îmbunătăţirii stării de sănătate (prelungirea vieţii sau evitarea decesului), dar nu ţine cont de celălalt aspect al îmbunătăţirii stării de sănătate şi anume calitatea vieţii.

Analiza cost-utilitate

În această analiză consecinţele intervenţiilor sunt măsurate prin utilitatea generată de fiecare dintre ele. Utilitatea se referă la valoarea care se acordă unei stări specifice de sănătate şi poate fi măsurată prin preferinţele indivizilor sau societăţii pentru fiecare stare particulară de sănătate.

Această tehnică de evaluare economică are marele avantaj că încearcă să evalueze consecinţele alternativelor şi din punctul de vedere al calităţii vieţii post-intervenţie.

Consecinţele sunt valorizate prin unităţi naturale care încearcă să reflecte utilitatea asociată fiecărei stări de sănătate. Punctul comun al acestor unităţi de măsură este acela al combinării prelungirii vieţii cu calitatea vieţii asociată acestor ani. Cele mai frecvent folosite unităţi de măsură sunt: anii de viaţă ajustaţi în funcţie de calitatea vieţii (Quality Adjusted Life Years – QALY), ani de viaţă sănătoşi (Years of Healthy Life -YHL) sau ani de viaţă ajustaţi în funcţie de disabilităţile prezente (Disability Adjusted Life Years – DALY).

În cazul analizei cost-utilitate pentru fiecare dintre stările de sănătate consecutive intervenţiilor se atribuie un anumit număr de QALY de exemplu. Marele neajuns al acestei metode este acela al identificării pentru fiecare stare specifică de sănătate a numărului de QALY.

De exemplu consecutiv unui transplant renal, să presupunem că pacientul mai poate trăi 10 ani, ceea ce reprezintă anii de viaţă câştigaţi. Apoi trebuie să evaluăm calitatea vieţii pentru aceşti ani de viaţă câştigaţi (deoarece de exemplu calitatea vieţii nu este aceiaşi dacă eşti sănătos sau dacă iei toată viaţa medicaţie imunosupresoare). Să zicem că într-o astfel de situaţie calitatea vieţii este 50% din calitatea vieţii unui om sănătos de aceiaşi vârstă. Rezultă un beneficiu post-transplant renal de 5 QALY (10*0,5=5).

Dificultatea atribuirii unui număr de QALY fiecărei stări specifice de sănătate derivă din dificultatea evaluării calităţii vieţii pentru fiecare stare specifică de sănătate. Pentru a atribui fiecărei stări de sănătate o anumită calitate a vieţii se folosesc mai multe tehnici de determinare. Cele mai cunoscute metode prin care se încearcă evaluarea calităţii vieţii pentru fiecare stare specifică de sănătate sunt:

- măsurarea pe o scală a raporturilor
- loteria standard ("standard gamble")
- schimbul temporal ("time trade-off")

În finalul analizei cost-utilitate se compară pentru fiecare dintre alternative costul per QALY sau invers câţi QALY se obţin pentru fiecare unitate monetară folosită.

Analiza cost-beneficiu

În acest tip de analiză atât costurile cât şi beneficiile sunt exprimate în termeni monetari. Este o analiză destul de rar întâlnită datorită dificultăţii de apreciere consecinţelor în termeni monetari.

Avantajul metodei constă în faptul că pot fi comparate orice intervenţii, indiferent de tipul rezultatelor. Marele dezavantaj al metodei este acela al aprecierii în termeni monetari a consecinţelor.

După identificarea costurilor şi a beneficiilor rezultatele evaluării se pot exprima printr-un raport cost/beneficii sau o diferenţă beneficii minus costuri.

Această metodă de evaluare economică poate fi folosită şi pentru comparaţii cu alternativa "nu facem nimic", care uneori poate fi mai bună decât o intervenţie pentru care costurile sunt mai mari decât beneficiile.

În tabelul următor se pot observa modalităţile de măsurare a costurilor şi a consecinţelor în momentul realizării unei evaluări economice (după Michael F. Drummond – "Methods for economic evaluation of health care programmes").

Tipul evaluării	Măsurarea costurilor	Tipul consecinţelor	Măsurarea consecinţelor
Minimizarea costurilor	Bani	Identice în toate aspectele relevante	Nu
Cost-eficacitate	Bani	Implică un singur efect comun ambelor alternative, dar realizat în grade diferite	Unităţi naturale (ani de viaţă câştigaţi etc)
Cost-beneficiu	Bani	Implică unul sau mai multe aspecte, nu neapărat comune ambelor alternative; efectele comune se pot realiza în grade diferite	Bani
Cost-utilitate	Bani	Implică unul sau mai multe aspecte, nu neapărat comune ambelor alternative; efectele se pot realiza în grade diferite	"Zile sănătoase" sau "ani de viaţă câştigaţi ajustaţi în funcţie de calitatea vieţii – QALY"

Tabelul 23.3. Măsurarea costurilor şi a consecinţelor în diferitele tipuri de evaluare economică

Întrebările care trebuie avute mereu în vedere în momentul analizării unei evaluări economice sunt următoarele (după Michael F. Drummond – "Methods for economic evaluation of health care programmes"):

1. Care a fost contextul evaluării economice? (întrebarea la care trebuie răspuns s-a pus într-o formă la care să se poată răspunde?)
2. S-a făcut o descriere cuprinzătoare a alternativelor?
3. S-a stabilit anterior eficacitatea alternativelor?
4. S-au identificat toate costurile şi consecinţele alternativelor?
5. Unităţile de măsură pentru măsurarea consecinţelor sunt cele mai potrivite?
6. Sunt credibile valorile atribuite costurilor şi consecinţelor?
7. S-a făcut ajustarea temporală a valorii costurilor şi a consecinţelor?
8. S-a făcut o analiză incrementală a costurilor şi consecinţelor alternativelor?
9. S-a făcut o analiză a sensibilităţii?
10. Include prezentarea şi discutarea rezultatelor toate problemele cu care se poate întâlni utilizatorul?

Clasificarea tipurilor de analize pentru evaluarea economică are mai mult un scop didactic. În practică de cele mai multe ori realizatorul analizei nu poate previziona exact ce formă finală va lua analiza deoarece poate că nu ştie care vor fi rezultatele finale ale intervenţiilor.

În plus analizele de minimizare a costurilor şi cost-eficacitate presupun că intervenţiile analizate merită să fie făcute şi trebuie să vedem doar pe care să o alegem. Ele sunt folosite deci în situaţii în care vrem să evaluăm eficienţa tehnică.

Analizele cost-utilitate şi cost-beneficiu pot compara alternative cu consecinţe total diferite şi chiar cu alternativa "nu facem nimic", şi de aceea ele sunt utile în momentul în care dorim să facem o evaluare a eficienţei alocative.

În final trebuie spus că evaluarea economică este doar un instrument tehnic ce poate sta la baza luării deciziilor şi că ea nu poate înlocui logica, responsabilitatea sau riscul ce se asociază cu procesul de luare a deciziilor.

Bibliografie

- Abel-Smith, B., Mossialos. E. *Cost containment and health care reform: a study of the EU*, Buckingham: Open University Press, 1994
- Adler, N. – *Comportement organisationnel*, Les Editions Reynald Goulet Inc., 1994
- Andersen TF, Mooney, G. *The challenge of medical practice variations*. Basingtoke: Macmillan, 1990.
- Antoniu, N.; Neagoe I. şi alţii – *Finanţele întreprinderilor*, Bucureşti, 1993
- Appleby, J. – *Financing Health Care in the 1990's*, Buckingham: Open University Press, 1992
- Argenti, J. – *Aide mémoire des techniques de gestion*, Paris, Editions Eyrolles, 1971
- Barr, N. – *The Economics of the Welfare State*, Stanford University Press, Stanford, California, 1993
- Bazerman, M. H.; Neale, M. A.– *Negotiating Rationaly*, Free Press, 1992
- Birch, S.; Goldsmith, L.; Makela, M. – *Paying the Piper and Calling the Tune: Principles on Prospects for Reforming Physician Payment in Canada*, McMaster University, Centre for Health Economics and Policy Analysis, Working Paper 9416, 1994
- Bistriceanu, Gh.; Adochiţei, M. N.; Negrea, E. – *Finanţele agenţilor economici*, Ed. Didactică şi Pedagogică, R.A., Bucureşti, 1995
- Boadway, R.W.; Bruce, N.– *Welfare Economics*, Oxford, Basil Blackwell Ltd., 1984.
- Bochensky, J.M. – *Ce este autoritatea*, Ed. Humanitas, Bucureşti, 1992
- Bownan, C.; Asch, D. – *Strategic Management*, Prentice Hall, 1987
- Bremond, J.; Geledon, A. – *Dicţionar economic şi social*, Ed. Expert, 1995
- Byrum, B. – *A Primer on Social Styles*, The 1986 Annual: Developing Human Resources, 1986
- BZT784 – *Management competitiv. Resurse: Comunicarea*, The Open University, Centrul pentru Educaţie la Distanţă CODECS – tipărit cu sprijinul Fundaţiei SOROS pentru o Societate Deschisă, România, Bucureşti, 1994
- Bacharach, P si Baratz, M.S. *Power and Poverty*, Oxford University Press, 1970
- Balicki, M and Sabbat, J (1994) *The state's responsibility for health care in Poland*. Antidotum Supplement, No. 1, pp.81-88
- Barret, C. and Hill, D. (1987), *An implementation model for health services reform*, Social Science and Medicine, vol.24, no.10, 821-32
- Barrett, S. si Fudge, C.(ed)(1981) Policy and Action, Methuen
- Baumol, W.J. – *Economic Theory and Operations Analysis*, Englewood Cliffs, N.J., Prentice Hall, 1977
- Berciu, I., Vlădescu, C. *Legislaţie şi Reformă Sanitară*, Ed. Cosal, Bucureşti, 1999
- Berman, P. (1978) *The study of macro- and micro - implementation*, Public Policy, 26, 157-1984
- Bernard, Y.; Colli, J.C. – *Vocabular economic şi financiar cu indice de termeni în patru limbi*, Ed. Humanitas, 1994
- Biji, E.; Korka, M. şi alţii – *Statistică teoretică şi economică*, Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1991
- Blum, H.L., *Planning for Health: Development and Application of Social Change Theory*, Human Science Press, New York, 1974

- Bowling A, Jacobson B, Southgate L. *Explorations in consultation of the public and health professionals on priority setting in an inner London district*. Social Science and Medicine 1993,37:7:851-7.
- Cole, G.A. – *Personnel management – Theory and practice*, DP Publications Ltd., London, 3rd edition, 1993
- Collerette, P. – *Pouvoir, leadership et autorité dans les organisations*, Presses de l'Université du Québec, 1991
- Drummond, F.; Maynard, A. – *Purchasing and providing cost-effective health care*, Churchill Livingstone, 1993
- Cammack, P, Pool, D and Tordoff, W. *Third Word Politics. A Comparative Introduction*. 2nd edition, Macmillan, 1993.
- Carr-Hill RA. *Allocating resources to health care: is the QUALY a technical solution to a potential problem?* International Journal of Health Services 1991; 21:2:351-63.
- Cederlof, C. – *Budget Allocation in Zambia*, [Memorandum of 960812], 1996
- Child, J. (1984) Organization. *A Guide to Problems and Practice*. 2nd edition. Harper and Row, London.
- Cochrane AL. *Effectivness and efficiency: random reflections on health services*. London: Nuffield Provincial Hospital Trust, 1972.
- Culyer, A.J. – *Economics*, Oxford, Basil Blackwell Ltd., 1985
- Culyer, A.J. – *The Normative Economics of Health Care Finance and Provision*, Oxford Review of Economic Policy, Vol. 5(1):3458, 1989
- Cunningham, G.,(1963) Policy and Practice, Public Administration, 41, 229-38
- Cusworth, J.W. and Franks, T.R. (1993). Managing Projects in Developing Countries. Longman Scientific and Technical.
- Dalley G. Decentralization: a new way of organizing community health services. Hospital and Health Services Review, 83, 1987: 72-78.
- Dimond B. *Decisions, decisions*. Health Service Journal 1993; 28 January 26-7.
- Dobrotă, N.; Angelescu, C.; Coşea, M. şi alţii – *Economie politică*, Ed. Economică, 1995
- Donaldson, C. – *Economics of Health Care Financing. The Visible Hand*, Macmillan Press Ltd., 1993
- Donaldson, C., and Gerard, H., *Economics of Health Care Financing: The Visible Hand*, Macmillan,1992
- Drummond M, Torrance G, Mason J. *Cost-effectivness league tables: more harm than good?* Social Science and Medicine 1993; 37:1:33-40.
- Drummond, F.; Stoddart, Greg L.; Torrance, George W. – *Methods for the economic evaluation of health care programmes*, Oxford University Press, 1990
- Dworkin R. *Will Clinton's plan be fair?* New York Review of Books 1994; 13 Jan.: 20-25.
- Drummond, M. F. – *Principles of economic appraisal in health care*, Oxford University Press, 1989
- Enachescu, D. si Vladescu, C. (coord.) *Strategia Nationala de Sanatate Publica*, Ministerul Sanatatii, Ed. Herris, Bucuresti, 2004.
- European Commission (1997) Advisory Committee on Medical Training: Fourth Report and Recommendations on the Conditions for Specialist Training XV/E/8306/4/96 final. Brussels: Internal Market DG.

- European Commission (1996) Advisory Committee on Medical Training: Report and Recommendations on the Review of Specific Training in General Medical Practice XV/E/8443/1/95. Brussels: Internal Market DG.
- European Commission (1998) Advisory Committee on Training in Nursing: Report and Recommendations on the competencies required to take up the profession of nurse responsible for general care in the European Union XV/E/8481/4/97. Brussels: Internal Market DG.
- European Commission (1992) Council Directive 92/51/EEC of 18 June 1992 on a second general system for the recognition of professional education and training to supplement Directive 89/48/EEC, http://www.europa.eu.int/eur-lex/en/lif/reg/en_register_0610.html accessed 11 Dec. 2003.
- European Commission (2001) European Commission staff working paper on the future regime for professional recognition, MARKT/D/8131/3/2001. Brussels: Internal Market DG.
- European Commission (2001a) Information Note: The Free Movement of Workers in the Context of Enlargement 6 March 2001. Brussels: European Commission.
- European Commission (2002) Proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council on the recognition of professional qualifications. COM (2002) 119 final. Brussels: Internal Market DG.
- European Network of Nursing Organisations (ENNO) (2000) Recommendations for a European Framework for Specialist Nursing Education. Paris: ENNO.
- European Union (1975a) 75/364/EEC: Council Decision of 16 June 1975 setting up an Advisory Committee on Medical Training, http://www.europa.eu.int/eur-lex/en/lif/dat/1975/en_375D0364.html accessed 11 Dec. 2003.
- European Union (1975c) 75/365/EEC: Council Decision of 16 June 1975 setting up a Committee of Senior Officials on Public Health, http://www.europa.eu.int/eur-lex/en/lif/dat/1975/en_ 375D0365.html accessed 3 Dec.2003.
- European Union (1975b) 75/367/EEC: Council Recommendation of 16 June 1975 on the clinical training of doctors, http://www.europa.eu.int/eurlex /en/lif/dat/1975/en_375H0367.html accesses 11Dec.2003.
- European Union (1997) Consolidated version of the Treaty establishing the European Community, http://www.europa.eu.int/eurlex/en/treaties/dat/ec_cons_treaty_en.pdf accessed 11Dec.2003.
- European Union (1977) Council Directive 77/452/EEC of 27 June 1977 concerning the mutual recognition of diplomas, certificates and other evidence of the formal qualifications of nurses responsible for general care, including measures to facilitate the effective exercise of this right of establishment and freedom to provide services and Council Directive 77/453/EEC of 27 June 1977 concerning the coordination of provisions laid down by Law, Regulation or Administrative Action in respect of the Health policy and European Union enlargement activities of nurses responsible for general care,http://www.europa.eu.int/eur-lex/en/lif/reg/en_register_062050.html accessed 11Dec.2003.

- European Union (1978) Council Directive 78/686/EEC of 25 July 1978 concerning the mutual recognition of diplomas, certificates and other evidence of the formal qualifications of practitioners of dentistry, including measures to facilitate the effective exercise of the right of establishment and freedom to provide services and Council Directive 78/687/EEC of 25 July 1978 concerning the coordination of provisions laid down by Law, Regulation or Administrative Action in respect of the activities of dental practitioners, http://www.europa.eu.int/eur-lex/en/lif/reg/en_register_062050.html accessed 11Dec.2003.
- European Union (1980) Council Directive 80/154/EEC of 21 January 1980 concerning the mutual recognition of diplomas, certificates and other evidence of formal qualifications in midwifery and including measures to facilitate the effective exercise of the right of establishment and freedom to provide services and Council Directive 80/155/EEC of 21 January 1980 concerning the coordination of provisions laid down by Law, Regulation or Administrative Action relating to the taking up and pursuit of the activities of midwives, http://www.europa.eu.int/eur-lex/en/lif/reg/en_register_062050.html accessed 11Dec.2003.
- European Union (1985) Council Directive 85/432/EEC of 16 September 1985 concerning the coordination of provisions laid down by Law, Regulation or Administrative Action in respect of certain activities in the field of pharmacy and Council Directive 85/433/EEC of 16 September 1985 concerning the mutual recognition of diplomas, certificates and other evidence of formal qualifications in pharmacy, including measures to facilitate the effective exercise of the right of establishment relating to certain activities in the field of pharmacy, http://www.europa.eu.int/eur-lex/en/lif/reg/en_register_062050.html accessed 11Dec.2003.
- European Union (1989) Council Directive 89/48/EEC of 21 December 1988 on a general system for the recognition of higher-education diplomas awarded on completion of professional education and training of at least three years' duration, http://www.europa.eu.int/eur-lex/en/lif/dat/1989/en_389L0048.html accessed 11Dec.2003
- European Union (1993) Council Directive 93/16/EEC of 5 April 1993 to facilitate the free movement of doctors and the mutual recognition of their diplomas, certificates and other evidence of formal qualifications., http://www.europa.eu.int/eur-lex/ en/lif/reg/en_register_062050.html , 11Dec.2003
- European Union (2001) Directive 2001/19/EC of the European Parliament and of the Council of 14 May 2001 amending Council Directives 89/48/EEC and 92/51/EEC on the general system for the recognition of professional qualifications and Council Directives 77/452/EEC, 77/453/EEC, 78/686/EEC, 78/687/EEC, 78/1026/EEC, 78/1027/EEC, 80/154/EEC, 80/155/EEC, 85/384/EEC, 85/432/EEC, 85/433/EEC and 93/16/EEC concerning the professions of nurse responsible for general care, dental practitioner, veterinary surgeon, midwife, architect, pharmacist and doctor (Text with EEA relevance), http://www.europa.eu.int/eur-lex/en/lif/dat/2001/en_301L0019.html, accessed 11Dec.2003.

- Easton,D.(1965a) *A System Analysis of Political Life*, Wiley.
- Easton,D.(1965b). *A Framework for Political Analysis*, Prentice-Hall.
- Ellencweig A.Y., (1992) *Analysing Health Systems*, Oxford University Press
- Ensor, T.; Witter, S. – *Health economics for former communist countries in transition,* note de curs, York, 1997
- Enthoven, A., (1986) "*Managed Competition in Health Care and the Unfinished Agenda*", Health Care Financing Review, Annual Supplement, 105-119
- Frenk, J. (1993) The new public health. *Annual Review of Public Health,* 14, 469-490 The challenges of the free movement of health professionals , OECD (1999) *Practising Physicians – Density/1000 population*. Paris: OECD.
- UEMS (2001) Basel Declaration: UEMS Policy on Continuing Professional Development, http://www.uems.be/d-0120-e.htm accessed 2003.
- Frenk, J (1994) *Dimensions of health system reform*, Health Policy, 27, pp.19-37
- Frenk, J (1995) *The power of ideas and the ideas of power challenges to ENHR from health system reform*, Research into Action, 2, pp.1-4
- Fisher, R.; William, U. – *Getting to Yes,* Penguin Books, 1992
- Galinowska S, Tymowska K, and Polans and Johnson N(ed.) *Private Markets in Health and Welfare,* Cap. 7, Berg: Oxford and Providence, USA, 1995.
- Gerard K, Mooney G. QUALY league tables: handle with care. Health Economics 1993; 2:59-64.
- Goldacre MJ, Lee A, Don B. *Waiting list statistics:relation between admissions from waiting lists and lenght of waiting list.* British Medical Journal 1987; 295:1105-8.
- Green, A. *Planning in Developing Countries* (1999), MacMillan Press Ltd, London.
- Graham, H.T.; Bennet, R. – *Human resources management*, Pitman Publishing, London, 7th edition, 1992
- Guenka Petrova, D. Lupuleasa, Carmen Zaman, *Monitorizarea sectorului farmaceutic si a politicii nationale a medicamentului in Romania*. CREDES, NICARE, PHARE, 2000.
- R. Saltman, J. Figueras, C. Sakellarides, *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*, WHO 1998
- Hall, P., Land, H. Parker, R, and Webb, A (1975) Change, Choice and Conflict in Social Policy. Heinemann, London
- Ham, C şi Hill, M, (1992) *Health Policy in Britain*, MacMillan Press Ltd, London
- Harrison S, Hunter DJ. Rationing health care. London: Institute for Public Policy Research, 1994.
- Harrison S. *A policy agenda for health care rationing*, British Medical Bulletin, 1995, Vol.51, No.4.
- Health Service Journal. *Managers ponder the shape of things to come.* 17 June 1993, 12-16.
- Heginbotham C. *Rationing*. British Medical Journal 1992;304:496-9
- Hogwood, B W and Gunn, L A (1984) *Policy Analysis for the Real World.* Oxford University Press, Oxford
- Hsiao, W.C. – *Abnormal Economics in the Health Sector,* Health Policy, Vol. 32: 125139, 1995
- Hurley, J. – *Welfarism, Extrawelfarism and Evaluative Economic Analysis in the Health Sector,* in M. Barer, T. Getzen and G. Stoddart (eds.), Health. Health Care

and Health Economics: Perspectives on Distribution, New York, John Wiley and Sons, 1998
- Handy, C.B. – *Understanding Organizations*, 3rd edition, Penguin, 1985
- Harries, S. – *A Manager's Handbook*, Chapman & Hall, 1993
- Herzberg, F. – *The Motivation to Work*, Transaction Pub, 1993
- Health care in Transition, country profile, Romania. WHO, 1996
- Iglehart, J.K., (1992) "*Health Policy Report: The American Health Care System*". The New England Journal of Medicine, sept.3, vol.327, no.10: 742-748
- Immergut, E.M. (1992) *Health Politics. Interests and Institutions in Western Europe*, Cambridge Univerity Press
- Juran, J. M. – *Juran's Quality Handbook*, 5th edition, McGraw-Hill, 1999
- Jordan, A.G. şi Richardson, J.J-(1987), *British Politics and the Policy Process, Unwin Hyman*
- Jowell R, Witherspoon S, Brook L. *British social attitudes: special international report*. Aldershot: Gower, 1991.
- Kalimo, E (1979) *Health Service Needs. In measurement of levels of Health* (ed. W.W.Holland), OMS, Copenhagen.
- Kingdon, J (1984) Agendas, Alternatives and Public Policies. Little Brown & co., Boston
- Klein RE. *Dimension of rationing: WHO should do what?* British Medical Journal 1993; 307:309-11.
- Klein RE. *The case for elitism: public opinion and public policy*. Political Quarterly 1974; 45:4;406-417.
- Krasnik, A.; Groenewegen, P.; Pedersen, P.; Schollen, P.; Mooney, G.; Gottschau, H.; Flierman, M.; Darmsgaaix, L. 1990. – *Changing Remuneration Systems: Effects on Activity in General Practice*, British Medical Journal, Vol. 300: 16981701.
- Keeney, R. L. – *Value Focused Thinking*, Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1992
- Keeney, R. L.; Raiffa, Howard – *Negotiation Analysis*, Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1994
- Koontz, H.; Weihrich, H. – *Management*, London, McGraw-Hill, 9th edition, 1988
- Labonte, R. – *Health Care Spending as a Risk to Health*, Canadian Journal of Public Health, Vol. 81: 251252, 1990
- Lane, J-E(1993) *The Public Sector. Concepts, models and approaches*, Sage, London
- Longest, B.B., (1990), *Interorganizational linkages in the health sector*, Health Care Management Review, vol.15, no.1: 17-28
- Longest, B.B., (1990), *Interorganizational linkages in the health sector*, Health Care Management Review, vol.15, no.1: 17-28
- Lavis, J.N.; Stoddart, G.L. – *Can We Have Too Much Health Care?*, Oxford University Press, 1994
- Lewicki, R. – *Negotiation*, Penguin Books, 1995
- Legea 145/24 iulie 1997 privind asigurarilor sociale de sanatate
- Maxwell RJ. *Financing health care: lessons from abroad*. British Medical Journal, 1988, 296, 1423-26.
- McClelland A. *In Fair Health? Equity and the Health System*. Canberra, SSNU, Background Paper No. 3, 1991
- McGuire, A.; Henderson, J.; Mooney, G. – *The Economics of Health Care*, 1988

- McGuire, A.; Henderson, J.; Mooney, G. – *The Economics of Health Care,* 1988
- McLaney, E. J. – *Business Finance for Decision Makers*, Pitman Publishing, 1991
- Mills, A. and al. (1990), Health System Decentralization. Concepts, issues and country experience, OMS, Geneva
- Mintzberg,H*The structuring of organization*, Prentice Hall, 1979.
- Moldoveanu, M.; Dobrescu, E. – *Ştiinţa afacerilor*, Expert, Bucureşti, 1995
- Mansfield, E. – *Principles of microeconomics*, W.W. Norton & Co., New York, 1992
- Maslow, A.; Lowrz, R. – *Toward a Psychology of Being,* John Wiley & Sons, 1998
- Mathis, R.L.; Nica, P.C.; Rusu, C. – *Managementul resurselor umane*, Editura Economică, Bucureşti, 1997
- McMahon, R.; Barton, E.; Piot, M. – *Si vous êtes chargé de…*, Genève, OMS, 1981
- Mellett, H.; Marriott, N.; Harries, S. – *Financial Management in the NHS, A Manager's Handbook*, Chapman & Hall, 1993
- Merril, D.W.; Reid, R.H. – *Personal Styles and Effective Performance*, Radnor, Pennsylvanie, Chilton, 1982
- Mintzberg, H. – *Power in and around organizations*, McGraw-Hill, 1983
- Mooney, G. – *Communitarianism and Health Care Economics,* in M. Barer, T. Getzen and G. Stoddart (eds.), Health. Health Care and Health Economics: Perspectives on Distribution, New York, John Wiley and Sons, 1998
- Nicolaescu, O.; Verboncu, I. – *Management*, Editura Economică, 1995
- Nierenberg, G. – *Fundamentals of Negotiation*, Howthorne, 1973
- OECD, (1994)The Reform of Health Care Systems. A Review of Seven OECD Countries, Paris: OECD,.
- OECD – *The Reform of Health Care Systems: A Comparative Analysis of Seven Countries*, Paris, 1992
- OECD Health data 1996
- O.M.S. 306/19.04.2000&O.C.N.A.S.48/19.04.2000, pentru aprobarea Listei cuprimzind bolile pentru care asiguratii beneficiaza in tratamentul ambulatoriu de medicamente eliberate fara contributie personala decontate din fondul de asigurari sociale de sanatate
- O.M.S.917/23.12.1999 pentru aprobarea Normelor de stabilire a metodologiei de calcul a preturilor cu ridicata si amanuntul la produsele medicamentoase
- O.U.152/14.10.1999 privind produsele medicamentoase de uz uman
- O.U. 125/29.08.1998 privind infiintarea si functionarea Agentiei Nationale a Medicamentului
- Pauly, M.V. – *Efficiency, Incentives and Reimbursement for Health Care Inquiry*, Vol. VII: 114131, 1970
- Peel, M. – *Introducere în management*, Editura Alternative, 1994
- Peterson, T.T. – *Théorie du management*, Paris, Gauthier-Villars, 1969
- Pinault, R.; Davelux, C. – *La planification de la santé – concepts, méthodes, stratégies*, Ed. Edition Nouvelles, Montreal, 1995
- R. Saltman, J. Figueras. European Health Care Reform, analysis of current strategies, WHO regional publication 1997.
- Rathwell T et al(ed), Tipping the balance towards primary health care, Aldershot: Avebury, 1995.

- Reinhardt, U.E. – *Abstracting From Distributional Effects, This Policy is Efficient*, in M. Barer, T. Getzen and G. Stoddart (eds.), Health. Health Care and Health Economics: Perspectives on Distribution, New York, John Wiley and Sons, p. 152, 1998
- Reinhardt, U.E. – *Reflections on the Meaning of Efficiency: Can Efficiency Be Separated from Equity?*, Yale Law and Policy Review, Vol. 10: 302315, 1992
- Review Annual, vol.2, Sage Publication
- Rice, T. – *The Desirability of MarketBased Health Reforms: A Reconsideration of Economic Theory*, in M. Barer, T. Getzen and G. Stoddart (eds.), Health. Health Care and Health Economics: Perspectives on Distribution, New York, John Wiley and Sons, p. 415454, 1998
- Robinson, S. – *Management Financiar*, traducere de Roxana Toader, Ed. TEORA, 1995
- Roemer, M.I., (1989), National health systems as market interventions, Journal of Public Health Policy, vol.10, 62-77
- Rondinelli, D.A., *Government Decentralization in Comparative Perspective: Theory and Practice*, International Review of Administrative Sciences, vol.XLVII, no.2, 133-145,1981
- Rafeln, N. – *Private Health Insurance in Developing Countries: Egypt's Experience*, in Innovations in Health Care Financing, Washington D.C., World Bank, 1997
- Reinhardt, U.E. – *Reflections on the Meaning of Efficiency: Can Efficiency Be Separated from Equity?*, Yale Law and Policy Review, Vol. 10: 302315, 1992
- Reinhardt, U.E. – *Abstracting From Distributional Effects, This Policy is Efficient*, in M. Barer, T. Getzen and G. Stoddart (eds.), Health. Health Care and Health Economics: Perspectives on Distribution, New York, John Wiley and Sons, p. 152, 1998
- Rice, T. – *The Desirability of MarketBased Health Reforms: A Reconsideration of Economic Theory*, in M. Barer, T. Getzen and G. Stoddart (eds.), Health. Health Care and Health Economics: Perspectives on Distribution, New York, John Wiley and Sons, p. 415454, 1998
- Robin, E.; Scott, M. – *Managing Health Care Marketing Communication*, An Aspen Publication, 1986
- Robinson, J.C. – *Payment Mechanism Nonprice Incentives, and Organizational Transaction in Health Care Inquiry*, Vol. 30: 328333, 1993
- Rodwin, V.; Vlădescu, C. – *L'Etat et les systèmes de santé*, Médicine et Hygiène no. 2039, p. 1832-1838, 21 sept. 1994, Gèneve, Swiss
- Rosen, B. – *Professional Reimbursement and Professional Behaviour Emerging Issues and Research Challenges*, Social Science and Medicine, Vol. 24(3), 455462, 1989
- Schieber, G.; Maeda, A. – *A Curmudgeon's Guide to Financing Health Care in Developing Countries*, in "Innovations in Health Care Financing", World Bank Discussion Paper no. 365, July 1997
- Sheiman, I. – *Forming the System of Health Insurance in the Russian Federation*, Social Science and Medicine, Vol. 39(10), 14251432, 1994
- Sheiman, I. – *From Beveridge to Bismarck Model of Health Finance: A Case Study of the Russian Federation*, in Innovations in Health Care Financing, Washington, D.C., World Bank, 1997
- Stanton, N. – *Comunicarea*, Societatea ªtiinţă şi Tehnică S.A., 1995

- Staw, B.M.; Cummings, L.L. – *Evaluation and employment in organizations*, Jai Press Inc., Greenwich Connecticut, 1990.
- Sabatier P (1991) *Toward better theories of the policy process*. Political Science and Politics 24, p.144-156
- Sabatier, P., and Mazmanian D., *The implementation of public policy: a framework of analysis*, Policy Study Journal, 2, 538-560, 1980.
- Saltman RB, von Otter C. (1995).*Implementing planned markets in health care: balancing social and economic responibility*. Buckingham: Open University Press.
- Saltman RB. *A conceptual overview of recent health reforms*. European Journal of Public Health,1994, 4, 287-93.
- Saltman, B.R., and Von Otter, C. *Planned Markets and Public Competition*, Open University Press, 1992
- Saltman, R.B., Harrison S., and Van Otter, *Competition and Public Funds*, Hospital Management International, Annual Edition,1991
- Saunders, P. (1981) *Social Theory and the Urban Question*. London: Hutchinson.
- Schieber, G.; Maeda, A. – *A Curmudgeon's Guide to Financing Health Care in Developing Countries*, in "Innovations in Health Care Financing", World Bank Discussion Paper no. 365, July 1997
- Smith, B.C. (1979) *The measurement of decentralization*, International review of administrative sciences, vol.45 no.3: 214-222.
- Stancu, I. – *Finanțe - Teoria pieților financiare, Finanțele întreprinderilor, Analiza și gestiunea financiară*, Editura Economică, 1996
- Titmus, R (1974), Social Policy. An Introduction, Allen and Unwin, London
- Toma, M.; Brezeanu, P. – *Finanțe și gestiune financiară. Aplicații practice teste–grilă*, Editura Economică, 1996
- Toma, M.; Brezeanu, P. – *Finanțe și gestiune financiară. Aplicații practice teste–grilă*, Editura Economică, 1996
- Torrington, D.; Hall, L. – *Personnel management – A new approach*, Prentice Hall International Ltd., Herfordshire, 2nd edition, 1991
- UNDP, *Human development report 1997, 1998, 1999*
- UNDP, *Romania National Human Development Report, 1997, 1998, 1999.*
- Vienonen, M A and Wlodarczyk, W C (1993) *Health care reforms on the European scene: evolution, revolution or seesaw?* World Health Statistics Quarterly, 46, pp.166-169
- Vladescu, C. *La Reforme de la Sisteme de Sante en Roumanie*, Epistula ALASS no.26, 1998, Barcelona, Spain.
- Vlădescu, C. *Managementul Serviciilor de Sănătate*, Ed. Expert, Bucuresti, 2000
- Vladescu, C. *Politica de Reformă a Sistemului de Sănătate din Romania*, Ed. InfoMedica Bucuresti, 1999.
- Vladescu, C. *Politici de sănătate : evaluarea nevoilor și planificarea serviciilor de sănătate*, Calitatea Vieții, no.1, 1988, București.
- Vlădescu, C.(1998) *Caracteristicile legii asigurarilor de sănătate din Romania.*, în Zarkovic, G., și Enachescu, D. Probleme privind Politicile de Sănătate in Tările Europei Centrale și de Răsărit, Ed. InfoMedica.
- Vlădescu, C. – *Managementul Serviciilor de Sanatate*, Ed. Expert, Bucuresti, 2000
- Woolhandler, S.; Himmelstein, D.U. – *The Deteriorating Efficiency of the U.S. Health Care System*, New England Journal of Medicine, Vol. 324,12531258, 1991
- Vladescu, C., Radulescu, S., Olsavszky, V. *European Observatory, Health care in Transition, Romania*. WHO 2000

- Vuori, H (1993) *Quality of care in Eastern Europe: the diagnosis is clear, the therapy not.* Quality Assurance in Health Care. 5 (2), pp.99-101
- W.H.O.(1981) *Managerial process for national health development: guiding principles.* Geneva: World Health Organization.
- W.H.O.(1996) *World Health Report 1999.* Geneva: World Health Organization.
- Walt G (1994) Health Policy. *An introduction to Process and Power.* Zed Books.
- Walt, G and Gilson, L (1994) *Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis.* Health Policy and Planning, 9(4), pp.353-370
- Wennberg J. *Outcomes research cost containment, and the fear of health care rationing.* New England Journal of Medicine 1990; 1202-4.
- Whitehead M. *The health divide: inequqlities in health in the 1980s.* London: Health Education Council, 1987.
- WHO.(1996), Health Policy and Systems Development - An Agenda for Research, edited by Katja Janovsky, WHO, Geneva
- Wistow G, Harrison S. *The purchaser/provider split in English health care: towards explicit rationing?* Policy and Politics, 1992, 20:2, 123
- World Bank (1993) *World Development Report 1993: Investing in Health.* New York: Oxford University Press.
- WHO, *How to develop and implement a national drug policy.*, WHO, Geneva, 2001
- Zima, J.P. – *Interviewing – Key to effective management,* Science Research Associates Inc., Chicago.