Școala Națională de Sănătate Publică
și Management Sanitar

MANAGEMENTUL SPITALULUI

Şcoala Naţională de Sănătate Publică
şi Management Sanitar

MANAGEMENTUL SPITALULUI

Autori:

Elena Badea
Delia Bărbuță
Nona Chiriac
Ingrid Gheorghe
Simona Haraga
Andrei Ionescu
Constanța Mihăescu-Pinția
Mona Moldovan
Simona Muşat
Cristinel Palas
Cristina Pavel
Paul Radu
Silviu Rădulescu
Ştefania Răsoiu
Mihaela Stoienescu
Daniela Vâlceanu

CUPRINS

I. MANAGEMENTUL ŞI ORGANIZAREA SPITALULUI 11
1. Funcţiile şi rolurile managementului 11
1.1 Funcţiile managementului 12
1.2 Roluri manageriale 14
1.3 Aptitudini manageriale 15
2. PLANIFICAREA SERVICIILOR DE SĂNĂTATE 17
2.1 Privire generală 17
2.2 Elemente ale procesului de planificare strategică 18
3. STRUCTURA ORGANIZAŢIONALĂ A SISTEMULUI SERVICIILOR 22
DE SĂNĂTATE DIN ROMÂNIA 22
3.1. Evoluţia sistemului serviciilor de sănătate din România 22
3.2. Structuri de conducere, reglementare şi finanţare 24
3.3. Organizarea furnizorilor de servicii de sănătate 27
4. ORGANIZAREA SPITALULUI – STRUCTURI SPITALICEŞTI. ASPECTE LEGISLATIVE 29
4.1. Formă de proprietate 29
4.2. Clasificare 29
4.3. Organizare 31
4.4. Aspecte legislative 35
5. ANALIZA PERFORMANŢEI SISTEMULUI DE SĂNĂTATE 38
ROMÂNESC ÎN CONTEXT INTERNAŢIONAL 38
5.1 Cadrul general privind performanţa sistemelor de sănătate 38
5.2 Indicele dezvoltării umane 40
5.3 Discuţii şi concluzii 52
BIBLIOGRAFIE 54

II. INTRODUCERE ÎN ECONOMIA SANITARĂ 57
1. ECONOMIA SANITARĂ ŞI PIAŢA LIBERĂ 57
1.1 Piaţa liberă 58
2. PIAŢA ÎNGRIJIRILOR DE SĂNĂTATE 62
2.1 Eşecul pieţei serviciilor de sănătate 64
3. FINANŢAREA SECTORULUI SANITAR 66
3.1 Colectarea fondurilor 67
3.2 Finanţarea îngrijirilor de sănătate din România 70
3.3 Plata furnizorilor 72
3.4 Plata furnizorilor de îngrijiri de sănătate în România 75
4. CUMPĂRAREA ŞI CONTRACTAREA SERVICIILOR 78
5. EVALUAREA ECONOMICĂ A ÎNGRIJIRILOR DE SĂNĂTATE 82
5.1 Determinarea costurilor 84
5.2 Tipuri de analize economice 85
BIBLIOGRAFIE 89

III. SISTEMUL GRUPELOR DE DIAGNOSTICE (DRG) 90
1. INTRODUCERE ÎN SISTEMUL GRUPELOR DE DIAGNOSTICE (DRG) 90
1.1 Ce sunt DRG-urile? 90
1.2 Utilitatea DRG 91
1.3 Istoric şi experienţa internaţională 94
1.4 Rolul Setului Minim de Date la nivel de Pacient 95
1.5 Rolul codificării 97
1.6 Rolul informaticii 98
1.7 Rolul analizei datelor 100
2. MECANISMUL FINANŢĂRII BAZATE PE CAZ (DRG) 104
2.1 Contractarea şi decontarea serviciilor 104
2.2 Ajustarea finanţării bazate pe caz 106
2.3 Rolul calculării costurilor 108
2.4 Reglementări şi instrumente utile 111
BIBLIOGRAFIE 113

IV. MANAGEMENT FINANCIAR 117
1. Coordonate actuale ale sectorul spitalicesc 117
2. Introducere în management financiar 122
3. Set de date financiare pentru uzul managerului de spital 125
4. Bugetul, instrument de management 126
5. Măsurarea costurilor spitaliceşti la nivel de pacient 133
6. Contabilitatea publică. Situaţiile financiare 137
7. structura unui Plan de îmbunătăţire a 152
managementului spitalului 152
BIBLIOGRAFIE 154

V. MANAGEMENTUL RESURSELOR UMANE 155
1. ROLUL ŞI IMPORTANŢA MANAGEMENTULUI RESURSELOR 155
UMANE ÎN SĂNĂTATE 155
1.1 Ce este managementul resurselor umane? 155
1.2. Valoarea managementului resurselor umane pentru organizaţie 155
1.3. Managementul resurselor umane din sănătate 156
1.4 Evaluarea performanţei MRU în sănătate 157
2. PROCESUL DE PLANIFICARE A RESURSELOR UMANE 159
2.1. Definirea procesului de planificare a resurselor umane 159
2.2 Etapele procesului de planificare a resurselor umane 159
2.3 Factorii care afectează oferta de forţă de muncă 160
3. RECRUTAREA ŞI SELECTAREA RESUSELOR UMANE 164
3.1 Etapele procesului de recrutare a resurselor umane 164
4. PROCESUL DE SELECŢIE A RESURSELOR UMANE 165
4.1 Importanţa procesului de selecţie a resurselor umane 165
4.2 Etapele procesului de selecţie a resurselor umane 166
4.3 Interviul de selecţie 167
4.4 Testarea 170
5. ANALIZA POSTULUI 170
5.1 Definire 170
5.2 Importanţa analizei postului: 170
5.3 Metode utilizate în analiza postului: 171
5.4. Fişa postului 172
6. ANGAJAREA PERSONALULUI 173
6.1 Definire şi rol 173
6.2 Instalarea pe post 173
6.3 Metode de integrare profesională 174
7. PREGĂTIREA PROFESIONALĂ 175
7.1 Definire 175
7.2 Necesitatea de pregătire profesională 175
7.3 Metode de planificare şi organizare a pregătirii profesionale 176
7.4 Evaluarea nevoilor de pregătire 176
7.5 Metode generale de pregătire profesională a angajaţilor 176
8. DEZVOLTAREA RESURSELOR UMANE 177
8.1 Definire 177
8.2 Metode de dezvoltare profesională 177
9. MOTIVAREA PERSONALULUI 181
9.1 Definire 181
9.2 Teorii motivaţionale 182
9.3 Mijloace de creştere a motivaţiei resurselor umane într-o organizaţie: 184
9.4 creşterea motivaţiei în îndeplinirea unei funcţii 185
10. EVALUAREA PERFORMANŢEI 185
10.1 Utilitatea evaluării performanţei 185
10.2 Modalităţi de măsurare a performanţei 186
10.3 Erorile de evaluare 187
10.4 Cine face evaluarea? 188
10.5. Fişa de evaluare 188
10.6. Interviul de evaluare 189
Bibliografie: 190

VI. CALITATEA SERVICIILOR MEDICALE 191
1. INTRODUCERE ÎN MANAGEMENTUL CALITĂȚII 191
2. DEFINIȚII ALE CALITĂȚII 192
3. ASPECTE ALE CALITĂȚII 193
3.1 Calitatea îngrijirilor medicale 193
3.2. Modelul calității 194
3.3. Asigurarea şi îmbunătățirea calității 195
3.4. Modele de îmbunătățire a calității 195
4. INSTRUMENTELE CALITĂȚII 197
4.1. Brainstorming 198
4.2. Histograma 198
4.3. Diagrama Paretto 198
4.4. Instrumentul QQUQCQQ (Quis, quid, ubi, quibus auxilis, quomodo, quando 199
4.5. Diagrama cauză-efect ("os de peşte"), a celor 5M, Ishikawa 199
4.6. Fluxul de proces (process flow) 199
4.7. Foaia de verificare a datelor 200
4.8. Diagrama afinităților 200
4.9. Diagrama arbore 200
4.10. Diagrama de relații 201
4.11. Matricea de prioritizare a problemelor/matricea multicriterială 201
4.12. PDCA 201
4.13. Cercurile calității 201
4.14. Benchmarking 201
5. STANDARDIZAREA CALITĂȚII 202
5.1. Definiție 202
5.2. Caracteristicile unui bun standard sunt: 203
5.3. Criteriile 203
5.4. Ghidurile de practică medicală 204
5.5. Standardele ISO în calitate 206
6. MĂSURAREA CALITĂȚII 208
6.1.Evaluarea internă a calității 208
6.2.Monitorizarea calității 210
6.3. Evaluarea externă a calității 211
7. INDICATORI DE CALITATE 214
7.1. Ce sunt indicatorii de calitate? 214
7.2. Cum se construieşte un indicator de calitate? 215
7.3. Ce tipuri de indicatori de calitate se pot construi? 216
7.4. Cum se selectează un indicator de calitate? 217
7.5. Cum se utilizează indicatorii de calitate? 218
8. Acreditarea spitalelor 219
9. DREPTURILE PACIENȚILOR 225
BIBLIOGRAFIE 227

Bibliografie : 258
ANEXE 259

Există multiple definiții ale managementului.

1. *Management este procesul, compus din funcții și activități sociale și tehnice legate între ele, care apare într-un cadru organizațional oficial, în scopul atingerii unor obiective dinainte determinate, prin utilizarea resurselor umane sau de alt fel (Koontz, Harold, 1961)*
2. *Lucrul cu indivizi sau grupuri pentru îndeplinirea unor obiective organizaționale (Hersey și Blanchard, 1988).*
3. *O serie de activități integrate și interdependente, care determină o anumită combinație de mijloace (financiare, umane, materiale) astfel încât să se poată genera o producție de bunuri sau de servicii utile economic și social. (Aktouf, 1989)*

Fiecare dintre noi are o preferință în ceea ce considerăm a fi o definiție bună a managementului. David Gustafson ne oferă o definiție a managementului, simplă și la obiect, care se concentrează pe rezultate și se referă la un proces la care participă oamenii.

Managementul este procesul prin care munca este făcută prin intermediul altora - făcută bine, la timp și în limita bugetului.

Existența unui proces ne arată că managementul este puternic orientat spre acțiune și rezultate. Managementul nu este o profesiune pasivă care are doar scopul de a menține ordinea și a proteja status-ul quo. Acest proces managerial poate fi privit ca un sistem în care un număr de oameni, resurse și alte intrări sunt gestionate printr-un proces proiectat să atingă obiective și rezultate comune. (Vlădescu, 2004)

Ce fac de fapt managerii? Cum fac ceea ce fac? Ce-l face pe un manager să fie mai bun decât altul? Pentru a putea răspunde la aceste întrebări, managementul poate fi privit din trei unghiuri diferite: funcțiile manageriale, rolurile manageriale și aptitudinile manageriale.

1.1 Funcțiile managementului

Funcțiile managementului sunt acele funcții pe care le îndeplinesc managerii pentru a atinge obiectivele organizației lor, prin utilizarea resurselor umane sau de alt fel. Henri Fayol clasifică funcțiile manageriale în următoarele categorii: planificare, organizare, conducere, coordonare și control. În mod tradițional, aceste funcții manageriale sunt descrise secvențial, după cum se poate vedea în figura următoare.

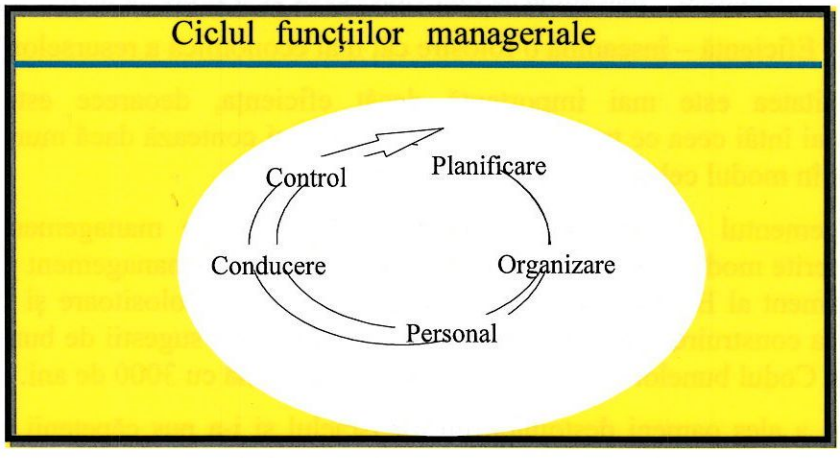


Figura I.1 Ciclul funcțiilor manageriale

Sursa : AUPHA – Users guide – Association of University Programs in Health Administration, 1996

Deşi aici este reprezentat ca un ciclu, în realitate funcţiile manageriale se suprapun frecvent şi pot apărea în orice secvenţă.

Succesiunea funcţiilor poate fi privită şi ca o spirală. În acest caz observăm că funcţia de control este cea care prin îmbunătăţirea procesului de planificare face trecerea către un nou ciclu al spiralei. Pentru claritate, funcţiile vor fi discutate ca şi când ar fi activităţi manageriale separate şi distincte.

1. ***Planificarea*** se referă la viitor şi presupune evaluarea acestuia şi iniţierea măsurilor necesare. 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*** se referă la 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 şi 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 lidearship, 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 continuă a calităţii Ea este o funcţie 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 (Taylor, 1994) menţiona patru părţi ale procesului de control:
   - stabilirea de standarde pentru timp, calitate şi cantitate;
   - măsurarea rezultatelor;

- compararea rezultatelor cu standardele;
- adoptarea modificărilor necesare

Controlul este un proces continuu.

1.2 Roluri manageriale

Un manager are autoritate şi un anumit statut, are responsabilităţi - nu numai în cadrul organizaţiei, ci şi în afara acesteia. Aceste activităţi sau comportamente pot fi descrise ca roluri pe care le îndeplineşte un manager. Mintzberg a descris zece roluri manageriale care sunt grupate în trei domenii: interpersonal, informaţional şi decizional.

1.2.1 Rolurile interpersonale – se referă la relaţiile pe care managerul le întreţine cu ceilalţi.

- **Rol de reprezentare** – este datorat autorităţii formale şi poziţiei simbolice. Managerul reprezintă organizaţia atât în interior cât şi în relaţiile cu ceilalţi. 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, el trebuie să aibă o viziune clară asupra viitorului organizaţiei şi să poată comunica această viziune celorlaţi, astfel încât aceltia să împărtăşească viziunea şi să o facă să fie viabilă. Rolul de lider e foarte important, fiind un factor motivator major în cadrul organizaţiei.
- **Rol de legătură** – se referă la relaţiile pe orizontală. Managerul trebuie să-şi menţină o întregă reţea de relaţii şi contacte în exteriorul organizaţiei.

1.2.2 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, conferinţe, presă, dar şi pentru conversaţii informale.
- **Rol de difuzor** – managerul alege informaţiile care trebuie ştiute de alţii. Uneori informaţia este diseminată subordonaţilor, care în mod obişnuit nu pot avea acces la ea.
- **Rol de purtător de cuvânt** – deseori, managerul trebuie să dea informaţii privind organizaţia, unor persoane din exteriorul acesteia (Vlădescu, 2004).

1.2.3 Rolurile decizionale

Luarea deciziilor reprezintă un aspect important al muncii managerului. Prin procesul de luare a deciziilor managerul rezolvă problemele apărute în cadrul funcționării organizației, folosind toate informațiile pe care le deține, ca urmare a rolurilor descrise anterior. Decizia managerului conduce la inițierea activităților care urmează să ducă la realizarea obiectivelor pe care şi le-a stabilit organizația.

- **Antreprenor** – se referă la deciziile legate de schimbări în mersul organizației. Managerul are un rol activ în a decide ceea ce trebuie făcut pentru a iniția schimbarea şi pentru a se asigura că aceasta este implementată.
- **Factor de soluționare a perturbărilor** – uneori, în cadrul organizațiilor apar evenimente neprevizibile care nu sunt sub controlul managerului. El trebuie să ia decizii pentru a soluționa problemele apărute şi să aplice metode de soluționare a conflictelor.
- **Factor de alocare a resurselor** – prin deciziile legate de alocarea resurselor, managerul planifică timpul, programează munca şi autorizează acțiunile. Rareori resursele sunt adecvate cererii, iar managerul trebuie să ia decizii bazate pe informații incomplete. Managerul trebuie să încerce să aloce resursele în funcție de nevoi, echitate, performanță şi să evite alocarea acestora în mod aleator.
- **Negociator** – adesea, managerul este pus în situația de a negocia cu cei din exteriorul organizației pentru atragerea de resurse, stabilirea de parteneriate etc. Chiar şi în interiorul organizației, managerul negociază alocarea resurselor, modalitățile de atingere a indicatorilor de performanță, pentru a putea lua cele mai adecvate decizii.

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 stabileşte prioritățile informaționale. Cu ajutorul rolurilor interpersonale, managerul primeşte informații, iar prin rolurile decizionale le utilizează. (Vlădescu, 2004).

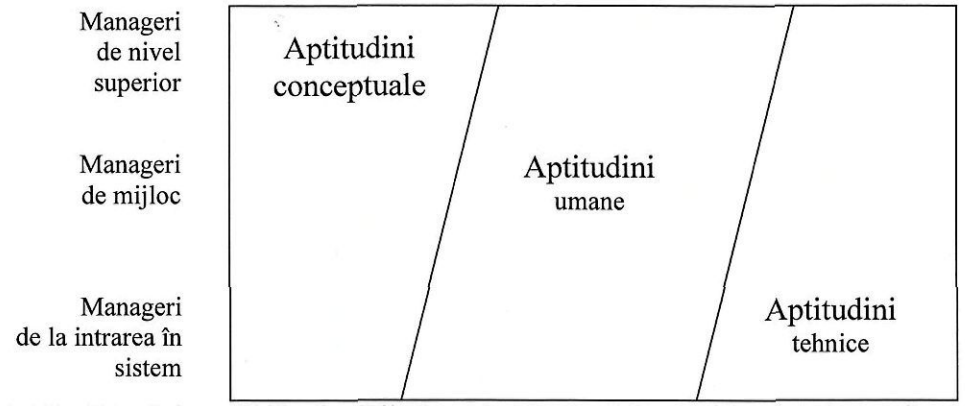
1.3 Aptitudini manageriale

Robert Katz (Katz, 1974) subliniază importanța funcțiilor şi rolurilor manageriale. El a identificat trei aptitudini pe care un manager de succes trebuie să le aibă. Acestea sunt aptitudini tehnice, umane şi conceptuale. După cum se arată în figura I.2, Katz sugerează că proporția timpului afectat de manager fiecărei aptitudini depinde de nivelul managerului în organizație.

Un manager de nivel de intrare va afecta mai mult timp aptitudinilor tehnice, decât celor conceptuale, comparativ cu un manager de nivel superior. Pe de altă parte, un manager de nivel superior va afecta mai mult timp aptitudinilor conceptuale, decât celor tehnice. Cu toate acestea, pentru managerii de la toate nivelele proporția timpului destinat aptitudinilor umane este aceeaşi.

Figura I.2

Proporţia timpului destinat Aptitudinilor de Conducere



Adaptat din: Katz, Robert. "Skills of an Effective Administrator," *Harvard Business Review*, September/ October, 52(5), 1974.

1.3.1 Aptitudini tehnice

Aptitudinile tehnice se referă la nivelul de competenţă într-o activitate specifică, legat adeseori de lucruri, nu de oameni. Aptitudinile tehnice includ de obicei procese specializate şi metodologii, sau proceduri şi tehnici necesare muncii într-un domeniu specific. De exemplu, chirurgii au un nivel ridicat al aptitudinilor tehnice. Chirurgul va fi evaluat prin abilitatea sa de a executa exact, cu mare precizie şi siguranţă, o procedură ale cărei rezultate au o predictibilitate consistentă. Inginerul mecanic posedă un nivel înalt de aptitudini tehnice în proiectarea unui sistem de ventilaţie pentru sălile de operaţie din spital.

Aptitudinile tehnice ale managerilor constau în:

- aptitudinea de interpretare a unui raport financiar;
- aptitudini de a redacta un raport sau de a face o propunere, care să fie concisă şi uşor de citit;
- aptitudini de a organiza şi a ţine o prelegere clară şi logică.

Managerii petrec mai puţin timp aplicând aptitudini tehnice, pe măsură ce sunt promovaţi către nivele mai înalte de responsabilitate.

1.3.2 Aptitudini umane

Abilitatea managerilor de a lucra eficient cu alţii – ca indivizi şi ca grup – este o reflectare a aptitudinilor lor umane. Un manager cu aptitudini umane eficiente va fi conştient de atitudinea, percepţia şi sentimentele altora şi le va lua în considerare în procesul managerial. Managementul este un proces continuu de înţelegere a comportamentului şi atitudinilor celorlalţi, şi de comportare într-o manieră care să ducă la încredere şi credinţă. Unele aptitudini umane includ: a conduce fără a jigni, a nu fi de acord fără a fi dezagreabil, a conduce o întrunire sau a facilita o discuţie, şi a media un conflict. Managerii de la toate nivelele îşi petrec o bună parte din timp exersând aptitudini umane. Proporţia de timp dedicată acestora variază foarte puţin pe măsură ce managerul urcă ierarhic.

1.3.3 Aptitudini conceptuale

Aptitudinile conceptuale sunt reprezentate de abilitatea de a înţelege relaţiile din situaţiile complexe, de a vedea conexiuni în haos, şi *de a avea o viziune de viitor.*

Managerul trebuie să poată vedea organizația și operațiunile ca un întreg. Diferitele procese, intrări și ieșiri, interacțiunea dintre componentele organizației și interrelațiile dintre organizație și mediul exterior trebuie privite ca ceva singular, ca o entitate ce include tot. Aptitudinile conceptuale permit managerului eficient să înțeleagă consecințele unei acțiuni (sau inacțiuni) a unității de lucru asupra altor unități de lucru și asupra organizației ca întreg. Aptitudinile conceptuale sunt importante în special la nivelul cel mai înalt al organizației. Aici, interrelațiile și efectele deciziilor ce afectează întreaga organizație sunt simțite cel mai tare. Deși nu atât de tare ca la nivel superior, aptitudinile conceptuale sunt importante și la nivel de mijloc și chiar la nivel de intrare. Managerii de nivel inferior au mai puține oportunități de a-și exercita și demonstra aptitudinile conceptuale, dar succesul lor depinde adesea de abilitatea de a vedea unde se încadrează ei și unitatea lor de lucru în schema mare a organizației.

În timp ce managerii individuali variază mult în aptitudinile lor manageriale, și unii par a fi lideri înnăscuți, este posibil să își dezvolte propriile aptitudini și să încurajeze aptitudinile altora. Ca orice alte aptitudini, și cele manageriale se îmbunătățesc odată cu practica. Cu cât mai des un manager conduce o întrunire sau o discuție, cu atât mai abil devine. Cu cât vorbește mai des, cu atât devine un mai bun vorbitor. Managerii seniori trebuie să le ofere managerilor juniori posibilitatea de a-și exersa aptitudinile, dacă se dorește ca aceștia să crească și să se maturizeze ca manageri.

Privind managementul din diferite puncte de vedere – sisteme, funcții, roluri și aptitudini – putem începe să înțelegem structura sau baza practicii manageriale. Există o ***știință*** managerială în creștere, ilustrată de noile sensuri ale îmbunătățirii continue a calității și de progresul rapid al sistemelor informaționale computerizate manageriale. Dar există un respect neîntrerupt pentru ***arta*** managerială – autoanaliza managerială creativă, care permite unei organizații să-și stabilească o nouă direcție cu succes, sau conducerea inspirată, care aduce ordine într-o organizație în conflict. Managementul este un studiu de o viață. Având ca bază noțiunile teoretice despre management, fiecare își poate construi propria concepție despre management, își poate proiecta propriul stil managerial și își poate dezvolta aptitudini manageriale unice (AUPHA, 1996).

2. PLANIFICAREA SERVICIILOR DE SĂNĂTATE

Dr. Daniela Vâlceanu

2.1 Privire generală

Planificarea strategică este un proces organizat și sistematic prin care o organizație își planifică viitorul. Scopul planificării strategice este de a adapta organizația la mediul extern mereu în schimbare, și de a înțelege posibilitățile curente și din viitor legate de aceste schimbări. Managerii fac acest lucru identificând tendințele economice, sociale și politice din mediul extern care vor avea un impact asupra organizației și evaluând posibilitățile interne ale organizației.

Planificarea strategică permite managementului să anticipeze și să planifice viitorul, să determine un cadru general ce va fi folosit în dezvoltarea scopurilor și obiectivelor, și să asigure linii generale de luare a deciziilor pentru atingerea viitorului dorit. Un plan strategic bine elaborat și implementat face o organizație să fie proactivă și nu reactivă, față de un mediu în continuă schimbare.

Organizația de servicii de sănătate este implicată în două feluri de planificare: planificarea strategică şi planificarea operațională.

Planificarea strategică este folosită pentru a poziționa organizația în mediu şi a o orienta spre viitorul dorit. Aceasta este condusă de liderii organizației şi tot aceştia stabilesc şi politica organizației. Un exemplu de planificare strategică ar fi o decizie de a reduce numărul de paturi dintr-un spital şi a repoziționa organizația spre servicii oferite în ambulatoriu.

Planificarea operațională apare la nivelul operațional (managerial) din organizație şi asigură ghidarea curentă a operațiilor, dezvoltarea şi implementarea de noi programe şi servicii, şi implementarea strategiilor identificate în planul strategic. Un exemplu de strategie operațională asociată acestei decizii ar fi planificarea extinderii cabinetelor de pediatrie (ambulatoriu de pediatrie).

Planificarea strategică are patru elemente de bază:

1. evaluarea mediului extern.
2. evaluarea mediului intern.
3. misiune, scop şi obiective.
4. implementare şi evaluare.

Liderii organizației trebuie să se implice şi să-şi asume responsabilități în procesul de planificare strategică. Ei trebuie să dorească să aloce atât timp, cât şi resurse organizaționale, acestui proces. Ei pot să lucreze, sau nu, împreună cu managerii de mijloc la elaborarea obiectivelor. Aceasta depinde adesea de dimensiunea organizației. Nivelul managerial de mijloc al unei organizații este responsabil pentru dezvoltarea şi implementarea strategiei. Ambele nivele manageriale joacă un rol în evaluarea planului şi identificarea reviziunilor necesare.

Pe măsură ce organizația îşi elaborează un plan strategic, mulți indivizi vor fi implicați, afectați sau îngrijorați de ceea ce va face organizația. Aceşti indivizi, sau aceste organizații, pot fi în interiorul sau în exteriorul spitalului sau clinicii. Unii dintre aceştia nu sunt direct implicați în procesul de planificare, dar sunt interesați de planul strategic al organizației şi de implementarea sa. Aceste grupuri sunt numite grupuri de interes şi pot include furnizori, Ministerul Sănătății Publice, casele de asigurări, comunitatea locală, angajații şi alții.

O parte a planificării strategice implică identificarea acestor grupuri de interes, înțelegerea răspunsului lor la planificare şi gestionarea relației cu aceştia în elaborarea şi implementarea planului, precum şi dezvoltarea de alianțe strategice.

Orice schimbare de strategie sau elaborarea unei noi strategii implică schimbări în cultura organizațională. Schimbările culturale sunt însoțite de rezistență la schimbare, rezistență care se manifestă atât în interiorul organizației, cât şi în exteriorul acesteia. Cei care răspund de elaborarea strategiei trebuie să prevadă în cadrul planului de implementare şi modalități de abordare a rezistenței la schimbare.

2.2 Elemente ale procesului de planificare strategică

Elementele inițiale ale procesului de planificare strategică sunt reprezentate de evaluarea mediului exterior şi interior.

2.2.1 Evaluarea mediului exterior

Evaluarea mediului exterior implică identificarea problemelor cheie din afara organizației care au un impact asupra a ceea ce vrea și poate face organizația. Este necesar să identificăm factorii externi ce pot influența organizația și să analizăm impactul lor. "Cheia supraviețuirii unei organizații este dată de abilitatea acesteia de a achiziționa și menține resursele. Această problemă ar fi simplificată dacă organizațiile ar controla în totalitate toate componentele necesare funcționării lor. Organizațiile însă sunt dependente de un mediu extern compus din alte organizații" (Pfeffer și Salancik, 1978)

Un element major legat de mediul extern este reprezentat de factorii sociali și politici, precum și de toți ceilalți factori ce reprezintă componenta de marketing a organizației. De aceea cunoașterea mediului extern este importantă. Există mai multe metode de realizare a evaluării mediului extern. Vom trece în revistă trei dintre acestea.

Prima metodă constă în identificarea și descrierea modului în care organizații cheie exterioare pot afecta planificarea viitorului organizației. Acestea cuprind guvernul, învățământul până la organizații din domeniul medical cum ar fi Ministerul Sănătății Publice sau spitale concurente.

A doua metodă este cea elaborată de ***Michael Porter*** care demonstrează importanța completării unei analize detaliate. Analiza necesită identificarea forțelor ce stau la baza creșterii performanței organizației. Aceste forțe, care guvernează modul de operare și planificare al organizației sunt: (1) *cumpărătorii* sau acele organizații (guvern sau asiguratori) sau indivizi care cumpără bunurile și serviciile furnizate de spital sau clinică, (2) *furnizorii* sau acele organizații sau indivizi care își vând sau distribuie marfa către organizație (companii farmaceutice, medici, specialiști și recuperare medicală), (3) *înlocuitorii,* sau tipuri noi de servicii, ce le înlocuiesc pe cele tradiționale furnizate de către spital sau policlinici, cum ar fi chirurgia în ambulatoriu sau îngrijirile la domiciliu, (4) *noi secții* sau clinici noi potențiale, spitale sau alți furnizori de servicii de sănătate din zonă și (5) *spitale* și *clinici* existente și rivalitatea interorganizațională precum și planurile curente și viitoare ale altor spitale și clinici ce pot să afecteze organizația. (AUPHA, 1994). Identificarea și înțelegerea acestor forțe este necesară pentru a elabora o planificare strategică detaliată. Acest cadru a fost elaborat inițial pentru a înțelege competiția. Totuși, în orice tip de piață de îngrijiri de sănătate, înțelegerea modului în care aceste forțe acționează îl ajută pe manager să înțeleagă structura costurilor, disponibilitatea resurselor și modul în care alți factori cheie vor afecta cererea și utilizarea serviciilor, și în acest mod, capacitatea organizației de a-și atinge obiectivele definite.

O *a treia* abordare a analizei mediului extern este ***evaluarea comunității***. Acest lucru necesită dezvoltarea de servicii și programe care să răspundă nevoilor specifice de îngrijiri de sănătate ale comunității sau regiunii deservite de spital sau clinică. Acest proces presupune revizuirea și analizarea datelor secundare, inclusiv a indicatorilor epidemiologici și a datelor demografice. La nevoie, trebuie culese date primare. Trebuie avute întâlniri cu alți manageri, din alte organizații medicale sau sociale, lideri comunitari și pacienți, pentru a culege informații cu privire la percepția lor asupra nevoilor de îngrijiri de sănătate și a domeniilor potențiale de colaborare sau de dezvoltare a serviciilor. Discuțiile acestea trebuie să identifice domeniile prioritare și posibilitățile de colaborare. Datele culese prin ambele abordări, vor permite o analiză cantitativă și calitativă în planificarea pentru programele și serviciile viitoare. Indivizii dintr-o organizație vor considera adesea că este nevoie de anumite programe sau servicii, bazându-se pe judecata profesională. Totuși, o analiză mai atentă a datelor, împreună cu discuțiile cu membrii comunității pot arăta că percepțiile interne ale profesioniștilor cu privire la nevoi nu sunt împărtășite de liderii comunitari sau grupurile de influență.

Legislația are de asemenea un impact important asupra schimbărilor pe care o organizație şi le propune. Legislația, la rândul ei, este supusă schimbării, adesea într-un ritm destul de alert, iar organizațiile trebuie să fie pregătite să facă față acestor schimbări.

2.2.2 Evaluarea mediului intern

Evaluarea mediului intern permite o analiză detaliată a sistemelor ce compun organizația. Aceasta presupune colectarea de date primare şi secundare, date obiective şi subiective despe organizație. Presupune o analiză atentă despre ceea ce ştiu indivizii despre organizație şi analizarea datelor legate de funcționarea organizației. Datele ce trebuie studiate includ, dar nu se limitează la, date bugetare, financiare, de productivitate, de personal şi de evaluare a calității. Trebuie studiate şi analizate date din mai mulți ani consecutivi pentru a stabili tendințele şi schimbările.

Analiza SWOT este un instrument de planificare ce permite organizației să-şi reprezinte informațiile obținute din evaluarea mediului intern şi extern pentru a le putea folosi în planificarea strategică. Prin analiza SWOT se cercetează punctele tari şi punctele slabe din organizație (mediul intern) şi oportunitățile şi amenințările din mediul extern. Discutarea implicațiilor permite conducerii să identifice *problemele critice* şi să stabilească prioritățile. Acestea sunt apoi folosite pentru a revizui misiunea şi a stabili scopurile şi obiectivele ce pot fi realizate.

2.2.3 Misiune, scop şi obiective

Enunțarea misiunii este revăzută după completarea procesului de analiză a datelor prezentate anterior. Misiunea este o descriere scrisă, succintă, a valorilor şi filozofiei organizației şi a produselor şi serviciilor specifice pe care le furnizează. Misiunea spune publicului cine şi ce este organizația, şi serveşte ca ghid pentru planificarea viitorului.

Valorile şi viziunea joacă un rol important atât în dezvoltarea cât şi în revizuirea misiunii. Valorile unei organizații sunt principiile şi filozofiile călăuzitoare, care determină ceea ce crede organizația că va face. Viziunea este dorința conducerii în raport cu ce va fi organizația în viitor. Viziunea trebuie să fie inspirată şi să dea o imagine a configurației organizației în viitor.

Planul strategic va fi o hartă care va arăta drumul pe care organizația trebuie să-l parcurgă pentru a îndeplini viziunea, aderând la valorile şi misiunea ei.

Odată misiunea şi viziunea stabilite, conducerea va elabora patru sau cinci țeluri, care vor fi ghidul principal pentru modul în care organizația îşi va îndeplini misiunea în următorii doi până la trei ani.

Țelurile sunt enunțuri generale, cu privire la ce doreşte să obțină organizația. Pentru fiecare țel, se vor elabora obiective, ce vor descrie modul în care organizația îşi va atinge țelurile.

Obiectivele sunt măsurabile şi au un termen de îndeplinire. Pentru fiecare obiectiv se vor elabora tactici specifice, ce vor detalia explicit cum, când şi cine va îndeplini obiectivul. Obiectivele sunt, în general, elaborate de managerii seniori şi de mijloc. Tacticile sunt elaborate în colaborare de către managerii de mijloc şi angajații care răspund de îndeplinirea lor.

Exemplu

University Hospital Birmingham NHS Foundation Trust

Trustul Spitalului Universitar Birmingham şi-a stabilit *Strategia corporatistă* în 2003 cu următoarele obiective strategice:

- localizarea serviciilor generale prin furnizarea de îngrijiri pentru bătrâni şi pentru boli cronice în parteneriat cu medicina primară;
- dezvoltarea de parteneriate de cercetare-dezvoltare în vederea îmbunătăţirii serviciilor de specialitate;
- îmbunătăţirea accesului şi a facilităţilor prin dezvoltarea capacităţii şi parteneriate public privat;
- formarea şi dezvoltarea personalului prin parteneriate comunitare, programe de formare naţionale şi internaţionale în parteneriat;
- asigurarea calităţii serviciilor prin măsurarea performanţelor, activităţi de peer review şi realizarea de comparaţii naţionale şi internaţionale;
- îmbunătăţirea relaţiei cu pacienţii la nivel individual şi comunitar.

La nivel operaţional, pentru anul 2004/5, şi-a propus atingerea următorilor *indicatori cheie:*

- un maxim de 6 luni timp de aşteptare pentru spitalizarea în afara urgenţelor, la 31 martie 2005;
- 98% din pacienţi vor fi consultaţi, trataţi, internaţi sau externaţi într-un interval de 4 ore de la sosirea în serviciul de accidente şi urgenţe;
- 100% din cei trimişi de medicul de familie în urgenţă pentru suspiciune de cancer vor fi consultaţi într-un interval de 2 săptămâni;

2.2.4 Implementare şi evaluare

Implementarea cu succes a planului strategic necesită implicarea conducerii organizaţiei. Misiunea şi ţelurile trebuie comunicate în toată organizaţia. Angajaţii de la toate nivelurile trebuie să cunoască scopul organizaţiei şi logica luării deciziilor care afectează toţi indivizii din organizaţie.

Pentru atingerea ţelurilor este neapărată nevoie de alocarea de resurse atât financiare cât şi de personal (oameni).

Implicarea conducerii transmite importanţa planificării strategice şi nevoia de a ne baza pe ea şi de a o folosi (atât managerii cât şi angajaţii) în luarea deciziilor în organizaţie.

Pasul final în procesul de planificare strategică este evaluarea. Procesul de planificare trebuie să includă un proces explicit prin care se asigură implementarea planului aşa cum a fost conceput.

Planul final, scris, trebuie să identifice clar persoanele responsabile şi termenele de îndeplinire.

Administratorul (managerul spitalului) şi conducerea organizaţiei ar trebui să primească regulat (de obicei trimestrial) un raport scris de planificare strategică. Scopul acestui raport este de a identifica realizările, succesele şi domeniile ce necesită schimbare, sau unde au apărut probleme.

Obiectivele servesc ca etaloane de măsurare a progresului. Pe măsură ce evaluarea este gata, feedback-ul necesar trebuie dat persoanelor responsabile pentru a ne asigura că revizuirea strategiilor se face acolo unde este necesar.

Rezultatul final este furnizarea de servicii pacienţilor şi membrilor comunităţii şi regiunii care se bazează pe spital pentru a le asigura accesul la îngrijiri de sănătate de calitate.

3. STRUCTURA ORGANIZAŢIONALĂ A SISTEMULUI SERVICIILOR DE SĂNĂTATE DIN ROMÂNIA

Dr. Silviu Rădulescu

Sistemul serviciilor de sănătate cuprinde 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. El reprezintă doar un subsistem al sistemului de sănătate, care cuprinde ansamblul elementelor şi relaţiilor care influenţează starea de sănătate a indivizilor şi populaţiilor. Alături de serviciile de sănătate, factorii majori care influenţează starea de sănătate sunt cei comportamentali, de mediu şi biologici.

În cele ce urmează vor fi prezentate în sinteză caracteristicile sistemului serviciilor de sănătate din România din punctul de vedere al macrostructurii, adică distribuţia globală a funcţiilor între principalele categorii de organizaţii din sistem, legăturile de autoritate şi responsabilitate între acestea şi cu lumea exterioară, şi circumstanţele strategice ale acestor organizaţii, în primul rând, gradul de competiţie căruia trebuie să îi facă faţă. Descrierea se bazează pe prezentări mai ample ale organizării sistemului îngrijirilor de sănătate din România şi ale evoluţiei acestuia, cuprinse în OMS 2000, Bara 2003, Kennelly 2005, pe prevederile din legislaţia foarte bogată în domeniu din ultimii zece ani, precum şi pe date din statistica oficială.

3.1. Evoluţia sistemului serviciilor de sănătate din România

Sistemul serviciilor de sănătate din România se găseşte spre finalul unei tranziţii prelungite de la un model integrat, în care majoritatea organizaţiilor furnizoare de asistenţă medicală erau în proprietate publică, sub autoritatea Ministerului Sănătăţii, încadrate cu personal angajat al statului, către un model contractual finanţat predominant din surse publice, în care majoritatea furnizorilor de servicii de sănătate privaţi sau publici, cu un grad crescut de autonomie, încheie contracte obligatorii cu casele de asigurări de sănătate. Aceste contracte se bazează pe un contract-cadru, prin care statul, în consultare cu reprezentanţii principalelor categorii de furnizori, reglementează condiţiile de acordare a serviciilor medicale.

Modelul integrat al sistemului îngrijirilor de sănătate din România a fost introdus prin Legea organizării sanitare din 1949, fiind inspirat de sistemul de sănătate conceput de Semaşko în Uniunea Sovietică. Acesta avea ca scop un nivel ridicat de echitate şi se baza

în teorie pe principiile acoperirii universale a populației și accesului fără plată la servicii, dar lăsa utilizatorului foarte puțină libertate de a alege într-un sistem extrem de standardizat, centralizat și strict reglementat. Sistemul sanitar din România, până în 1990, a avut caracteristici tipice ale modelului Semașko: finanțarea de către stat, planificarea centralizată, administrarea rigidă și monopolul statului asupra serviciilor medicale. Se remarcă absența furnizorilor privați de servicii (aceste forme de organizare fiind desființate sau naționalizate) și statutul de funcționar public al profesioniștilor din sănătate. Sistemul pus în practică până în 1990 se abătea însă atât în România cât și în celelalte țări socialiste de la caracteristicile postulate de Semașko.

Astfel, accesul liber și egal pentru toți cetățenii și eficiența teoretică a unui sistem construit pe principii exclusiv teritoriale au fost contrazise în practică de caracteristici cum au fost:

a) existența unor rețele paralele de furnizori de servicii, bazate pe principiul locului de muncă (de ex. dispensare de întreprindere, spitale ale unor ministere cu rețele proprii);

b) păstrarea unor elemente ale sistemului contributiv, de asigurări și excluderea de la accesul liber a unor categorii (de ex. țărani neincluși în structuri colective), care în anumite perioade cel puțin, au fost obligate sa plătească cel puțin o parte a serviciilor;

c) existența unor plăti directe formale (reintrodusă în România pentru unele servicii din 1983) și mai ales accentuarea plăților informale sau ignorarea regulilor de trimitere a pacienților, odată cu erodarea bazei economice a sistemului (Mihalyi, 2004).

După 1990, au existat presiuni majore pentru schimbare, datorate calității slabe a serviciilor de sănătate și deteriorării progresive a stării de sănătate, datorate subfinanțării, ineficienței, normelor rigide, absenței concurenței și inițiativei individuale. La rândul lor, acestea au dus la un exces de unități spitalicești, cu echipamente medicale neadecvate, acces insuficient la medicamente moderne, servicii preventive insuficiente, creșterea inechității în furnizarea asistenței medicale între regiuni și între diferite grupuri sociale.

Înlocuirea sistemului integrat a fost inițial lentă și necoordonată, principala schimbare, la începutul anilor '90, fiind liberalizarea furnizării serviciilor medicale, prin autorizarea funcționării entităților private. Schimbarea radicală a naturii sistemului îngrijirilor de sănătate s-a produs după 1998, odată cu renunțarea la finanțarea preponderentă din impozite și taxe generale, și trecerea la un sistem de asigurări sociale de sănătate, obligatorii. Simultan cu schimbarea mecanismului de finanțare au fost modificate și elemente cheie legate de organizarea furnizorilor de servicii și principalele structuri de conducere și reglementare ale sistemului. Sistemul de asigurări sociale de sănătate, modelul Bismarck, nu este complet nou pentru România. Au existat, între primul și cel de al doilea război mondial, asigurări de sănătate pentru angajații din întreprinderile industriale, comercianți, funcționari și familiile lor, precum și pentru liberi profesioniști. Totuși, asigurații reprezentau numai aproximativ 5% din întreaga populație.

Schimbările de organizare au fost precedate de modificări legislative apărute după 1995, care au stabilit cadrul pentru trecerea la un sistem de asigurări sociale de sănătate, mult mai descentralizat și pluralist, cu relații contractuale între casele de asigurări de sănătate (cumpărători de servicii) și furnizorii de servicii de sănătate. În primul val de modificări legislative, cele mai importante au fost Legea 74/1995 privind organizarea Colegiului Medicilor, legea 145/1997 privind asigurările sociale de sănătate, Legea 100/1997 privind sănătatea publică, Legea 146/1999 privind organizarea spitalelor și Ordonanța de urgență 152/1999 privind produsele farmaceutice de uz uman. Au urmat apoi numeroase amendamente ale acestor legi, cele mai notabile modificări fiind făcute în

domeniul asigurărilor sociale de sănătate prin Ordonanța 150/2002, iar în domeniul organizării spitalelor, de Legea 270/2003. O relansare a procesului de reformă, cu revizuirea cuprinzătoare a legislației din domeniul sănătății, este în curs, prin procesul de aprobare și punere în practică a Legii 95/2006.

Începând cu 1999, principalele organizații implicate în sistemul de servicii de sănătate sunt:

- Ministerul Sănătății și direcțiile de sănătate publică județene;
- Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS), casele de asigurări de sănătate județene și două case de asigurări ale ministerelor cu rețea proprie de unități medicale – transporturi și, respectiv, armată, ordine publică, siguranță națională și justiție;
- Colegiul Medicilor din România (CMR) și colegiile județene ale medicilor precum și organizațiile similare ale celorlalte profesiuni din sectorul de sănătate înființate ulterior: Colegiul Farmaciștilor din România (CFR), Colegiul Medicilor Dentiști din România (CMDR) Ordinul Asistenților Medicali și Moașelor din România (OAMMR) și Ordinul Biochimiștilor, Biologilor și Chimiștilor (OBBC);
- alte ministere și structuri ale autorităților locale (consilii locale, primării, prefecturi) cu competențe specifice în probleme de sănătate;
- alți furnizori de servicii de sănătate publică: institute de sănătate publică, alte institute;
- principalii furnizori de servicii de sănătate individuale: cabinete medicale, spitale, centre medicale, de diagnostic și tratament, laboratoare medicale și farmacii.

Structura sistemului este în prezent mai pluralistă și complexă față de sistemul mult mai centralizat și standardizat anterior, în care furnizorii erau aproape în totalitate în proprietatea statului, într-o structură piramidală de comandă și control, condusă de Ministerul Sănătății, având ca reprezentant la nivel local direcții sanitare județene, și integrând organizațional și financiar majoritatea serviciilor în spitalele teritoriale aflate în subordinea direcțiilor sanitare județene.

3.2. Structuri de conducere, reglementare și finanțare

Ministerul Sănătății a devenit din 1999 un organism cu rol preponderent de planificare și coordonare a politicilor, responsabilitatea legată de finanțarea serviciilor de sănătate trecând în cea mai mare parte la CNAS. Denumirea acestui minister a fost schimbată în 2001 în Ministerul Sănătății și Familiei, s-a revenit la Ministerul Sănătății în 2005, iar prin Legea 95/2006 se trece la Ministerul Sănătății Publice.

Având rolul de autoritate centrală în domeniul sănătății publice, principalele responsabilități ale Ministerul Sănătății Publice sunt următoarele:

- elaborează, implementează și evaluează politici și strategii în domeniul sănătății;
- definește și îmbunătățește cadrul legal pentru sănătatea publică și sistemul serviciilor de sănătate;

- elaborează reglementări privind organizarea şi funcţionarea serviciilor de asistenţă medicală, atât publice cât şi private, a serviciilor de sănătate publică, a protecţiei şi promovării sănătăţii, distribuţiei medicamentului;
- evaluează şi monitorizează starea de sănătate a populaţiei, organizează şi coordonează inspecţia sanitară de stat, reţeaua de promovare a sănătăţii, sistemul naţional de supraveghere şi control al bolilor şi sistemul informaţional privind sănătatea publică;
- administrează şi evaluează programele de sănătate pe care le finanţează din bugetul de stat; aceste programe naţionale au drept scop promovarea sănătăţii, prevenirea bolilor, anumite servicii medicale, sprijin pentru procesul de pregătire profesională;
- finanţează construcţiile şi achiziţionarea de echipament medical de înaltă tehnologie;
- elaborează şi coordonează aplicarea strategiilor în domeniul resurselor umane în sănătate.

La nivel local, Ministerul Sănătăţii Publice acţionează prin intermediul autorităţilor de sănătate publică judeţene şi a municipiului Bucureşti, servicii publice deconcentrate cu personalitate juridică, subordonate ministerului. Principalele atribuţii ale acestor autorităţi sunt următoarele:

- aplică politica şi programele naţionale de sănătate publică pe plan local;
- colectează şi înregistrează date privind sănătatea populaţiei, pe baza cărora identifică riscuri şi problemele locale prioritare de sănătate publică;
- controlează aplicarea normelor de funcţionare a unităţilor medicale şi farmaceutice, indiferent de forma de organizare;
- organizează activităţile de prevenire a îmbolnăvirilor şi de promovare a sănătăţii la nivel local;
- intervin în rezolvarea problemelor de sănătate publică apărute în rândul persoanelor aparţinând grupurilor defavorizate.

Aceste autorităţi sunt rezultatul reorganizării direcţiilor de sănătate publică judeţene (DSPJ), care la introducerea sistemului de asigurări sociale de sănătate, în 1999, au preluat o parte din atribuţiile direcţiilor sanitare judeţene, care până la acea dată aveau rolul major atât în conducerea unităţilor medicale publice, cât şi în finanţarea serviciilor. Faţă de DSJ, atribuţiile DSPJ s-au dezvoltat în domeniul reglementării şi controlului furnizorilor publici şi privaţi, precum şi al funcţiilor de sănătate publică, dar s-au redus semnificativ în privinţa autorităţii de conducere directă şi finanţare a furnizorilor de servicii medicale.

Casa Naţională de Asigurări de Sănătate (CNAS), prin casele de asigurări de sănătate judeţene şi a municipiului Bucureşti, precum şi Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti şi Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcţiilor şi Turismului gestionează fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate. Acest fond este principalul instrument de finanţare a serviciilor de sănătate în România – peste 80% din totalul fondurilor publice pentru sănătate au fost alocate anual prin casele de asigurări de sănătate de la înfiinţarea acestora în 1999. Detalii asupra modului de finanţare a serviciilor sunt prezentate în capitolele următoare.

CNAS este o instituţie publică, autonomă, de interes naţional, cu personalitate juridică, care funcţionează pe baza statutului propriu, aprobat prin hotărâre a guvernului. Organele de conducere ale CNAS sunt adunarea reprezentanţilor, consiliul de administraţie, preşedintele, comitetul director, doi vicepreşedinţi şi directorul general. Principalul rol al CNAS este să asigure funcţionarea unitară şi coordonată a sistemului de asigurări sociale de sănătate din România. Instrumentul folosit pentru definirea unitară a condiţiilor privind acordarea asistenţei medicale din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate este contractul-cadru, al cărui proiect îl elaborează CNAS şi care se prezintă de către Ministerul Sănătăţii Publice spre aprobare guvernului. În elaborarea contractului-cadru, CNAS consultă CMR, CMDR, CFR, OAMMR, OBBC, precum şi organizaţiile patronale şi sindicale reprezentative din domeniul medical. Consultarea organizaţiilor profesionale reprezentative în elaborarea contractului-cadru a înlocuit, odată cu aplicarea ordonanţei de urgenţă 150/2002, procesul de negociere a contractului-cadru între CNAS şi CMR, aplicat cu dificultate şi rezultate nesatisfăcătoare în primii ani de funcţionare a sistemului de asigurări.

Casele de asigurări de sănătate judeţene (CASJ) sunt instituţii publice, cu personalitate juridică, cu bugete proprii, în subordinea CNAS. Organele de conducere ale CASJ sunt consiliul de administraţie şi preşedintele-director general. Principalul rol al CASJ este contractarea de servicii de sănătate pentru asiguraţi de la furnizori publici şi privaţi, în baza condiţiilor de furnizare şi plată stabilite la nivel naţional prin contractul-cadru şi normelor sale de aplicare. CASJ mai au atribuţii şi în colectarea contribuţiilor de asigurări de sănătate, dar acest rol este mult mai limitat faţă de perioada 1999-2002, această activitate fiind preluată în cea mai mare parte de Ministerul Finanţelor Publice, prin Agenţia Naţională de Administrare Fiscală.

Alte structuri ale administraţiei publice implicate în reglementarea, conducerea şi finanţarea sistemul de servicii de sănătate sunt:

- Ministerul Finanţelor Publice, care are responsabilitatea coordonării procesului de pregătire a legii bugetului, execuţiei bugetului de stat şi a monitorizării cheltuielilor efectuate din fondurile publice, inclusiv fondul de asigurări sociale de sănătate, în conformitate cu reglementările în vigoare; în punerea în practică a sistemului de asigurări sociale de sănătate, rolul acestui minister în deciziile de alocare a resurselor a fost mai mare decât cel anticipat în perioada pregătirii şi aprobării Legii 145/1997 (Kennelly, 2005);
- alte ministere cu competenţă în probleme de sănătate: Ministerul Transporturilor, Ministerul Apărării Naţionale, Ministerul Administraţiei şi Internelor, Ministerul Justiţiei şi Serviciul Român de Informaţii care au în subordine unităţi medicale proprii - spitale, centre de diagnostic şi tratament, dispensare;
- primarii şi consiliile locale au un rol în administrarea şi finanţarea unităţilor de interes local, ale căror clădiri fac parte din patrimoniul public al unităţilor administrativ-teritoriale.

În domeniul autorizării, controlului şi supravegherii profesiilor de medic, medic dentist şi farmacist, ca profesii liberale, autoritatea de stat deleagă unele responsabilităţi organismelor profesionale – Colegiul Medicilor din România (CMR), Colegiul Medicilor Dentişti din România (CMDR) şi Colegiul Farmaciştilor din România (CFR). Acestea sunt organisme profesionale, apolitice, fără scop patrimonial, de drept public, organizate la nivel naţional şi colegii teritoriale judeţene, respectiv ale municipiului Bucureşti. Colegiile teritoriale au personalitate juridică, patrimoniu şi buget propriu, precum şi autonomie

funcțională, organizatorică și financiară. Colegiile respective cuprind toți medicii, medicii dentiști și farmaciștii care își exercită profesia în România.

Principalele atribuții ale CMR, CMDR și CFR sunt următoarele:

- asigură în colaborare cu Ministerul Sănătății Publice, controlul aplicării regulamentelor și normelor care organizează și reglementează exercitarea profesiilor respective, indiferent de forma de exercitare și de unitatea sanitară în care se desfășoară;
- întocmesc și actualizează permanent Registrul unic al profesiilor respective din România;
- dezvoltă metodologii, inițiază și elaborează ghiduri și protocoale de practică;
- organizează judecarea cazurilor de abateri de la normele de etică profesională și a cazurilor de greșeli în activitatea profesională, în calitate de organ de jurisdicție profesională;
- avizează înființarea cabinetelor medicale și participă, prin reprezentanți, la concursurile organizate pentru ocuparea posturilor din unitățile sanitare publice;
- colaborează la formarea, specializarea și perfecționarea pregătirii în respectivele profesii;
- participă la elaborarea metodologiei de acordare a gradelor profesionale;
- inițiază și promovează forme de educație continuă și de ridicare a gradului de competență profesională a membrilor lor, împreună cu alte organizații cu atribuții desemnate de Ministerul Sănătății Publice;
- urmăresc realizarea cerințelor de educație continuă necesare reavizării;
- sunt consultate în elaborarea contractului-cadru și normelor cu privire la condițiile de acordare a serviciilor în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

3.3. Organizarea furnizorilor de servicii de sănătate

În asistența medicală primară serviciile sunt furnizate în prezent de medicii de familie. Cel mai frecvent tip de organizare la acest nivel este cabinetul medical individual (peste 9000), dar există și un număr redus de societăți civile medicale (numai 20 în 2003). Acest mod de organizare diferă substanțial de cel anterior anului 1998, în care asistența medicală primară era furnizată printr-o rețea de aproximativ 6000 de dispensare de diferite tipuri: teritoriale (aproximativ 4000 până în 1998), de întreprindere și școlare. Dispensarele erau cuprinse în structura spitalelor, care administrau și fondurile pentru asistența medicală primară. Pacienții nu își puteau alege dispensarul, ci erau repartizați la un anumit dispensar în funcție de locul de muncă sau de rezidență. Începând cu 1998, pacienții au dobândit dreptul de a-și alege și schimba medicul de familie. Alegerea medicului de către pacient și plată prin capitație, în funcție de numărul de pacienți înscriși, sunt principalul mecanism prin care a fost introdusă competiția între furnizorii de asistență primară. S-a încercat, de asemenea, creșterea rolului medicului de familie în controlul accesului la celelalte tipuri de servicii medicale. Concomitent cu trecerea la sistemul de asigurări de sănătate, medicii de familie au trecut de la statutul de salariați în instituții publice la cel de furnizori independenți, care își administrează cabinetele în regim privat și intră în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate. Clădirile și echipamentele, care au rămas în proprietatea publică, de obicei a autorităților locale, au fost date în folosință medicilor, inițial în

comodat, pe o perioadă de până la 5 ani. Din 2004, spațiile în care funcționează cabinetele pot fi concesionate pe perioade mai lungi, cu prețuri plafonate în primii 5 ani. Majoritatea celor aproximativ 300 de dispensare existente încă în anul 2003 aparțin ministerelor care și-au păstrat propria rețea medicală și funcționează în cadrul instituțiilor militare, căilor ferate sau porturilor, furnizând servicii de sănătate specifice angajaților din aceste instituții. În afară de unitățile enumerate mai sus, existau în anul 2004 și aproximativ 1000 de cabinete private de medicină generală cu servicii plătite direct de către pacient.

Serviciile ambulatorii de specialitate sunt furnizate de cabinete medicale de specialitate individuale (aproape 1200 în 2004), ambulatorii de specialitate ale spitalelor (aproximativ 400), precum și un număr mai redus de centre de diagnostic și tratament, centre medicale de specialitate și societăți civile medicale de specialitate. Acești furnizori au apărut în urma reorganizării policlinicilor, odată cu trecerea la contractarea de servicii de către casele de asigurări de sănătate. Spre deosebire de alocarea teritorială a pacienților în fostele policlinici, pacienții au în prezent dreptul de a alege medicul specialist din ambulatoriul la care se adresează, pe bază de trimitere de la medicul de familie sau direct, în cazul unor boli care necesită monitorizare periodică de specialitate.

În domeniul serviciilor ambulatorii de specialitate este foarte bine reprezentat sectorul privat, cu plată directă de către pacient, existând aproximativ 4000 de cabinete medicale de specialitate private și peste 100 de centre medicale private. Servicii paraclinice sunt oferite de peste 400 de laboratoare medicale private, o parte a serviciilor acestora fiind rambursate de casele de asigurări de sănătate.

În asistența medicală spitalicească, spre deosebire de serviciile ambulatorii, marea majoritate a furnizorilor de servicii sunt instituții publice. În anul 2004, în România, existau 416 spitale publice și doar 9 spitale private (INS, 2006). Acestea se pot încadra în diferite categorii în funcție de teritoriul acoperit (spitale județene, municipale, orășenești sau rurale), de numărul și tipul specialităților din structură (spitale generale, spitale de specialitate, spitale de urgență), de desfășurarea de activități de cercetare și învățământ (spitale clinice de tip general sau institute clinice de specialitate), sau de durată tipică a internărilor (spitale pentru îngrijiri ale afecțiunilor de tip acut sau pentru îngrijiri de lungă durată).

Numărul de spitale s-a modificat foarte puțin după 1990: în 1990 erau 423 de spitale publice, numărul lor a scăzut la aproximativ 415 spitale în perioada 1994-1998, a crescut până la un maxim de 442 în 2001-2002 (mai ales prin desprinderea unor institute clinice din spitalele universitare mari, proces stimulat și de schimbarea modalității de plată), pentru a scădea apoi din nou, în special prin transformarea unor spitale mici în unități medico-sociale. Numărul de paturi în spitale a scăzut însă, în aceeași perioadă, cu peste 30%, de la 207 mii în 1990, la 142 mii în 2004. Raportat la numărul populației, scăderea a fost de la 8,9 la 6,5 la 100000 de locuitori. Au existat două momente de reducere pronunțată, de peste 25000 de paturi, unul în 1992, celălalt în 2001-2002. Aceste reduceri au fost orientate în general spre unitățile și secțiile cu grad redus de ocupare a paturilor, consecința în special a unor schimbări în profilul patologiei și progresului mijloacelor terapeutice. Luând în considerare doar densitatea paturilor în spitale pentru îngrijiri ale afecțiunilor de tip acut, 4,4 la 1000 de locuitori în 2004, România este foarte aproape de media Uniunii Europene (4,1 la 1000 de locuitori în 2004), și sub media regiunii europene a OMS (5,5 la 1000 de locuitori în 2004). Este de menționat că în unele țări din UE numărul de paturi a fost în scădere progresivă din anii 80, iar acest proces s-a manifestat în toate țările UE și în Europa Centrală și de Est după 1990.

4. ORGANIZAREA SPITALULUI – STRUCTURI SPITALICEŞTI. ASPECTE LEGISLATIVE

Dr. Cristina Pavel

Spitalele reprezintă un sector sensibil şi strategic al sănătăţii în orice ţară. Este un domeniu care suscită numeroase presiuni în toate ţările lumii, mai ales în ţările în dezvoltare sau în tranziţie ce trebuie să facă faţă la numeroase schimbări. Reducerea efectivelor, raţionalizarea şi ameliorarea gestiunii sunt obiective principale ale reformelor. În fapt directorii de spital trebuie să rezolve două probleme majore. Prima, este impactul diferitelor configuraţii ale spitalelor asupra echităţii, accesului, calităţii şi eficienţei, iar a doua, obţinerea celor mai bune rezultate cu resursele alocate.

4.1. Formă de proprietate

În asistenţa medicală spitalicească din România marea majoritate a furnizorilor de servicii sunt instituţii publice. Această situaţie se regăseşte în majoritatea ţărilor din Europa de Est, fostul bloc comunist, principala motivaţie pentru refuzul privatizării fiind acela că serviciile medicale ar deveni în scurt timp inaccesibile celor cu venituri reduse. Ca urmare, în anul 2004, în România, existau 416 de spitale publice şi doar 9 spitale private (INS, 2006).

Până în 1992, toate spitalele se aflau în subordinea directă a Ministerului Sănătăţii, respectiv a direcţiilor de sănătate publică judeţene. Ulterior, în marea majoritate a cazurilor, dreptul de proprietate asupra mijloacelor fixe ale spitalelor a fost transferat autorităţilor locale. Un anumit număr de spitale de înaltă performanţă sau supraspecializate, institute medicale, centre şi institute pentru educaţia continuă a medicilor au rămas însă direct sub autoritatea Ministerului Sănătăţii.

Dezavantajul în această situaţie este dat de faptul că municipalităţile, ca proprietari ai spitalelor, nu au avut nici motivaţia, nici instrumentele sau capacitatea necesară pentru a trage la răspundere spitalele pentru performanţa lor. Aceasta se referă atât la performanţa financiară cât şi la calitatea serviciilor acordate. De vreme ce autorităţile locale nu sunt nici finanţatorii serviciilor de sănătate şi nici nu au control asupra investiţiilor de capital, le lipsesc instrumentele prin care ar putea influenţa activitatea spitalelor.

4.2. Clasificare

Clasificarea spitalelor pe categorii există de mulţi ani, economiile centralizate din fostele ţări comuniste sau ţări cu regim dictatorial impunând clasificarea ca pe un mijloc de control de la nivel central.

O ierarhizare clasică, frecventă în literatură împarte spitalele în trei categorii:

1. spitale de îngrijiri terţiare,
2. spitale de îngrijiri secundare
3. spitale comunitare.

Spitalele terţiare sunt considerate cele care oferă servicii complexe, cu tehnologie ultraperformantă. Conceptul se bazează pe premiza că expertiza şi echipamentele foarte scumpe ar trebui concentrate numai în anumite unităţi cărora să li se adreseze pacienţii necesitând îngrijiri specializate. Rolul acestor spitale terţiare este însă contestat, având în

vedere monopolul pe care îl creează asupra altor spitale cu atribuţii de învăţământ şi cercetare, prezentând cazuri atipice de patologie. De asemenea, de multe ori, în astfel de spitale, sunt trataţi pacienţi care nu necesită îngrijiri atât de complexe şi costisitoare.

Separarea între spitalele de îngrijiri secundare şi cele terţiare devine din ce în ce mai neclară, în special în ţările dezvoltate. În primul rând, dezvoltarea tehnologiei (miniaturizare) simplifică foarte mult diagnosticul şi tratamentul. În al doilea rând, este din ce în ce mai dificil de apreciat lărgimea grupului populaţional căruia i s-ar putea adresa un spital terţiar supraspecializat şi localizarea adecvată a acestuia, pentru a fi accesibil tuturor solicitanţilor. În al treilea rând, modelul de educaţie medicală dintr-un spital terţiar, care concentrează cazurile cele mai severe şi neobişnuite, nu reprezintă un model pentru pregătirea majorităţii personalului medical ce urmează a practica în medicina primară şi ambulatorie.

Spitalele comunitare reprezintă acele spitale organizate în zone slab populate sau izolate, furnizând servicii diagnostice de bază şi intervenţii chirurgicale minore. În multe ţări, astfel de spitale se închid, fiind înlocuite fie cu ambulanţe aeriene, fie cu îngrijiri la domiciliu. Câteva studii însă au arătat că, în zonele unde există încă spitale comunitare, rata de internări în spitalele secundare şi terţiare este cu până la 50% mai mică decât în zonele unde nu există astfel de spitale, la nivel general însă rata tuturor internărilor fiind cu 6% mai mare (McKee, M., Healy, J. 2002). Aceste rezultate pledează pentru utilizarea spitalelor comunitare ca mijloc de reducere a duratei de spitalizare în spitalele mari şi chiar în cele de recuperare, în special pentru pacienţii în vârstă.

După 1990, în România, existau spitale mici în regiunile slab populate, spitale mari, universitare în zonele urbane, spitale specializate pe criterii clinice sau sociale, uneori politice (spitale de psihiatrie, spitale de tuberculoză, spitale de recuperare).

Problemele generate de formele de organizare au fost rezolvate ad-hoc de-a lungul timpului, prima mare revizuire a clasificării spitalelor fiind făcută prin Legea spitalelor din anul 2003. În 2006, legea reformei spitalelor preia o parte din clasificarea precedentă, încadrând spitalele pe criterii de teritorialitate, specificul patologiei, regimul proprietăţii, şi din punct de vedere educaţional. Conform acestor criterii, spitalele se împart în: regionale, judeţene, locale, de urgenţă, generale, de specialitate, pentru bolnavi cu afecţiuni cronice, clinice, clinice universitare, institute şi centre medicale clinice, unităţi de asistenţă medico-socială, sanatorii, preventorii şi centre de sănătate.

Această clasificare comportă mai multe neajunsuri printre care:

- conform definiţiei internaţionale a spitalului, unitate care acordă îngrijiri medicale asociate stărilor acute, unele unităţi nu se includ în categoria spitale, cum ar fi sanatoriile, preventoriile, unităţile medico-sociale, centrele de sănătate;
- nu este definit clar scopul în care se face această clasificare;
- nu sunt definite clar delimitările între diferitele categorii, ceea ce face ca aceeaşi instituţie să poată fi regăsită în mai multe categorii (un spital poate fi, în acelaşi timp, regional, de specialitate şi clinic, dar se poate numi şi institut);
- definirea unor spitale strict de urgenţă este puţin utilizată în alte ţări, în majoritatea cazurilor toate spitalele având capacitatea de a acorda servicii în regim de urgenţă, excepţie făcând zonele în care spitalele sunt localizate în vecinătate apropiată, caz în care unele pot fi excluse de a acorda servicii de urgenţă.

Este evident că spitalele ar trebui să funcţioneze ca o reţea foarte bine organizată, în care fiecare să aibă roluri şi funcţii diferite. De asemenea, ar fi de preferat ca pacienţii să primească îngrijiri complexe fără a fi necesară mutarea de la un spital la altul. Totuşi, în unele cazuri, concentrarea anumitor servicii într-o singură unitate este de preferat, având în vedere că un volum mare de prestaţii garantează o calitate mai bună a rezultatelor şi economii de scală.

De cele mai multe ori însă spitalele speră ca printr-o nouă clasificare să îşi îmbunătăţească statutul şi/sau situaţia financiară.

Cu toate acestea, în ţările cu sisteme de sănătate bine organizate, clasificarea spitalelor a fost abandonată, fiind păstrată numai pentru anumite servicii (unităţile de terapie intensivă, serviciile de urgenţă) sau din motive de finanţare.

Având în vedere cele de mai sus, ar fi de preferat ca, şi în România, spitalele să fie încurajate în a-şi administra propriile roluri prin colaborare cu spitalele învecinate.

Pentru aceasta, este însă necesară garantarea funcţionării spitalelor la standarde specifice şi a certificării calităţii serviciilor furnizate. Astfel, conform prevederilor Legii reformei în domeniul sănătăţii din 2006, după obţinerea autorizaţiei de funcţionare, spitalele sunt obligate să intre în procedura de acreditare coordonată de Comisia Naţională de Acreditare a Spitalelor. Procedura se iniţiază la cererea spitalului şi nu poate depăşi 5 ani, neobţinerea acreditării după această perioadă ducând la desfiinţarea spitalului. Acreditarea este valabilă 5 ani, iar lista cu unităţile acreditate şi categoria acreditării se publică în Monitorul Oficial al României.

4.3. Organizare

Organizarea spitalelor poate fi caracterizată pe baza a 5 elemente care definesc statutul unui spital prin amestecul între public bugetar şi organizaţie privată. Cele cinci elemente sunt: autonomia în conducere, riscul financiar, responsabilitatea financiară, responsabilitatea organizaţională şi funcţiile sociale. În Tabelul I.1. se poate vedea că, la extreme, o organizaţie bugetară are autonomie limitată şi risc financiar foarte scăzut cu un control ierarhic direct asupra responsabilităţii organizaţionale, în timp ce o organizaţie privată are drepturi depline de decizie, dar şi riscuri financiare în funcţie de performanţă.

Tabelul I.1. Elementele ce caracterizează statutul unui spital

	Public bugetar		Organizaţie privată
Autonomie în conducere	**Puţine drepturi de decizie**	**X**	**Autonomie totală**
Risc financiar	**Inexistent**	**X**	**Risc total funcţie de performanţă**
Responsabilitatea financiară	**Administrare publică**	**X**	**Administrare la nivelul organizaţiei**
Responsabilitate organizaţională	**Control ierarhic direct**	**X**	**Reglementări şi contracte**
Funcţii sociale	**Nu există finanţare explicită**	**X**	**Mandat explicit finanţat**

Sursa: McKee, M. and Healy, J. 2002

4.3.1.Autonomia în conducere

Fiind recunoscute ca mari consumatoare de resurse, s-a considerat că acordarea unei mai mari autonomii spitalelor reprezintă strategia cheie pentru obținerea de servicii adecvate cu minimum de resurse. Această autonomie se referă la dreptul conducerii spitalului de a lua decizii asupra forței de muncă, veniturilor, rezultatelor, prețurilor și procesului de management în sine.

În România, pentru prima dată, în 1992, Legea administrației publice locale proclama principiile autonomiei locale și ale descentralizării serviciilor publice. În fapt, responsabilitățile au fost atribuite unor organisme tot din cadrul sistemului, nu din afara lui, prin trecerea direcțiilor de sănătate publică în subordinea prefecturilor.

Din 1999, conform Legii spitalelor, acestea au fost proclamate instituții autonome. Conducerea era realizată de un consiliu de administrație numit de proprietar, iar membrii consiliului erau reprezentanți ai autorităților legale, personal și sindicate. Managementul operațional era asigurat de un consiliu director constituit dintr-un director general, un director adjunct, un director de nursing și un contabil.

După desființări și reînființări succesive ale consiliului de administrație (2001, 2003, 2006), conform legii reformei din 2006, spitalul este condus de un manager, obligatoriu cu studii superioare și cursuri de perfecționare în management. În cadrul spitalelor publice funcționează un comitet director și un consiliu consultativ care înlocuiește consiliul de administrație. Comitetul director este format din managerul spitalului, directorul medical, directorul de cercetare-dezvoltare, directorul financiar-contabil și directorul de îngrijiri. Consiliul consultativ are rolul de a face recomandări managerilor privind probleme de strategie și organizare și este constituit din reprezentanți ai ministerelor, autorității locale, universităților, mediului de afaceri, sindicatelor.

Managerul spitalului încheie un contract de management cu ministerul pe o perioadă de 3 ani. Șefii de secții, laboratoare sau servicii din cadrul spitalului, la rândul lor, încheie contracte de administrare cu managerul spitalului tot pe o perioadă de 3 ani.

Managerul spitalului are libertatea de a lua decizii privind personalul spitalului, propune structura organizatorică, numește membrii comitetului director, elaborează bugetul propriu și negociază contractele de furnizare de servicii cu finanțatorii pe baza indicatorilor stabiliți.

Posibilitatea directorilor de spital de a avea mai multă flexibilitate și spațiu de acțiune le-a permis să-și folosească inițiativa și, în numeroase circumstanțe, i-a stimulat să acționeze fără a avea nevoie să ceară mai întâi permisiunea. Această libertate de acțiune nu a însemnat însă exonerarea de răspundere a directorilor pentru acțiunile lor.

Resursele umane reprezintă unul din cele mai importante elemente de evaluare în procesul autonomiei spitalelor. În perioada comunistă, clinicienii erau angajați ai statului și plătiți pe bază de salarii. Peste tot, numărul personalului și nivelul salariilor erau planificate centralizat, iar reglementările includeau numărul angajaților, al numirilor, nivelele remunerațiilor și concedierile.

În prezent, spitalele contractează direct cu angajații, dreptul de decizie, angajare și concediere fiind transferat managerului spitalului. În practică, însă, mai există constrângeri cum ar fi piața muncii, presiunile politice, constrângerile financiare. Legislația muncii a rămas la fel de inflexibilă, impunând ca normă contracte pe perioadă nedeterminată, iar nivelul remunerației se stabilește potrivit legii. De asemenea, autonomia managerului este limitată de presiunile sindicale. Toate aceste constrângeri limitează posibilitățile

managerului de recompensare a personalului pentru performanța individuală și favorizează perpetuarea plăților informale.

Până în 1999, contrar situației resurselor umane, spitalele nu aveau nici un drept de decizie privind mijloacele fixe și investițiile de capital, nici măcar de principiu. Deciziile privind mijloacele fixe erau acoperite de proprietari, stat sau autoritățile locale.

Pentru prima, dată conform Legii spitalelor din 1999, spitalelor li s-a permis să închirieze, să acorde în leasing sau să vândă părți din clădiri, cu acordul Ministerului Sănătății, fondurile rezultate fiind incluse în bugetele locale, exclusiv pentru achiziția de echipament medical.

Deși bugetul de stat continuă să asigure contribuții pentru investiții de capital, cum ar fi construcția de facilități și echipamentul de înaltă performanță, conform legii reformei din 2006, spitalele pot constitui un fond de dezvoltare ce se poate utiliza pentru dotarea spitalului.

Referitor la toate celelalte achiziții, de tip medicamente, materiale spitalul are autonomie deplină, cu respectarea reglementărilor naționale privind achizițiile. Excepție au făcut unele achiziții de medicamente și materiale sanitare, pentru care, în unii ani, s-au organizat licitații centralizate (2004). De asemenea, spitalele au dreptul de a-și stabili prețuri proprii pentru serviciile furnizate, cu excepția contractelor cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

Inevitabil, există și dezavantaje sau riscuri pe care le poate genera o autonomie locală accentuată. Administrarea locală poate creşte riscul de erori, de faliment bancar sau de şantaj politic. Deşi planificarea ar trebui să fie un proces local, putând astfel răspunde cel mai bine la nevoilor populației, prin administrare locală, echitatea poate fi amenințată. În condițiile unor resurse limitate, ar putea fi încurajate servicii medicale mai ieftine, inadecvate populației unei regiuni. În plus, fragmentarea potențială a sistemului poate fi urmată de o incoerență în acțiuni la nivel local, care poate afecta chiar starea de sănătate a întregii populații.

De aceea, cel mai adecvat nivel de autonomie nu este acela de „tot sau nimic", ci mai degrabă o atentă definire a distribuției atribuțiilor între central și local, între clinicieni și manageri, între alegerea comunitară și cea individuală și între creşterea libertății managerului și a obligației crescute a acestuia de a răspunde pentru acțiunile sale. Amestecul adecvat și gradul de autonomie trebuie să fie un subiect de evoluție de-a lungul timpului.

4.3.2. Riscul financiar

Riscul financiar datorat performanței spitalului este determinat de mecanismul de plată și de nivelul încasărilor directe de la beneficiarii de servicii de sănătate (pacienți sau companii private).

În România, din 1993, municipalitățile au fost obligate să contribuie cu aproximativ o șesime din fondurile pentru sănătate. Aceste surse fiind folosite în principal pentru aprovizionare cu alimente și reparații curente.

Până în 1996, bugetul pentru sănătate era repartizat, pe capitole bugetare, Ministerului Sănătății și celorlalte ministere cu rețele sanitare proprii. Aceasta împiedica transferul banilor de la un capitol la altul, ei putând fi cheltuiți strict cu scopuri precise, în principal acoperirea salariilor personalului.

În 1997, prin aprobarea Legii asigurărilor sociale de sănătate, s-a implementat un nou sistem de colectare a banilor. Investițiile de capital au continuat a fi acoperite din

fonduri de la bugetul de stat, iar bugetele locale acoperă serviciile medicale pentru cei cu venituri reduse, concedii de maternitate sau concedii pentru îngrijirea copiilor bolnavi. Legea stipulează, de asemenea, separarea între beneficiarii şi furnizorii de servicii de sănătate. Fondul de asigurări de sănătate acoperă doar serviciile curative, în timp ce serviciile de promovarea sănătăţii şi prevenţie sunt acoperite de la bugetul de stat. Finanţarea spitalelor publice este asigurată teoretic, prin bugete globale prospective negociate cu Casa Naţională de Asigurări de Sănătate pe bază de contracte. În practică, bugetele negociate cuprind două componente distincte, salariile personalului şi restul cheltuielilor. Negocierea bugetelor se face pe baza unor indicatori de volum cum ar fi numărul de zile de spitalizare, numărul de cazuri şi tarife medii pe caz, calculate în funcţie de spital şi secţie. Începând din anul 2005, prin dezvoltarea sistemului de finanţare bazată pe caz (DRG), majoritatea spitalelor pentru afecţiuni acute încheie contracte pe baza numărului de cazuri spitalizate şi a tarifelor medii pe grupe de diagnostice. În acest caz, riscul financiar a crescut considerabil pentru spital, fiind dependent de capacitatea spitalului de a raporta date corecte şi complete.

Contractele negociate cu Casa Naţională de Asigurări de Sănătate prevăd indicatori de administrare, ceea ce face ca riscul financiar să fie preluat la nivelul spitalului, crescând motivaţia, atât a conducerii spitalului, cât şi a profesioniştilor, de a îmbunătăţii eficienţa şi eficacitatea serviciilor furnizate.

4.3.3. Responsabilitatea financiară

Responsabilitatea financiară se referă la capacitatea spitalului de a realiza beneficii sau de a administra eventualele deficite.

În condiţiile unei finanţări centrale şi a alocării fondurilor pe categorii, fără posibilitatea schimbării destinaţiei, nu exista motivaţie pentru generarea de beneficii, mai ales că orice fond neutilizat se întorcea la bugetul de stat.

Odată cu introducerea bugetelor globale, spitalul are control asupra activităţii financiare. Experienţa însă a arătat că acest mecanism este eficient dacă bugetul global alocat nu poate fi modificat în cursul unui an. Rectificarea de la jumătatea anului, practicată până în prezent, reprezintă un stimulent negativ pentru obţinerea de surplus. Astfel, în mod repetat, spitalele au înregistrat datorii, în special către furnizorii de medicamente sau materiale sanitare, care, în parte, au fost acoperite din fondurile de asigurări sau bugetul de stat. În puţine cazuri s-a trecut la demiteri ale conducerilor spitalelor, deşi contractele încheiate cu casele de asigurări aveau prevăzuţi indicatori stabiliţi în scop de evaluare.

În majoritatea ţărilor din estul Europei, situaţia este similară, abia în 1998, în Ungaria, proprietarii spitalelor au fost responsabilizaţi pentru pierderile spitalelor şi au fost introduse comisii de supraveghere a spitalelor pe probleme de faliment bancar. Republica Cehă reprezintă singura excepţie, acolo, spitalelor li s-au acoperit datoriile, cu condiţia ca acestea să fie rambursate din profit (McKee, M., Healy, J. 2002).

4.3.4. Responsabilitatea organizaţională

Dacă în sistemul centralizat, public bugetar spitalele erau responsabile pe linie ierarhică directă, în urma modificărilor legii administraţiei din 1992, spitalele sunt responsabile atât faţă de autorităţile publice locale, cât şi faţă de Ministerul Sănătăţii, prin direcţiile judeţene de sănătate publică. Administraţiile locale nu deţin instrumentele şi capacitatea de control pentru evaluarea performanţei financiare şi calităţii serviciilor acordate. Auditul se exercită de către structuri ale Ministerului Sănătăţii, în schimb controlul calităţii serviciilor se face de cele mai multe ori ca urmare a reclamaţiilor sau chiar a influenţelor politice.

Introducerea sistemului de raportare pe baza grupelor de diagnostice a permis introducerea în contractele spitalelor cu casele de asigurări a unor indicatori de activitate şi de calitate, pe baza cărora se negociază bugetul. Totuşi, până în prezent, nu au existat cazuri de refuz al contractării, şi nici schimbări majore în tipurile de servicii furnizate de vreun anumit spital.

Până în prezent, în majoritatea ţărilor din Europa de est, pacienţii sunt excluşi din procesul de decizie, neavând nici măcar rol consultativ la nivelul spitalelor. În plus, nu există stabilit nici un sistem de raportare a reclamaţiilor pacienţilor. Excepţia, în acest sens, o constituie Republica Cehă.

4.3.5. Funcţiile sociale

În România, spitalelor nu le sunt alocate fonduri separate pentru activitatea socială, prin lege având obligaţia de a acorda asistenţă medicală gratuită pentru toate cazurile în regim de urgenţă. Acest fapt a generat pierderi pentru multe spitale. Presiunile sociale, politice şi chiar ale media au amendat externările cazurilor sociale, spitalele menţinând pacienţi sociali, cu riscul nerambursării cheltuielilor.

4.4. Aspecte legislative

Principalele pârghii utilizate pentru a influenţa sau modifica activitatea spitalelor sunt următoarele:

a) organizarea spitalului;

b) mecanismele de plată (modalitatea în care fondurile colectate prin finanţare sunt transferate furnizorilor);

c) reglementările legislative-mecanismele prin care statul exercită constrângeri asupra comportamentului organizaţiilor din sistemul de sănătate; reglementarea se realizează prin acte normative de diferite niveluri.

4.4.1. Definiţii şi clasificări

Actul normativ este izvorul de drept creat de organe ale autorităţii publice, investite cu competenţe normative (parlament, guvern, organe administrative locale), şi cuprinde norme general-obligatorii, a căror aplicare poate fi realizată şi prin intervenţia forţelor coercitive ale statului.

Principalele tipuri de acte normative din sistemul de drept românesc sunt: constituţia, legile, ordonanţele de urgenţă, ordonanţele, hotărârile guvernului, ordinele ale miniştrilor, decizii ale organelor administrative locale.

Constituţia este legea fundamentala a unui stat, constituită din norme juridice, investite cu forţă juridică supremă. Ea reglementează acele relaţii sociale fundamentale esenţiale pentru instaurarea, menţinerea şi exercitarea puterii politice a poporului.

Legile ocupă locul central în sistemul actelor normative şi sunt de mai multe feluri:

- constituţionale – cele prin care se revizuieşte Constituţia; conţin reglementări sociale fundamentale, esenţiale pentru instaurarea, menţinerea şi exercitarea statală a puterii; se adoptă cu votul a cel puţin două treimi din numărul membrilor fiecărei Camere, fiind definitive numai după aprobarea lor prin referendum;
- organice – intervin în domenii rezervate prin art. 73 alin. (3) din Constituţie; se adoptă cu votul majorităţii membrilor fiecărei Camere a Parlamentului;

- ordinare – reglementează relații sociale de mai mică importanță; sunt adoptate cu votul majorității membrilor prezenți din fiecare Cameră a Parlamentului.

Ordonanțele guvernului se emit în baza art. 115 din Constituție. Guvernul poate fi abilitat de către parlament, printr-o lege specială, să emită ordonanțe în domenii care nu fac obiectul legilor organice. Aceste ordonanțe se emit numai în perioada vacanței parlamentare și conțin norme cu putere de lege, instituția ca atare fiind cunoscută în teorie și legislație ca delegare legislativă. Ele sunt analizate de parlament ulterior intrării în vigoare.

Ordonanțele de urgență ale guvernului se emit în temeiul art. 115 alin. (4) din Constituție în mod excepțional, cu motivarea situației care a determinat urgența. Ordonanțele de urgență pot modifica legile organice și sunt aprobate în final printr-o lege.

Hotărârile guvernului se emit pentru organizarea executării legilor. Ele nu pot contraveni sau adăuga la principiile și dispozițiile cuprinse în legi, iar în preambulul lor se menționează legea în baza cărora sunt emise.

Ordinele se emit în baza și pentru executarea legilor, ordonanțelor și hotărârilor guvernului, atunci când, printr-o dispoziție legală, se prevede acest lucru, cu respectarea termenului stabilit în acest scop, și cu indicarea expresă a temeiului legal. Ordinele se elaborează în urma consultării compartimentelor de specialitate din cadrul autorității publice respective, și se semnează numai de către conducătorii autorităților publice emitente.

4.4.2. Modalități de elaborare

Proiectele de acte normative sunt însoțite obligatoriu de un instrument de motivare:

- expunere de motive, în cazul proiectelor de legi și al propunerilor legislative;
- notă de fundamentare, în cazul ordonanțelor, ordonanțelor de urgență și al hotărârilor guvernului;
- referate de aprobare, în cazul ordinelor.

Motivarea actelor normative se referă în principal la:

- cerințele care reclamă intervenția normativă;
- principii de bază și finalitatea reglementării propuse;
- efectele avute în vedere;
- implicații asupra legislației în vigoare;
- pentru ordonanțele de urgență vor fi prezentate distinct împrejurările obiective stringente care au determinat cazul excepțional și care justifică această procedură de legiferare;
- pentru orice proiect, motivarea trebuie să cuprindă o mențiune expresă cu privire la compatibilitatea acestuia cu reglementările comunitare;

Părțile constitutive ale unui act normativ sunt:

- titlul – cuprinde denumirea generică a actului normativ, în funcție de categoria sa juridică, determinată la rândul ei de regimul competențelor stabilit prin Constituție, legi și alte acte normative care acordă prerogative de reglementare juridică autorităților publice;
- formula introductivă – constă într-o propoziție care cuprinde denumirea autorității emitente și exprimarea hotărârii de luare a deciziei referitoare la emiterea actului normativ respectiv;

- preambulul (dacă este cazul) – precedă formula introductivă şi enunţă, în sinteză, scopul reglementării;
- partea dispozitivă – reprezintă conţinutul propriu-zis al reglementarii, alcătuit din totalitatea normelor juridice instituite pentru sfera raporturilor sociale ce fac obiectul acestuia; elementul de bază al părţii dispozitive este articolul, care cuprinde o singură dispoziţie normativă aplicabilă unei situaţii date; în cazul în care din dispoziţia normativă primară a unui articol decurg, în mod organic, mai multe ipoteze juridice, acestea vor fi prezentate în alineate distincte, asigurându-se succesiunea logică a ideilor şi coerenţa reglementarii;
- formula de atestare a autenticităţii actului – aceasta este, de regula: "Această lege a fost adoptată de ... în şedinţa din ..., cu respectarea prevederilor art. 74 alin. (1), sau, după caz, alin. (2) din Constituţia României"; formula este urmată de semnătura preşedintelui Camerei respective.

Conţinutul actului normativ trebuie sistematizat astfel:

- dispoziţii generale sau principii generale;
- dispoziţii privind fondul reglementării;
- dispoziţii tranzitorii;
- dispoziţii finale.

Intrarea în vigoare a unui act normativ se produce, în general, la 3 zile de la data publicării, dacă în conţinutul acestuia nu se prevede altfel.

Ieşirea din vigoare (abrogarea legii) poate fi totală (se abrogă întregul act), sau parţială (se abrogă doar o parte din dispoziţii). De asemenea, abrogarea poate fi expresă (când se precizează în mod formal că un anumit act normativ se abrogă), sau tacită (implicită – când o nouă reglementare conţine dispoziţii incompatibile cu ale unei reglementari vechi, fără a se prevedea în mod expres că se abrogă dispoziţiile anterioare, contrare). Abrogarea expresă poate fi directă (se indică prin nominalizare actul normativ ce urmează a fi abrogat), sau indirectă (se prevede ieşirea din vigoare a dispoziţiilor ce contravin noului act normativ).

Abrogarea ţine cont de următoarele reguli:

- abrogarea unui act normativ se poate face printr-un act normativ de acelaşi fel sau de grad superior;
- are întotdeauna caracter definitiv.

4.4.3. Acte normative de bază pentru spitale

Spitalele îşi desfăşoară activitatea pe baza mai multor reglementări, de bază fiind:

- Legea privind reforma în domeniul sănătăţii, nr.95/2006, Titlul VII Spitalele, care prevede clasificarea, organizarea modalitatea de conducere şi finanţare a spitalelor;
- Contractul-Cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, contract ce se aprobă anual prin hotărâre a guvernului;
- Norme de aplicare a Contractului-Cadru, de asemenea modificate anual;
- Legislaţia specifică raportărilor financiar-contabile.

Contractul-Cadru şi Normele de aplicare a acestuia sunt instrumentul principal ce stipulează criteriile şi condiţiile în care se pot încheia contractele dintre spitale şi finanţatorul principal, casele de asigurări de sănătate. Aceste acte conţin tipurile de servicii pentru care se pot încheia contracte, tarifele acordate, indicatorii de volum şi calitate pe baza cărora se evaluează spitalele, modalităţile de rambursare a serviciilor, condiţiile de reziliere, încetare sau suspendare a contractelor.

5. ANALIZA PERFORMANŢEI SISTEMULUI DE SĂNĂTATE ROMÂNESC ÎN CONTEXT INTERNAŢIONAL

Dr. Daniela Vâlceanu

5.1 Cadrul general privind performanţa sistemelor de sănătate

Există o largă variaţie în ceea ce priveşte rezultatele obţinute în sănătate pentru ţări cu nivel similar de venituri şi educaţie. Unele variaţii se datorează diferenţelor de performanţă a sistemului de sănătate. Diferenţele de formă, conţinut şi management al sistemelor de sănătate traduc diferenţe în direcţia rezultatelor evaluate social, cum ar fi sănătatea, capacitatea de răspuns la aşteptările populaţiei sau echitatea.

Decidenţii de la toate nivelurile au nevoie să cuantifice variaţia performanţei sistemului de sănătate, să identifice factorii care îl influenţează şi să formuleze politici care vor genera rezultate mai bune într-o varietate de situaţii. La nivelul regiunilor ţărilor sau serviciilor publice de sănătate, de asemenea, este nevoie să fie evaluată performanţa subcomponentelor sistemului.

Cristopher Murray şi Julio Frenck propun un cadru general pentru înţelegerea performanţei sistemelor de sănătate.

În viziunea OMS, conceptul de performanţă se axează în jurul a trei piloni fundamentali:

A. Ameliorarea sănătăţii;

B. Creşterea capacităţii de răspuns faţă de aşteptările populaţiei;

C. Asigurarea echităţii în ceea ce priveşte contribuţia financiară.

Murray şi Frenk consideră că un cadru convingător şi operaţional pentru evaluarea performanţei unui sistem de sănătate este vital pentru munca guvernelor, agenţiilor de dezvoltare şi instituţiilor multilaterale (Preston SH., 1986). O aplicaţie majoră a acestui cadru este structurarea anexelor statistice ale *World Health Report.* Începând din 2000, acest raport prezintă informaţii despre performanţa sistemului de sănătate pentru fiecare ţară.

A. *Ameliorarea sănătăţii*, care este principiul fondator al sistemului de sănătate, înseamnă în acelaşi timp îmbunătăţirea stării de sănătate a populaţiei şi reducerea inegalităţilor privind sănătatea.

B. *Creşterea capacităţii de răspuns faţă de aşteptările populaţiei* include două componente majore:

a) respectul pentru persoană (care include respectarea demnităţii umane, confidenţialitatea şi autonomia indivizilor şi familiilor în ceea ce priveşte deciziile care le afectează sănătatea proprie) şi

b) orientarea către client/pacient (care include acordarea promptă a asistenței medicale, accesul la rețelele de suport social în timpul îngrijirilor, calitatea serviciilor de bază şi libera alegere a furnizorului de servicii) (WHO –The World Health Report 2000)

C. *Asigurarea echității în ceea ce privește contribuția financiară* înseamnă că fiecare gospodărie plătește o cotă justă din totalul cheltuielilor pentru sănătate ale unei țări (ceea ce poate însemna că orice gospodărie săracă nu plătește nimic). Acest lucru implică faptul că fiecare este protejat față de riscurile financiare datorate episoadelor de îngrijiri de sănătate (Murray C. and Frenk J. , 2000).

Măsurarea performanței sistemelor de sănătate face leg[tura dintre atingerea scopurilor de bază (cei trei piloni) şi resursele disponibile. Performanța poate fi judecată comparând modul în care scopurile de bază ale sistemului de sănătate au fost atinse cu modul ideal în care scopurile ar fi putut fi atinse, date fiind resursele.

5.1.1 Sănătatea

Scopul definit al sistemului de sănătate este să îmbunătățească sănătatea populației. Dacă sistemele de sănătate nu ar contribui la îmbunătățirea sănătății, noi am decide să nu le mai avem. Sănătatea populației trebuie să reflecte sănătatea indivizilor de-a lungul vieții, şi include decesele premature ca fiind componente cheie.

Sistemul de sănătate trebuie să fie preocupat atât de:

- nivelul mediu al sănătății populației, cât şi de
- distribuția inegalităților în sănătate în cadrul populației.

5.1.2 Capacitatea de răspuns

Al doilea obiectiv intrinsec este creşterea capacității de răspuns a sistemului de sănătate la aşteptările legitime ale populației. Termenul "legitim" este utilizat pentru a clarifica faptul că deşi unii pot avea aşteptări frivole legate de sistemul de sănătate, acestea nu trebuie să joace nici un rol în definirea capacității de răspuns.

Similar cu preocuparea pentru sănătate, trebuie să ne îngrijim nu numai de nivelul mediu al capacității de răspuns la aşteptările populației, dar de asemenea şi de inegalitățile în distribuție. Preocuparea pentru distribuția capacității de răspuns în cadrul colectivităților înseamnă implicit că suntem interesați în diferențele legate de factorii social, economic, demografic etc.

5.1.3 Echitate în contribuția financiară

Ca să fie echitabilă, finanțarea unui sistem de sănătate trebuie să rezolve două provocări cheie. Prima, gospodăriile nu trebuie să devină sărace, sau să plătească o contribuție excesivă din veniturile lor în obținerea îngrijirilor de sănătate de care au nevoie. Cu alte cuvinte, pentru a obține echitate în contribuția financiară este nevoie de un grad înalt de distribuție a riscului financiar (risk pooling).

A doua provocare, gospodăriile sărace ar trebui să plătească mai puțin sistemului de sănătate decât gospodăriile bogate. Nu numai că gospodăriile sărace au venituri mai mici, dar un procent mai mare din veniturile lor se duce spre nevoi de bază, cum ar fi hrană şi casă. Contribuția la sistemul de sănătate ar trebui să reflecte această diferență între veniturile disponibile după satisfacerea nevoilor de bază dintre bogați şi săraci.

Aceste considerente conduc spre o propunere normativă prin care fiecare gospodărie ar trebui să plătească o parte echitabilă sistemului de sănătate (în cazul gospodăriilor foarte sărace, echitatea poate să însemne "nici o plată"). Plata ar trebui să se bazeze pe venituri şi, în cea mai mare parte, ar trebui să nu reflecte folosirea serviciilor sau riscul. Noţiunea acceptată, de echitate pentru săraci, depinde de rolul stabilit al sistemului de sănătate în redistribuţia venitului general. În anumite situaţii politice, poate fi mai uşor să redistribui venitul, furnizând servicii de sănătate gratuite celor săraci, decât prin mecanisme de redistribuţie directă. Acceptarea socială largă a mecanismului financiar, care cere ca fiecare să contribuie în mod echitabil, duce la o finanţare mai susţinută a sănătăţii.

Obiectivul finanţării echitabile include grija pentru protecţia faţă de riscul financiar al populaţiei.

Nivelul finanţării sănătăţii este o alegere politică cheie în orice societate, dar nu este un scop intrinsec.

Nivelul resurselor investite în sistemul de sănătate este variabila faţă de care este măsurată performanţa (Murray, C. and Frenk, J., 2000).

Un alt concep înrudit este cel de eficienţă, sau indicele compozit al performanţei. Eficienţa reprezintă cât de bine este atins complexul social dorit reprezentat de cele trei obiective, în comparaţie cu resursele disponibile.

5.2 Indicele dezvoltării umane

În vederea monitorizării dezvoltării umane, PNUD (Programul Naţiunilor Unite pentru Dezvoltare), a dezvoltat un indice al dezvoltării umane, după care, ţările pot fi clasificate în funcţie de rangul pe care îl ocupă în această clasificare.

INDICELE DEZVOLTĂRII UMANE (IDU) ia în considerare trei dimensiuni măsurabile ale dezvoltării umane şi anume:

- o viaţă lungă şi sănătoasă,
- o populaţie educată şi
- un standard de viaţă decent.

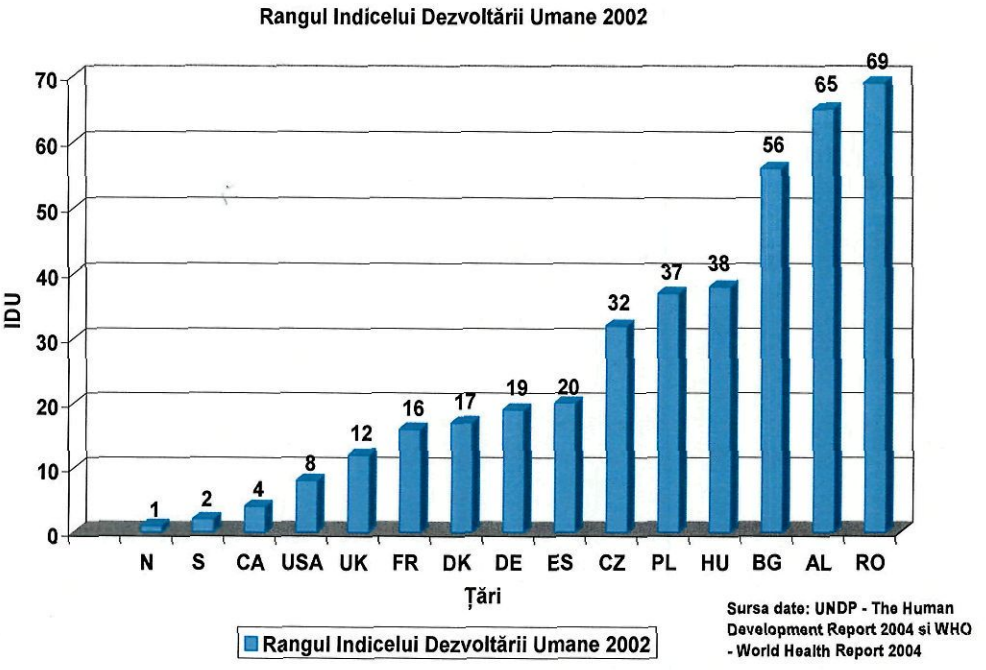
Cele trei dimensiuni majore ale IDU sunt:

- longevitatea măsurată prin speranţa de viaţă la naştere;
- nivelul educaţiei – măsurat prin rata de alfabetizare a populaţiei şi rata de şcolarizare combinată – şcoala primară, secundară şi terţiară;
- nivelul de trai – măsurat prin PIB pe cap de locuitor în PPP US$

Folosind datele cele mai recente din Raportul Dezvoltării Umane 2004: Libertatea culturală în lumea diversă de azi şi din Raportul Sănătăţii Umane 2000: Sisteme de sănătate: Îmbunătăţirea performanţei, am încercat să prezentăm o situaţie sintetică a dezvoltării principalelor ţări din Europa, inclusiv Europa de Est, precum şi din continentul american. În cadrul acestor tabele sintetice am încercat să vedem unde se situează România şi să formulăm câteva comparaţii.

5.2.1 Indicator sintetic de dezvoltare umană

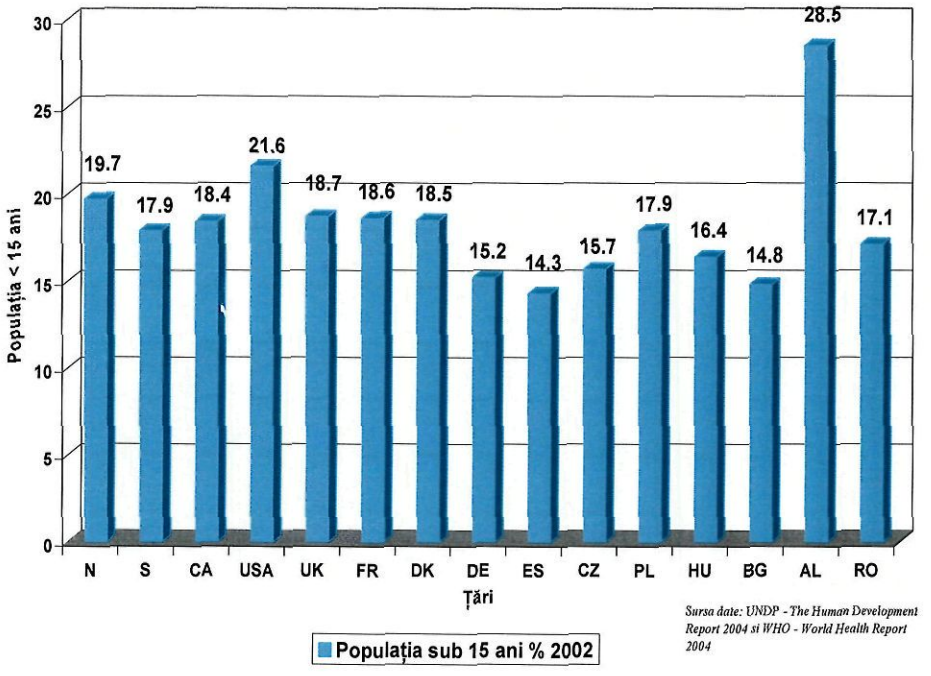
Figura I.3 – Rangul indicelui dezvoltării umane – 2002



Aşa cum se poate vedea din Figura I.3 pe primele două locuri se află ţările nordice, respectiv Norvegia şi Suedia, urmate îndeaproape de Canada şi SUA. Ţările din vestul Europei au un rang al dezvoltării bun, urmate nu prea departe de Cehia, Polonia şi Ungaria. Mult mai departe se află ţări ca Bulgaria şi Albania. Se poate observa că, din păcate, România se află abia pe locul 69 (din 119 ţări monitorizate de OMS), stând chiar mai rău decât Albania.

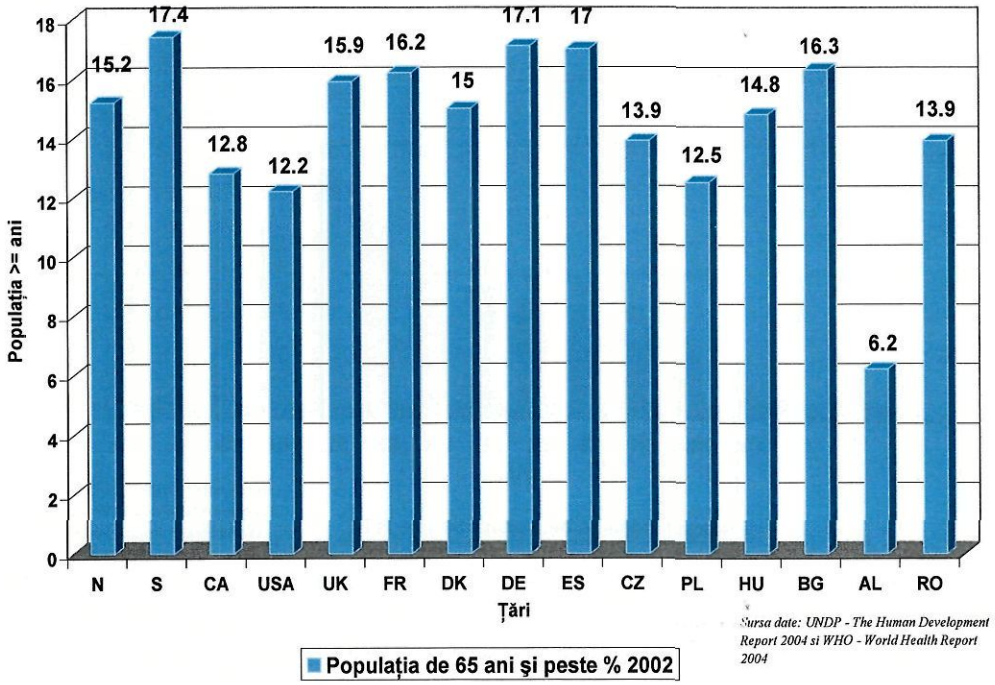
5.2.2 Profilul demografic

Figura I.4 – Procentul populaţiei sub 15 ani – 2002



În ceea ce priveşte procentul populaţiei sub 15 ani, procentul de 17,1% al României o situează printre ţările cu o populaţie tânără relativ scăzută. Albania este ţara cu un procent al populaţiei tinere foarte ridicat.

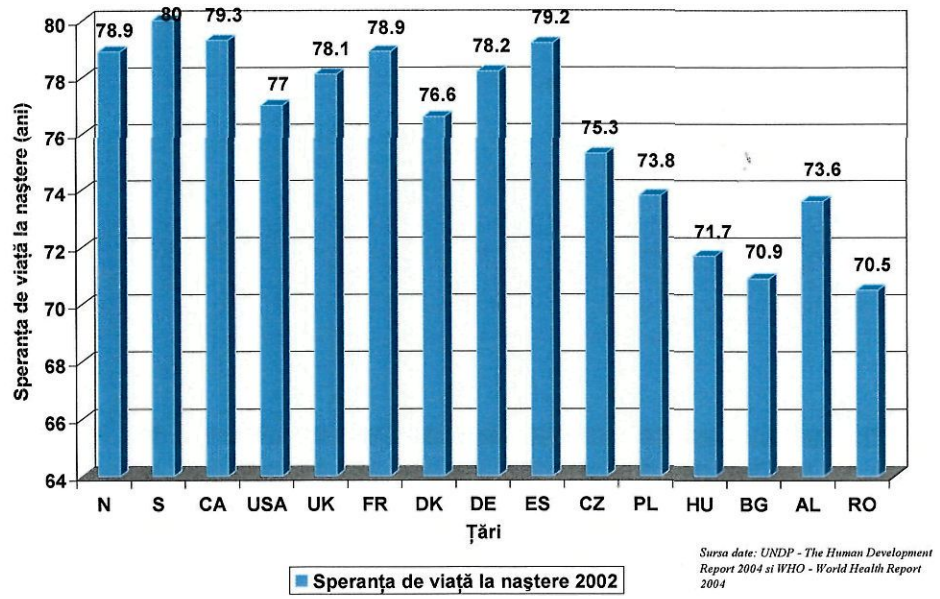
Figura I.5 – Procentul populaţiei de 65 ani şi peste – 2002



Sursa date: UNDP - The Human Development Report 2004 si WHO - World Health Report 2004

În schimb, se evidenţiază o populaţie de peste 65 de ani crescută, asemănător cu cea din Polonia şi Cehia, dar oricum mai scăzută decât în ţările din vestul Europei. Având în vedere că procentul populaţiei tinere este doar cu 4,2 % mai mare decât cel al populaţiei peste 65 ani, trebuie să ne gândim să reorientăm o parte din serviciile de sănătate spre această categorie.

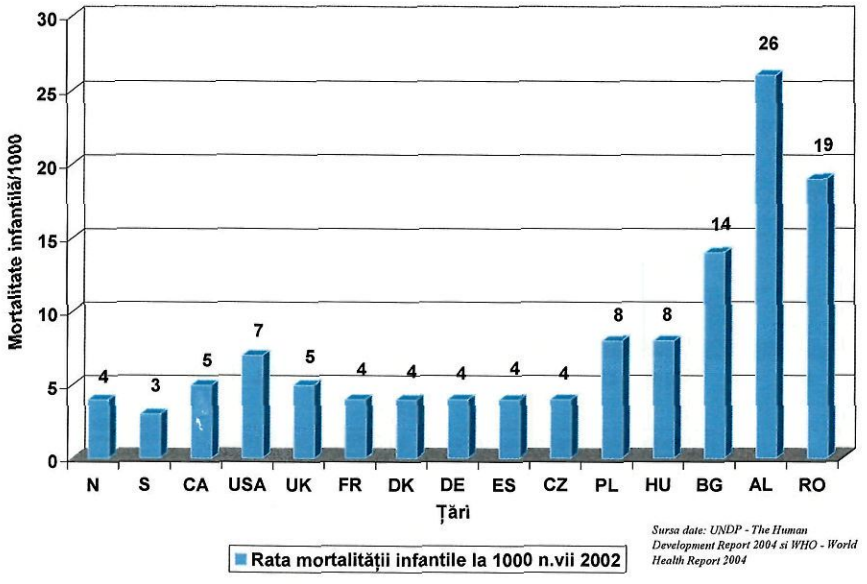
Figura I.6 – Speranţa de viaţă la naştere – 2002



Sursa date: UNDP - The Human Development Report 2004 si WHO - World Health Report 2004

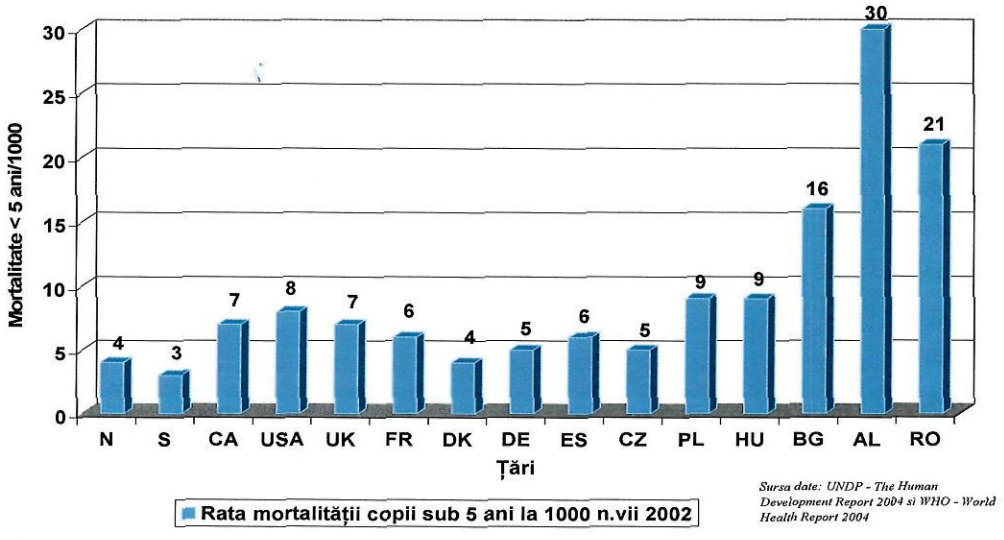
Speranța de viață la naștere este printre cele mai scăzute din regiune, chiar și Albania și Bulgaria având o speranță de viață mai mare.

Figura I.7 – Rata mortalității infantile la 1000 născuți vii – 2002



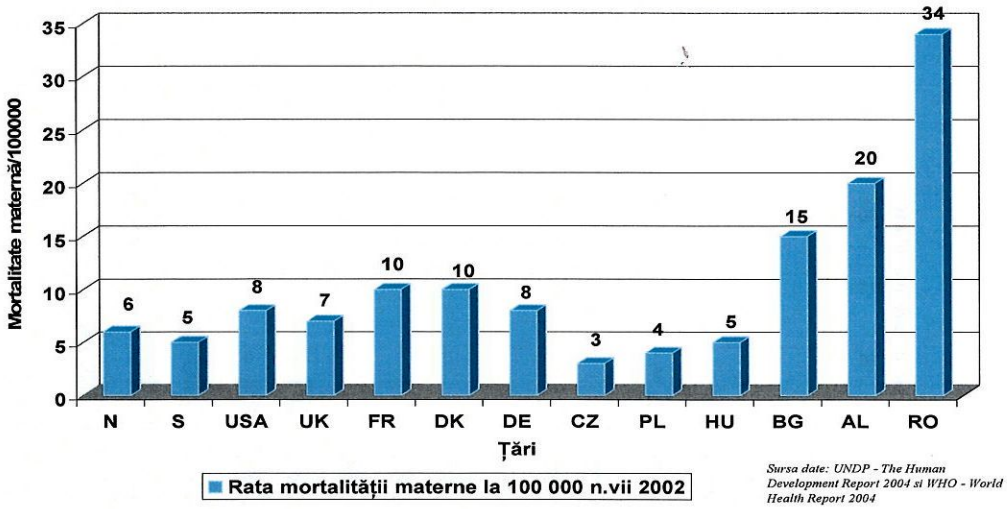
În ceea ce privește rata mortalității infantile, Albania se află pe primul loc, urmată imediat de România, ceea ce ridică un mare semn de întrebare în acest domeniu. Majoritatea țărilor din jur nu depășesc valoarea de 8‰. Programele de sănătate ar trebui să fie mai intens canalizate în această direcție.

Figura I.8 – Rata mortalității la copiii sub 5 ani, la 1000 născuți vii – 2002



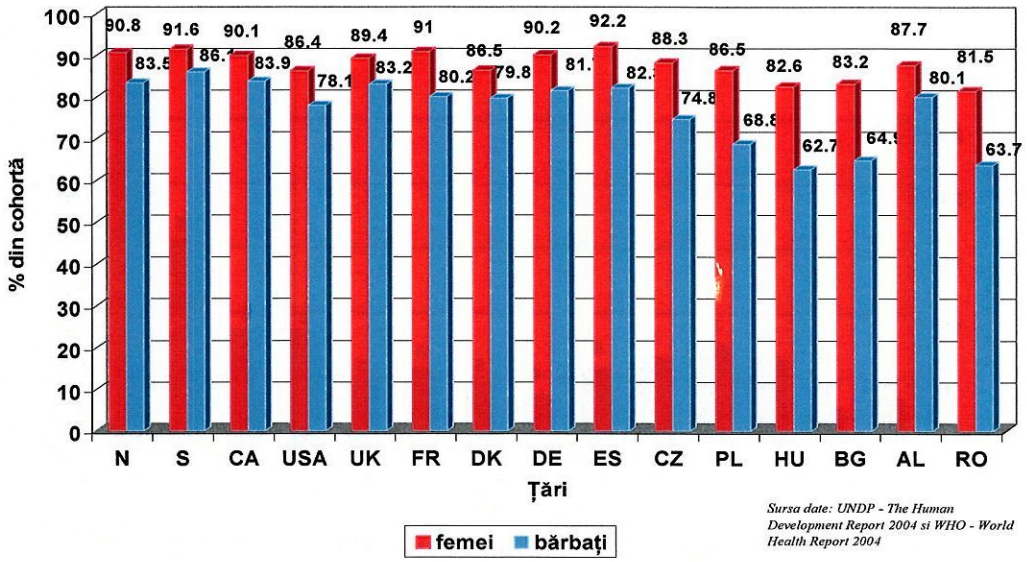
Din păcate, chiar și când vorbim de mortalitatea copiilor sub 5 ani, România se situează pe un ruşinos loc 2 în top, fiind depășită doar de Albania. Este interesant de văzut care sunt principalele cauze de mortalitate la aceste vârste, și care dintre ele sunt decese evitabile, pentru a se interveni pe acestea.

Figura I.9 – Rata mortalității materne la 100 000 născuți vii – 2002



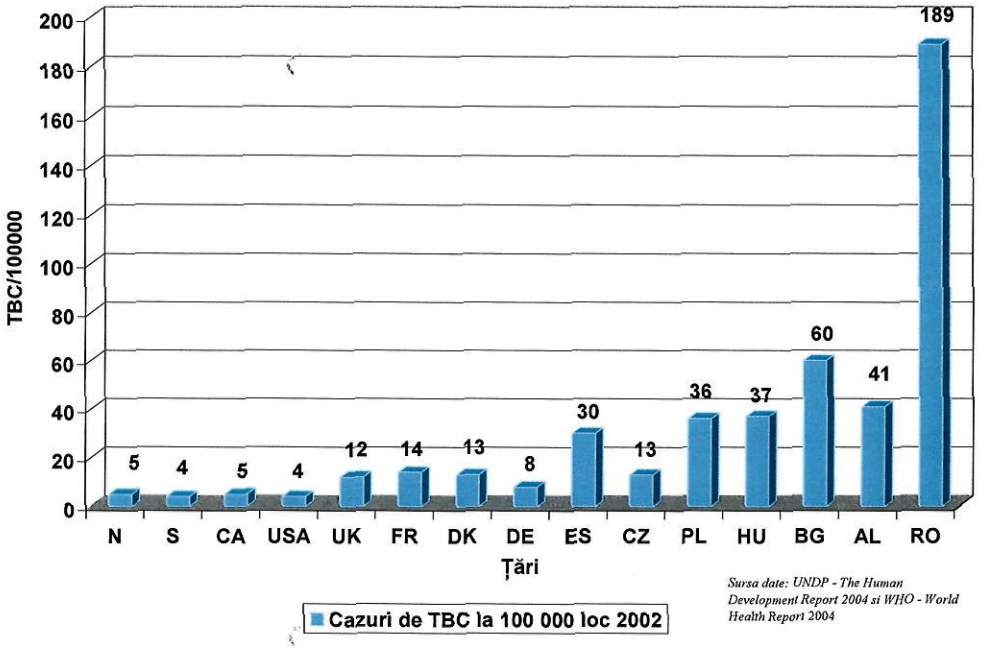
În ceea ce priveşte rata mortalității materne, suntem primii în Europa, mult chiar şi deasupra Albaniei, ceea ce iarăşi ar trebui să tragă un semnal de alarmă pentru decidenți. Diferențele dintre România şi țări vecine, precum Ungaria, Polonia şi Cehia sunt foarte mari. Chiar şi față de Bulgaria, mortalitatea maternă din România este dublă. Cercetarea cauzelor acestui fenomen, şi mai ales a deceselor evitabile, ar putea conduce la elaborarea unui program țintit de scădere a mortalității materne, țintit atât pe cauze medicale cât şi nemedicale.

Figura I.10 – Probabilitatea la naştere de a supraviețui până la 65 ani, ca procent din cohortă, 2000-05



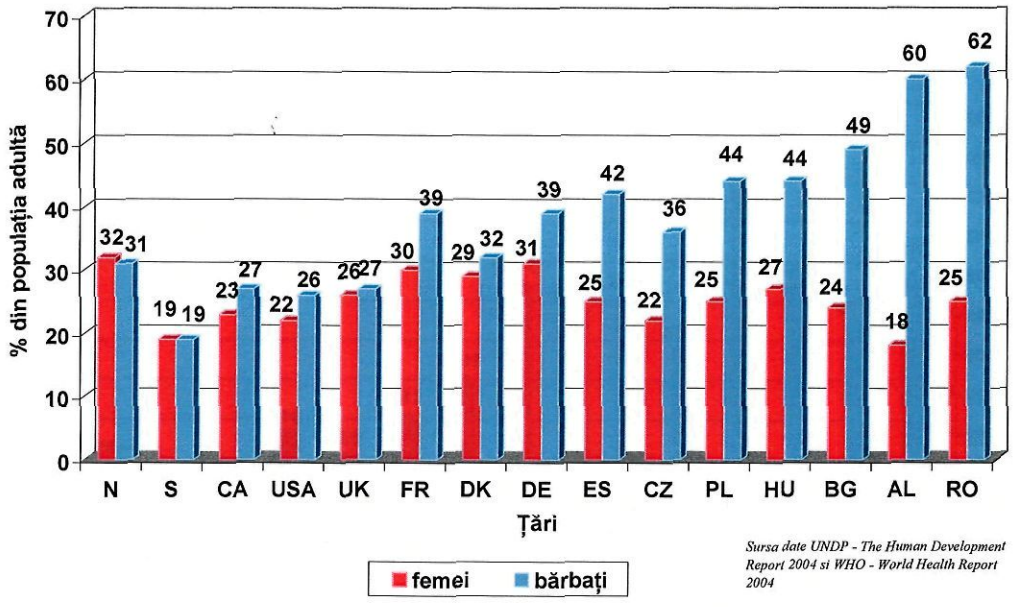
În ceea ce priveşte probabilitatea la naştere de a supraviețui până la 65 de ani, şi aceasta este scăzută, comparativ cu vecinii noştri, fiind mult mai scăzută la bărbați comparativ cu femeile. În zonă, doar ungurii au o probabilitate mai mică de supraviețuire a bărbaților. Interesant de observat că Albania are o probabilitate de supraviețuire până la 65 de ani mult mai mare ca România la ambele sexe, deşi este mai săracă şi cu servicii de sănătate mai puțin dezvoltate. O explicație plauzibilă ar putea fi legată de stilul de viață şi de dieta mediteraneană, lucru care însă ar necesita investigații.

Figura I.11 – Cazuri de TBC la 100 000 locuitori – 2002



Prevalența TBC în România în 2002, este mult peste media europeană, fiind cea mai mare din regiune, 189 la 100 000 locuitori, comparativ cu 60 la 100 000 loc în Bulgaria care se află pe locul următor. Cauzele acestei prevalențe ridicate ar trebui investigate. Diferențele climatice nu pot explica singure aceste diferențe, deoarece țările scandinave au o prevalență foarte scăzută. Aglomerările umane şi sărăcia ar putea fi incriminate, dar nu trebuie ignorate nici accesul la servicii de sănătate specifice precum şi complianța la tratament.

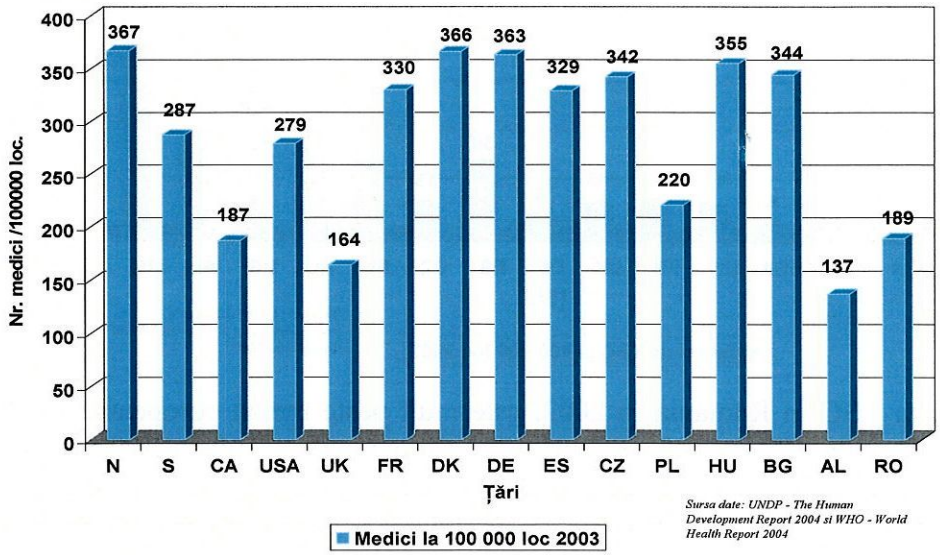
Figura I.12 – Prevalența fumatului ca procent din populația adultă – 2002



Prevalența fumatului în populația adultă este ridicată în special la bărbați, ceea ce reprezintă un comportament la risc pentru multe afecțiuni. Comparativ cu țările din jur, doar Albania se apropie ca valori ale prevalenței, țări ca Cehia, Polonia şi Ungaria având prevalențe mai scăzute, iar țările din Europa occidentală având prevalențe mai scăzute în special la bărbați, nu însă şi la femei. Importanța luptei împotriva fumatului capătă astfel valențe importante în scăderea acestui factor de risc, cu un accent pe grupul de risc bărbați, fără însă a neglija segmentul feminin la care prevalența este în creştere.

5.2.3 Resurse umane

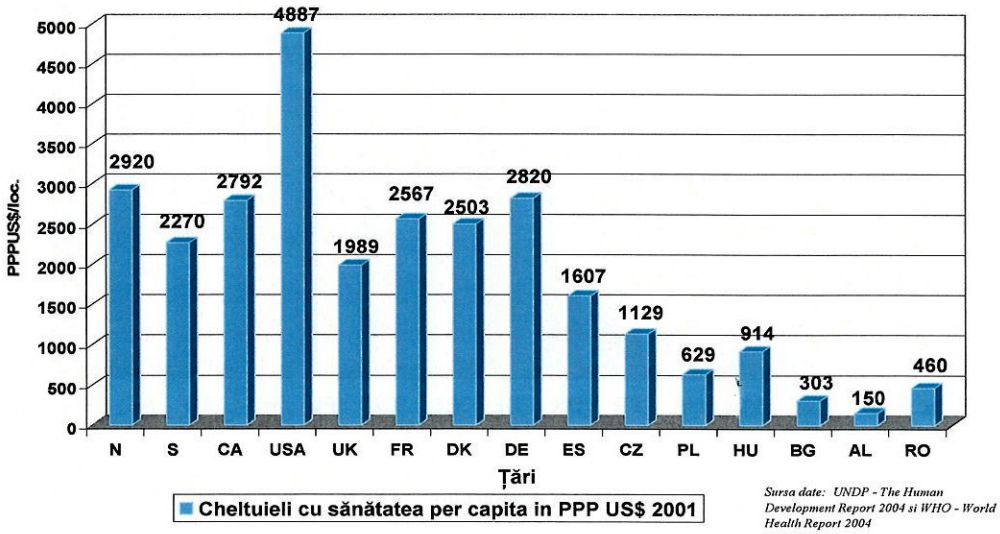
Figura I.13 – Numărul de medici la 100 000 locuitori – 2003



La numărul de medici la 100 000 locuitori, suntem iarăşi printre ultimele locuri, doar Albania şi Marea Britanie având mai puțini medici la 100 000 loc. Este de discutat, de asemenea, distribuția geografică a medicilor, precum şi tendința de scădere a numărului acestora în ultimii ani.

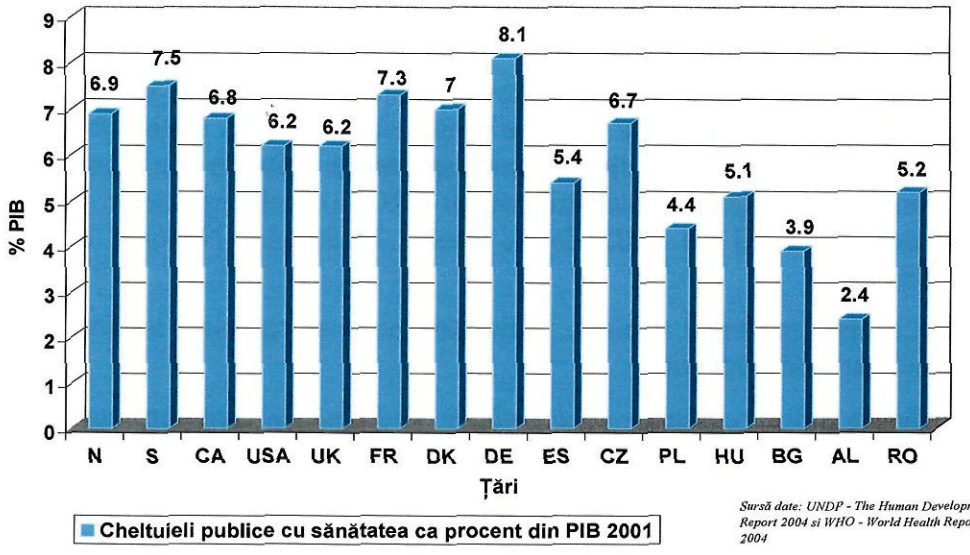
5.2.4 Cheltuieli pentru sănătate

Figura I.14 – Cheltuieli cu sănătatea per capita în PPP US$ - 2001



La cheltuieli pentru sănătate per capita stăm mai bine decât Bulgaria şi Albania, dar suntem mult sub Cehia, Polonia şi Ungaria. Acest nivel scăzut al cheltuielilor se reflectă bineînţeles şi asupra serviciilor oferite.

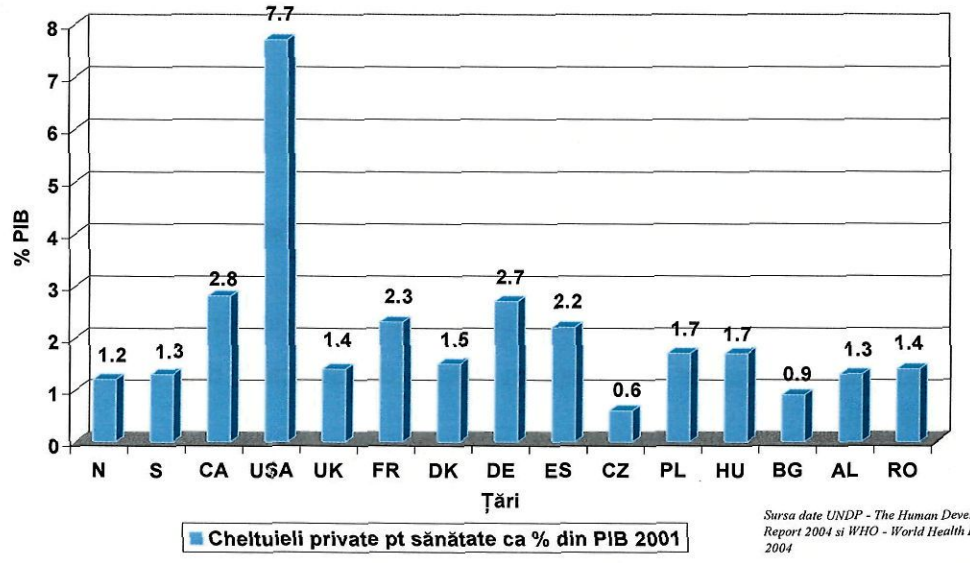
Figura I.15 – Cheltuieli publice cu sănătatea ca procent din PIB – 2001



Sursă date: UNDP - The Human Development Report 2004 si WHO - World Health Report 2004

În schimb, ca procent din PIB, ne comparăm cu Ungaria şi stăm mai bine decât Polonia, Bulgaria şi Albania.

Figura I.16 – Cheltuieli private pentru sănătate ca procent din PIB – 2001



Sursa date UNDP - The Human Development Report 2004 si WHO - World Health Report 2004

În ceea ce priveşte cheltuielile private „din buzunar" pentru sănătate, românii cheltuiesc din buzunar mai mult decât cehii şi bulgarii, dar mai puţin decât polonezii şi ungurii. Cheltuielile private pentru sănătate în România se află la nivelul celor din Marea Britanie ca procent din PIB, şi peste Norvegia şi Suedia. De aici, se poate constata că ţările mai sărace cheltuiesc mai mult din buzunar pentru sănătate decât cele bogate.

5.2.5. Performanța spitalelor

În cadrul sistemului de sănătate, spitalele ocupă un loc aparte, deoarece sunt cele mai bine dotate cu echipamente şi tehnologii, putând oferi îngrijiri de sănătate de înaltă calitate şi complexitate, dar în acelaşi timp sunt şi mari consumatoare de resurse. Pentru a putea compara spitale asemănătoare între ele, în vederea îmbunătățirii performanței acestora, fiecare sistem de sănătate foloseşte diverşi indicatori de performanță. Unii indicatori au menirea de a menține costurile spitaliceşti în limite suportabile de către sistemul de sănătate respectiv.

În cele ce urmează, vom trece în revistă câțiva indicatori legați de activitatea spitalului, în contextul sistemului de sănătate românesc în general. Datele folosite pentru această analiză provin din setul minim de date raportat de spitalele din România în anul 2005, primul an de generalizare a colectării datelor DRG la nivelul spitalelor. Prelucrarea a folosit baza de date DRG pe 2005 de la nivelul Institutului Național de Cercetare Dezvoltare în Sănătate.

Pentru scopul prezentei analize, indicatorii au fost calculați la nivelul celor 8 regiuni de dezvoltare ale României.

Județele din cadrul *regiunilor de dezvoltare ale României* sunt după cum urmează:

- Bucureşti – Bucureşti, Ilfov
- Centru – Alba, Braşov, Covasna, Harghita, Mureş, Sibiu
- NE – Botoşani, Suceava, Iaşi, Neamț, Bacău, Vaslui
- NV – Satu - Mare, Maramureş, Bihor, Sălaj, Bistrița-Năsăud, Cluj
- S – Argeş, Prahova, Dâmbovița, Ialomița, Călăraşi, Giurgiu, Teleorman
- SE – Vrancea, Galați, Buzău, Brăila, Tulcea, Constanța
- SV – Dolj, Gorj, Mehedinți, Olt, Vâlcea
- V – Arad, Caraş-Severin, Hunedoara, Timiş

Am ales ca instrumente de lucru doar câțiva indicatori, care să ne permită o imagine de ansamblu asupra utilizării serviciilor spitaliceşti de către populație. Privitor la activitatea spitalelor am ales doar patru indicatori:

- durata medie de spitalizare, pe care o putem considera un indicator indirect de costuri (grosier vorbind),
- indicele de case mix care ne arată complexitatea cazurilor tratate în spitale,
- procentul pacienților internați în secții chirurgicale din totalul pacienților internați,
- procentul celor care au suferit intervenții chirurgicale, ca indicator al adecvării serviciilor oferite.

Am dorit să vedem dacă o complexitate mai mare a cazurilor se corelează cu o durată mai mare de spitalizare. Am pornit de la premisa că, la nivelul regiunilor, regăsim toate tipurile de spitale, deci regiunile sunt comparabile între ele în ceea ce priveşte îngrijirea spitalicească.

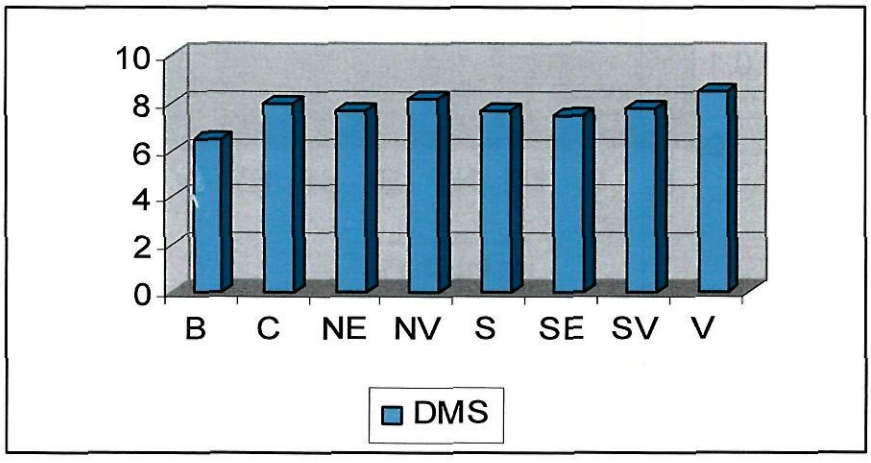
Pentru a vedea dacă există variații regionale privind modul de accesare al spitalului, am ales următorii indicatori:

- procentul pacienților proveniți din mediul rural,

- procentul celor internaţi în urgentă,
- procentul celor trimişi de medicul specialist,
- procentul celor trimişi de medicul de familie.

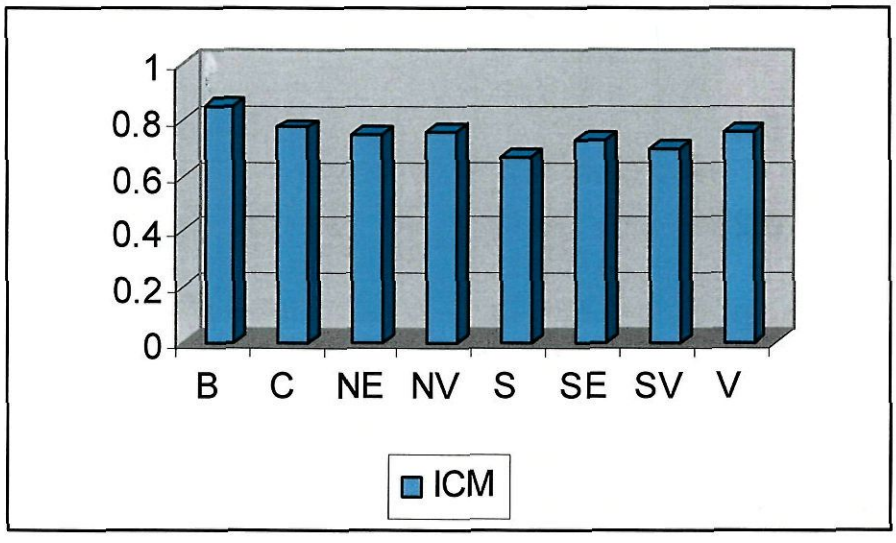
În cele ce urmează vom discuta succint aceşti indicatori aşa cum se prezintă ei pentru anul 2005.

Figura I. 17 - Durata medie de spitalizare în 2005, pe regiuni de dezvoltare, în funcţie de spital



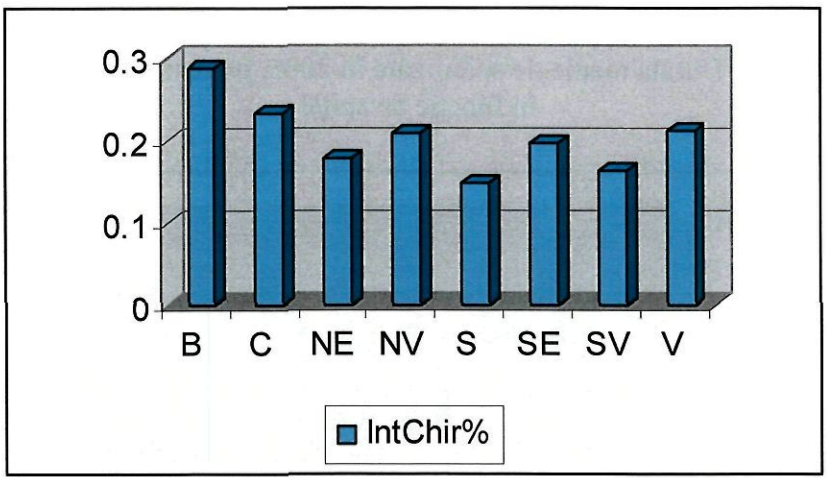
Durata medie de spitalizare pe regiunile de dezvoltare în anul 2005 a variat între 6,4 şi 8,4 zile, cea mai mică durată medie fiind înregistrată în regiunea Bucureşti, iar cea mai mare în regiunea de vest.

Figura I. 18 - Indicele de complexitate a cazurilor, în 2005, pe regiuni de dezvoltare, în funcţie de spital



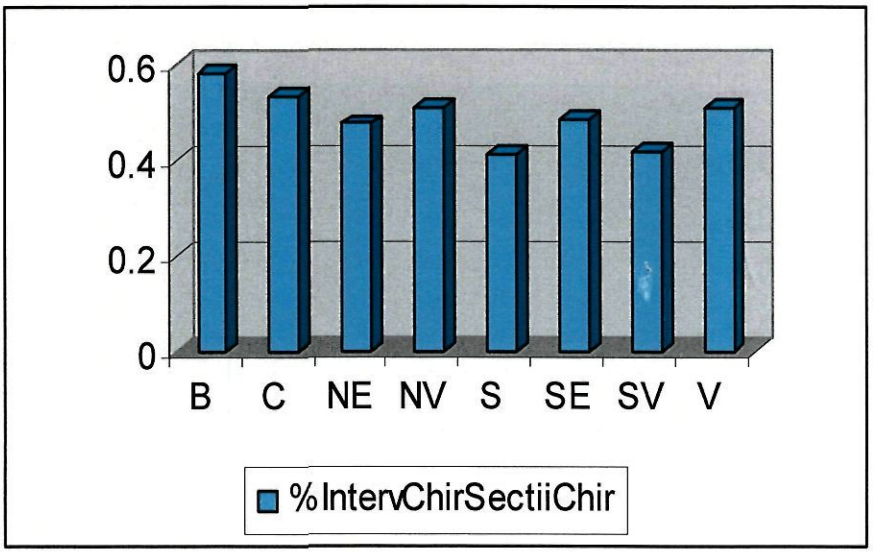
Indicele de complexitate a cazurilor spitalizate în 2005 a variat între 0,66 în regiunea de S şi 0,84 în regiunea Bucureşti. În figura I. 18 putem vedea că regiunea Bucureşti a avut durata medie de spitalizare cea mai mică, tratând cazurile cele mai complexe. Regiunea de Centru, cea de Vest şi Nord Vest tratează de asemenea cazuri complexe, având însă în anul respectiv durate medii de spitalizare mai mari.

Figura I. 19 - Procentul pacienţilor internaţi în secţii chirurgicale din totalul pacienţilor internaţi, în 2005, pe regiuni de dezvoltare, în funcţie de spital



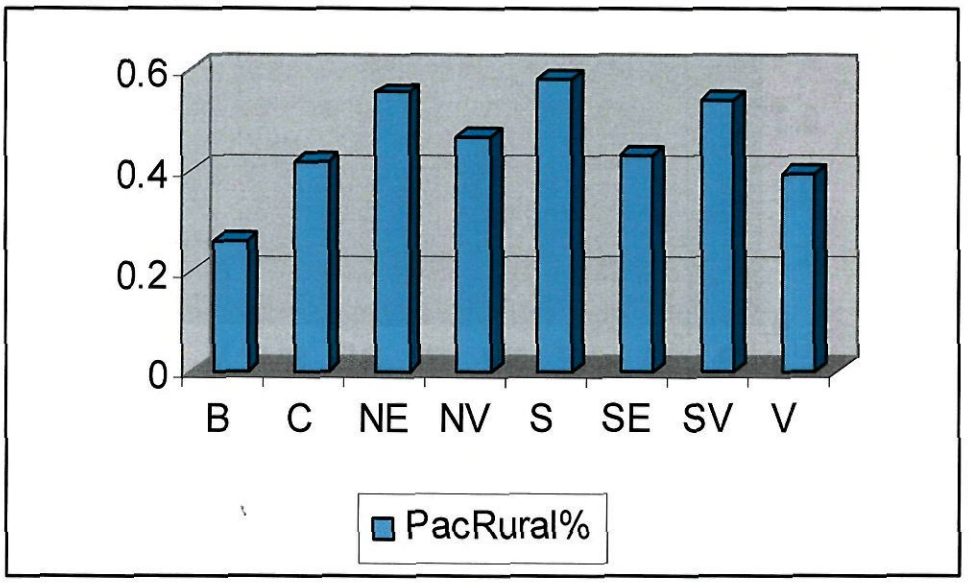
Procentul cel mai mare de pacienţi internaţi în secţii chirurgicale, din totalul pacienţilor internaţi, se găseşte în regiunea Bucureşti (28%), urmat de regiunile Centru (23%), Vest (21%) şi Nord Vest (20%). Cei mai puţini pacienţi chirurgicali se regăsesc în regiunea Sud (14%).

Figura I. 20 - Procentul pacienţilor care au suferit intervenţii chirurgicale, din totalul pacienţilor internaţi în secţii chirurgicale, în 2005, pe regiuni de dezvoltare, în funcţie de spital



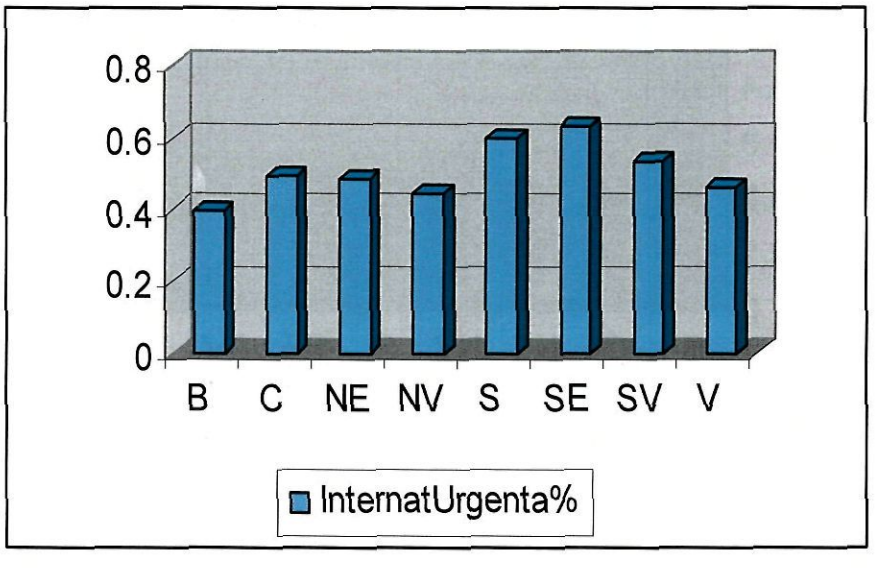
Procentul pacienţilor care au suferit intervenţii chirurgicale, din totalul pacienţilor internaţi în secţii chirurgicale, variază între 40% (Sud şi Sud Vest) şi 60% (Bucureşti) fiind în general destul de mic. În majoritatea regiunilor, doar jumătate din pacienţii internaţi la chirurgie, au suferit o intervenţie chirurgicală, în anul 2005. Acest lucru evidenţiază clar nevoia unor servicii de diagnostic prespitalicesc, accesibile populaţiei, atât fizic cât şi financiar.

Figura I. 21 - Procentul pacienţilor internaţi, provenind din mediul rural, în 2005, pe regiuni de dezvoltare, în funcţie de spital



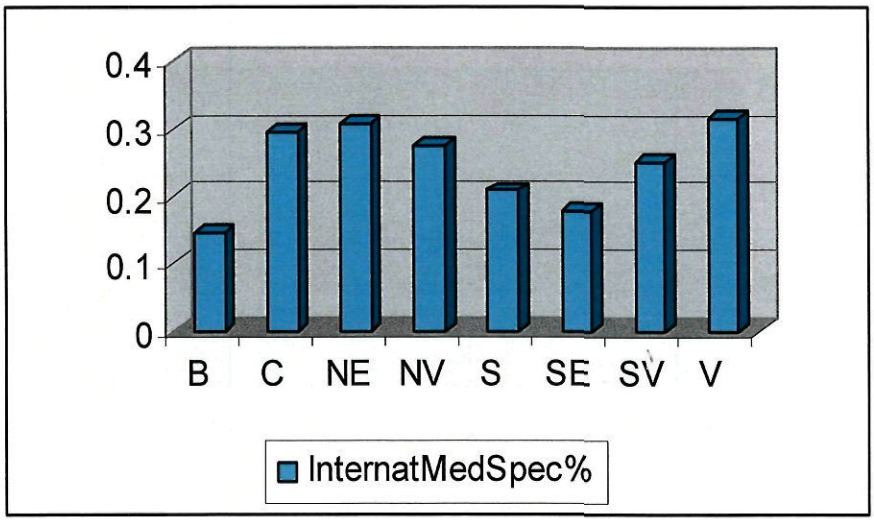
Procentul cel mai mare de pacienţi proveniţi din mediul rural, din totalul pacienţilor internaţi, se tratează în regiunile Sud (58%), Nord Est (55%) şi Sud Vest (53%), iar cei mai puţini în Bucureşti (25%).

Figura I. 22 - Procentul pacienţilor internaţi în urgenţă, în 2005, pe regiuni de dezvoltare, în funcţie de spital



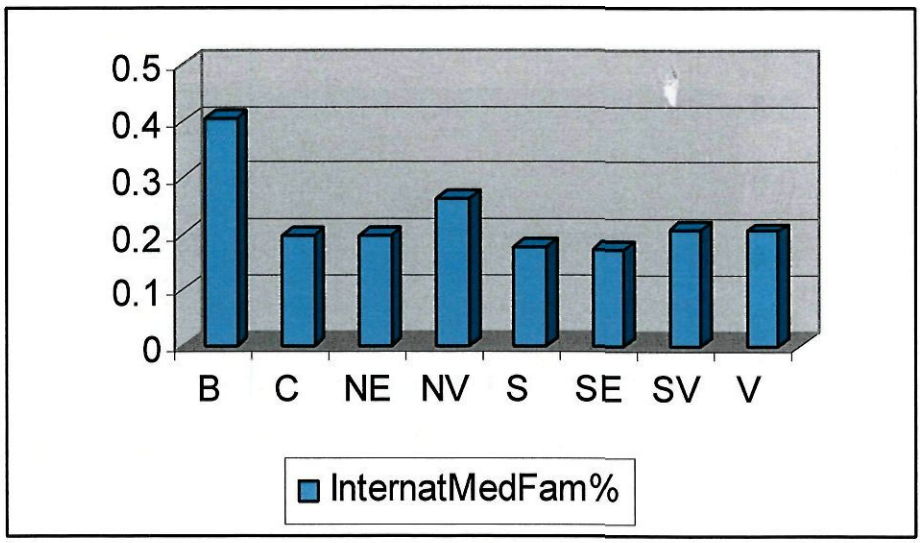
Procentul pacienţilor internaţi în urgenţă din totalul pacienţilor internaţi este cel mai mare în regiunea de Sud Est (63%), urmată de regiunea de Sud (59%). Procentul cel mai mic se regăseşte în regiunea Bucureşti (39%).

Figura I. 23 - Procentul pacienților internați prin trimitere de la medicul specialist, în 2005, pe regiuni de dezvoltare, în funcție de spital



Procentul pacienților internați în spital în 2005 cu trimitere de la medicul specialist variază destul de mult între regiuni. Astfel cele mai mari procente se regăsesc în regiunile de Vest (31%), Nord Est (30%), Centru (29%), şi Nord Vest (27%), cel mai mic procent fiind în regiunea Bucureşti (14%).

Figura I. 24 - Procentul pacienților internați prin trimitere de la medicul de familie, în 2005, pe regiuni de dezvoltare, în funcție de spital



Procentul pacienților internați în spital, în 2005, cu trimitere de la medicul de familie, este cel mai mare în Bucureşti (40%), urmat de regiunea de Nord Vest (26%). Restul regiunilor se încadrează cu procente cuprinse între 17% şi 20%.

5.3 Discuții şi concluzii

Comparativ cu țările din jur, România cheltuieşte pentru sănătate mai puțin,

continuând să aibă probleme cu mortalitatea infantilă, mortalitatea maternă şi prevalenţa unor boli tratabile cum ar fi tuberculoza. Speranţa de viaţă la naştere nu diferă mult de ţările din jur, iar probabilitatea de supravieţuire la 65 de ani este relativ comparabilă. Din păcate însă nivelul deceselor evitabile, în general, şi în special la vârste mici, nu este cunoscut, şi nu există programe ţintite de reducere a acestora.

În ceea ce priveşte spitalele:

- există diferenţe între modul de accesare de către pacienţi, în funcţie de regiune,
- există diferenţe clare între regiuni în ceea ce priveşte procentul pacienţilor trataţi provenind din mediul rural;
- durata medie de spitalizare variază relativ puţin, toate regiunile de dezvoltare având durate medii sub 10 zile (pentru spitale de acuţi, care raportează date DRG şi sunt plătite de casele de asigurări pe această bază);
- indicele de complexitate a cazurilor (indicele de case mix) prezintă variaţii regionale destul de importante, având valori destul de mici;
- din cazurile internate la chirurgie au suferit intervenţii chirurgicale între 40% şi 60% din cei internaţi, un procent extrem de mic: acest indicator ridică semne de întrebare privind oferta de servicii diagnostice în afara spitalului;
- cele mai multe cazuri cu trimitere de la medicul de familie vin către regiunea Bucureşti, care are şi cel mai mic procent de bolnavi internaţi în urgenţă; o explicaţie a acestui fapt ar putea fi existenta unor diferenţe de acoperire cu medici de familie între regiuni.

BIBLIOGRAFIE

1. Aktouf O., Le management entre tradition et renouvellement, Gaetan Morin, 1989
2. AUPHA – Users guide – Association of University Programs in Health Administration, 1996
3. AUPHA- Facilitators guide - Association of University Programs in Health Administration, 1996
4. Bara, AC, van den Heuvel, W , Maarse, JAM. Reforms of the Health Care System in Romania. Croatian Medical Journal 2002 (43): 446-452.
5. Barnum, H., Kutzin, J., Public Hospitals in Developing Countries, Resourse Use, Costs, Financing, Published for World Bank, Baltimore and London, 1993.
6. Bridges, W. *The Human Side of Organizational Change.* Mill Valley, CA: William Bridges & Associates, 1993.
7. Bulletin of the World Health Organisation, 2000, 78 (6)- „A framework for assessing the performance of health systems" – Christopher J. L. Murray and Julio Frenk – pp 2-5
8. Colecţia "Monitorul Oficial al României, Partea I" – anii 2000 - 2001;
9. Connor, Daryl. "Corporate Healthcare's Change Masters," *Healthcare Executive,* vol. 5, March/April, 1990, p. 28 as cited in Rakich, Longest, and Darr.
10. Constituţia României republicată;
11. Daft, R.L 2002, Organizational Theory and Design, Schoonhoven: Academic Service
12. Druguş, L., Managementul Sănătăţii, Sedcom Libris, 2003
13. Duncan, J., Ginter, P.and Swayne, L., *Strategic Management of Health Services Organizations,* Cambridge, MA. Blackwell Publishers, 1994.
14. Gustafson, David. "The Function of a Nurse Manager in a Health Care Setting," Chap. 3 in Sullivan E., and Dicker, P. *Effective Management in Nursing,* 3rd ed. Redwood City, CA: Addison Wesley, 1992.
15. Handy, Charles B. – Understanding organizations, Penguin Business, 1985
16. Healy, J. and McKee, M., 2002 - „Improving performance within the hospital" în Hospitals in a changing Europe, Martin McKee and Judith Healy (editors), Open University Press, 2002
17. Hershey, P. şi Blanchard, K. H. – Management of Organisational behaviour, Englewood Cliffs, NJ: Prentice hall, 1988
18. Hsiao CW., 1995 - A Framework for assessing health financing strategies and the role of health insurance, în Dunlop D Martins J, An International assessment of Health care financing. Lessons for developing countries, Washington DC, The World Bank, 1995, pp15 /29
19. Institutul Naţional de Statistică. Anuarul Naţional de Statistică al României – 2005. Bucureşti 2006

20. Jakab, M., Preker, A., Harding, A., Hospital Organisational Structure in Transition Economies: Incoherent internal and external incentive environments, Published for the World Bank, 1999

21. John Snow Inc, IHSM –Practice Management in Primary Health Care,2002

22. Katz, Robert. "Skills of an Effective Administrator," *Harvard Business Review*, September/October, 52(5), 1974.

23. Kennelly Gaetan, E. Curative Politics and Institutional Legacies: The Impact of Foreign Assistance on Child Welfare and Healthcare Reform in Romania, 1990-2004. *A Cautionary Tale.* University of Maryland, College Park, 2005. Available at https://drum.umd.edu/dspace/bitstream/1903/3219/1/umi-umd-3045.pdf

24. Koontz, Harold. "The Management Theory Jungle," *Academy of Management Journal,* vol. 4, Dec. 1961, pp. 174-188.

25. Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătății, publicată în Monitorul Oficial nr.372 din 28 04 2006, Titlul VII Spitalele;

26. Legea nr. 24/2000 privind normele de tehnică legislativă pentru elaborarea actelor normative

27. McKee, M. and Healy, J., Hospitals in a changing Europe, European Observatory on Health Care Systems, Open University Press, 2002

28. Mihalyi, P. De-Integration and Disintegration of Health Care in Post-Communist Countries, CEU Economics Department Working Paper, No. 5, Budapest, 2004.

29. Mintz, Henry. *The Nature of Managerial Work.* New York: Harper & Row, 1973.

30. Mintzberg H., The structuring of organizations – a synthesis of research, Prentice- Hall, 1979

31. Murray, Christopher J. L. and Frenk Julio - „A framework for assessing the performance of health systems"– Bulletin of the World Health Organisation, 2000, 78 (6), pp1

32. Muraru, Ioan, Drept constituţional şi instituţii politice, Bucureşti, Editura Actami, 1995, vol I si II;

33. Pfeffer, J. and. Salancik, G.R., The External Control of Organizations: A resource dependence Perspective – Harper and Row, 1978

34. Popa, Nicolae, Teoria generala a dreptului, Bucureşti, Editura Actami, 1994, vol I si II;

35. Preston SH., Mortality and development revisited. Population Bulletin of the United Nations, 1986, 18, pp 34-40

36. Rakich, J. S., B. B. Longest, and K. Darr. *Managing Health Service Organizations,* 3rd ed. Baltimore, MD: Health Professions Press, 1992.

37. Raportul Dezvoltării Umane 2004: Libertatea culturală în lumea diversă de azi la (www.who.int/whr/2000/en/

38. Reinke, W. *Health Planning for Effective Management.* New York: Oxford University Press, 1988.

39. Senge, P.M. *The Fifth Discipline: The Art & Practice of The Learning Organization.* New York: Doubleday. 1990.

40. Shortell, S. M., and A. D. Kaluzney. *Health Care Management: Organization Design and Behavior,* 3rd ed. Albany, NY: Delmar Publishers, 1994.

41. Taylor, R., and Taylor, S., eds. *The AUPHA Manual of Health Services Management.* Gaithersburg, MD: Aspen Publishers, 1994.

42. The Appropriate Role of the Hospital, European Observatory on Health Care Systems, WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1998

43. „The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance" (Raportul Sănătății Umane 2000: Sisteme de sănătate: Îmbunătățirea performanței) (www.who.int/whr/2000/en/) , accesat la 23 noiembrie 2004

44. Tulchinsky T., Varavikova E. , The New Public Health, Academic Press, 2000

45. UNDP- „Human Development Report 2004: Cultural liberty in Today's Diverse World" la http:// hdr.undp.org/reports/global/2004 accesat la 15 noiembrie 2004

46. Vlădescu C., coordonator, Sănătate publică şi management sanitar, Cartea Universitară, 2004

47. Vlădescu, C, Rădulescu, S., Olsavszky V., Sisteme de sănătate în tranziție, România 2000, Observatorul European al Sistemelor de Sănătate, Organizația Mondială a Sănătății – Biroul Regional pentru Europa, 2000

48. World Health Organization Regional Office for Europe and the European Observatory on Health Care Systems. Health Care Systems in Transition: Romania. Editor: Busse, R. Authors: Vladescu, C, Radulescu, S, Olsavszky V. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2000.

49. WHO –The World Health Report 2000, Health systems: Improving Performance, pp 27 -32

50. **http://en.wikipedia.org/wiki/Strategic_planning** accesat la 12 mai 2006

51. **http://www2.uhb.nhs.uk** accesat la 18 mai 2006