

**Școala Națională de Sănătate Publică  
și Management Sanitar**

---

# **MANAGEMENTUL SPITALULUI**

**Autori:**

Elena Badea

Delia Bărbuță

Nona Chiriac

Ingrid Gheorghe

Simona Haraga

Andrei Ionescu

Constanța Mihăescu-Pinția

Mona Moldovan

Simona Mușat

Cristinel Palas

Cristina Pavel

Paul Radu

Silviu Rădulescu

Ștefania Răsoiu

Mihaela Stoienescu

Daniela Vâlceanu



## CUPRINS

I. MANAGEMENTUL ȘI ORGANIZAREA SPITALULUI .....	11
1. Funcțiile și rolurile managementului.....	11
1.1 Funcțiile 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 ORGANIZAȚIONALĂ A SISTEMULUI SERVICIILOR DE SĂNĂTATE DIN ROMÂNIA .....	22
3.1. Evoluția sistemului serviciilor de sănătate din România.....	22
3.2. Structuri de conducere, reglementare și finanțare .....	24
3.3. Organizarea furnizorilor de servicii de sănătate.....	27
4. ORGANIZAREA SPITALULUI – STRUCTURI SPITALICEȘTI. ASPECTE LEGISLATIVE .....	29
4.1. Formă de proprietate .....	29
4.2. Clasificare .....	29
4.3. Organizare.....	31
4.4. Aspecte legislative .....	35
5. ANALIZA PERFORMANȚEI SISTEMULUI DE SĂNĂTATE.....	38
ROMÂNESC ÎN CONTEXT INTERNAȚIONAL .....	38
5.1 Cadrul general privind performanța sistemelor de sănătate .....	38
5.2 Indicele dezvoltării umane .....	40
5.3 Discuții și concluzii.....	52
BIBLIOGRAFIE.....	54
II. INTRODUCERE ÎN ECONOMIA SANITARĂ .....	57
1. ECONOMIA SANITARĂ ȘI PIAȚA LIBERĂ .....	57
1.1 Piața liberă .....	58
2. PIAȚA ÎNGRIJIRILOR DE SĂNĂTATE.....	62
2.1 Eșecul pieței serviciilor de sănătate .....	64
3. FINANȚAREA SECTORULUI SANITAR.....	66
3.1 Colectarea fondurilor .....	67
3.2 Finanțarea îngrijirilor de sănătate din România .....	70
3.3 Plata furnizorilor .....	72
3.4 Plata furnizorilor de îngrijiri de sănătate în România .....	75
4. CUMPĂRAREA ȘI 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 și experiența internațională .....	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 FINANȚĂRII BAZATE PE CAZ (DRG).....	104
2.1 Contractarea și decontarea serviciilor .....	104
2.2 Ajustarea finanțării bazate pe caz.....	106
2.3 Rolul calculării costurilor.....	108
2.4 Reglementări și 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 spitalicești la nivel de pacient.....	133
6. Contabilitatea publică. Situațiile financiare .....	137
7. structura unui Plan de îmbunătățire a .....	152
managementului spitalului .....	152
BIBLIOGRAFIE.....	154
V. MANAGEMENTUL RESURSELOR UMANE.....	155
1. ROLUL ȘI IMPORTANȚA MANAGEMENTULUI RESURSELOR .....	155
UMANE ÎN SĂNĂTATE.....	155
1.1 Ce este managementul resurselor umane?.....	155
1.2. Valoarea managementului resurselor umane pentru organizație.....	155
1.3. Managementul resurselor umane din sănătate.....	156
1.4 Evaluarea performanței 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 forță de muncă .....	160
3. RECRUTAREA ȘI SELECTAREA RESUSELOR UMANE.....	164
3.1 Etapele procesului de recrutare a resurselor umane .....	164
4. PROCESUL DE SELECȚIE A RESURSELOR UMANE .....	165
4.1 Importanța procesului de selecție a resurselor umane .....	165
4.2 Etapele procesului de selecție a resurselor umane .....	166
4.3 Interviu de selecție .....	167
4.4 Testarea.....	170
5. ANALIZA POSTULUI.....	170
5.1 Definire .....	170
5.2 Importanța analizei postului:.....	170
5.3 Metode utilizate în analiza postului: .....	171
5.4. Fișa postului .....	172
6. ANGAJAREA PERSONALULUI.....	173
6.1 Definire și 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 și organizare a pregătirii profesionale .....	176
7.4 Evaluarea nevoilor de pregătire.....	176
7.5 Metode generale de pregătire profesională a angajaților.....	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 motivaționale .....	182
9.3 Mijloace de creștere a motivației resurselor umane într-o organizație:.....	184
9.4 creșterea motivației în îndeplinirea unei funcții .....	185
10. EVALUAREA PERFORMANȚEI .....	185
10.1 Utilitatea evaluării performanței .....	185
10.2 Modalități de măsurare a performanței .....	186
10.3 Erorile de evaluare .....	187
10.4 Cine face evaluarea? .....	188
10.5. Fișa de evaluare.....	188
10.6. Interviu 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 și 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 Pareto.....	198
4.4. Instrumentul QQUQCQQ (Quis, quid, ubi, quibus auxiliis, quomodo, quando.....	199
4.5. Diagrama cauză-efect (“os de pește”), 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 construiește 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



## V. MANAGEMENTUL RESURSELOR UMANE

Dr. Mona Moldovan

### 1. ROLUL ȘI IMPORTANȚA MANAGEMENTULUI RESURSELOR UMANE ÎN SĂNĂTATE

#### *1.1 Ce este managementul resurselor umane?*

Managementul resurselor umane (MRU) se referă la conducerea și administrarea personalului, având ca țel creșterea performanței organizaționale prin îmbunătățirea performanțelor individuale ale membrilor organizației. MRU include activități ca: recrutare, selectare, dezvoltare, evaluarea performanței, remunerare și distribuire a recompenselor.

MRU cuprinde de asemenea strategiile dezvoltate de conducerea organizației privitoare la personal, și alinierea lor la strategiile globale de evoluție a organizației. Acestea includ de exemplu planificarea personalului, îmbunătățirea pregătirii profesionale, atragerea și reținerea personalului valoros, siguranța și securitatea în muncă și relațiile de muncă.

#### *1.2. Valoarea managementului resurselor umane pentru organizație*

Cercetări efectuate în SUA și Marea Britanie în anii '90 au demonstrat strânsa legătură dintre tipul de management al resurselor umane practicat și performanța organizației. Utilizarea unei largi game de "practici progresiste de MRU" în organizațiile studiate a dus la creșterea profitului acestora cu peste 25% și extinderea pieței specifice cu peste 10%. Astfel, organizațiile care practică un MRU care are ca țintă creșterea continuă a cunoștințelor, deprinderilor și motivației angajaților sunt mai profitabile. Iată câteva exemple de astfel de practici progresiste de MRU: utilizarea de proceduri valide de selecție (interviuri structurate, teste psiho-metrice etc.), organizarea de programe cuprinzătoare de formare, evaluare sistematică a performanțelor, utilizarea de stimulente non-financiare, stimularea lucrului în echipă și participarea la luarea deciziei. Un număr consistent de studii pe această temă au demonstrat că aceste practici progresiste de MRU sunt întotdeauna însoțite de creșterea productivității și profitului organizațional.

Printre cele mai recunoscute studii în domeniul MRU se înscriu cele ale lui Pfeffer (Pfeffer 1994, 1998). El a identificat 7 caracteristici ale MRU, comune celor mai multe dintre organizațiile care aduc profit prin utilizarea judicioasă a resurselor umane. Aceste caracteristici sunt:

- accent pe siguranța locului de muncă,
- utilizarea de echipe autonome,
- descentralizarea luării deciziei,



- formare continuă,
- angajare selectivă a personalului,
- reducerea distincțiilor și barierelor între tipurile de personal,
- remunerarea și acordarea de beneficii în conformitate cu performanța.

Alte cercetări recente (Chartered Institute of Personnel and Development – CIPD – 2002, au evidențiat piatra de temelie a unui MRU care susține performanța și eficiența – principiul AMO. Conform acestuia, cei mai mulți angajați dintr-o organizație trebuie să aibă **ABILITĂȚILE** necesare (cunoștințe, deprinderi și experiență) pentru a-și desfășura activitatea, trebuie să fie **MOTIVAȚI** în a o face, și trebuie să li se ofere **OPORTUNITATEA** de a-și asuma decizia și responsabilitatea pentru ceea ce fac. Autorii studiului sugerează organizațiilor care vor să-și maximizeze beneficiul utilizării personalului să-și stabilească politici și reglementări clare în aceste trei arii.

### *1.3. Managementul resurselor umane din sănătate*

Managementul resurselor umane din sănătate se desfășoară într-un sector cu caracteristici unice. Forța de muncă este mare, diversă și cuprinde profesii specifice, reprezentate deseori de asociații profesionale sau sindicale foarte puternice. Dintre aceste profesii – unele au specificitate de sector sanitar, altele nu, putând fi regăsite și în alte sectoare sau domenii. Loialitatea profesioniștilor cu ocupații specifice sistemului sanitar (medici, asistente medicale etc.) se îndreaptă în primul rând către pacient și către profesia lor și abia după aceea și către angajator.

În multe țări, accesul spre formarea și profesarea în domeniul medical este reglementat de standarde și cerințe specifice, care nu permit intrarea în acest domeniu a altor profesioniști din alte sectoare.

Resursele umane din sănătate constituie una dintre cele mai importante și mai costisitoare resurse din acest sector, ele determinând utilizarea celorlalte resurse. De aceea managementul resurselor umane este privit ca o componentă crucială pentru succesul organizațiilor din sănătate, de fapt pentru succesul întregului sistem sanitar.

Importanța MRU pentru nivelul crescut sau scăzut al performanței sistemului sanitar a fost în general ignorată până în ultimii ani. Reformele sistemelor sanitare s-au axat mai mult pe schimbări structurale, pe controlul costurilor, pe introducerea sau dezvoltarea mecanismelor de piață și pe creșterea satisfacției pacienților, decât pe aspecte de management de resurse umane în cadrul lor. În ultimii ani, pe baza cercetărilor din domeniu și a experienței din alte sectoare, s-a recunoscut faptul că promovarea unui MRU nou și progresist constituie soluția îmbunătățirii performanței sistemului sanitar. O forță de muncă motivată și adecvat pregătită este un element de bază pentru furnizarea de servicii de sănătate de bună calitate, eficiente și care să răspundă pe deplin așteptărilor pacienților. Metodele de MRU utilizate în sănătate pot constitui un factor stimulator sau de frânare în atingerea obiectivelor reformei sistemului.

Principalele țeluri ale managementului resurselor umane din sistemul sanitar privesc mobilizarea, motivarea și dezvoltarea capacităților personalului. În acest sens, provocările ce apar în fața managementului resurselor umane din sănătate la ora actuală (și sunt probleme care se regăsesc în mai toate sistemele sanitare din lume) sunt:

- lipsa de motivare a personalului,
- utilizarea ineficientă a personalului,
- productivitatea scăzută a personalului,
- pregătire inadecvată a personalului,
- proastă distribuție a personalului atât în interiorul organizației cât și în cadrul sistemului de sănătate.

Pentru a face față acestor provocări și pentru a răspunde mai bine cerințelor sistemului de sănătate au fost propuse strategii de îmbunătățire a managementului resurselor umane, care cuprind: dezvoltarea infrastructurii de management, furnizarea de informații și efectuarea de cercetări în domeniul resurselor umane din sănătate, clarificarea elementelor de management de resurse umane și o mai bună formare a managerilor din sănătate.

#### ***1.4 Evaluarea performanței MRU în sănătate***

Importanța măsurării performanței în serviciile de sănătate a fost subliniată de necesitatea cuantificării reformelor efectuate în sănătate, și de evaluarea impactului acestora asupra serviciilor oferite. Pentru obținerea unei reforme reale în sistemul de sănătate este important să se acționeze și asupra resurselor umane, în scopul îmbunătățirii performanței acestora. Indicatorii de performanță ai resurselor umane sunt desemnați să monitorizeze nivelurile curente de performanță a organizației ca întreg și ale personalului, precum și schimbările acestora apărute ca urmare a implementării obiectivelor reformei dorite.

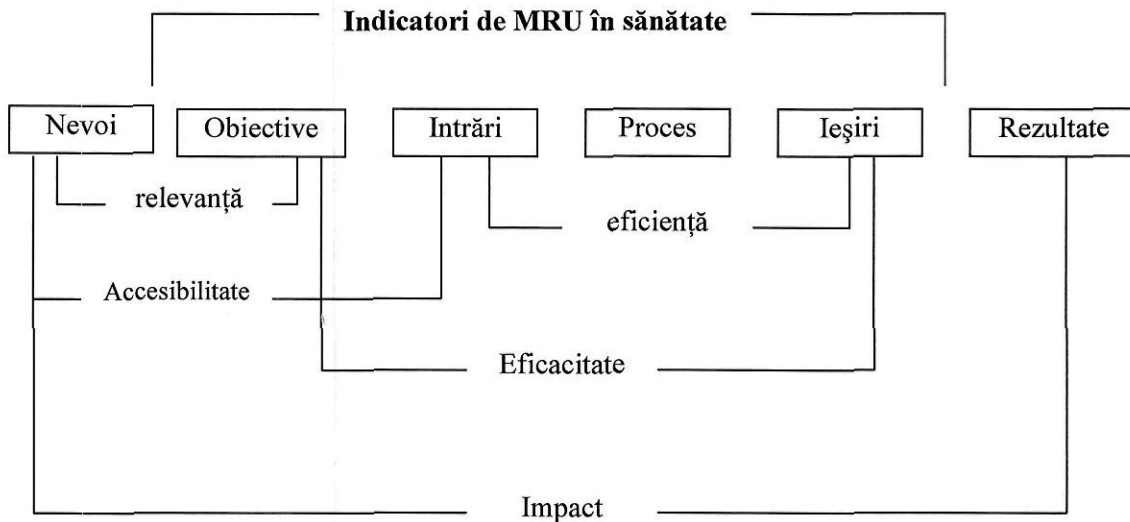
Indicatorii de performanță ai resurselor umane din sănătate combină, în mod obișnuit, într-o singură statistică două aspecte ale organizației, de exemplu numărul de pacienți îngrijiți de către o asistentă medicală. Ei oferă o indicație asupra unei caracteristici a organizației și constituie o măsură a eficacității, eficienței sau calității. Utilizați singuri sau în grupuri ei subliniază diferențele existente față de un standard al activității organizaționale și identifică ariile unde este necesară o ajustare. Aceste diferențe pot fi demonstrate prin:

- a) compararea valorilor aceluiași indicator pentru organizații similare;
- b) compararea valorilor aceluiași indicator, în timp, în cadrul aceleiași organizații;
- c) compararea valorii indicatorului cu un standard național, cu o medie sau oricare altă normă.

Există patru aspecte principale ale activității resurselor umane din sănătate pentru care pot fi dezvoltați indicatori: intrările, procesele, ieșirile și rezultatele. Fiecare dintre ei răspunde unei probleme speciale de MRU, după cum se vede din Figura: V.1.



Figura V.1 - Indicatorii de resurse umane și performanța organizațională



După Hornby&Forte "Guidelines for introducing Human Resources Indicators to monitor health services performance"

**INTRĂRI** – ce resurse umane sunt disponibile și care sunt necesitățile din sistem?  
Indicatori posibili:

- proporțiile relative ale diferitelor tipuri de personal,
- costurile de personal raportate la totalul cheltuielilor,
- numărul de personal raportat la caz sau la populația arondată.

**PROCES** – funcționează serviciul de sănătate ca o organizație pentru resursele sale umane? În privința resurselor umane din sănătate, procesul include atât mediul organizațional în care acestea își desfășoară activitatea, cât și măsurile de eficiență ale activității acestora. Ca tipuri de indicatori posibili:

- ratele de fluctuație a personalului,
- personalul existent raportat la personalul necesar,
- proporția de noi angajați din total personal,
- rata de ocupare a paturilor raportată la personalul angajat.

**IEȘIRI** – se măsoară mai greu, și dau doar estimări asupra performanței reale a organizației. Exemple tipice de indicatori:

- număr de asistente medicale raportat la mia de pacienți îngrijiți,
- număr de asistente medicale /moașe la mia de născuți vii,
- număr de pacienți îngrijiți raportat la numărul personalului.

**REZULTATE** – care sunt produsele finale ale organizației? Această arie a performanței este dificil de măsurat, deoarece sunt destul de dificil de cuantificat modificările în starea de sănătate a persoanelor. Exemple de indicatori:



- rata născuților vii raportată la numărul de moașe,
- rata de mortalitate raportată la numărul personalului de îngrijire.

Acești indicatori pot fi utilizați și în scop financiar pentru măsurarea costului anumitor activități. Dar estimarea economiilor făcute în cazul unor servicii prin utilizarea indicatorilor este un proces mai lung, întrucât efectele financiare ale unor măsuri organizaționale apar destul de lent.

## **2. PROCESUL DE PLANIFICARE A RESURSELOR UMANE**

### ***2.1. Definierea procesului de planificare a resurselor umane***

Planificarea resurselor umane constituie una dintre activitățile de primă importanță pentru managementul resurselor umane. Disponerea de angajați în număr suficient, cu pregătire corespunzătoare, la locul și timpul potrivit, este vitală pentru succesul organizației

*În procesul de formulare a obiectivelor organizației trebuie să se determine și ce resurse umane vor fi necesare pentru atingerea obiectivelor, existând de altfel interacțiuni complexe între procesul de decizie strategică organizațională și cel de planificare a resurselor umane.*

### ***2.2 Etapele procesului de planificare a resurselor umane***

*Procesul de planificare a resurselor umane dintr-o organizație de sănătate cuprinde cinci etape principale, prezentate în continuare:*

*1. Formularea obiectivelor* stabilirea strategiei și obiectivelor de dezvoltare ale organizației pentru viitor. Acest viitor poate fi pe termen lung (5-8 ani) sau pe termen mediu (2-4 ani):

Obiectivele organizației determină formularea obiectivelor care se referă la resursele umane. Întrebările la care trebuie răspuns sunt: câte persoane sunt necesare, ce categorii de persoane, când va fi nevoie de ele și unde anume vor fi necesare.

*2. Estimarea necesarului de resurse umane pentru atingerea obiectivelor organizaționale. În cazul instituțiilor din sănătate, pentru unele sectoare este destul de ușor, pentru că există normative de personal, de care trebuie să se țină seama atunci când se face proiecția de personal.*

*3. Analiza utilizării prezente a resurselor umane:*

- enumerarea numărului de angajați pe diverse categorii;
- estimarea fluctuației (numărul pierderilor/numărul mediu de angajați x 100) pentru fiecare categorie de personal;
- analiza efectelor ratei turnoverului asupra performanței organizației;
- analiza orelor suplimentare lucrate;
- evaluarea performanței și potențialului angajaților;
- analiza nivelului salariilor personalului, comparativ cu alte organizații.

#### 4. Analiza mediului extern al instituției

- analiza pieței forței de muncă;
- posibilitatea de recrutare a diferitelor categorii de personal;
- analiza efectului recrutării personalului de către alte organizații;
- cunoașterea politicilor guvernamentale referitoare la formare, pensionare, subvenții;
- identificarea schimbărilor în legislație.

#### 5. Planul de personal, care se referă la:

- posturile care se vor crea, vor dispărea, sau se vor transforma;
- măsura în care este posibilă redistribuirea sau reorientarea personalului;
- nevoile de pregătire;
- recrutarea, surplusul sau pensionarea;
- implicațiile la nivelul relațiilor intraorganizaționale;
- metodele de rezolvare a situațiilor neprevăzute care să ducă la surplus sau deficit de personal (pensionare precoce, alte pierderi).

În procesul de planificare sunt descrise patru categorii importante de personal:

1. personal existent,
2. personal potențial,
3. personal pierdut (pensionări, demisii, concedieri),
4. personal necesar.

Pentru acoperirea necesarului de personal, organizațiile din sistemul sanitar pot apela la două surse – internă și externă.

**Sursa internă** – personal din cadrul organizației care prin promovare sau transfer își poate schimba locul de muncă, este cea mai avantajoasă pentru organizație. Angajatul nu mai trece prin perioada de adaptare la cerințele organizației, este familiarizat cu aspectele culturii organizaționale și se integrează mai ușor la locul de muncă, devenind productiv mai repede.

**Sursa externă** – dinafara organizației trebuie căutată în locurile predilecte pentru tipul respectiv de angajat – școli, universități, asociații profesionale, forțele de muncă, etc. Găsirea de potențiali candidați pentru ocuparea posturilor disponibile este mai ușoară sau mai dificilă, în funcție de condițiile de pe piața forței de muncă. Astfel, disponibilitatea de candidați pentru posturile dintr-o organizație este influențată de anumiți factori, dintre care unii, numiți externi, sunt datorati mediului social, iar alții, numiți interni, sunt datorati oportunităților oferite de organizație.

### 2.3 Factorii care afectează oferta de forță de muncă

Există mulți factori care afectează oferta de forță de muncă, dar, în general, ei pot fi împărțiți în două mari categorii: cei asupra cărora angajatorii au foarte puțin control



(factori externi) și aceia pe care angajatorii îi pot influența în mod direct (factori interni).

### 2.3.1 Factorii externi includ:

- a) forța de muncă potențială,
- b) schimbările demografice,
- c) tendințele sociale,
- d) mobilitatea forței de muncă,
- e) competiția de pe piața forței de muncă,
- f) posibilitățile de transport.

#### **a. Forța de muncă potențială**

Aceasta se referă la toate persoanele eligibile la un anumit moment pentru angajare într-un anumit domeniu. Pentru personalul din sănătate, această forță de muncă este restrânsă la cei care posedă pregătirea necesară. Intrarea în forța de muncă potențială (de a lucra în sănătate) se face la terminarea studiilor universitare sau de colegiu (pentru medici și asistente). Ieșirea din cadrul forței de muncă disponibile se face prin pensionare, demisie, schimbarea profilului activității sau deces. O potențială sursă de creștere sau descreștere a forței de muncă disponibile pentru sănătate o constituie migrația; în primul rând migrația în alte țări, și, în al doilea rând, migrația către alte profesii mai bine plătite.

#### **b. Schimbările demografice**

Schimbările demografice pot să crească sau să descrească forța de muncă disponibilă la un anumit moment. De exemplu, o scădere dramatică a natalității va duce la scăderea forței de muncă disponibile peste 20-25 de ani, determinând o scădere a numărului de medici și de asistente. Aceasta, corelată cu o îmbătrânire accentuată a populației (mare consumatoare de servicii medicale), va duce la o suprasolicitare a personalului medical în acea perioadă.

#### **c. Tendințele sociale**

Oferta de forță de muncă este influențată de tendințele sociale manifestate la un moment dat, cum ar fi perioadele de sarcină și îngrijire a copilului, posibilități de pensionare anticipată, creșterea numărului de doritori să lucreze jumătate de normă.

#### **d. Mobilitatea forței de muncă**

Oferta de forță de muncă este influențată de mobilitatea acesteia astfel: poate exista un excedent de forță de muncă disponibilă într-o anumită zonă, dar aceasta să nu fie dispusă să se mute sau să lucreze în altă zonă unde există un deficit al forței de muncă în acel domeniu.

#### **e. Competiția pe piața forței de muncă**

Într-o piață a forței de muncă având o rată ridicată a șomajului competiția pentru ocuparea unui loc de muncă este mult mai mare decât într-una cu o rată scăzută a șomajului.

#### **f. Posibilitățile de transport**

Oferta de forță de muncă este în general legată de o arie geografică. Cu cât specializarea cerută pentru forța de muncă este mai înaltă, cu atât se lărgeste aria geografică de căutare. Posibilitățile unui transport rapid și eficient din punctul de vedere al costului constituie factori favorizanți pentru găsirea unui personal specializat de la o distanță mai mare.

### 2.3.2 Factorii interni includ:

- a) nivelul de salarizare,
- b) statutul oferit,
- c) satisfacția muncii,
- d) condițiile de muncă,
- e) posibilitățile de dezvoltare ulterioară.

#### **a. Nivelul de salarizare**

Nivelul de salarizare este unul din factorii determinanți ai cererii și ofertei de forță de muncă. Acesta poate stimula și competiția pentru un anumit loc de muncă, deoarece este normal ca un nivel crescut al salariilor să atragă mai mult personal sau solicitanți pentru un anumit post.

În sănătate, nivelul de salarizare este unul dintre cei mai importanți factori ai satisfacției sau insatisfacției legate de ocuparea unui post, fiind totodată cel mai flexibil instrument competitiv disponibil pentru patronat. Herzberg subliniază că nivelul de salarizare este un instrument important doar pentru atragerea de personal, reținerea personalului făcându-se și prin alte mijloace (Herzberg 1993).

#### **b. Statutul oferit**

*Un factor important pentru ocuparea unui anumit post este statutul social oferit de o anumită slujbă. Personalul din sănătate are un statut social ridicat, dat de importanța socială a muncii depuse, deși programul deseori foarte încărcat și nivelul de salarizare scăzut constituie dezavantaje majore în calea alegerii profesiilor de medic sau asistentă medicală pentru a face carieră.*

#### **c. Satisfacția muncii**

Satisfacția muncii este foarte importantă pentru mulți angajați; pentru anumite categorii este mai importantă chiar decât banii sau statutul social, de exemplu pentru actori.

În sănătate, percepția vocației pentru meserie a compensat deseori nivelul scăzut al salariului. În general, cu cât este mai mare satisfacția în muncă, cu atât va fi aceasta mai atractivă pentru angajați. Satisfacția muncii este un concept subiectiv, fiind o percepție personală; indivizi diferiți vor avea percepții diferite asupra muncii efectuate în aceleași condiții și, poate în același timp. De exemplu, doi medici lucrând în aceleași condiții și în același loc pot percepe diferit gradul de mulțumire în legătură cu activitatea desfășurată.

#### **d. Condițiile de muncă**

Satisfacția muncii este strâns legată de condițiile de muncă. Este de așteptat ca oferirea de condiții de muncă mai bune cu satisfacție profesională crescută, să determine apariția mai multor doritori de angajare în organizația respectivă.

#### **e. Posibilitățile de dezvoltare ulterioară**

Cu cât posibilitățile de a face carieră într-un anumit post sunt mai mari, există mai mulți doritori de a ocupa acel post, comparativ cu unul similar fără posibilități de dezvoltare profesională ulterioară.



### *2.3.3 Factorii care influențează cererea de personal sanitar*

Cererea de personal sanitar este în mare măsură influențată de cererea de servicii de sănătate, ambele depinzând de mai mulți factori:

1. numărul și structura populației,
2. factori genetici, de mediu și stilul de viață,
3. schimbările în practica medicală,  
și interrelația dintre ei.

#### **1. Numărul și structura populației**

O populație cu un număr crescut are, în general, o nevoie mai mare de servicii de sănătate, deși aceasta depinde și de structura pe grupe de vârstă și socială a populației respective. Există anumite grupuri de vârstă care au mai multă nevoie de îngrijiri de sănătate: nou-născuții, copiii mici, gravidele și vârstnicii. Este evident că o populație în a cărei structură predomină unul din grupurile enumerate mai sus are mai multă nevoie de servicii de sănătate și deci de personal medical.

#### **2. Factori genetici, de mediu și de stil de viață**

Bolile genetice și congenitale pot fi manifeste de la naștere, sau se pot manifesta mai târziu. Datorită progreselor înregistrate în medicină, mare parte dintre cei care suferă de aceste boli, și care altădată mureau, astăzi sunt menținuți în viață, dar, au o nevoie continuă de servicii medicale.

Factorii de mediu constituie determinanți ai sănătății, prin mediu înțelegând atât mediul natural (aer, apă, sol), cât și mediul ocupațional, social etc. Stilul de viață este un alt element care, în funcție de tipul lui, poate duce la păstrarea sau pierderea sănătății. Afecțiunile datorate mediului sau stilului de viață se traduc în final prin cerere de îngrijiri de sănătate, deci de necesar de personal medical.

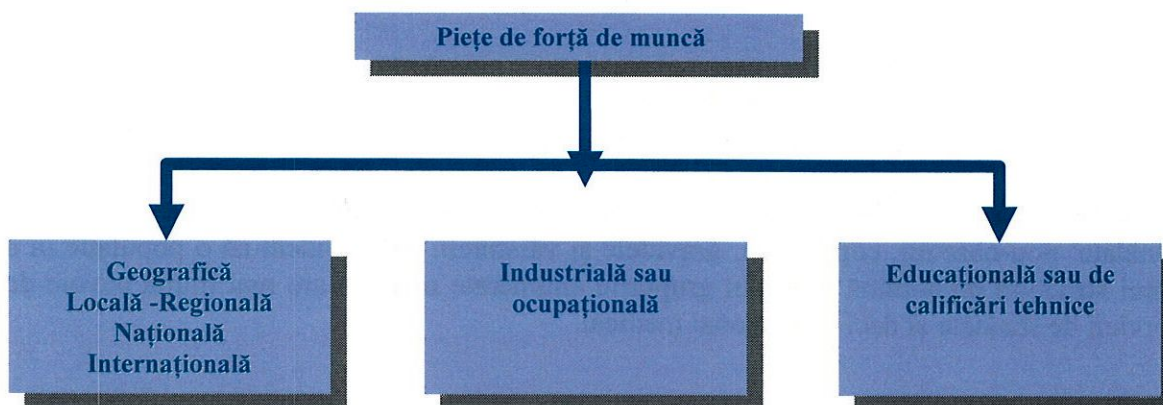
#### **3. Schimbările în practica medicală**

Schimbările în practica medicală modifică cererea de personal sanitar, în sensul unei creșteri a pregătirii personalului, pentru a face față atât noilor tehnologii introduse, cât și noilor tendințe în îngrijirile de sănătate – reducerea la minimum a duratei de spitalizare și creșterea rolului îngrijirilor la domiciliu.

### 3. RECRUTAREA ȘI SELECTAREA RESUSELOR UMANE

Recrutarea este procesul de atragere de candidați calificați pentru posturile libere din cadrul organizației.

Figura V.2. Diversitatea piețelor de muncă de unde se poate face recrutarea



Sursa: după Charlie Cook - 2003 Southwestern College Publishing

Acest proces presupune atragerea de pe piața forței de muncă sau din alte surse, interne sau externe, de candidați care să aibă cunoștințele, abilitățile și competențele necesare pentru a ocupa posturile libere din cadrul organizației de sănătate. În figura V.2 sunt specificate câteva din posibilele piețe ale forței de muncă de unde pot fi atrași acești candidați. Sistemul sanitar, fiind un sector cu o pondere însemnată de personal specializat, cu o pregătire aparte, atragerea de pe piața locală sau regională a forței de muncă se poate face doar pentru personalul de suport; personalul specializat fiind în număr destul de restrâns, nu există disponibil pe piața forței de muncă; el poate fi recrutat din instituțiile de învățământ, din cadrul asociațiilor profesionale, sau prin intermediul publicațiilor profesionale.

#### ***3.1 Etapele procesului de recrutare a resurselor umane***

Procesul de recrutare cuprinde 4 stadii principale:

##### **1. planificarea recrutării**

- de câți angajați este nevoie?
- când sunt necesari aceștia?
- ce cunoștințe și aptitudini sunt necesare?

##### **2. stabilirea responsabilităților organizaționale**

- stabilirea strategiilor de recrutare,
- stabilirea procesului de recrutare,



- stabilirea persoanelor implicate în recrutare, în afara departamentului de resurse umane.

### 3. stabilirea deciziilor organizaționale

- stabilirea surselor de recrutare – internă, externă, internet, etc.
- stabilirea tipului de personal – permanent, cu normă redusă, temporar, etc.

### 4. Stabilirea metodelor de recrutare

- anunțuri în publicații
- anunț intern
- alte posibilități de atragere

După ce au fost parcurse aceste etape, un pas important este chiar redactarea anunțului de recrutare, după modelul prezentat în figura V.3.

Figura V.3 Componentele principale ale unui anunț de recrutare

<p><b><u>Informații despre organizație</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Numele organizației</li> <li>• Câteva date despre profilul și activitatea organizației</li> <li>• Adresa completă</li> </ul> <p><b><u>Informații despre post</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Denumirea postului</li> <li>• Locația postului în organizație</li> <li>• Principalele responsabilități</li> <li>• Date despre pregătirea și experiența solicitate de post</li> <li>• Câteva date despre nivelul de salarizare a postului</li> </ul> <p><b><u>Informații despre procesul de recrutare</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentele necesare</li> <li>• Locul de depunere</li> <li>• Termenul limită de depunere a cererilor</li> <li>• Data concursului, interviului</li> <li>• Persoana de contact – nume, telefon, email, birou, adresa completă</li> </ul>
--

După terminarea etapei de recrutare se trece la procesul de selecție a celui mai potrivit candidat pentru postul din organizație.

## 4. PROCESUL DE SELECȚIE A RESURSELOR UMANE

### 4.1 Importanța procesului de selecție a resurselor umane

Aproape toate funcțiile managementului resurselor umane se exercită asupra doar asupra personalului din interiorul organizației; în afară de două: recrutarea și selectarea de personal. Dacă recrutarea pune în valoare latura de "marketing" a managementului resurselor umane, funcția de selectare este una dintre cele mai importante. Înseamnă a găsi persoanele a căror competență, ale căror aspirații și interese coincid cu nevoile și obiectivele organizației. De aceea, un bun proces de selecție nu începe doar prin

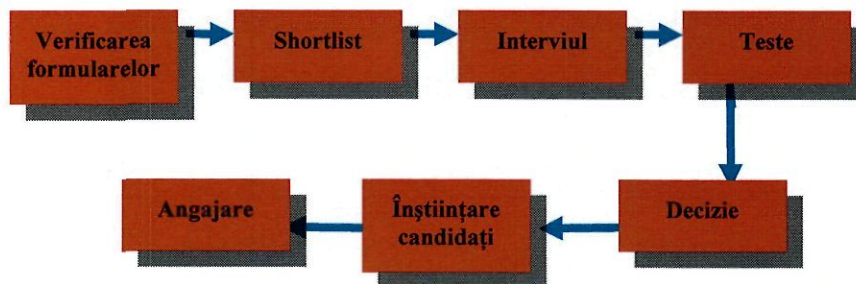
evidențierea nevoilor de personal ale organizației și a posturilor libere existente, ci și prin definirea foarte realistă a calificărilor necesare pentru ocuparea acestor posturi. Este dăunătoare și costisitoare atât angajarea unor persoane subcalificate cât și a unora supracalificate. Acestea din urmă se consideră subutilizate, intervine sentimentul de plictiseală care generează mai departe o întreagă serie de probleme, de la neatenție în muncă la superficialitate, discuții cu colegii, conducând în final la deteriorarea climatului organizațional.

#### **4.2 Etapele procesului de selecție a resurselor umane**

Procesul de selecție a resurselor umane cuprinde mai multe etape:

1. *verificarea formularului (cerere) de solicitare a postului, curriculum vitae (CV);*
2. *trierea cererilor pe baza datelor personale cu redactarea listei prescurtate cu candidații selectați ("shortlist");*
3. *interviuvarea candidaților;*
4. *administrarea testelor;*
5. *luarea deciziei asupra alegerii candidaților;*
6. *înștiințarea candidaților în legătură cu decizia luată;*
7. *încheierea contractului de angajare.*

Figura V.4 Etapele procesului de selecție a resurselor umane



Deși au fost prezentate într-o formă cronologică, etapele 3 și 4 se pot desfășura și invers, în funcție de reglementările în vigoare. După cum se poate observa, procesul de selecție are două puncte eliminatorii esențiale și anume interviul și testarea. Dar, etapa care determină o selecție în adevăratul sens al cuvântului, este interviul. Acesta în condițiile în care este bine condus, din el se pot obține date cu adevărat relevante.

După cum se observă din etapele procesului de selecție, în cadrul acestuia intervin câteva documente importante: formularele de solicitare a postului, CV-ul, recomandările și referințele.

##### **4.2.1 Formularele de solicitare a postului**

Aceste formulare sunt standard și dau managerului informații asupra educației și experienței candidatului, asupra evoluției anterioare în post, precum și asupra stabilității solicitantului în muncă. Ele dau o imagine deseori reală asupra solicitantului și sunt utilizate frecvent ca preinterview. Formularele sunt de diferite tipuri, în funcție de categoria de post.



Se descriu: formulare “închise”, care solicită numai informații de rutină utilizate în special pentru munci necalificate, și formulare “deschise”, care solicită candidaților să își exprime opiniile și motivațiile, și să își prezinte aspirațiile în legătură cu viitorul post. Acestea permit o autoevaluare a candidatului, dau informații asupra capacității de comunicare, și îl încurajează să reflecteze la experiența anterioară. Conțin multe detalii care solicită timp intervievatorului, acesta reprezentând un dezavantaj.

#### 4.2.1.1 Curriculum vitae

*Curriculum vitae nu este preformat și reprezintă o “descriere proprie a candidatului asupra istoriei personale, în relație cu munca sa” (Cole, 1993).* Prezintă combinația dintre informațiile de rutină (vârstă, statut marital, educație, calificare, relații profesionale) și informațiile personalizate (evoluția profesiei, interese personale, motivații, experiență anterioară), și reprezintă un sprijin în interviul interactiv ulterior.

#### 4.2.1.2 Recomandările

*Recomandările “sunt exprimări scurte asupra candidatului făcute de o terță persoană, de obicei superiorul acestuia” (Cole, 1993).* Au rolul de a confirma informațiile oferite de candidat.

#### 4.2.1.3 Referințele

Referințele sunt solicitate pentru a furniza informații asupra perioadei de activitate a candidatului în organizația anterioară, opinii în legătură cu caracterul candidatului (onestitate, încredere și, de asemenea, confirmă informațiile prezentate de candidat).

### 4.3 Interviul de selecție

Un interviu de selecție constituie un schimb formal de păreri, impresii și puncte de vedere între un potențial angajator și un potențial angajat cu privire la selecția lor reciprocă. Prin intermediul interviului nu numai intervievatorul află informații despre solicitantul postului, ci are loc și fenomenul invers: candidatul află informații despre organizația în care vrea să intre, despre climatul organizațional, despre tipul de conducere care există în organizație, despre oamenii cu care eventual va lucra. Că acest proces are într-adevăr loc este demonstrat de faptul că între 5 și 7% dintre solicitanții de post se retrag după interviu (Zima, 1996). Importanța interviului de angajare rezidă în faptul că există domenii în care acesta nu poate fi întrecut de nici o altă metodă de selecție (Derek Torrington, 1991). Acestea sunt:

- **potențialul de a culege informații:** interviul constituie un mijloc rapid și flexibil pentru culegerea de informații; dacă este desfășurat în mod corespunzător, datorită faptului că ia în considerație o paletă largă de factori, poate deveni foarte util; în plus, o serie întreagă de informații despre solicitant, provenite din diverse surse cum ar fi curriculum vitae, referințe, scrisori de intenție etc., pot fi discutate cu acesta și înlăturate eventualele nelămuriri;
- **potențialul de a oferi informații:** angajatorul are ocazia să ofere mai multe detalii despre instituția sa ca și despre postul în sine; solicitantul are ocazia să pună întrebări și să-și satisfacă nevoia de informații în privința organizației în care intră;
- **aspectele umane.** în cursul interviului poate fi făcută o evaluare superficială a compatibilității dintre oameni care vor lucra împreună; după cum sublinia și Lopez, din punctul de vedere al solicitantului, organizația care desfășoară

interviuri îi face o impresie bună; nu este doar testat ca la școală, ci există niște persoane din organizație care îi consacră o parte din timpul lor; iar posibilitatea de a pune întrebări despre organizația în care dorește să intre îi dă solicitantului impresia că el este de fapt cel care face alegerea.

#### 4.3.1 Funcțiile interviului de selecție

După cum a fost deja subliniat, un interviu de selecție bine condus îndeplinește următoarele trei funcții:

- solicitarea de informații mai detaliate despre motivația și comportamentul candidatului, în scopul evaluării personalității sale, pentru a vedea dacă este potrivit pentru post;
- de verificare într-un anumit fel a informațiilor pe care candidatul le-a dat despre el însuși în curriculum vitae, formularul de solicitare a postului etc. și de a examina prin întrebări bine ținute, relevanța calificărilor și experienței candidatului;
- de a oferi solicitantului informații despre post și organizație; această parte a interviului este deseori omisă, dar nu trebuie uitat niciodată faptul că selecția este reciprocă: solicitantul este selectat de către instituție, dar și instituția este selectată de către solicitant

Acest aspect al selecției reciproce este foarte important și trebuie ținut cont întotdeauna de el. Interviul constituie cel mai bun prilej pentru un solicitant de post de a-și forma o părere *reală* despre instituția în care dorește să lucreze. Informațiile pe care le are până la acel punct despre instituția respectivă nu sunt pe deplin obiective și reale. Sursele de informații de care dispune solicitantul unui post până la acea oră pot fi de două categorii:

- *scrise* – pliante de reclamă, anunțul de angajări, reclame de la T.V., eventual unele articole de ziar, care, în general, prezintă doar aspectele pozitive ale instituției, cele negative fiind trecute sub tăcere.
- *orale* – de la alte persoane, care pot fi foști angajați care prezintă instituția în termeni neologioși, sau persoane care cunosc alte persoane care au cunoștințe despre instituție și atunci intervin distorsiunile și zvonurile

Într-un singur caz, solicitantul unui post poate obține unele informații de primă mână, obiective despre instituția în care dorește să lucreze: dacă este vorba despre o instituție publică unde poate merge ca client. Doar în acest caz poate observa unele aspecte pozitive și negative despre acesta. Dar nici acestea nu sunt pe deplin relevante, pentru că în multe instituții există o diferență foarte mare între comportamentul în fața clienților și comportamentul și climatul intra-organizațional.

#### 4.3.2 Tipuri de interviuri de selecție

Așa cum organizațiile diferă între ele, așa cum posturile dintr-o organizație diferă între ele, așa cum membrii unei organizații diferă între ei, există diferite tipuri și strategii de interviu. Interviurile se pot clasifica în funcție de mai multe criterii. Cele mai utilizate clasificări sunt următoarele:

##### *A) după gradul de structurare al interviului:*

1. **interviu structurat** – cu întrebări prestabilite, care se aseamănă foarte mult cu un chestionar la care solicitantul răspunde oral; este utilizat în special pentru posturile care



necesită puțină educație și calificare, care nu cer în mod special anumite caracteristici ale personalității;

2. **interview semi-structurat** – în care sunt fixate dinainte unele întrebări de bază, ele servind ca jaloane pentru fluxul discuției; oricum interviuatorul nu este încorsetat de aceste întrebări ci poate purta și o discuție liberă cu solicitantul în alte arii de interes;

3. **interview nestructurat** – decurge ca o discuție liberă; în avans, interviuatorul își fixează anumite puncte care trebuie atinse în timpul discuției fără a formula apriori întrebări.

În general, tipul de interview utilizat variază în funcție de două aspecte:

- **complexitatea postului solicitat** – cu cât postul respectiv incumbă sarcini mai complexe, abilități, aptitudini și pregătire mai complexă, cu atât scade gradul de structurare a interviului; așa este și normal pentru că anumite trăsături ale personalității nu pot fi relevate prin întrebări șablon; un alt factor foarte important de subliniat aici este responsabilitatea dată de postul respectiv; cu cât aceasta este mai mare, cu atât este utilizat un tip de interview mai puțin structurat, pentru a da posibilitatea solicitantului de a-și "releva" personalitatea într-o discuție deschisă.
- **experiența interviuatorului** – cu cât interviuatorul are mai multă experiență în acest domeniu, cu atât va conduce un interview mai puțin structurat, pentru că are abilitatea de a afla și printr-o discuție liberă aspecte care îl interesează; dacă este un interview cu mai mulți interviuatori (panel), unul dintre ei va conduce discuția și interviul va fi structurat după gradul de experiență a acestuia.

### **B) În funcție de numărul interviuatorilor.**

În acest sens se descriu două mari grupe, care la rândul lor au subdiviziuni.

- **Interviul individual** – este varianta de interview în care candidatul discută cu un singur interviuator. Avantajul major al acestui tip de interview este că se poate stabili foarte repede o atmosferă deschisă, raporturi de amabilitate și de încredere. Este foarte avantajos pentru candidat, care trebuie să-și concentreze atenția asupra unui singur vorbitor, ceea ce este mai puțin stresant pentru el, decât a avea de-a face cu mai mulți interviuatori deodată. Principalul dezavantaj al acestui tip de interview este că organizația lasă pe seama unui singur om responsabilitatea selecției candidaților în acest moment al procesului care, după cum am subliniat, este unul foarte important. Un alt dezavantaj major al acestui tip de interview este suspiciunea permanentă care planează asupra interviuatorului, aceea de favorizare a unuia dintre candidați – așa-numitul nepotism. Pentru a exclude aceste dezavantaje există o variantă a acestui tip de interview – **secvența de interviuri**. Aceasta constă dintr-o suită de interviuri cu un singur interviuator. În companiile și instituțiile mari din țările vest-europene și S.U.A., interviul, ca metodă de selecție a personalului, este format dintr-o secvență de interviuri: interviul inițial de triere (care este mai scurt, este bine structurat și conține de obicei un set de întrebări standard) și interviul propriu-zis care, la rândul lui, poate îmbrăca mai multe aspecte.
- **interviul cu un grup de interviuatori** - acesta constă în interviuarea candidatului de către un grup (comisie) din cadrul organizației. Există și aici mai multe variante și anume **interviul panel** (interviuatorii sunt în număr de trei sau patru) și **interviul de consiliu (board)** în care interviuatorii sunt în

număr de la opt în sus (acest tip de interviu se utilizează în selectarea persoanelor pentru funcțiile cele mai înalte ierarhic dintr-o mare companie). Ne vom referi aici la interviul panel care este frecvent utilizat; din grupul de interviuatori fac parte de obicei: reprezentantul departamentului de resurse umane, șeful direct al postului vizat, șeful de departament etc. În acest tip de interviu se stabilește un șef de comisie, care va conduce discuțiile și care va da pe rând cuvântul membrilor panelului. Acest tip de interviu elimină toate dezavantajele tipului anterior și are ca principale două avantaje posibilitatea de a se lua hotărâri rapide și o creștere a validității interviului prin confruntarea mai multor păreri în privința unui candidat. Dezavantajul major îl constituie faptul că este mai stresant pentru candidat și, cu toate eforturile conducătorului panelului, atmosfera este mai rece, mai rigidă și mai formală decât la interviul cu o singură persoană.

#### **4.4 Testarea**

Testarea este o componentă importantă a procesului de selecție, în care candidații trebuie să facă proba cunoștințelor și abilităților lor. În general, cea mai utilizată metodă de testare este cea practică, în care candidatul este pus să execute practic o activitate a postului pentru care candidează. Testele scrise, de evaluare generală a cunoștințelor, nu sunt foarte relevante, pentru că relevă doar capacitatea de memorare a candidatului, nu și abilitatea de a transpune în practică cunoștințele deținute.

Pentru funcțiile de conducere sunt recomandate două categorii de teste, și anume, testarea psihologică și studiul de caz. În cadrul acestuia din urmă, i se supune atenției candidatului o situație reală din cadrul organizației și i se cere să o rezolve, apoi i se prezintă rezolvarea reală, cerându-i-se să o comenteze.

### **5. ANALIZA POSTULUI**

#### **5.1 Definiție**

Analiza postului este procesul rațional de determinare a responsabilităților și sarcinilor specifice unui anumit post, și este considerată baza managementului resurselor umane.

Prin acest proces se examinează un post, în scopul identificării caracteristicilor sale principale, în special a îndatoririlor care îi revin ocupantului aceluși post, a rezultatelor așteptate din activitatea lui, cât și a relațiilor care se stabilesc între acel post și celelalte posturi din schemă.

#### **5.2 Importanța analizei postului:**

- a) validează metodele utilizate în luarea deciziilor privind angajarea;
- b) ajută atât managerul cât și angajatul în definirea responsabilităților și sarcinilor angajatului;
- c) servește ca ghid de referință în deplasarea angajatului la locul potrivit;
- d) apreciază timpul necesar efectuării unei activități de către angajat;



- e) oferă celor ce doresc să se angajeze informații realiste în ceea ce privește: sarcina de lucru, responsabilitățile, cerințele privind postul;
- f) oferă justificări existenței postului și locului acestuia în organizație;
- g) identifică interrelațiile dintre șefi și subordonați precum și conexiunile dintre posturi cu responsabilități corelate ;
- h) oferă o ghidare schimbărilor ce survin în planul de muncă;
- i) determină importanța relativă a activităților care mențin echitatea internă și externă a retribuirii;
- j) oferă informații selective privind procesul decizional al angajării;
- k) servește ca bază de stabilire a unor programe de dezvoltare profesională (*career development*);
- l) identifică excesul de angajați în cazul modificării numărului de angajați (de exemplu, când două instituții se unesc);
- m) constituie un ghid de referință pentru șefii de compartimente, departamente, secții, sau specialiștii în resurse umane, pentru a identifica motivațiile angajaților care părăsesc un loc de muncă,, sau în caz că aceștia ar dori să se angajeze în altă parte.

### **5.3 Metode utilizate în analiza postului:**

Pentru realizarea acestui proces sunt utilizate mai multe metode:

#### **1. observația directă**

*Dezavantajele principale ale acestei metode sunt:*

- un lucrător experimentat poate face ca activitatea observată să pară mai ușoară
- un lucrător lipsit de experiență poate da impresia unei dificultăți exagerate a activității desfășurate
- unele activități manuale se desfășoară prea repede pentru a putea fi observate
- **interview cu deținătorul postului**

*Dezavantajele acestei metode sunt:*

- angajatul respectiv poate supraestima sau minimaliza importanța activității desfășurate de el
- un lucrător experimentat poate din rutină, să uite anumite activități, sau detalii despre anumite activități desfășurate
- angajatul poate să nu fie în stare să își prezinte clar activitățile desfășurate

#### **2. interview cu managerul imediat superior**

*Dezavantajele acestei metode sunt:*

- acesta poate să nu fie întotdeauna la curent cu detaliile activității desfășurate
- acesta este de multe ori influențat în descrierea postului de impresia pe care o are despre deținătorul actual al postului

- acesta poate exagera importanța și responsabilitățile aferente unui post aflat în subordinea sa, în scopul creșterii propriei importanțe

### **3. studierea echipamentelor și uneltelor de lucru**

Acestea pot da informații prețioase despre activitatea desfășurată în acel loc de muncă.

### **4. utilizarea de studii și anchete anterioare pe această temă**

Acestea sunt foarte utile întrucât oferă un cadru general, care se poate îmbogăți cu informații la zi despre activitatea desfășurată.

### **5. utilizare de chestionare administrate deținătorului postului**

*Dezavantajele acestei metode sunt:*

- deținătorul postului poate să nu înțeleagă sensul corect al întrebărilor, și atunci răspunsul nu este valid
- acesta poate să considere că întrebările nu reflectă realitatea privitor la activitatea desfășurată de el.

Pe baza informațiilor culese, se întocmește fișa postului pentru fiecare categorie de post.

## **5.4. Fișa postului**

Este elementul cheie în managementul resurselor umane, fiecare activitate fiind bazată pe aceasta..

### *5.4.1 Elementele fișei postului:*

Orice fișă trebuie să conțină ca parte introductivă următoarele elemente:

- 1. instituția/organizația (eventual Antetul organizației);**
- 2. secția/departamentul;**
- 3. denumirea postului;**
- 4. scopul postului;**
- 5. subordonare:**
- 6. coordonare:**
- 7. gradul postului (unde este cazul):**

Urmează apoi detalierea următoarelor aspecte:

### **8. principalele sarcini ale postului și standardele** (dacă există asemenea standarde) utilizate pentru îndeplinirea acestora; sarcinile se referă la responsabilități, iar acestea pot fi clasificate în:

- responsabilități profesionale; atenție mare trebuie acordată în cazul în care există tehnologie în schimbare, ca urmare și aceste responsabilități pot suferi modificări;
- responsabilități administrative și de personal
- responsabilități ce vizează calitatea muncii depuse.

- limitări la nivelul responsabilităților sau activităților (de exemplu dacă sunt responsabilități de gestiune sau bugetare);

**9. mențiuni speciale** (confidențialitate, calificări necesare);

**10. termeni și condiții** (salarizare, program de lucru, concediu de odihnă, dreptul de concediu de boală, etc).

Ca atare, orice post dintr-o organizație va avea o asemenea fișă, care oferă atât managerului dar și angajaților punct de sprijin în cunoașterea responsabilităților înscrise în cadrul unui post. În plus, după cum menționam, această fișă este un suport pentru toate activitățile din managementul resurselor umane de la planificare la evaluarea performanței și remunerare.

## 6. ANGAJAREA PERSONALULUI

### 6.1 Definiție și rol

Angajarea unei persoane trebuie să se facă respectând legislația în vigoare în acest domeniu. Între organizație și angajat se încheie un contract de muncă în care ține seama și de elemente stabilite în timpul interviului. Orice modificare a condițiilor prevăzute în contract trebuie aduse la cunoștința angajatului. Organizația are obligația de a asigura condiții de lucru corespunzătoare, cu respectarea legislației în vigoare privind noxele, echipamentul de protecție, ventilație, iluminat etc. Sancționarea sau concedierea se fac în condițiile prevăzute în contractul de muncă.

În anumite situații se poate practica angajarea de probă, pe o durată cuprinsă între o lună și maximum șase luni.

Orice persoană care se angajează într-o organizație are un anumit tip de necesități specifice care trebuie satisfăcute pentru a putea lucra în deplină siguranță și cu eficacitate. Acest lucru este valabil, într-o oarecare măsură, și pentru cei care se transferă dintr-un post în altul în cadrul aceleiași organizații. Ca răspuns la existența acestui tip de necesități indiscutabile, se apelează la așa numita perioadă de instalare pe post.

### 6.2 Instalarea pe post

Acțiunile de instalare într-un post cuprind mai multe elemente, pe care noii veniți trebuie să le cunoască:

- a) prezentarea locurilor în care trebuie să se ducă și a persoanelor pe care trebuie să le cunoască (inclusiv colegii de muncă);
- b) expunerea generală a activității pe care trebuie să o îndeplinească și a modului în care trebuie să înceapă;
- c) prezentarea raporturilor dintre activitatea respectivă și cele prevăzute de alte posturi;
- d) clauzele și condițiile de angajare ;
- e) este de asemenea necesară instruirea angajaților cu privire la siguranța în muncă. Acest lucru este important mai ales dacă angajații urmează să lucreze cu un echipament.



Evident că există o sumedenie de informații pe care trebuie să le dați noilor angajați, chiar dacă nu din prima zi, dar măcar din prima săptămână. Printre acestea ar fi următoarele:

- prezentare sumară a valorilor și activităților principale ale organizației
- prezentare a structurii organizației, a celor care dețin autoritatea și a diferitelor responsabilități care revin membrilor organizației (departamentului)
- Prezentarea politicii de personal adoptate de organizație: clauzele și condițiile de angajare, orarul de activitate, spațiul de lucru, procedurile disciplinare și de soluționare a reclamațiilor și revendicărilor, convențiile colective (dacă există) drepturile la concedii plătite, drepturile salariale și sistemul de plată, etc.

### ***6.3 Metode de integrare profesională***

Integrarea profesională la locul de muncă se poate realiza printr-un număr mare de procedee și metode care diferă de la o organizație la alta. Printre procedeele folosite în mod frecvent se numără:

- Manualul noului angajat,
- Sesiunile de îndrumare,
- Instructajele,
- scrisoarea de bun venit,
- filmele de îndrumare,
- lucrul sub tutelă.

Metodele de integrare utilizate diferă în funcție de scopul angajării; astfel, o persoană poate fi angajată pentru un anumit post (în special, în cazul executanților) sau pentru potențialul său (cuștințe, creativitate, mobilitate, adaptabilitate). În primul caz, se poate folosi integrarea directă pe post și îndrumarea directă, iar în cel de al doilea, descoperirea organizației și încredințarea unor misiuni.

- **Integrarea directă pe post** – conferă un sentiment de siguranță, dar reușita metodei depinde în mare măsură de ajutorul primit de la colegi și șeful direct.
- **Îndrumarea directă** – din prima zi noul angajat este preluat de un alt salariat care este absolvent al aceleiași școli, face parte din același grup de muncă, dar se află pe o poziție ierarhică superioară.
- **Descoperirea organizației** – presupune trecerea noului angajat într-o perioadă de două luni prin toate compartimentele organizației.
- **Încredințarea unei misiuni** – are ca scop stimularea inițiativei noului angajat din perioada programului de integrare.



## **7. PREGĂTIREA PROFESIONALĂ**

### **7.1 Definiție**

Pregătirea profesională este un proces de instruire, pe parcursul căruia participanții dobândesc cunoștințe teoretice și practice necesare desfășurării activității lor prezente. Ea este constituită de totalitatea acțiunilor de instruire în vederea exercitării în mod cât mai eficient a profesiei.

Pregătirea profesională are o importanță foarte mare în utilizarea și motivarea resurselor umane. În primul rând, prin îmbunătățirea abilității angajaților de a-și îndeplini sarcinile de serviciu, pregătirea permite o mai bună utilizare a acestora; pe de altă parte dând angajaților un sentiment de stăpânire mai mare asupra muncii lor, acestora le crește satisfacția în muncă. În esență, câștigurile pe care pregătirea profesională le poate aduce sunt următoarele:

- productivitate și calitate sporită a activității,
- rebuturi reduse,
- adaptabilitate mai mare la noi tehnologii și metode de lucru,
- scăderea necesității de supraveghere,
- scăderea numărului de accidente,
- satisfacție crescută a muncii reflectată prin scăderea fluctuației personalului și a absenteismului

Există și argumente împotriva pregătirii profesionale efectuată în cadrul unei organizații:

- este prea costisitoare (de obicei pe durata pregătirii participanții nu sunt productivi);
- manifestarea tendinței de a părăsi organizația pentru un post mai bine plătit;
- existența firmelor care recrutează personal pregătit în afara lor;

### **7.2 Necesitatea de pregătire profesională**

Pentru unele organizații pregătirea profesională este de rutină, adică noii angajați în anumite posturi urmează automat cursuri de pregătire. Dar, deseori pregătirea este instituită ca răspuns la anumite evenimente, ca de exemplu:

1. instalarea unui nou echipament sau a unei noi tehnici care necesită deprinderi noi;
2. schimbare în seria produselor sau serviciilor unei organizații;
3. performanță scăzută din partea unuia sau mai multor angajați;
4. schimbare în metodele de lucru;
5. reduceri de personal (activitatea angajaților concediați este preluată de cei rămași);
6. dorința de îmbunătățire a calității și de reducere a rebuturilor;
7. promovare sau transfer a unor angajați.

### ***7.3 Metode de planificare și organizare a pregătirii profesionale***

Ca oricare alt proces din sfera managementului, pregătirea poate fi inutilă dacă nu este planificată și supervizată suficient de atent. Fără o abordare sistematică a acestui proces, pregătirea profesională poate fi prea multă sau prea puțină, sau efectuată fără a-și atinge scopul propus.

După efectuarea pregătirii, validarea acesteia va arăta dacă și-a îndeplinit scopurile, iar evaluarea va măsura costurile în raport cu beneficiile.

Abordarea sistematică a procesului de pregătire poate să urmeze următorul program:

- a) analiza postului;
- b) stabilirea standardelor de performanță pentru postul respectiv;
- c) studierea angajaților cu performanțe proaste (evaluare sub standarde);
- d) luarea în considerare a diferențelor dintre b) și c), dacă acestea există, analiza lor atentă pentru a vedea dacă nu au alte cauze: deficiențe organizatorice, materiale de calitate proastă sau echipamente cu deficiențe;
- e) proiectarea de programe de pregătire care să răspundă necesităților relevate la d);
- f) organizarea și desfășurarea programului de pregătire;
- g) evaluarea performanței angajaților după efectuarea programului de pregătire; pregătirea este considerată de succes dacă după programul de pregătire sunt atinse standardele de performanță stabilite la punctul b) (validare);
- h) evaluarea va consta din compararea costurilor pregătirii cu câștigurile obținute prin creșterea performanțelor.

### ***7.4 Evaluarea nevoilor de pregătire***

Nevoia de pregătire profesională poate apărea în două situații:

1. pe plan individual, care se manifestă în principal prin apariția diferențelor în sens negativ dintre standardele de performanță stabilite pentru un post și nivelul performanței individuale;
2. pe planul colectivului în general, la schimbarea profilului producției, la introducerea de noi tehnologii și echipamente, la reducerea de personal sau schimbarea metodelor de lucru ale instituției.

### ***7.5 Metode generale de pregătire profesională a angajaților***

1. Pregătirea profesională la locul de muncă, care se realizează prin instruire sau ucenicie
2. Pregătirea profesională în scopul îndeplinirii responsabilităților funcției
  - participarea în grup la elaborarea de proiecte, lucrări și studii
  - delegarea sarcinilor
  - înlocuirea temporară a șefului ierarhic
3. Rotația pe posturi

4. Participarea în grupuri eterogene de lucru
5. Participarea ca instructor la programe de pregătire
6. Participarea la ședințe
7. Participarea la “comitete junior”

## **8. DEZVOLTAREA RESURSELOR UMANE**

### **8.1 Definiție**

**Dezvoltarea profesională**, are, spre deosebire de pregătire, drept obiectiv însușirea de cunoștințe utile atât în raport cu poziția actuală, cât și cu cea viitoare, și, foarte important, se bazează pe preexistența unor cunoștințe de bază în domeniu.

Există mai multe metode prin care o organizație, un manager sau un angajat pot contribui la dezvoltarea acestuia din urmă. Se poate face o clasificare în zece mijloace de dezvoltare a angajaților, aceasta nefiind însă rigidă.

### **8.2 Metode de dezvoltare profesională**

Cele mai cunoscute și utilizate metode de dezvoltare profesională sunt:

1. proiectul organizațional
2. informarea
3. participarea
4. valorizarea resurselor umane
5. un mediu care favorizează dezvoltarea
6. orientarea
7. menținerea competențelor
8. perfecționarea
9. evaluarea performanței
10. mobilitatea resurselor umane

#### **8.2.1 Proiectul organizațional**

Prezența unui proiect organizațional constituie punctul de canalizare a energiilor și furnizează tuturor ocazia de reafirmare a sensului muncii lor. Proiectul este în general global și are efect asupra tuturor entităților organizaționale. Se adresează atât medicilor cât și celorlalte categorii de personal implicate. Poate cuprinde mai multe aspecte:

- planul strategic al organizației,
- codul etic,
- filozofia managerială,
- filozofia de îngrijire a pacienților,



- obiective anuale,
- proiecte de calitate totală,
- servicii noi.

Proiectul organizațional are un efect mobilizator dacă posedă următoarele cinci caracteristici:

- suscită o reflecție și o afirmare a misiunii și a valorilor fundamentale ale organizației;
- face loc participării unui număr mare de persoane implicate;
- este pilotat și recunoscut de direcția organizației;
- este conceput de așa manieră încât să permită fiecărui individ și fiecărei unități să se identifice cu acest proiect;
- prezintă scopuri stimulative.

### 8.2.2. Informația

Informația pertinentă și la momentul potrivit constituie un mijloc privilegiat pentru favorizarea angajării și sentimentul de apartenență organizațională. Fiecare angajat, fiecare manager, fiecare medic are nevoie de informații semnificative pentru realizarea muncii sale. Cu cât un angajat se simte mai responsabil de munca sa, cu atât va fi mai receptiv la informațiile care i-ar putea fi utile. Există câteva caracteristici general recunoscute ale unei informații de calitate:

- obiectivul informației este transmis în același timp cu informația;
- vehicularea informației se face ținând cont de receptor;
- nu se supraîncarcă informația;
- variația în timp și spațiu a informației;
- existența unor mijloace de feedback pentru a fi sigur că informația transmisă este înțeleasă corect.

### 8.2.3. Participarea

Toți angajații participă în viața unei organizații prin realizarea sarcinilor și responsabilităților încredințate pentru atingerea obiectivelor organizaționale. Dar dacă facem referire la un plan de participare, trebuie să facem referire la alte tipuri de participare:

- participare la orientare,
- participare la fixarea obiectivelor,
- participare la luarea deciziilor,
- participare la evaluare, etc.

Putem distinge două modalități de participare: participarea directă a angajaților în domenii care îi preocupă direct, și participarea indirectă, prin reprezentanți. Se pot distinge în general patru nivele de participare:

- schimbul de informații,
- consultarea prealabilă luării unei decizii,
- participarea la luarea unei decizii între membrii unei echipe sau cu superiorul imediat,
- delegarea unei responsabilități cu putere de decizie.

#### 8.2.4. Valorizarea resurselor umane

A valoriza pe cineva înseamnă a acorda o valoare particulară unei persoane pentru ceea ce face și pentru rezultatul acțiunilor sale. Orice persoană dorește să fie apreciată la justa sa valoare de către anturajul său și să se simtă recunoscută ca atare. Acest sentiment contribuie puternic la menținerea unei stime de sine pozitive și incită la angajarea și găsirea de satisfacții la locul de muncă. Este demonstrat faptul că cea mai mare importanță o are pentru un angajat părerea despre el a managerului său imediat. Dacă acesta îl devalorizează, este foarte probabil ca angajatul să furnizeze o performanță scăzută. Este ceea ce se numește efectul Pygmalion.

Conform definiției prezentate mai sus este posibil să se valorizeze trei aspecte principale ale unei persoane:

- ceea ce este, ce reprezintă pentru mediul său, calitățile sale, caracteristicile distinctive;
- ceea ce face sau maniera în care face un lucru;
- rezultatele obținute în urma muncii sale sau a lucrului în echipă.

Principalele mijloace organizaționale de valorizare sunt:

- Politici de promovare internă
- Programe de recunoaștere a contribuțiilor excepționale
- Excursii ale personalului
- Petreceri oferite la împlinirea de 25 de ani de serviciu
- Săptămâna asistentelor, personalului de birou, etc.
- Premii de excelență
- Programe de evaluare a performanței

#### 8.2.5. Un mediu care favorizează dezvoltarea

O slujbă, un loc de muncă, pot fi astfel definite încât să suscite dezvoltarea indivizilor. Este vorba, pe de o parte, de conceperea acestuia astfel încât să satisfacă nevoile clienților și, pe de altă parte, să permită angajaților să se dezvolte și să/și pună în valoare cunoștințele și aptitudinile. Un mediu care favorizează dezvoltarea este un mediu care:

- Comportă așteptări și obiective clare
- Comportă responsabilități la latitudinea adecvată pentru a putea fi asumate
- Este stimulant



- Este supervizat de un lider mobilizator
- Comportă un mediu și instrumente de lucru adecvate
- Valorizează educația continuă

#### 8.2.6. *Orientarea*

Orientarea corespunde etapei importante în care se realizează un mare grad de formare, fie la angajare, fie mai târziu, în cazul unui transfer sau al unei promovări. Se recunosc în general trei activități care sunt propice dezvoltării:

- primirea sau orientarea generală în organizație
- orientarea specifică în departamentul sau secția de lucru
- orientarea specifică pe post

#### 8.2.7. *Menținerea competențelor*

Competența este un concept dinamic. Ea nu este dobândită pentru totdeauna. Cunoștințele de referință evoluează continuu, mediul se modifică regulat în timp ce se integrează noile progrese tehnologice și schimbările organizaționale. În plus, anumite competențe tind să se uite din lipsă de practică.

Există o distincție clară între **competență și performanță**. În timp ce în performanță se includ noțiuni cantitative sau de comportament, competențele se referă mai mult la calitatea unui aspect, unui act și la satisfacerea normelor general recunoscute în profesia respectivă. Este important că un angajat este capabil (are cunoștințe, aptitudini) să formuleze un aspect, nu că îl și pune în practică.

Înainte de a angaja acțiuni pentru menținerea competențelor, este esențial să se evalueze adecvat nevoile. Evaluarea constă în compararea atributelor individuale ale angajaților cu cele ale profilului de competențe. Această evaluare este o responsabilitate strâns legată atât de angajat cât și de manager. De fapt, toți angajații, responsabilii, membri sau nu ai unei asociații profesionale, trebuie să fie capabili de autocritică și de luarea individuală de măsuri pentru menținerea la zi a competențelor de bază pentru slujba respectivă.

Pe de altă parte, managerul doritor să mențină standarde înalte de calitate a serviciilor pentru clientela sa, adoptă un comportament pro-activ în materie de competențe și își ajută angajații să se autoevalueze. Le furnizează activități de dezvoltare propice menținerii competenței dacă nu și dezvoltării ei.

#### 8.2.8. *Perfecționarea*

Perfecționarea este un proces prin care un angajat își îmbunătățește competența într-un domeniu de activitate propriu și care este în relație directă cu nevoile organizaționale. Acest program se realizează de obicei prin activități interne sau externe organizației, având o durată variabilă în funcție de nevoi.

În orice caz, este vorba de activități planificate care fac obiectul unui diagnostic specific și care comportă obiective ce permit unui angajat să-și depășească competențele legate doar de executarea cu regularitate a sarcinilor. Individul poate astfel trece la un alt

nivel de dezvoltare și implicare în muncă, sau la un nivel de polivalență crescută.

### *8.2.9. Evaluarea performanței*

Evaluarea performanței constituie un mijloc de dezvoltare în măsura în care există posibilitatea schimbării de feedback constructiv și unde aceasta comportă o identificare a pistelor de dezvoltare. Se consideră în general că evaluarea de performanță corespunde următoarelor trei niveluri de nevoi:

- a) ale angajaților – nevoi de consolidare, de stimă și de realizare a potențialului lor
- b) ale managerului imediat – nevoi de eficacitate și eficiență din partea angajaților
- c) ale organizației
  - nevoi de informare asupra calității forței de muncă
  - nevoi de planificare de programe pertinente de dezvoltare resurselor umane

## **9. MOTIVAREA PERSONALULUI**

### *9.1 Definiție*

Motivația este imboldul / motivul (psihologic) care influențează atitudinile sau acțiunile unei persoane (ghidul OMS). Să motivăm oamenii cu care lucrăm nu-i ușor și nici rapid, datorită nenumăratelor constrângeri:

- venituri scăzute;
- situație socio-economică dificilă;
- posibilități scăzute de dezvoltare a carierei;
- recompense bazate pe performanță scăzute;
- supervizare punitivă, nu suportivă;
- centralism și control;
- flexibilitate scăzută la nevoi;
- politici organizaționale neadecvate;
- birocrație administrativă accentuată;
- legislație;

Studiul motivației se referă la studiul factorilor care determină comportamentul uman – un capitol de bază în managementul resurselor umane. Factorii care determină comportamentul uman au la bază studiul nevoilor oamenilor.

Nevoile – psihologii pornesc de la trei presupuneri de bază când interpretează comportamentul uman:

- comportamentul are o cauză (consecință a efectelor combinate ale eredității și mediului);
- la baza comportamentului oricărui individ stau nevoi, aspirații și dorințe;



- comportamentul are un scop (oamenii încearcă să atingă obiective sau ținte, care când sunt îndeplinite le vor satisface nevoile)

Studiul motivației personalului într-o organizație se realizează în jurul a două teorii motivaționale recunoscute.

## 9.2 Teorii motivaționale

### 9.2.1 Teoria ierarhiei nevoilor (Piramida nevoilor- Maslow)

Când interpretează comportamentul uman, psihologii pornesc de la următoarele presupuneri de bază:

- a) orice comportament uman are o **cauză**, care ea însăși este consecința acțiunii simultane și combinate a eredității și mediului;
- b) la baza comportamentului uman stau **nevoile**, sau altfel spus dorințele sau motivele. Nevoi este un termen utilizat în acest sens;
- c) comportamentul uman este un factor îndreptat spre **îndeplinirea de țeluri**; când țelurile sunt atinse, sunt satisfăcute și nevoile. De ex: foamea este o nevoie care cere hrană; găsirea hranei este un țel, care odată atins, satisface și nevoia – potolirea foamei.

Psihologul american A.H.Maslow, a împărțit nevoile umane în următoarele clase:

- A. **nevoi de bază sau fiziologice** – oamenii trebuie să-și satisfacă aceste nevoi doar pentru a rămâne în viață.; acestea includ de exemplu foamea, setea și somnul; în procesul de muncă, scopul fundamental al unui salarier este de a satisface aceste nevoi de bază.
- B. **nevoi de securitate sau siguranță** – acestea se referă la autoprotecție, la evitarea oricărui pericol, și într-un anumit sens, la asigurarea viitorului; exemple în acest sens, ar fi: nevoia de adăpost, de căldură și de apărare; în procesul de muncă, nevoia resimțită de muncă, protejată prin anumite reglementări – protecția muncii, constituie un bun exemplu.
- C. **nevoi de afecțiune, de asociere, de apartenență (unui grup, de ex.), de prietenie** –acestea se referă la asocierile de diverse tipuri, profesionale, în scop recreațional, etc. ; o observație care trebuie făcută aici se referă la faptul că oamenii se asociază, pe de o parte din nevoia de tovarășie și, pe de altă parte, din nevoia de a se apăra mai bine; în procesul de muncă, un bun exemplu pentru cele spuse mai sus sunt asocierile sindicale;
- D. **nevoi de încredere și de stimă** – acestea includ nevoia de independență, de realizare, de împlinire, de stimă și recunoaștere a meritelor din partea celorlalți; dacă aceste nevoi se împlinesc prin activități sociale, aceste activități pot totodată satisface și nevoile anterioare; în procesul muncii, aceste nevoi sunt împlinite prin mai multe mijloace, pornind de la afișarea pozei la panoul de onoare, primirea unei prime, până la punerea la dispoziție de către companie a unei mașini;
- E. **nevoi de dezvoltare continuă** – acestea se referă la utilizarea la cel mai înalt nivel a capacităților proprii și la continua lor dezvoltare; în procesul muncii, puține persoane pot spune că își satisfac acest tip de nevoi; de exemplu, cercetătorii din domeniul cercetării fundamentale, pun la dispoziția omenirii noi descoperiri.



Maslow a sugerat că aceste clase de nevoi, în ordinea prezentată, formează o ierarhie; oamenii au în general tendința de a-și satisface nevoile într-o anumită ordine, aceasta fiind de la nevoile de bază către cele superioare conform ierarhiei prezentate. În general, atunci când sunt satisfăcute nevoile fiziologice și de securitate, devin importante celelalte nevoi din ierarhie. Teoria lui Maslow este larg acceptată, ușor de înțeles și poate fi utilizată pentru a explica unele comportamente umane, dar nu toate.

Teoria lui Maslow a fost și este combătută, rămânând totuși teoria cea mai utilizată pentru a explica motivațiile oamenilor, deci și a comportamentului acestora într-o organizație. Argumentele critice aduse teoriei lui Maslow se bazează pe faptul că există diferențe individuale în perceperea satisfacerii nevoilor, ce sunt:

- culturale (obiceiuri, legi);
- perceptuale (oamenii percep lumea din punct de vedere al celor mai puțin satisfăcute nevoi; ei tind să recunoască acele scopuri care le satisfac nevoile);
- individuale (oamenii au capacități intelectuale sau aptitudini diferite, personalități diferite, o nevoie continuă de devenire).

Lipsa satisfacerii nevoilor individuale are consecințe nefaste pentru organizație, ca de exemplu apariția frustrării. Frustrarea unei persoane din organizație poate să apară atunci când scopul dorit de această persoană nu este atins. Există două reacții posibile la frustrare, deoarece prin natura noastră reacționăm diferit:

- reacția pozitivă, când încercăm să rezolvăm dificultățile apărute, să ne atingem scopul prin ocolirea obstacolului sau identificarea unui alt scop care ne îndeplinește nevoia (deprivare);
- reacția negativă, dacă nu găsim alternative de împlinire a nevoilor prin atingerea scopului propus. Reacția negativă poate lua diferite forme: agresiune (violență), regresie (întoarcerea la copilărie – plâns), resemnare sau fixație (când persistă în ceea ce nu poate atinge).

Frustrarea profesională poate avea **cauze** diverse ce conduc la diverse **reacții**:

#### 1. **cauze:**

- munca impusă/controlul excesiv,
- sentimentul de muncă fără scop/în van,
- rezultatele nu sunt cunoscute, recunoscute,
- oamenii nu înțeleg deciziile,

#### 2. **reacții:**

- personalul nu se implică sau pleacă,
- oamenii muncesc fără eficiență,
- nu-și asumă responsabilități,
- se creează conflicte.

Există însă mijloace de a reduce frustrarea:

- cunoașterea de către fiecare a rezultatelor muncii și “recunoașterea” acestora;
- selectarea adecvată a personalului;
- îmbunătățirea formării continue a personalului;
- recunoașterea eforturilor și a meritelor individuale și de grup;
- îmbunătățirea comunicării interpersonale și organizaționale;
- consultarea și delegarea;
- negocierea la timp a conflictelor.

### 9.2.2 Teoria motivațională Frederic Herzberg

Teoria lui Herzberg se exprimă ca și cea a lui Maslow din punct de vedere al satisfacției. Se pornește de la presupunerea că un angajat satisfăcut este un angajat productiv. Această teorie a fost dezvoltată pornind de la o anchetă efectuată pe 203 manageri și angajați. Aceștia au fost rugați să indice evenimente de la locul de muncă care le-au provocat fie satisfacție, fie nemulțumire. Răspunsurile au fost împărțite în două: evenimente pozitive (care au dus la satisfacție), și evenimente negative (care au dus la nemulțumire). În experiențele pozitive, factorii intrinseci ca reușita, aprecierea, munca însăși, responsabilitatea, avansarea și dezvoltarea în carieră au fost nominalizați de patru ori mai mult decât factorii extrinseci. În experiențele negative, factorii extrinseci cum ar fi conducerea companiei, relațiile cu superiorii, colegii și subordonații, viața și statutul personal au fost nominalizate de trei ori mai mult. Aceasta l-a determinat pe Herzberg să împartă factorii în două categorii. El a denumit factorii extrinseci care produc mai multă nemulțumire **factori igienici**, iar factorii intrinseci, care produc mai multă satisfacție **factori motivatori**.

Manipularea (în sensul pozitiv al termenului) acestor factori motivatori de către manager poate crește satisfacția angajatului, iar diminuarea factorilor igienici poate scădea motivele de nemulțumire și crește performanța.

Criticii teoriei lui Herzberg spun că modul său de colectare a datelor este artificial, pentru că este evident că o persoană va indica evenimentele nefavorabile ca fiind produse din vina altora, iar evenimentele pozitive, ca fiind rezultatul acțiunii proprii. Toate aceste teorii pornesc de la o premiză greșită, considerându-i pe toți oamenii identici în modul de a gândi.

### 9.3 Mijloace de creștere a motivației resurselor umane într-o organizație:

- a) extensia muncii (îmbogățirea muncii) ce poate fi orizontală (mai multe sarcini cu același nivel de dificultate și aceeași responsabilitate) sau verticală (mai multă responsabilitate, utilizarea aptitudinilor nefolosite anterior);
- b) rotația posturilor, prin implicarea mai profundă în procesul muncii a oamenilor, după ce sunt formați adecvat în acest scop;
- c) formarea periodică – în funcție de nevoi, și dezvoltarea personalului;
- d) dezvoltarea participării în luarea deciziilor; îmbunătățirea participării înseamnă crearea sau dezvoltarea posibilităților pentru angajați de a-și influența munca și



contextul acesteia; creșterea participării duce la creșterea performanței; ca strategii de creștere a participării se pot menționa:

- crearea de grupuri de lucru autonome,
  - îmbogățirea sarcinii de lucru,
  - grupuri de lucru pe proiect,
  - schimbări în stilul de management.
- e) cultură organizațională a "recunoașterii", crearea accesului la inovație, dezvoltarea comunicării laterale (echipe pe sarcini), anularea straturilor ierarhice ce nu sunt necesare (eliminarea barierelor de acces la resurse ca informația), acceptarea delegării autorității și diseminarea informației, echilibrând obiectivele individuale cu cele ale organizației, recunoașterea performanței individuale și creșterea suportului pentru dezvoltarea individuală.

#### **9.4 creșterea motivației în îndeplinirea unei funcții**

Pe baza celor spuse mai sus, putem identifica un număr de caracteristici ale unei funcții, cu proprietăți motivaționale, care fructificate corespunzător pot duce la creșterea performanței și eficienței. Aceste caracteristici sunt:

1. **varietatea** – este foarte importantă în locuri unde se desfășoară o activitate repetitivă, pentru a alunga monotonia și plictiseala care duc la ineficiență;
2. **autonomia** – în determinarea metodelor și mijloacelor de lucru;
3. **responsabilitatea** – foarte legată de precedentă, poate merge până la deplină delegare în rezolvarea unei probleme;
4. **provocarea** – rezolvarea problemei duce la apariția simțământului de împlinire;
5. **interacțiunea** – contactul necesar, dar opțional cu ceilalți
6. **semnificația sarcinii** – identificarea sarcinii îndeplinite în cadrul contextului general;
7. **feedback** – primirea de feedback-uri pozitive mărește încrederea în sine.

## **10. EVALUAREA PERFORMANȚEI**

### **10.1 Utilitatea evaluării performanței**

Utilitatea evaluării performanței se referă la:

1. **ameliorarea performanței viitoare** – efectul retroactiv al evaluării permite angajaților, managerilor și specialiștilor din departamentul de resurse umane de a interveni în mod adecvat pentru ameliorarea performanței;
2. **modificări de remunerație și alte beneficii** – evaluarea performanței permite identificarea persoanelor care merită o creștere de salariu, o primă sau alte facilități;
3. **determină o viitoare utilizare a unui angajat** – promovarea, transferul, retrogradarea și concedierea sunt în general bazate pe rezultatele anterioare și uneori pe cele prevăzute;

4. **evidențierea nevoilor de formare și dezvoltare** – o performanță scăzută poate indica o nevoie de formare; de asemenea, o performanță excelentă poate indica o subutilizare a persoanei respective;

5. **planificarea dezvoltării carierelor** – efectul retroactiv al evaluării determină decizii de orientare profesională; un angajat foarte bun este considerat un angajat de perspectivă și este stimulat pentru dezvoltarea unei cariere în cadrul organizației;

6. **lacune în procesul de dotare** – performanțele slabe se pot datora nepriceperii sau dotării reduse a serviciului de resurse umane;

7. **inexactitatea informațiilor** – un rezultat slab al evaluării se poate datora unor erori privind informațiile despre post, privind informațiile despre planificarea resurselor umane sau în alte segmente ale managementului resurselor umane. bazate pe informații inexacte, deciziile de selectare, angajare și formare de personal pot fi luate în mod eronat;

8. **erori în definirea postului;**

9. **evidențierea influențelor externe** – performanța scăzută a unei persoane poate fi influențată de factori externi mediului de muncă cum ar fi: familia, situația financiară, problemele de sănătate, etc. când evaluarea relevă astfel de influențe, managerul direct sau serviciul de resurse umane sunt cei mai în măsură să ofere sprijinul lor persoanelor care au nevoie;

Evaluarea performanței trebuie să compună o imagine cât mai exactă posibil a performanței în activitatea individului. Pentru atingerea acestui țel evaluarea performanței trebuie să fie orientată către post, să se dovedească practică, să cuprindă criterii și să conțină măsuri valide și fiabile și să fie administrate de persoane competente. Trebuie ca evaluarea să insiste pe elementele critice ale activității, adică asupra acelor care influențează succesul în activitate; altfel evaluarea nu va fi validă;

## ***10.2 Modalități de măsurare a performanței***

### ***10.2.1. Criterii de evaluare***

***Se formulează în conformitate cu fișa postului; ele trebuie să fie:***

- precis formulate,
- în număr limitat,
- clar enunțate,
- ușor de observat.

### ***10.2.2. Standarde de performanță***

Acestea determină nivelul dorit al performanței pentru fiecare post. Ele stabilesc *ce* trebuie să facă o persoană și *cât de bine*. Ele permit evidențierea gradului în care au fost îndeplinite activitățile specifice fiecărui post. Aceste caracteristici se definesc prin următorii indicatori:

- cantitate (cât de mult),
- calitate (cât de bine sau de competent),
- cost (cheltuială implicată),



- utilizare resurse (echipamente, materiale),
- mod de realizare.

### 10.2.3 Măsuri de performanță

Pentru a fi utile, ele trebuie să îndeplinească următoarele caracteristici:

- să fie ușor de utilizat,
- să fie fiabile,
- să fie ușor de cuantificat.

Măsurile de performanță pot fi subiective sau obiective. Măsurile obiective de performanță sunt cele care pot fi verificate și de către alte persoane; acestea sunt în general cuantificabile. Exemple de măsuri obiective:

- număr brut de unități produse,
- număr net de unități produse,
- numărul de rebuturi,
- numărul de erori de calcul,
- numărul de plângeri ale clienților.

Măsurile subiective nu pot fi verificate de către altcineva. Cea mai frecvent utilizată măsură subiectivă este dată de opinia evaluatorului.

### 10.3 Erorile de evaluare

Principala problemă a măsurilor subiective de performanță este că permit infiltrarea erorilor *biais* (fr.). *Biais* constituie o eroare, de obicei sistematică, care apare într-o măsurătoare și care este neintenționată. Unele erori de evaluare sunt cauzate de lipsa de detașare emoțională a evaluatorilor, iar altele sunt datorate procesului cognitiv de tratament al informației. Erorile cele mai frecvente sunt:

1. **efectul de halou** – apare atunci când opinia evaluatorului asupra unui aspect al persoanei influențează măsura performanței globale; această eroare apare în principal la evaluarea persoanelor simpatice evaluatorului (prieteni) sau persoanelor antipatice evaluatorului (dușmani);
2. **efectul de tendință centrală** – multor evaluatori le displac calificativele extreme: excepțional sau nesatisfăcător; în consecință ei deformează evaluările astfel că toți angajații sunt medii;
3. **clemența sau severitatea** – apare atunci când evaluatorii au tendința de fi foarte generoși sau foarte severi; în primul caz tot personalul este evaluat cu foarte bine și excepțional, iar în al doilea caz cu nesatisfăcător sau satisfăcător.
4. **prejudecățile** – antipatia unui evaluator pentru un anumit tip de persoane sau pentru un grup îi pot deforma judecata; de exemplu, bărbații evaluatori cotează cu performanțe slabe femeile care ocupă funcții tradițional masculine; această eroare de evaluare apare și în judecarea performanțelor unor persoane aparținând unor grupuri minoritare, etnice, religioase, sexuale etc.;

- 5. eroarea interculturală** – apare când o persoană având o anumită educație și provenind dintr-o anumită cultură evaluează o persoană cu educație și cultură diferită; în situația României această eroare apare foarte rar, ea devenind foarte importantă în țări multiculturale, ca de exemplu SUA;
- 6. influența informației celei mai recente** – în cazul utilizării măsurilor subiective de performanță, evaluarea este influențată de acțiunile cele mai recente ale angajatului (pozitive sau negative);

### ***Cum pot fi eliminate aceste erori de evaluare***

Dacă se utilizează măsuri subiective de performanță, eliminarea acestor erori care apar în procesul de evaluare pot fi eliminate prin pregătirea (formarea) de evaluatori. Acest proces are loc în trei etape:

- a) prima etapă constă în descrierea erorilor care pot apărea, explicarea cauzelor lor, și conștientizarea evaluatorilor pentru a se feri de ele;
- b) a doua etapă constă în precizarea foarte clară a rolului pe care îl joacă evaluarea performanței în deciziile legate de personal, punându-se în evidență nevoia de imparțialitate și obiectivitate;
- c) a treia etapă constă în utilizarea foarte intensă în procesul de formare a măsurilor subiective – fie prin exerciții, fie prin simulări, pentru ca evaluatorii să fie foarte familiarizați cu utilizarea acestora; erorile descoperite în timpul acestor exerciții pot fi corijate printr-o pregătire suplimentară sau prin consiliere.

### ***10.4 Cine face evaluarea?***

Evaluarea poate fi efectuată de către:

- persoana însăși (autoevaluare),
- superiorul imediat,
- colegii.

### ***10.5. Fișa de evaluare***

În general, evaluarea performanței se face pe baza fișei de evaluare și a interviului de evaluare. Fișa de evaluare a performanțelor utilizată în sistemul public este prezentată în anexe . Acesta conține patru criterii mari de evaluare și anume:

- rezultatele obținute,
- asumarea responsabilității,
- adecvarea la complexitatea muncii,
- inițiativă și creativitate.

Aceste criterii sunt subîmpărțite la rândul lor în subcriterii, și fiecărui criteriu îi este acordată o pondere în evaluare.



Mai există și alte metode de evaluare a performanțelor, dintre care cele mai utilizate sunt:

1. **evaluarea liberă** – este metoda cea mai simplă, dar și cea mai puțin utilă; constă în efectuarea unei judecăți globale asupra randamentului unui individ; fără criterii bine definite, fără măsuri, bazându-se pe o apreciere globală, ea permite apariția tuturor erorilor și nu oferă angajatului nici un indiciu pentru a-și modifica comportamentul;
2. **incidentele critice** – metoda cere din partea evaluatorului notarea evenimentelor notabile pe măsură ce ele se petrec; este de preferat ca incidentele să fie înregistrate în mod continuu, și nu retrospectiv; trebuie notate atât evenimentele pozitive cât și cele negative. .
3. **evaluarea de către specialiști** – metodă foarte des utilizată în Franța și Canada; echipe de specialiști în resurse umane vin în cadrul instituției și efectuează evaluarea alături de managerii direcți; interpretările lor sunt mai puțin expuse erorilor decât cele ale șefilor direcți;
4. **testele de evaluare a performanței** – acestea pot fi teste scrise de evaluare a cunoștințelor sau teste practice de abilități.

Evaluarea performanțelor angajaților se face semestrial, anual sau ori de câte ori consideră angajatorul că este necesar. Evaluarea performanțelor se face prin fișa de evaluare, utilizând una din metodele prezentate și prin interviul de evaluare.

#### 10.6. Interviul de evaluare

Acesta este de fapt o întâlnire între angajat și managerul direct în care sunt examinate randamentul trecut al angajatului și potențialul său viitor, posibilitățile de evoluție, necesitățile de formare, etc. Există trei tipuri de interviuri:

- a) **enunț și convingere** – în care evaluatorul își spune părerea referitoare la randamentul angajatului și încearcă să-l convingă pe acesta de justetea deciziei sale;
- b) **enunț și ascultare** – în care evaluatorul ascultă și părerea angajatului referitoare la motivele care au condus la această performanță;
- c) **rezolvare de probleme** – în care după parcurgerea etapelor de mai sus, se încearcă și rezolvarea problemelor care au condus la această performanță.

Ce este de reținut, este obligativitatea legală a evaluării performanțelor angajaților, și că ar fi recomandabil ca aceasta să fie făcută pe baza unor criterii și standarde clare, formulate pe baza fișei postului, care se constituie, de asemenea, într-o cerință legală.

## BIBLIOGRAFIE:

1. Bach S. – “*Human Resources and new approaches to public sector management: improving HRM capacity*”, WHO, Department of Organization of Health Services Delivery, 2001
2. Buchan J.– “*What difference does ("good") HRM make*”, Human Resources for Health 2004, 2:6
3. Borrill C, West M, – “*Effective Human Resource Management & Lower Patient Mortality*”, ASTON Business SCHOOL, 2003
4. Cole, G.A. – “*Personnel Management – Theory and Practice*”, DP Publications Ltd., London, 4-th edition, 1998
5. Decenzo D, Robbins S.– “*Human Resources Management*”, sixth edition, J WILEY & SONS,1999
6. Fottler M, Hernandez R, Joiner C – „Strategic management of Human Resources in health services “, Wiley Medical Publication, New York, 1988
7. Graham, H.T., Bennet, R. –“*Human Resources Management*”, Pitman Publishing, London, 7-th edition, 1992
8. Hornby, P, Forte, P. – “*Guidelines for introducing Human Resources Indicators to monitor health services performance*”, Centre for health planning and management, Keele University, 2002.
9. Herzberg, F. – “The motivation to work”, Transaction Pub. 1993
10. Longest B., Rakich J, Darr K – “*Managing health services organizations and systems*” , 4-th edition, Health Professions Press, 2000
11. McKee M., Healy J.– “*Hospitals in a changing Europe*”, European Observatory on Healthcare Systems, series, Open University Press, OMS, 2002
12. Ritchie J., Power C, Hughes J, – “*Using Individual Patients’ Needs for Nursing Human Resources Planning*”, Canadian Health Services Foundation, 2003
13. Suriyawongpaisal P. – „*Potential Implications of Hospital Autonomy on Human Resources Management. A Thai Case Study*”, [www.who.int/entity/hrh/en/HRDJ](http://www.who.int/entity/hrh/en/HRDJ)
14. Torrington, D, Hall, L – “*Personnel management – a new approach*”, Prentice Hall International Ltd, Herfordshire, 2-th edition, 1991
15. Vlădescu, C. coord – „Managementul Serviciilor de Sănătate”, Ed. Expert, București, 2000
16. Zima J.P. – „Interviewing – key to effective management”, Science Research Associates Inc., Chicago, 1994



## VI. CALITATEA SERVICIILOR MEDICALE

### 1. INTRODUCERE ÎN MANAGEMENTUL CALITĂȚII

*Dr. Ingrid Laura Gheorghe*

În sistemul de sănătate apar în mod continuu pierderi nepermise care induc costuri mari pentru întreaga societate. Aceste pierderi sunt generate de mai multe cauze: tehnologii medicale sau servicii de sănătate puțin eficiente sau ineficiente, variații mari ale performanței, practicii și rezultatelor între diversele spitale, acces inegal la serviciile de sănătate, insatisfacția pacienților față de serviciile primite, creșterea timpului de așteptare pentru primirea serviciilor de sănătate. În aceste condiții, calitatea serviciilor medicale devine o prioritate pentru furnizorii de servicii de sănătate, manageri, pacienți, terțul plătitor și organele guvernamentale în aceeași măsură.

Furnizorii sunt doritori să își demonstreze competența în spitale bine dotate. Pacienții sunt interesați să primească îngrijirile necesare, cu respectarea integrală a drepturilor lor, în cel mai scurt timp posibil, din partea furnizorului pe care l-au ales ei. Plătitorii sunt interesați să introducă standarde, indicatori și criterii de calitate în spitale pentru a ține sub control costurile. Deasupra tuturor, guvernul este cel care trebuie să reglementeze sistemul sanitar printr-o legislație care să favorizeze aplicarea managementului calității în unitățile sanitare, facilitând munca furnizorului și apărând pacientul de deficiențele din sistem.

De aceea, subiectul calității îngrijirilor de sănătate este unul extrem de controversat, cu implicații atât la nivel economic, financiar, tehnologic, cât și în domeniul resurselor umane și organizaționale.

Modalitatea în care managerii spitalelor abordează calitatea diferă mult în funcție de experiența și pregătirea fiecăruia. Scopul revizuirii calității constă în îmbunătățirea continuă a calității serviciilor furnizate și a modalităților de a produce aceste servicii. În acest sens, un bun management al calității constă în planificarea, aplicarea practică, controlul și revizuirea măsurilor necesare modelării serviciilor și proceselor, astfel încât să se răspundă permanent tuturor nevoilor principalilor actori implicați (clienți, furnizori, finanțatori).

Conceptul de calitate este unul vast și extrem de dezbătut în momentul de față, expertii în domeniu evidențiind însă trei dimensiuni fundamentale:

1. calitatea profesională – produsul/serviciul îndeplinește toate condițiile stabilite de profesioniștii de top ai domeniului medical (standarde de practică);
2. calitatea din punctul de vedere al clientului (satisfacția pacientului) – ce așteaptă pacientul să obțină de la un anumit serviciu;
3. managementul calității totale – cea mai eficientă și mai productivă modalitate de utilizare a resurselor în cadrul limitelor stabilite de autorități/ cumpărători (eficiența).

## 2. DEFINIȚII ALE CALITĂȚII

*Dr. Ingrid Laura Gheorghe*

De-a lungul timpului au fost formulate mai multe definiții ale calității în funcție de dimensiunile pe care autorii le-au avut în vedere.

Astfel, Organizația Mondială a Sănătății definește “Calitatea sistemului de sănătate” ca ”nivelul atingerii scopurilor intrinseci ale sistemului de sănătate pentru îmbunătățirea sănătății și capacității de răspuns la așteptările generale ale populației”.

Pe de altă parte, părintele conceptului modern de calitate, Donabedian, descrie calitatea îngrijirilor de sănătate drept “acele îngrijiri care se așteaptă să maximizeze dimensiunea bunăstării pacienților, luând în considerare echilibrul câștigurilor și pierderilor așteptate, care apar în toate etapele procesului îngrijirilor de sănătate” (Donabedian, 2003 ).

Atât pentru practica medicală, cât și pentru managementul sanitar au fost definite nouă dimensiuni ale calității, ce formează baza furnizării serviciilor medicale:

- competența profesională – cunoștințele/abilitățile/permanența echipei medicale, ale managerilor și ale echipei de suport;
- accesibilitatea – furnizarea serviciilor de sănătate nu este restricționată de bariere geografice, sociale, culturale, organizaționale sau economice;
- eficacitatea – procedurile și tratamentul aplicat conduc la obținerea rezultatelor dorite;
- eficiența – acordarea îngrijirilor necesare, corespunzătoare, la costurile cele mai mici;
- relațiile interpersonale – interacțiunea dintre furnizori, dintre furnizori și pacienți (clienți), dintre manageri, furnizori și plătitori, precum și între echipa de îngrijiri și comunitate;
- continuitatea – pacientul beneficiază de un set complet de servicii de sănătate de care are nevoie, într-o ordine bine determinată, fără întrerupere, sau repetarea procedurilor de diagnostic și tratament;
- siguranța – risc minim pentru pacient de complicații sau efecte adverse ale tratamentului ori alte pericole legate de furnizarea serviciilor de sănătate;
- infrastructura fizică și confortul – curățenie, confort, intimitate și alte aspecte importante pentru pacienți;
- alegerea – pe cât este posibil, clientul alege furnizorul, tipul de asigurare sau tratamentul.



### 3. ASPECTE ALE CALITĂȚII

*Dr. Ingrid Laura Gheorghe*

Având în vedere cele trei dimensiuni fundamentale ale conceptului de calitate prezentate în capitolul de introducere, calitatea îngrijirilor medicale are următoarele componente: calitatea profesională, satisfacția pacientului și managementul calității totale.

Primul care a subliniat natura complexă a calității îngrijirilor medicale a fost Donabedian, care însă a indicat existența a două componente: tehnică și interpersonală (Donabedian, 1980).

#### **3.1 Calitatea îngrijirilor medicale**

##### **Calitatea tehnică/profesională**

Calitatea tehnică a îngrijirilor medicale este raportată de obicei la competența tehnică, respectarea protocoalelor clinice și a ghidurilor de practică, folosirea măsurilor de control al infecțiilor, informare și consiliere, integrarea serviciilor de sănătate, management eficient. Existența acestora conduce către un mediu de muncă eficace și eficient, rezultate pozitive ale tratamentului, urmate de satisfacția pacientului și, nu în ultimul rând, de satisfacția furnizorului.

Gradul satisfacției practicianului este legat de calitatea actului medical, dar derivă și din condițiile în care își desfășoară munca, iar existența satisfacției duce la creșterea performanței. În concluzie, acesta este un factor cauzal al nivelului calității îngrijirilor de sănătate, deci poate fi folosit drept criteriu de evaluare a calității acestora.

##### **Calitatea interpersonală/percepută de pacient/client**

În mod obișnuit, pacienții nu posedă abilitatea sau cunoștințele necesare evaluării competenței tehnice a furnizorului sau a felului în care au fost folosite măsurile de control al infecțiilor, dar știu cum se simt, cum au fost tratați și dacă nevoile, așteptările le-au fost îndeplinite. Ei se raportează adeseori la posibilitatea de a pune întrebări, și pot aprecia un serviciu medical ca fiind convenabil sau nu.

Existența acestei dimensiuni a calității conduce către: comportamente pozitive din partea pacientului (acceptarea recomandărilor, complianță crescută la tratament, continuitatea tratamentului, scăderea ratei abandonării tratamentului etc.), imagine pozitivă a serviciului de îngrijire și, cel mai important, satisfacția clientului/pacientului. Uneori, clientul așteaptă de la medic mai mult decât acesta poate da. Alteori, clientul are o vedere rigidă și tinde să opună rezistență la ceea ce el consideră drept o imixtiune în probleme personale. De aceea, percepția pacientului asupra sănătății este mai degrabă o consecință decât un atribut al îngrijirilor de sănătate.

Privită de specialiști, satisfacția pacientului este un element al sănătății psihologice care influențează rezultatele îngrijirilor și impactul lor. Un pacient satisfăcut tinde să coopereze cu medicul și să accepte mai ușor recomandările acestuia. Satisfacția pacientului influențează accesul la serviciile medicale – un client satisfăcut va reveni la medicul respectiv sau la unitatea sanitară respectivă. Ne putem aștepta însă ca rezultatele evaluării satisfacției pacientului să fie diferite de cele ale evaluării profesioniștilor. Aceasta se întâmplă deoarece pacientul se axează în special pe relațiile interpersonale pe care le percepe și le poate evalua mai ușor, deși sunt subiective, spre deosebire de aspectele tehnice sau de specialitate pe care le poate evalua mai greu.

În concluzie, evaluarea satisfacției pacientului reprezintă felul în care furnizorul vine în întâmpinarea valorilor și așteptărilor pacienților.

## Calitatea totală

Managementul Calității Totale (MCT), a treia dimensiune a calității, nu este un concept nou, dar nu a fost încă pe deplin dezvoltat în sfera serviciilor medicale. Prin „calitate totală” se înțelege atât calitatea serviciilor cât și calitatea sistemului.

Managementul calității totale extinde conceptul managementului calității, înglobând atât participarea cât și motivarea tuturor membrilor organizației.

Managementul calității totale este un model organizațional care implică participare generală în vederea planificării și implementării unui proces de îmbunătățire continuă a calității ce depășește așteptările clienților. Acest model pleacă de la premisa că 90% din probleme sunt probleme legate de proces, nu de personal.

Cele trei principii ale calității totale sunt:

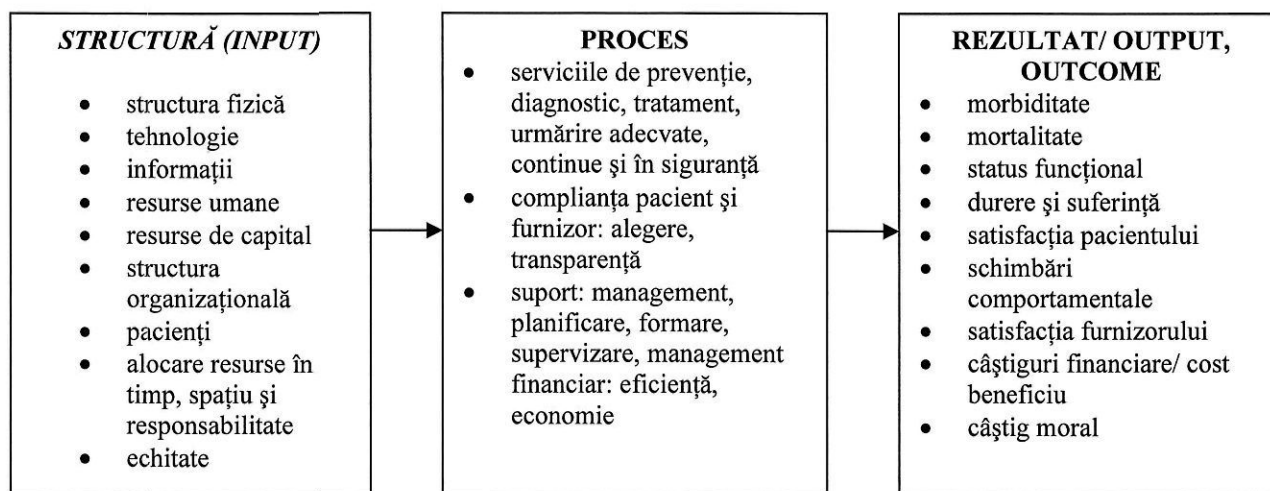
- focalizarea pe client,
- îmbunătățirea continuă a calității,
- lucrul în echipă.

### 3.2. Modelul calității

După apariția conceptului de calitate totală, Donabedian a descris un nou model tridimensional al calității – modelul structură-proces-rezultat (Figura VI.1), în același timp dând și definiția următoarelor componente:

- „structură” – caracteristicile relativ stabile ale furnizorului de îngrijiri, ale tehnicilor, instrumentelor și resurselor pe care le are la dispoziție, caracteristicile organizației și infrastructurii unde muncește;
- „proces” – un set de activități care au loc în cadrul stabilit și între furnizor și pacient; elementele proceselor de îngrijiri de sănătate presupun calitate doar în momentul în care a fost stabilită o relație cu starea de sănătate dorită.
- „rezultat” – schimbarea în starea sănătății prezente și viitoare a pacientului, care poate fi atribuită îngrijirilor de sănătate acordate.

Figura VI.1. Modelul Donabedian „structură-proces-rezultat”



Sursa: după Donabedian, 2003



### **3.3. Asigurarea și îmbunătățirea calității**

O problemă în calitatea serviciilor poate fi definită ca diferența între ceea ce există și ceea ce se dorește. În cazurile în care nu există diferențe majore între performanța obținută și rezultatele așteptate, se poate spune că nu există probleme sau că procesul de furnizare a serviciului se desfășoară fără deficiențe majore.

Modelul tridimensional al calității descris de Donabedian permite identificarea oportunităților de îmbunătățire a calității la orice nivel al sistemului de sănătate. Însă, rezolvarea problemei și îmbunătățirea procesului funcționează cel mai bine atunci când metodologia este parte a unui program de asigurare a calității, în care se dezvoltă standarde și se monitorizează indicatori de calitate.

Un program de asigurare a calității reprezintă un set de activități desfășurate pentru monitorizarea și îmbunătățirea performanței, în așa fel ca îngrijirile furnizate să fie cât se poate de sigure și de eficiente (Quality Assurance Project, 1993).

Asigurarea calității într-o unitate de servicii medicale se va baza pe următoarele

- misiune, viziune și valori bine stabilite,
- program solid de îmbunătățire a calității,
- evaluarea externă a calității,
- reglementări guvernamentale,
- standarde profesionale,

Astfel, asigurarea calității implică eliminarea defectelor, în scopul oferirii unor servicii de sănătate de calitate (ex. reducerea timpului de așteptare, scăderea numărului erorilor de laborator).

Îmbunătățirea continuă a calității ca parte integrantă a unui program de asigurare a calității este un proces ciclic, care nu se finalizează niciodată, datorită faptului că rezolvarea unei probleme implică focalizarea pe altă problemă și începerea altui ciclu de îmbunătățire.

### **3.4. Modele de îmbunătățire a calității**

Există patru principii importante care stau la baza procesului de îmbunătățire a calității, rezumate în:

1. *focalizarea pe necesitățile/așteptările pacientului (clientului)* – îmbunătățirea calității începe cu definirea noțiunii de client și înțelegerea necesităților/ așteptărilor acestuia; în cadrul noțiunii de “client”, fiecare angajat joacă roluri complementare, în servirea clienților și în rolul de client pe care el însuși îl are în cadrul organizației;
2. *focalizarea pe sisteme și procese* – problemele apărute în domeniul calității se datorează adeseori deficiențelor existente în cadrul proceselor derulate în cadrul sistemului, sau eșecului în coordonarea proceselor aflate în interrelație; dacă procesele sunt deficitare, rezultatele vor fi pe măsură; îmbunătățirea calității necesită înțelegerea proceselor relevante și a nivelurilor acceptabile de variație în cadrul acestora;
3. *focalizarea pe crearea unui sistem de date care să stea la baza luării deciziei* – îmbunătățirea proceselor necesită existența informației privitoare la modul de funcționare; trebuie stabilit un sistem obiectiv de colectare a

datelor relevante pentru realizarea analizei;

4. *focalizarea pe participare și lucrul în echipă în îmbunătățirea calității* – pentru îmbunătățirea calității, angajații trebuie să participe în procesele de schimbare inițiate la nivelul sistemelor și al proceselor.

În procesul de îmbunătățire a calității există mai multe modele care pot fi utilizate de manageri. Dintre cele mai frecvent utilizate sunt: ciclul PDCA (Shewhart și Deming), modelul în 10 pași (Joint Commission of Accreditation), modelul FADE (Organizational Dynamics).

### 3.4.1. Ciclul PDCA (Shewhart și Deming)

#### 1. Planifică (Plan)

- identificarea clienților și evaluarea nevoilor și așteptările lor,
- evaluarea situației prezente,
- monitorizarea și analiza datelor,
- identificarea problemelor,
- identificarea cauzelor problemelor,
- alegerea soluțiilor cele mai potrivite;

#### 2. Execută (Do)

- elaborarea unui plan de acțiune,
- implementarea soluțiilor;

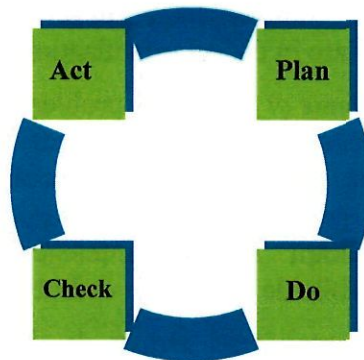
#### 3. Verifică (Check)

- evaluarea rezultatelor,
- stabilirea concluziilor;

#### 4. Acționează (Act),

- elaborarea planului de schimbare,
- standardizarea schimbării,
- implementarea schimbării,
- evaluarea rezultatelor.

Figura VI.2. Ciclul PDCA



Sursa: după Shewhart și Deming, 1982



### 3.4.2. Modelul în 10 pași (Joint Commission of Accreditation)

1. stabilirea responsabilităților membrilor echipei de calitate,
2. stabilirea scopului îngrijirii și serviciilor,
3. identificarea aspectelor cele mai importante ale îngrijirii și serviciilor,
4. stabilirea indicatorilor,
5. stabilirea momentului de începere a evaluării și a duratei perioadei de evaluare pe baza indicatorilor,
6. culegerea, ordonarea și ierarhizarea datelor,
7. evaluarea datelor,
8. desfășurarea acțiunii de îmbunătățire a îngrijirii și serviciilor,
9. evaluarea eficacității procesului de îmbunătățire și asigurarea menținerii procesului,
10. comunicarea rezultatelor celor interesați.

### 3.4.3. Modelul FADE (Organizational Dynamics)

- focalizarea pe problemă (Focusing),
- analiza problemei (Analyzing),
- dezvoltarea soluțiilor și a unui plan de acțiune (Developing),
- executarea planului și evaluarea rezultatelor (Executing).

Pentru a susține la nivel de sistem procesul de îmbunătățire a calității, trebuie identificate problemele specifice pentru tipurile de unități sanitare, elementele și indicatorii adecvați, trebuie subliniate problemele calității îngrijirilor la nivel de politică de sănătate.

Pentru aceasta sunt necesare studii legate de evaluarea spitalelor, schimbul de experiență între manageri, adaptarea și utilizarea experienței internaționale.

## 4. INSTRUMENTELE CALITĂȚII

*Dr. Ingrid Laura Gheorghe*

Îmbunătățirea continuă a calității se poate face printr-o abordare secvențială sau integrală fie a problemelor, fie a proceselor, cu ajutorul tehnicilor care constituie așa numitele instrumente ale calității.

Pentru diferitele modele de îmbunătățire a calității au fost concepute instrumente specifice care să realizeze o anumită acțiune în mod eficace.

**Clasificarea instrumentelor** este următoarea:

- *instrumente de bază ale calității* (brainstorming, histograma, diagrama Pareto, instrumentul QQUQCQQ, diagrama cauză-efect, fluxuri de proces, foi de verificare a datelor, alte grafice) – sunt instrumente de rezolvare a problemelor detectate în procesul de îmbunătățire a calității;

- *instrumente ale managementului calității* sau așa-numitele „noile instrumente ale calității” (diagrama afinităților, diagrama în arbore, diagrama de relații, diagrama matricială, diagrama decizională, diagrama sagitală, analiza factorială a datelor) iau în considerare ideile mai multor membri ai unui grup și stabilirea unui consens în scopul clarificării unei probleme, stabilirii cauzelor și acțiunii.

În continuare vom prezenta doar o parte din instrumentele utilizate.

#### **4.1. Brainstorming**

*Brainstorming*-ul este o tehnică care folosește puterea de gândire colectivă a unui grup alcătuit din 5-11 persoane pentru a obține idei la care nici unul din membrii grupului nu s-ar fi gândit singur.

Brainstorming-ul

- este eficace în special în activitățile desfășurate de grupuri mici,
- folosește adeseori tehnica "de ce-pentru că",
- este folosit pentru:
  - identificarea problemelor,
  - analiza cauzelor,
  - evidențierea posibilelor soluții,
- ajută la evitarea conflictelor generate de divergența ideilor.

#### **4.2. Histograma**

**Histograma este reprezentarea grafică simplă a distribuției unei variabile continue.**

**Permite vizualizarea repartiției acestor valori în diverse clase. Pe abscisa graficului se înscriu clasele de valori iar pe ordonată, frecvența acestora.**

Este unul dintre cele 7 instrumente de bază ale calității și se utilizează în momentul în care se dorește efectuarea unui studiu cantitativ al unui procedeu continuu (ex: durata tratamentului, monitorizarea temperaturii, a diurezei), vizualizarea centrajului și a dispersiei observațiilor în raport cu toleranțele fixate.

Histograma se folosește pentru reprezentarea grafică a distribuției unui ansamblu de date sau măsuri. Variabilele trebuie să fie continue.

#### **4.3. Diagrama Pareto**

*Diagrama Pareto* este o histogramă clasificantă a cauzelor unei probleme în ordine descrescătoare, cu scopul evidențierii cauzelor principale. Pornește de la principiul empiric al lui Pareto care afirmă că circa 20% din cauze explică 80% dintre probleme.

Diagrama Pareto reprezintă importanța diverselor cauze ale unei probleme. Ea presupune existența unor date culese anterior și se folosește pentru clasificarea și vizualizarea ansamblului de cauze potențiale pentru o anumită problemă. Condiția de bază este independența cauzelor unele față de altele. Se folosește în special prospectiv și are următoarele caracteristici:



- lungimea primelor coloane este mare și ghidează echipa spre cauzele cele mai importante ale problemei care trebuie rezolvate cu prioritate.
- este cea mai bună metodă de comunicare a rezultatelor către ceilalți membri ai organizației care au fost implicați în culegerea datelor.
- arată aprofundarea problemei.
- indică procesele care sunt potrivite îmbunătățirilor și poate fi utilizată în compararea datelor similare obținute după implementarea unor idei noi.
- este un mecanism de stabilire a scopurilor.

#### 4.4. Instrumentul QQUQCQQ (Quis, quid, ubi, quibus auxiliis, quomodo, quando - cine, ce, unde, când, cum, de ce)

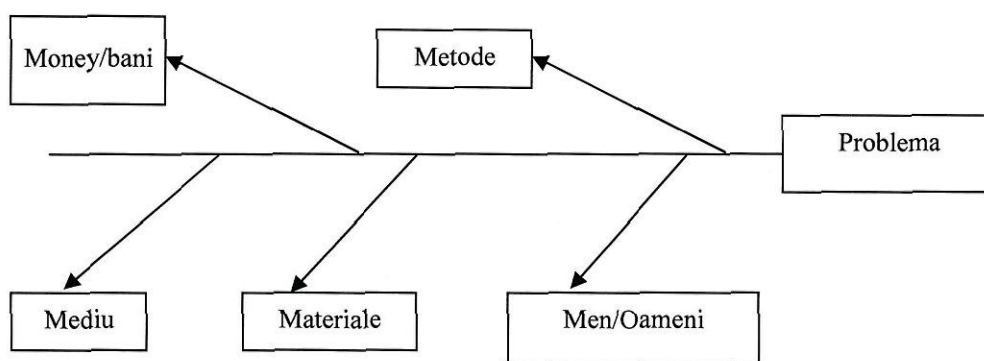
Este o tehnică de structurare a informației asupra unui subiect pe baza următoarelor întrebări "Cine, ce, unde, când, cum, de ce?". Se folosește pentru investigarea proceselor și cercetarea sistematică a informațiilor despre o problemă care trebuie cunoscută mai bine.

- Problema de analizat trebuie identificată în prealabil.
- Face apel la tehnica *brainstorming*-ului.
- Argumentează fiecare pas în identificarea și implementarea soluțiilor.

#### 4.5. Diagrama cauză-efect ("os de pește"), a celor 5M, Ishikawa

Permite echipei de calitate să identifice, să exploreze și să prezinte grafic la nivel de detaliu, toate cauzele posibile legate de apariția unei probleme, pentru a identifica în final cauzele esențiale ale acesteia. Tehnica de bază prin care se realizează această diagramă este adresarea repetată a întrebării "De ce are loc acest fenomen?"

Figura VI.3 Diagrama cauza-efect Ishikawa



Sursa: IMSS, 2000

#### 4.6. Fluxul de proces (process flow)

Acest instrument permite echipei să identifice fluxul real sau secvența evenimentelor din cadrul unui proces. Diagramele de flux se aplică oricărui proces și sunt utile pentru evidențierea complexității, zonelor cu probleme sau redundanțe, permițând simplificarea și îmbunătățirea activității în punctele unde este posibil.

În acest grafic se pot nota începutul și sfârșitul procesului (figurate printr-un cerc), pașii intermediari ai procesului (figurați prin dreptunghiuri), elementele decizionale (romb), punctele în care apare întârzierea procesului (semnul D, de la delay-întârziere), precum și sensul în care se derulează procesul (prin săgeți)- Vezi anexa VI.1.

#### **4.7. Foaia de verificare a datelor**

Este un document structurat care permite culegerea metodică a informațiilor și este unul dintre cele 7 instrumente de bază ale calității.

Permite cuantificarea evenimentelor și caracteristicilor problemelor, înregistrarea datelor pentru elaborarea informațiilor necesare luării deciziilor. Foaia de verificare a datelor se utilizează după ce în prealabil au fost identificate de către echipa de calitate posibilele cauze ale problemei.

Instrumentul este folosit la măsurarea fenomenelor, identificarea legăturii dintre cauze și efecte și măsurarea eficacității soluțiilor.

Condiții de reușită:

- sintetizarea diverselor informații prin cuvinte-cheie, simple și clare,
- alocarea unui spațiu pentru datele neprevăzute.

Organizare:

- listarea informațiilor și criteriilor de clasament,
- definirea locului unde se efectuează strângerea datelor,
- definirea eșantioanelor,
- informare,
- pretestare.

#### **4.8. Diagrama afinităților**

Acest instrument al managementului calității clarifică probleme aparent mai puțin precise în absența datelor obiective, reassemblează și structurează ideile pentru evidențierea apartenenței lor logice la problemă.

Se folosește după ce în prealabil grupul a explorat situația cu instrumente clasice, se utilizează pentru crearea strategiei pentru un nou serviciu, rezolvarea în grup a problemelor complicate și a celor de management. Tema se pune sub formă de întrebare deschisă.

Printr-o tehnică de grup se generează mai multe idei, de regulă 40-60 uneori și 100. Între acestea se stabilesc corelații, fără a fi în relație cauză-efect (Vezi anexa VI.3.).

#### **4.9. Diagrama arbore**

Această diagramă se utilizează pentru a se stabili “cum” apare o anumită problemă, pentru a se căuta mijloacele cele mai eficiente necesare atingerii unui scop fixat. Ea permite divizarea unui element în sub-elemente și se folosește:

- în clarificarea punctelor cheie privind activitățile,
- reluarea diagramei afinităților,



- pregătirea politicilor de calitate,
- clarificarea rolurilor și responsabilităților,
- reorganizarea diagramei cauză-efect (Vezi anexa VI.4.).

#### **4.10. Diagrama de relații**

Diagrama de relații permite identificarea tuturor parametrilor subiectului tratat, a factorilor care îl influențează și stabilește punctele fundamentale care trebuie abordate. Descrie legăturile logice dintre factori. Prin săgeți sunt figurate relațiile cauză-consecință.

Se aplică pentru :

- desfășurarea unei politici de asigurare și control al calității,
- investigarea modurilor și cauzelor posibile de defectare a elementelor,
- analiza reclamațiilor,
- aplicarea măsurilor de protecție,
- elaborarea planurilor de comunicare,
- analiza proceselor,
- analiza problemelor (Vezi anexa VI.5.).

#### **4.11. Matricea de prioritizare a problemelor/matricea multicriterială**

Această matrice este un instrument folosit pentru evaluare bazat pe un set explicit de criterii determinate de grupul de lucru, criterii legate de obicei de importanța problemei pentru pacient și pentru organizație, controlul organizației asupra schimbării, fezabilitatea acesteia, datele și resursele disponibile, vizibilitatea asupra schimbării și măsura în care aceasta este recomandabilă. Grupul de lucru acordă scoruri de la 1 (cel mai mic) la n, unde n este rangul ultimei probleme (de exemplu 10, pentru 10 probleme identificate). Problema care întrunește scorul cel mai mare este cea mai importantă și asupra ei se va concentra mai departe echipa de calitate (Vezi anexa VI.2.).

#### **4.12. PDCA**

Instrument de prim rang în îmbunătățirea calității, a fost descris în subcapitolul 3 la secțiunea 3.4., Modele de îmbunătățire a calității.

#### **4.13. Cercurile calității**

Cercurile calității sunt echipe formate din 5-12 persoane, ideal 8 persoane, din aceeași unitate sanitară, cu activitate similară. Rolul acestor echipe este ca în cadrul întâlnirilor săptămânale să identifice și izoleze probleme de calitate, să le analizeze, să identifice soluții pe care ulterior să le implementeze.

#### **4.14. Benchmarking**

*Benchmarking*-ul este un instrument important în îmbunătățirea continuă a calității. Benchmarking-ul este procesul de identificare a celor mai bune practici de oriunde din

lume pentru a obține informații care vor ajuta organizația să ia măsuri care să îi îmbunătățească performanțele.

### *Metodologie*

- **Selectarea procesului** care se dorește îmbunătățit, de obicei acele procese cunoscute ca fiind cu probleme sau în legătură cu care se știe că alte organizații au procese mai bune. În primul rând trebuie avuți în vedere așa-numiții *factori critici pentru succes* (caracteristici, condiții sau variabile care au un impact direct asupra satisfacției clienților organizației). Exemple din domeniul medical ar putea fi: rulajul bolnavilor într-o secție de spital, curățenia în saloane.
- **Selectarea echipei.** Liderul acesteia ar trebui să fie persoana care este responsabilă de acel proces în cadrul organizației (șeful de secție, asistenta medicală responsabilă etc.).
- **Studierea și documentarea** în detaliu a procesului respectiv. Se realizează diagrame ale procesului, se analizează costurile și rezultatele.
- **Stabilirea unităților de măsurare** a procesului pentru a putea fi comparat cu cel al altor organizații (număr de medici, număr de paturi de spital etc.).
- **Identificarea organizației cu care se va face benchmarking.** Aceasta poate fi o unitate distinctă a aceleiași organizații (clinică), un alt spital.
- **Colaborarea** cu organizația selectată pentru *benchmarking* cu condiția împărtășirii rezultatelor și a confidențialității.
- **Vizita** la organizația aleasă, precedată de trimiterea în avans a unei liste cuprinzătoare de întrebări la care se urmărește răspunsul.
- **Identificarea diferențelor de performanță**, utilizând unitățile de măsură stabilite la început.
- **Comunicarea rezultatelor obținute.**
- **Elaborarea unui plan de acțiune.**
- **Implementarea schimbării.**

## **5. STANDARDIZAREA CALITĂȚII**

*Dr. Ingrid Laura Gheorghe*

### **5.1. Definiție**

Standardele reprezintă nivelul de performanță observabil, realizabil, măsurabil, agreat de profesioniști și corespunzător populației căreia i se adresează (Joint Commission of Accreditation of Health Care Organization).

Standardele descriu sisteme, funcții, procese și activități, stabilind ținte de atins pentru furnizorul de servicii medicale. Ele prezintă cea mai bună succesiune a acțiunilor în cadrul actului medical, stau la baza creării ghidurilor de practică medicală și sunt concepute de către comisii de experți.



În mod normal, standardele reprezintă așteptările pacienților, furnizorilor, managerilor, terțului plătitor și organismelor guvernamentale, precizând nivelele de structură și performanță așteptate din partea furnizorilor.

### **5.2. Caracteristicile unui bun standard sunt:**

- să fie măsurabil și monitorizabil, pentru a se putea ști în ce măsură se atinge obiectivul propus; nu este necesar să fie măsurabil numeric, ci să se poată evalua dacă obiectivul propus a fost îndeplinit sau nu;
- să fie exprimat clar, pentru a nu naște confuzii dacă a fost îndeplinit sau nu;
- să fie realist și realizabil cu resursele existente; dacă standardul stabilit inițial nu coincide cu ce se cere de către plătitor, acest standard poate fi treptat îmbunătățit (ex. diminuarea treptată a timpului de așteptare a pacienților la serviciul de radiologie);
- să constituie un indicator al calității, nu numai ușor de monitorizat dar și util;
- să fie concordant cu valorile și scopurile organizației;
- să fie practic și aplicabil, ușor de evaluat.

Pentru buna funcționare a unui spital este nevoie de un set minim de standarde care să definească un nivel minim acceptabil al furnizării de servicii de sănătate.

De aceea, ele capătă valoare doar puse în practică. Standardele ajută la stabilirea reperului unde se află organizația din punctul de vedere al calității și al îmbunătățirii acesteia, și la atingerea scopului propus utilizând resursele existente.

### **5.3. Criteriile**

Pentru realizarea și măsurarea standardelor se elaborează criterii care reprezintă elemente descriptive ale performanței, comportamentului, circumstanțelor sau stării clinice (Joint Commission of Accreditation of Health Care Organization). Criteriul poate fi o variabilă sau un număr stabilit drept indicator al calității.

Caracteristicile unui criteriu:

- să fie măsurabil, concret;
- să fie specific standardului pe care îl ilustrează;
- să realizeze o descriere clară a resurselor, comportamentului, procesului cerut sau dorit;
- să fie ușor de identificat;
- să fie relevant pentru nivelul de performanță descris;
- să fie realist, posibil de atins;
- să fie clar, ușor de înțeles;
- să suporte o eventuală modificare periodică.

Conform modelului Donabedian, criteriile se clasifică în criterii de:

- structură (legate de clădiri, mediu, infrastructură, organizație, servicii de suport, farmacie, laborator, tehnologie, resurse umane, expertiză, abilități ale personalului, proceduri informaționale);
- proces (legate de proceduri de prevenție, diagnostic și tratament, documentare, relație medic-pacient etc.);
- rezultat (rate infecții nozocomiale, mortalitate, fatalitate, raportate la o anumită procedură etc.).

Măsurarea standardelor și stabilirea faptului că au fost atinse, sau nu, se face prin mai multe metode, stabilite tot de experții care au creat standardele, cele mai frecvente metode fiind controlul înregistrărilor, observarea directă, ancheta pacienților.

Faptul că nu există o definiție universal acceptată a calității, că standardizarea pune accentul pe documentație, uneori creând un sistem birocratic, și faptul că deseori asigurarea complianței personalului la sistemul calității este lăsată integral la latitudinea conducerii, crează puncte slabe în relațiile terțului plătitor cu spitalele. Aceste puncte vor putea fi depășite în momentul în care conducerea spitalelor va înțelege obligativitatea standardizării și necesitatea introducerii sistemelor de calitate.

În anexa VI.6 sunt prezentate standardele stabilite în România pentru spitale.

#### **5.4. Ghidurile de practică medicală**

Realizarea de standarde privind modul de acordare a serviciilor medicale este unul dintre subiectele cele mai disputate în momentul actual peste tot în lume. O cauză importantă a acestui fapt este reprezentată de lipsa de consens între specialiști, privind indicațiile corespunzătoare pentru multe forme de conduită terapeutică. În aceste circumstanțe, au apărut ghidurile de practică medicală.

Prin **definiție**, ghidurile de practică medicală sunt: “specificații standardizate pentru îngrijirea medicală, dezvoltate printr-un proces oficial, care încorporează cele mai bune dovezi științifice ale eficacității cu opinia experților”.

Dezvoltarea ghidurilor de practică se bazează nu numai pe opiniile experților din domeniu, dar și pe studiile existente în literatura de specialitate, de obicei fiind bazate pe dovezi.

Scopul existenței ghidurilor de practică este instituirea unei practici medicale de calitate și crearea unui fundament etic pentru practicieni.

Ghidurile de practică sunt folosite ca instrument pentru îmbunătățirea calității actului medical. Apar frecvent probleme datorită unor ghiduri de practică de calitate îndoielnică sau care conțin recomandări contradictorii. Astfel, apare necesitatea unei abordări comune, valide, clare în vederea dezvoltării ghidurilor de practică.

Procesul de dezvoltare, implementare și modernizare permanentă a ghidurilor de practică este deosebit de costisitor și de aceea nu este indicată elaborarea lor decât pentru afecțiunile care îndeplinesc anumite condiții și anume:

- sunt prezente la un număr mare de pacienți;
- determină costuri crescute pentru sistemul de sănătate;



- există cercetări (studii) în domeniu;
- prezintă un mare interes pentru medici.

**Motive** pentru elaborarea ghidurilor de practică:

- profesionalizarea;
- responsabilizarea;
- eficiența.

Atingerea acestor trei obiective - profesionalizarea, responsabilizarea și eficiența - reprezintă idealul. În practică însă, programele de dezvoltare a ghidurilor nu reușesc să le îndeplinească pe toate. De aceea, este foarte important să se specifice de la început cine este responsabil de programul de elaborare. Este evident că programele elaborate de guvern și/sau casa de asigurări vor "croi" de la început o imagine diferită de cea produsă de către asociațiile profesionale sau de institutele de cercetare. Actorii din sectorul sanitar au interese diferite, iar aceste motivații se vor reflecta în natura, și, posibil, efectul programelor.

**Metodologia de dezvoltare** folosită în practică pentru introducerea ghidurilor de practică cuprinde următoarele **principale etape**:

1. design și dezvoltare;
2. diseminare;
3. adaptare la nivel local;
4. implementare;
5. evaluare.

Există mai multe **modalități de utilizare** a ghidurilor de practică printre care:

- utilizarea voluntară de către medici — ei pot să decidă asupra utilizării ghidurilor de practică; standardele conținute de ghidurile de practică sunt așa numitele standarde "soft", pe care medicul sau unitatea sanitară pot să le urmeze, dar nu sunt obligatorii sau nu sunt de impus pentru acreditare;
- utilizarea ghidurilor de practică ca standarde pentru asigurarea calității, necesare certificării sau acreditării — s-a dovedit că duc la rezultate mai bune, în condițiile în care standardele "soft" se transformă în standarde "hard", obligatorii.
- rambursarea serviciilor în funcție de utilizarea ghidurilor de practică — ar fi cea mai eficientă metodă de eliminare a îngrijirilor necorespunzătoare, dacă aceste servicii necorespunzătoare nu ar fi rambursate; unele case de asigurări din alte țări folosesc forme ale ghidurilor de practică pentru pre atestare, dar nu în România.

### 5.5. Standardele ISO în calitate

Aceste standarde internaționale, definite pentru prima oară în 1979, în cadrul unui grup de lucru format din aproximativ 180 comitete tehnice, au avut drept scop realizarea standardizării în domeniul generic al managementului calității, incluzând sistemele de calitate, asigurarea calității, tehnologiile de suport generice, inclusiv standardele care furnizează ghidarea în selecția și utilizarea acestor standarde. Pentru a se asigura relevanța standardelor privind sistemele de management al calității, în condițiile schimbării permanente a necesităților și așteptărilor în economia de piață, Organizația Internațională pentru Standardizare le revede și le ajustează periodic (ultima revizie a fost realizată în anul 2000).

Aceste standarde își au originea în industrie, nu au nimic „specific” pentru sănătate, dar reprezintă cadrul general pentru asigurarea unui management al calității.

În anul 2001 a apărut standardul IWA 1: 2001- Sisteme de management al calității - linii directoare pentru îmbunătățirea proceselor în organizații de servicii de sănătate.

Organizația Internațională pentru Standardizare (ISO) a definit un set de standarde, pentru care existența complianței la nivelul unei organizații semnifică asigurarea unui rezultat de calitate. Aceste standarde reprezintă un set de cerințe de bază pentru orice sistem de management al calității totale.

Printre cerințele standardelor ISO pentru servicii există unele aplicabile instituțiilor furnizoare de îngrijiri de sănătate:

1. existența unui scop bine definit,
2. responsabilități bine definite pentru angajați,
3. specificații clare pentru servicii, atât global, cât și pentru fiecare client, specificații înțelese și acceptate de către aceștia,
4. procese clar definite pentru realizarea specificațiilor,
5. mijloace de monitorizare a proceselor și a rezultatelor acestora,
6. evaluare periodică a proceselor și a eficacității acestora,
7. rectificare sistematică a erorilor,
8. investigare sistematică a erorilor pentru prevenirea recurenței lor,
9. mijloace de asigurare a calității bunurilor și serviciilor primite,
10. întreținere sistematică a echipamentelor pentru asigurarea acurateței și fiabilității acestora,
11. identificare clară a nevoilor de formare și calificare a personalului, cu demonstrarea aplicării practice a competențelor individuale,
12. înregistrări care să documenteze toate elementele de mai sus,
13. reevaluare periodică a tuturor elementelor de mai sus de către conducerea organizației.

Este nevoie ca și în spitale să se creeze și implementeze sisteme de management al calității. Deși actul medical propriu-zis nu este inclus în acest sistem al calității, ci ține de activitatea de evaluare a personalului și acreditarea unității, sistemul calității are în vedere tot ce ține de infrastructură, mediu de îngrijire, logistică, tehnologie, servicii de suport.



Sistemul de management al calității va fi însoțit de manualul calității care va descrie activitățile și procesele din organizație, alocarea responsabilităților și documentația însoțitoare.

### **Principiile sistemelor de management al calității**

Standardele din seria ISO 9000:2000 reprezintă o oportunitate de a face organizația mai eficientă prin cele 8 principii de management al calității ce reflectă cele mai bune practici de management. Aceste principii sunt:

- a) orientarea către client,
- b) *leadership* participativ,
- c) implicarea angajaților,
- d) abordarea bazată pe proces,
- e) abordarea managerială bazată pe sistem,
- f) îmbunătățirea continuă,
- g) abordarea luării deciziilor pe baza de dovezi,
- h) relații reciproc avantajoase între clienți-furnizori-plătitori.

În România, aplicarea standardelor ISO se face în unitățile sanitare la nivel de laborator, sterilizare și imagistică medicală, însă se poate extinde și la serviciile auxiliare tip curățenie, bucătărie etc.

Prin Ordinul comun al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, al Ministrului Sănătății și Familiei și al președintelui Colegiului Medicilor din România nr.559/874/ 4017 /2001 s-au înființat nucleele de calitate, în unele unități spitalicești din țară. Acestea asigură constant și permanent monitorizarea internă a calității. Ulterior s-a elaborat Metodologia de lucru privind înființarea și funcționarea nucleelor de calitate aprobată prin Ordinul comun al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, al Ministrului Sănătății și Familiei și al președintelui Colegiului Medicilor din România nr.604/1109/487 /februarie 2002.

### **Obiectivele nucleelor de calitate sunt:**

- pe termen scurt:
  - autoevaluarea activității din punctul de vedere al calității serviciilor medicale furnizate;
  - eficientizarea activității, urmărind îmbunătățirea continuă a calității;
  - modificarea comportamentului personalului unității spitalicești, prin creșterea atenției acordate pacientului;
  - evaluarea satisfacției pacienților;
- pe termen mediu:
  - selectarea și definitivarea unor standarde și criterii de calitate aplicabile și acceptabile la nivel național;
  - realizarea unui clasament al spitalelor cuprinse în studiu după criteriile de calitate, pe baza punctajelor acceptate de comun acord de toate părțile;

- pe termen lung:
  - proiectarea și implementarea unui sistem de management al calității conform ISO 9001:2000 în unitățile spitalicești;
  - plata serviciilor medicale în mod diferențiat, ținând cont și de standardele de calitate atinse de spitalul respectiv.

## 6. MĂSURAREA CALITĂȚII

*dr. Ingrid Laura Gheorghe*

Măsurarea calității reprezintă identificarea sistematică a nivelului actual al calității realizat de o unitate sau un sistem, și constă în cuantificarea nivelului de performanță conform standardelor prevăzute.

Primul pas în procesul de măsurare a calității constă din identificarea ariilor de îmbunătățire. Activitățile de asigurare a calității incluse în măsurarea calității sunt:

- evaluarea internă a calității,
- monitorizarea calității,
- evaluarea externă a calității.

Evaluarea calității este un pas al asigurării calității care include furnizarea feedbackului, formarea și motivarea personalului și crearea de soluții de îmbunătățire a calității.

Evaluarea se poate realiza prin mai multe metode cum ar fi:

- observarea serviciilor (de către observatori experți, supervizori, tehnică *peer review*),
- evaluarea satisfacției pacientului,
- tehnica pacientului anonim (evaluatorul joacă pentru o zi rolul de pacient),
- revederea datelor înregistrate,
- testări ale personalului medical,
- ancheta personalului medical,
- ancheta la externarea pacientului.

Distorsiunile induse de aceste metode tind fie către supraestimarea performanței, fie către nerealizarea ei sub observație directă. De asemenea, performanța individuală poate varia de la o zi la alta datorită factorilor de natură personală, ai medicului și pacientului.

### **6.1. Evaluarea internă a calității**

Aceasta reprezintă o măsură a calității serviciilor de sănătate, prin relevarea diferenței dintre performanța reală și cea așteptată. Performanța așteptată măsurată prin standarde, se referă cel mai frecvent la competența tehnică, eficiență, eficacitate, siguranță și acoperirea cu servicii.

Pentru evaluarea internă a calității au fost dezvoltate mai multe modele ce pot fi utilizate în funcție de aspectele ce doresc a fi evaluate.



### **6.1.1. Auditul calității**

Este un examen metodic și independent cu scopul de a stabili dacă activitățile și rezultatele referitoare la calitate respectă dispozițiile și standardele prestabilite, dacă acestea sunt aplicate eficient și sunt apte să conducă la realizarea obiectivelor.

Auditul calității reprezintă o succesiune de activități bazate pe documente scrise ce constau în investigații, verificări, examinări, evaluări ale planurilor, programelor, sistemelor calității, pentru a stabili măsura în care acestea au fost corect elaborate și implementate, în concordanță cu cerințele specificate în domeniu.

#### *Obiectivele auditului calității:*

1. verifică existența unor proceduri și sisteme de lucru care să asigure realizarea calității;
2. verifică dacă procedurile de lucru corespund standardelor existente în domeniu;
3. verifică aplicarea corectă a acestor proceduri;
4. verifică măsura în care realizările efective corespund măsurilor prestabilite.

Această metodă poate fi utilizată atât pentru evaluarea internă a calității într-o organizație cât și la evaluarea externă. Astfel, există două *tipuri de audit*:

1. audit intern,
2. audit extern – este realizat către organisme neutre specializate.

#### *Auditul intern*

- este realizat de specialiști din cadrul organizației;
- prin el se verifică măsura în care procedurile, tehnicile de lucru au fost corect implementate, însușite și aplicate;
- urmărește obținerea unor dovezi privind realizarea activităților în concordanță cu cerințele specificate;
- se face după introducerea și aplicarea oricărui program, plan, sistem de calitate nou;
- se reia cu o anumită periodicitate;

#### *Auditul extern*

- este realizat de către organisme neutre specializate;
- urmărește obținerea dovezilor care garantează capacitatea furnizorilor de a furniza calitatea cerută și, în final, certificarea produsului sau a furnizorilor respectivi.

Auditul extern este de două feluri:

- a. efectuat de un “beneficiar” al organizației respective (*second-part audit*) – prin care acesta analizează sistemul calității pentru a se convinge că va

putea obține serviciile sau produsele cu nivelul de calitate dorit; este eficient în cazul unui furnizor strategic, cu care se încheie acorduri pe termen lung (în sistemele de sănătate, de exemplu, de către CAS);

- b. efectuat de un organism neutru, la solicitare organizației auditate, a beneficiarilor sau a unor organizații neutre (*third-part audit*); garantează și verifică posibilitățile organizației auditate de a reliza produse sau servicii care răspund unor cerințe sau specificații.

Sucesiunea și conținutul etapelor pot diferi în funcție de elementele auditate: produse, servicii, procese, sisteme ale calității.

Auditul calității este un instrument de prim rang în evaluarea performanței.

### **6.1.2. Peer Review**

Acest mecanism de evaluare este folosit în țările vestice și în SUA pentru a evalua calitatea totală a îngrijirilor. Evaluarea arată cât de bine sunt furnizate serviciile de către personalul medical și cât de bine acoperă nevoile pacienților. Evaluarea se face de către personal medical cu pregătire similară (*peers*).

Decizia luată de un medic va fi evaluată de alt medic egal în pregătire. Este totuși o metodă controversată, datorită reținerii unor medici de a fi evaluați de alți medici, prin telefon sau prin înregistrări scrise. Pe de altă parte, adeseori și furnizorul și cel ce evaluează pot avea stimulente financiare care să modifice calitatea îngrijirilor. Este un instrument de rang secund în evaluarea performanței îngrijirilor.

### **6.2. Monitorizarea calității**

Implementarea unui sistem de monitorizare este esențială pentru realizarea unui program de îmbunătățire a calității. Chiar și în cazul resurselor limitate se pot folosi metodele sistematice pentru a monitoriza în mod regulat calitatea îngrijirilor. Monitorizarea calității îngrijirilor este procesul colectării regulate și analizei unui set de indicatori de calitate, și se axează mai degrabă pe măsurarea și analiza proceselor. Acest proces permite furnizorilor de sănătate să evalueze măsura în care sunt atinse obiectivele unui program sau performanța globală.

#### **Indicatorii de calitate**

Monitorizarea implică selectarea indicatorilor care vor permite evaluarea performanței, în raport, sau nu, cu standarde definite.

Organizația Mondială a Sănătății definește indicatorii ca “*variabile care ne ajută la măsurarea schimbării*”. Un bun sistem de monitorizare trebuie să se adapteze situației existente în organizația în care se implementează programul; el trebuie să pornească de la definirea celor mai importanți indicatori pentru a ajunge treptat la stabilirea unui set cât mai complet. Este foarte important ca datele colectate să fie complete, clare și să nu dea naștere unor interpretări greșite.

Indicatorul trebuie să îndeplinească câteva atribute fundamentale (OMS):

- să fie valid – să măsoare ceea ce trebuie să măsoare;
- să fie relevant – pentru necesitățile comunității sau pentru problema definită;



- să fie reproductibil – să măsoare de fiecare dată ceea ce trebuie să măsoare;
- să fie realist, aplicabil, fezabil și ușor de utilizat în practică;
- să fie măsurabil și observabil – sub formă de frecvențe, medii, rate;
- să fie cunoscut și agreat de echipa a cărei performanță se măsoară;
- să fie folosit în evaluare în mod continuu în timp.

Descrierea mai amplă a elaborării, selectării și utilizării indicatorilor de calitate va fi realizată în capitolul următor (capitolul 7).

### **6.3. Evaluarea externă a calității**

În procesul de îmbunătățire a calității într-o organizație, o etapă importantă o reprezintă evaluarea externă a calității, care furnizează informații asupra percepției pe care clienții (pacienții), terțul plătitor sau alți furnizori de servicii o au asupra respectivei organizații. Metodele utilizate mai frecvent sunt evaluarea satisfacției pacienților, auditul extern și *benchmarking-ul*.

#### **6.3.1. Evaluarea satisfacției pacientului**

Satisfacția pacientului este o componentă a evaluării calității îngrijirilor. După OMS, ”Evaluarea calității este un demers care permite fiecărui pacient garantarea actului diagnostic și terapeutic cu cel mai bun rezultat din punctul de vedere al sănătății conform stării prezente și dezvoltării actuale a științei medicale, la cele mai bune costuri pentru cel mai bun rezultat, cu cel mai mic risc iatrogen și pentru satisfacția sa cea mai mare din punctul de vedere al procedurilor, al rezultatelor și al contactelor interumane în interiorul sistemului de îngrijiri”.

Satisfacția pacientului poate fi considerată drept un rezultat al îngrijirilor și chiar un element de sănătate prin ea însăși.

Deși deseori folosit, rareori termenul de satisfacție este definit și presupune suprapunerea domeniului cognitiv (al cunoștințelor) peste cel afectiv (reacția personală față de îngrijiri).

Noțiunea de satisfacție este subiectivă și predominant calitativă. Ea trebuie să fie interpretată și asumată ca atare, fără a fi transmutată în domeniul cantitativ.

După teoria așteptărilor, satisfacția reprezintă diferența dintre ce se așteaptă și ce este perceput.

Ancheta de satisfacție trebuie să surprindă reacția pacienților în fața acestei diferențe, dar pentru aceasta este necesar să se cunoască bine ce doresc pacienții. Așteptările pacienților variază în funcție de multe variabile precum: vârstă, patologie, caracteristici socioculturale, demografice și profesionale.

Există cel puțin trei mari **categorii de așteptări**:

- legate de dotarea tehnico-materială – corespund nevoilor organice primare de securitate, deoarece pacientul, atins la nivel somatic sau psihic, așteaptă o rezolvare a suferinței sale și o restabilire parțială sau totală a funcției normale a organismului său;

- psihosociologice – cele ale contactului social cu noul mediu; pacientul este neliniștit datorită rupturii de mediul său și așteaptă informații și relații care să îi permită familiarizarea și integrarea în noul mediu;
- materiale și intelectuale – dorința de a nu fi devalorizat și lipsit de stimă, chiar și, sau mai ales în prezența bolii.

Cele nouă **elemente ale performanței îngrijirilor de sănătate**, cel mai frecvent citate de pacienți sunt:

1. eficacitatea îngrijirilor,
2. caracterul adecvat al îngrijirilor,
3. disponibilitatea furnizorului,
4. oportunitatea îngrijirilor,
5. calitatea îngrijirilor,
6. continuitatea îngrijirilor,
7. siguranța îngrijirilor,
8. eficiența îngrijirilor,
9. respect și bunăvoință din partea furnizorului.

Aspecte ale satisfacției pacientului care trebuie luate în considerare:

- îngrijirile medicale și informația,
- facilitățile de hrană și cazare,
- atmosfera,
- îngrijirile asistentelor,
- cantitatea de hrană,
- organizarea vizitelor.

*Componente ale aspectelor satisfacției:* umanismul, informația, calitatea globală, competența, satisfacția globală, administrarea tratamentului, accesul la îngrijiri, costurile, facilitățile, rezultatele, continuitatea îngrijirilor, atenția la problemele sociale ale pacientului.

*Caracteristicile chestionarului de satisfacție a pacientului sunt:*

1. determinarea precisă a eșantionului,
2. stabilirea datelor indispensabile analizei,
3. selecția surselor de informare,
4. forma fiecărei întrebări,
5. concizia,



6. alternanța întrebărilor,
7. existența unei introduceri,
8. instrucțiuni precise,
9. plic, acolo unde e cazul,
10. facilitarea biroatică,
11. testare.

În general, rezultatele anchetelor de satisfacție arată că aspectele considerate de către pacienți ca fiind satisfăcătoare sunt:

- îngrijirile asistentelor,
- îngrijirile medicale,
- relația cu alți membri din serviciul medical,
- relația cu alți pacienți,
- îngrijirile paramedicale.

Domeniile care mai suferă ameliorări sunt: informarea, curățenia, hrana, ocupația în timpul spitalizării, temperatura din spital, facilități, somnul, zgomotul, ambientul, timpul de așteptare, tratament uneori incorect, prestația îngrijitorilor.

Întreg personalul care lucrează în serviciile de sănătate vizează satisfacerea nevoilor pacientului. Serviciile de sănătate își datorează existența pacienților, și este logic să încerce satisfacerea în totalitate a nevoilor de sănătate ale acestora. Cunoașterea nevoilor pacientului este esențială pentru a-l satisface. Există trei tipuri de nevoi:

1. nevoi existente dar care nu sunt recunoscute de către pacient,
2. nevoi resimțite care nu produc cerere,
3. nevoi care produc cerere.

Pacientul va alege serviciile care îi satisfac cel mai bine nevoile, și va profita de contactul cu furnizorul de îngrijiri de sănătate pentru a "cere" și „consuma” și alte servicii care îi satisfac nevoi care nu produc cerere, sau care nu sunt resimțite.

În ciuda multitudinii de servicii, rămâne întotdeauna o parte de nevoi nesatisfăcute, fie datorită faptului că oferta nu corespunde cererii, fie lipsei calității serviciilor. În aceste cazuri, sistemul informal (familia, rudele, prietenii, vindecătorii etc.) va prelua această cerere și o va satisface în afara sistemului.

Costul renunțării la continua creștere a satisfacției pacienților înseamnă pacienți pierduți și eșec pe piața serviciilor: 65-70% din clienții nesatisfăcuți nu vor mai alege serviciul din nou dacă au posibilitatea să aleagă; fiecare pacient nesatisfăcut va influența în medie 12-25 de alți potențiali clienți prin împărtășirea experienței neplăcute avute.

În România, nucleele de calitate din spitale au rolul să evalueze satisfacția pacienților prin aplicarea chestionarelor create de către CNAS, însă practica a dovedit, în anumite cazuri, pe de o parte, tratarea cu superficialitate a acestui aspect (chestionarele

sunt completate nu de către pacienți, ci de către personalul medical mediu, acordându-se calificative maxime, ceea ce duce la distorsiuni foarte mari în momentul analizei datelor), pe de altă parte, nevoia îmbunătățirii acestui chestionar și adaptării lui la diversele tipuri de secții spitalicești. Chestionarul de satisfacție a pacienților aplicat în spitalele din România poate fi vizualizat în anexa VI.7.

### 6.3.2. *Auditul extern*

Așa cum a fost prezentat modelul la secțiunea 6.1., Evaluarea internă a calității, auditul extern se realizează de către organisme neutre specializate. Cel mai frecvent, această metodă este utilizată în vederea acreditării organizației furnizoare de servicii de sănătate. Acreditarea este impusă în general de un finanțator strategic (organism guvernamental) și conferă credibilitate organizației acreditate în raport cu ceilalți furnizori de servicii de sănătate.

Procesul de acreditare va fi descris pe larg în Capitolul 8, Acreditarea spitalelor.

### 6.3.3. *Benchmarking*

În domeniul sanitar, cel mai adesea se realizează benchmarking în ceea ce privește condițiile hoteliere: cazarea bolnavilor, curățenia, alimentația. Din acest considerent *benchmarking*-ul este considerat un instrument de rang secund în evaluarea performanței îngrijirilor. Totuși, în ultimii ani, în Statele Unite, s-a încercat o ierarhizare a spitalelor pe baza unor indicatorilor de calitate cu semnificație clinică. Rezultatul a fost criticat de marea majoritate a specialiștilor deoarece diferențele între spitale erau extrem de mici, ne semnificative statistic, un spital putând fi în fruntea listei la unumiți indicatori și la mijlocul sau la coada listei pentru alți indicatori.

Metoda *benchmarking*-ului a fost descrisă mai pe larg în capitolul 4, Instrumentele calității, secțiunea 4.14.

## 7. INDICATORI DE CALITATE

*dr. Cristina Pavel*

În procesul de îmbunătățire continuă a calității, atât managerii cât și personalul din subordine vor fi confrunțați cu numeroase probleme. Pentru rezolvarea problemelor, aceștia pot utiliza diferite tehnici și instrumente, dar înainte de toate trebuie ierarhizate problemele și apoi foarte bine definite cele stabilite spre rezolvare. Pentru definirea problemelor este necesară înțelegerea modului în care aceasta afectează desfășurarea procesului. (IMSS, 2000)

### 7.1. *Ce sunt indicatorii de calitate?*

Indicatorii reprezintă instrumente ce pot furniza informații despre frecvența, nivelul, amploarea, gravitatea etc. unei probleme. Un indicator este expresia unei caracteristici sau a unei variabile specifice pentru o anumită problemă; este operaționalizarea variabilei/variabilelor care definesc problema.



Cel mai frecvent, indicatorii sunt utilizați pentru a diagnostica o situație, a compara două populații sau procese având aceeași caracteristică, a evalua comparativ variațiile în timp și spațiu a două sau mai multe caracteristici (IMSS, 2000).

Indicatorul se definește printr-un raport numărător–numitor. Numărătorul reprezintă fenomenele observate, iar numitorul reprezintă valoarea cu care se dorește compararea (standardul, populația generală, valoarea de referință). De exemplu: proporția de cazuri de explorări radiologice la pacienții cu diabet, într-o lună de zile, în spitalul X:

a = număr explorări radiologice la pacienți diabetici, pe lună, în spitalul X,

b = număr pacienți diabetici, pe lună, în spitalul X,

P = proporția/indicatorul.

$$\begin{array}{r} \text{Numărător: } a \\ \hline \text{Numitor: } b \end{array} = P$$

Fenomenul este măsurat în timp și spațiu și permite cuantificarea unor nevoi pentru îmbunătățirea calității unui serviciu (în cazul prezentat, indicatorul poate ajuta la planificarea serviciului de radiologie, pentru evitarea prelungirii timpului de așteptare, achiziția de materiale etc.).

## **7.2. Cum se construiește un indicator de calitate?**

Pentru construirea unui indicator sunt necesari următorii pași:

- descrierea cât mai exactă a fenomenului ce se dorește măsurat;
- identificarea aspectelor măsurabile în fenomenul descris;
- descrierea indicatorului;
- stabilirea formulei de calcul;
- determinarea sursei de informații pentru numărător și numitor;
- definirea limitelor superioară și inferioară pentru indicatorul construit.

După descrierea fenomenului, indicatorii ce urmează a fi construiți trebuie să răspundă la întrebări de tipul: cât de frecvent este fenomenul, când, unde se produce și pe cine afectează. Astfel, indicatorii de calitate pot măsura aspecte ale procesului, structurii sau rezultatelor. În cazul serviciilor de sănătate, indicatorii de calitate oferă informații asupra accesului, rezultatelor, experienței pacienților și procesului de acordare a îngrijirilor de sănătate.

Odată clarificat ce anume măsurăm, indicatorii pot fi compuși și calculați stabilind modul de exprimare (număr, proporție, rată, incidență, prevalență etc). Pentru a utiliza indicatorii, trebuie ulterior identificate sursele din care pot fi culese datele (surse directe, documente, informații, statistici, observația directă, cercetarea consensului). Informația obținută trebuie prelucrată matematic (rapoarte, proporții, medii, tendințe etc) și exprimată în manieră grafică prin tabele, histogramme, grafice. Cele mai frecvente utilizări ale diferitelor grafice sunt schematizate în Tabelul VI.1.:

Tabelul VI.1. Tipuri de grafice, date și utilizările lor

GRAFIC	TIP DE DATE	UTILIZĂRI
HISTOGRAMA	O singură variabilă cantitativă continuă	- compararea eșantioanelor - distribuția valorilor pentru o variabilă - analiza variabilității unui proces
DIAGRAMA CU COLOANE	Variabile calitative sau cantitative cu o scală nominală (enumerare de evenimente)	- identificarea problemelor - analiza datelor pe grupuri - ierarhizarea problemelor - selecția de strategie - măsurarea schimbării, înainte și după implementarea unui program
GRAFICUL DE TENDINȚĂ	O variabilă cantitativă discretă	- evoluția problemei sau procesului în timp (variații sezoniere) - monitorizarea producției
GRAFICUL DE DISPERSIE	Două variabile cantitative continue	- relație între două variabile cantitative - testarea relației cauză-efect sau relațiilor de asociere
DIAGRAMA DE FLUX	O variabilă cantitativă continuă	- identificarea problemei - descrierea procesului

Sursa: IMSS, 2000

Pentru ca un indicator construit să-și demonstreze utilitatea, este nevoie să fie comparat cu un termen de referință sau cu un nivel de calitate standard. Acest standard poate fi: o normă tehnică; performanța istorică a unei activități, nivel minim sau maxim, funcție de posibilitățile de intervenție.

### 7.3. Ce tipuri de indicatori de calitate se pot construi?

Indicatorii de acces evaluează măsura în care pacienții primesc îngrijiri de sănătate corespunzătoare și la timp (de ex: internări posibil evitabile, de exemplu, prin imunizare etc.). Astfel de indicatori pot genera informații distorsionate fiind limitați de existența bazei materiale necesare acordării de îngrijiri medicale adecvate situației medicale și de variațiile de practică medicală.

Indicatorii de rezultat se referă la starea de sănătate a unui pacient căruia i-au fost acordate îngrijiri de sănătate (ex: procent de pacienți cu infecții postoperatorii, procent de pacienți cu recidive etc.). Acești indicatori pot sugera ce servicii necesită îmbunătățiri, dar pentru focalizarea adecvată a intervențiilor, este necesară determinarea unor indicatori de structură și de proces. Pentru acest tip de indicatori, distorsionarea rezultatelor poate apărea ca urmare a numărului mic de cazuri ce nu permit generalizarea. De asemenea, sunt sensibili la aspecte externe, cum ar fi, modalitatea de internare, statutul social, terenul genetic al pacienților etc. Acest tip de indicatori sunt cel mai greu acceptați de profesioniștii din sănătate.

Experiența pacienților poate fi cuantificată în urma chestionării acestora sau a observației directe. De multe ori rezultatele depind de regiunea geografică, aspecte culturale.

Indicatorii de proces evaluează un serviciu de sănătate furnizat unui pacient. De obicei se referă la complianța pacienților la medicație sau recomandări, putând identifica și



mai bine nivelul la care sunt necesare intervențiile (de ex: procent de pacienți satisfăcuți de tratament, procent de pacienți ce au necesitat schimbarea tratamentului, nașteri prin cezariană fără indicație etc.).

Indicatorii de rezultat și de proces au fost foarte mult diversificați prin introducerea sistemului de clasificare în grupe de diagnostice și a clasificării procedurilor. Datele administrative obținute astfel relativ ușor, prin raportări obligatorii lunare, pe un număr mare de cazuri, au permis dezvoltarea unor indicatori de calitate cu costuri mici, aplicabili la populația generală. Acești indicatori pot furniza informații screening privind potențiale probleme de siguranța pacienților, efecte adverse, evaluarea riscului de erori medicale, în special la nivel de spital, structurile cele mai mari consumatoare de resurse în orice sistem de sănătate din lume. Pe baza lor se pot dezvolta analize mai detaliate ale calității la nivelul unor spitale cu rate scăzute de rezultate. De exemplu, un spital la care se determină rate crescute de utilizare a anumitor proceduri costisitoare poate ridica suspiciuni de utilizare inadecvată a acestor proceduri.

Printre criticile aduse acestor indicatori sunt:

- datele administrative nu iau în considerare toate complicațiile unui caz
- definirea în sine a unor diagnostice/proceduri este vagă și poate genera gruparea mai multor cazuri eterogene
- raportarea incompletă cauzată fie de greșeli, fie de teama de consecințe, oprobriu public, generează suspiciuni în legătură cu acuratețea datelor

#### **7.4. Cum se selectează un indicator de calitate?**

Realizarea unei analize a calității serviciilor de sănătate furnizate de o organizație presupune selectarea unui set de indicatori specifici. În ultimii ani, a fost dezvoltat un număr impresionant de indicatori de calitate, în principal din cauza lipsei unor definiții standard a conceptelor. Totuși, indiferent de scopul analizei, preluarea unor indicatori deja dezvoltați sau generarea unor noi trebuie să țină cont de următoarele criterii de selecție:

- colectarea de date trebuie să fie ușoară;
- datele trebuie să fie reprezentative pentru populație;
- datele trebuie să fie disponibile lunar/anual;
- datele să fie din sursă sigură, verificabilă, recunoscută;
- să aibă capacitate de avertizare asupra existenței unei probleme;
- să fie ușor de interpretat;
- să fie sensibili la modificări mici ale datelor;
- să fie micșorată la maxim posibilitatea de distorsionare a rezultatelor;
- să fie aplicabili la populația generală;
- să poată fi aplicați diferitelor grupuri populaționale (rase, sexe, grupuri sociale, grupuri etnice etc.), fără să aibă nevoie de modificări, ajustări;
- să poată fi integrați în alte seturi de indicatori dezvoltați;
- să aibă utilitate pentru dezvoltarea de politici de sănătate;
- să permită modificări.

### ***7.5. Cum se utilizează indicatorii de calitate?***

În general indicatorii de calitate sunt utilizați pentru îmbunătățirea calității, în scop de evaluare și pentru cercetare.

#### ***7.5.1. Îmbunătățirea calității***

Indicatorii de calitate pot servi la îmbunătățirea calității atât la nivelul unei organizații cât și la nivelul unui sistem furnizor de îngrijiri de sănătate.

Pentru a îmbunătăți calitatea într-o organizație sunt necesari următorii pași: identificarea problemelor ce pot fi îmbunătățite, selectarea măsurilor adecvate și utilizarea lor în vederea obținerii unei evaluări de bază a practicii medicale, utilizarea măsurilor adoptate pentru monitorizarea efectelor și eforturilor de îmbunătățire a performanței. Rezultatele unui indicator de calitate de bază pot fi utilizate pentru mai bună înțelegere a unei probleme de calitate, furnizează motivația pentru schimbare și stabilesc o bază pentru comparații între organizații sau în timp. Rezultatele de bază permit utilizatorului să prioritizeze ariile ce necesită îmbunătățiri. Rezultatele obținute în urma măsurătorilor repetate ale performanțelor clinice pot fi utilizate în programele de îmbunătățire internă a calității și evaluarea îmbunătățirii performanței în urma eforturilor de schimbare.

Indicatorii de calitate pot fi utilizați și în evaluări externe, la nivel național sau regional, pentru stimularea organizațiilor ce furnizează servicii de sănătate de a adopta măsuri interne de creștere a calității. De obicei, beneficiarii unor astfel de evaluări externe sunt chiar organizațiile participante sau instituții finanțatoare. Astfel de evaluări sunt realizate de instituții care colectează date periodic, le verifică validitatea și întocmesc rapoarte privind calitatea serviciilor de sănătate furnizate, în formate ce permit, pe de o parte, comparații directe între furnizori, dar și clasificări ale acestora.

#### ***7.5.2. Evaluarea performanțelor***

Utilizarea indicatorilor de calitate în scopul evaluării performanțelor include luarea deciziilor de către cumpărător sau consumator, acreditare și evaluare externă a calității. De asemenea, utilizarea indicatorilor pentru evaluarea performanțelor poate fi similară cazului îmbunătățirii externe a calității, aceeași organizație putând să utilizeze măsurarea calității în ambele scopuri, dar, în acest caz, validitatea și recunoașterea generală a indicatorilor trebuie să fie foarte mare. Aceasta permite asigurarea unor comparații corecte și asigură realizarea indicatorilor de performanță predefiniți.

Beneficiarii unor astfel de evaluări ale performanței sunt de obicei, cumpărătorii de servicii de sănătate (finanțatorii sau pacienții). Interesul lor principal este de a folosi astfel de date pentru selectarea furnizorilor sau acordarea de beneficii financiare în vederea recunoașterii performanțelor. Compararea grupurilor de furnizori pe baza datelor de performanță permite clasificarea acestora pe arii clinice, servicii furnizate etc. Unii furnizori de servicii de sănătate obișnuiesc să transmită la intervale regulate astfel de evaluări ale performanțelor pentru beneficiari. În ultimii ani, există numeroase exemple de încercări de plată a furnizorilor de servicii de sănătate pe baza analizelor de calitate.

Uneori, furnizorii de servicii de sănătate pot fi ei înșiși beneficiarii unor astfel de evaluări pentru implementarea unor programe de îmbunătățire internă a calității în vederea acreditării.



### 7.5.3. Cercetare

Indicatorii de calitate sunt utilizați în cercetare pentru dezvoltarea sau producerea de noi informații privind sistemul de sănătate ce pot fi generalizate la un număr mare de organizații și determină baza de dezvoltare a politicilor de sănătate. Cercetarea calității este adesea necesară în evaluarea programelor, a impactului schimbărilor generate de diferitele politici de sănătate asupra calității îngrijirilor de sănătate. Utilizarea indicatorilor de calitate în scop de cercetare, în comparație cu utilizarea lor în alte scopuri, necesită obținerea de date pe loturi mari și analize complexe. Totuși, utilizarea indicatorilor de calitate și pentru alte scopuri devine extrem de utilă și pentru cercetare.

## 8. ACREDITAREA SPITALELOR

*Constanța Mihăescu-Pinția*

Termenul „acreditare” are la origine cuvântul „credo”, care în latină înseamnă credință, încredere, iar *accredito* – încredințare; acreditarea relevă acordarea de încredere, pe baza unor dovezi, împuternicire.

Accreditarea este cunoscută astăzi ca procedură de evaluare *externă* prin care un *organism de acreditare* recunoscut atestă oficial, în scris, în urma unei analize specifice, solicitate de o organizație, competența acesteia în realizarea unor activități – bunuri sau servicii – în funcție de conformitatea cu un referențial acceptat - standarde, norme (FRPC, 2006). Obținerea acreditării conferă organizației *credibilitate* pe piață în fața celorlalți actori (clienți, organizații partenere sau concurente, finanțatori, organisme guvernamentale, consultanți/evaluatori).

În sănătate, acreditarea răspunde nevoii de evaluare și de informare *obiectivă oficială* în privința calității serviciilor și performanțelor furnizorilor de servicii. În sistemul sanitar, spitalele implică cel mai amplu și minuțios proces de acreditare. Prin acesta se investighează gradul de complexitate a activității spitalului în relație cu nivelul resurselor și dotărilor disponibile, nivelul calității serviciilor și performanțele spitalului în raport cu un set de standarde agreeate – la nivel național sau internațional. Totodată, spitalul dezvoltă activități de autoevaluare, utilizând tehnici și instrumente specifice pe parcursul procesului de acreditare. Însă, dincolo de avantajele evidente, acreditarea are limitări în sensul că:

- nu produce un efect direct asupra procesului de îngrijire, practicii medicale și rezultatelor îngrijirilor (starea de sănătate și calitatea vieții pacienților);
- pentru asigurarea unui caracter obiectiv al evaluării spitalului este necesară și monitorizarea unor indicatori clinici și benchmarking;
- pentru rezultate mai bune sunt necesare măsuri specifice pentru asigurarea îmbunătățirii continue a calității;
- diferențele dintre principiile, seturile de standarde și programele naționale de acreditare a spitalelor fac dificile comparațiile dintre țări.

Dincolo de acreditare, este util ca spitalele să utilizeze instrumente potrivite pentru măsurarea *satisfacției pacienților*, aspect care, în viziunea OMS, reprezintă responsabilitatea managerilor spitalului, nu doar a medicilor curanți.

Spre deosebire de conformitatea cu standardele *ISO* privind asigurarea calității și sistemul managementului calității, care conferă valoare de piață (Olaru, 2004), acreditarea prezintă mai multe avantaje: este mai puțin formală, mai specifică și detaliată, mai flexibilă și chiar mai creativă, orientată spre pacient.

Pentru dezvoltarea propriului sistem de acreditare a spitalelor este foarte utilă trecerea în revistă a programelor naționale de acreditare ale altor țări. Un istoric metodologic și de practică în domeniu relevant îl dețin Statele Unite, prin sistemul de acreditare format din:

- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (**JCAHO**) – Comisia de Acreditare a Organizațiilor de Îngrijiri de Sănătate; Joint Commission International, prin Programul ALPHA (Agenda for Leadership in Programs in Healthcare Accreditation), promovează comparabilitatea internațională a programelor și standardelor de acreditare în sănătate.
- National Committee for Quality Assurance (NCQA) - Comitetul Național pentru Asigurarea Calității;
- American Accreditation Health Care Commission Inc. (AAHCC) – Comisia Americană de Acreditare a Îngrijirilor de Sănătate;
- American Accreditation Program (AAP) – Programul American de Acreditare;
- The Accreditation Association for Ambulatory Health Care (AAAHC) – Asociația de Acreditare a Îngrijirilor de Sănătate Ambulatorii;
- Foundation for Accountability (FACCT).

NCQA definește acreditarea ca proces formal prin care un organism recunoscut (neguvernamental și nonprofit) evaluează și recunoaște că un spital îndeplinește prevederile standardelor selectate și publicate în acest scop. Principiile acreditării:

- proces voluntar, independent, corect și confidențial;
- scopul îl constituie atestarea calității serviciilor spitalicești după principiile îmbunătățirii continue (Continuous Quality Improvement) și siguranța pacienților;
- *evaluarea internă*, pe secții și departamente;
- evaluare comprehensivă la nivelul organizației;
- standarde;
- evaluare externă *la fața locului*;
- evaluare a *egalilor* pe specialități (*peer review*);
- evaluări/revizuri periodice.

Cu o experiență de peste 50 ani în acreditarea spitalelor, JCAHO reprezintă un model pentru numeroase țări în construirea propriilor sisteme de acreditare, fiind implicată și în acreditarea unor spitale internaționale. Standardele utilizate de JCAHO în procesul de acreditare a spitalelor vizează următoarele:

- accesul la îngrijiri și continuitatea îngrijirilor,
- drepturile pacientului și aparținătorilor,
- evaluarea pacienților,
- îngrijirea pacienților,
- educația pentru sănătate a pacientului și familiei,
- îmbunătățirea calității și siguranța pacientului,

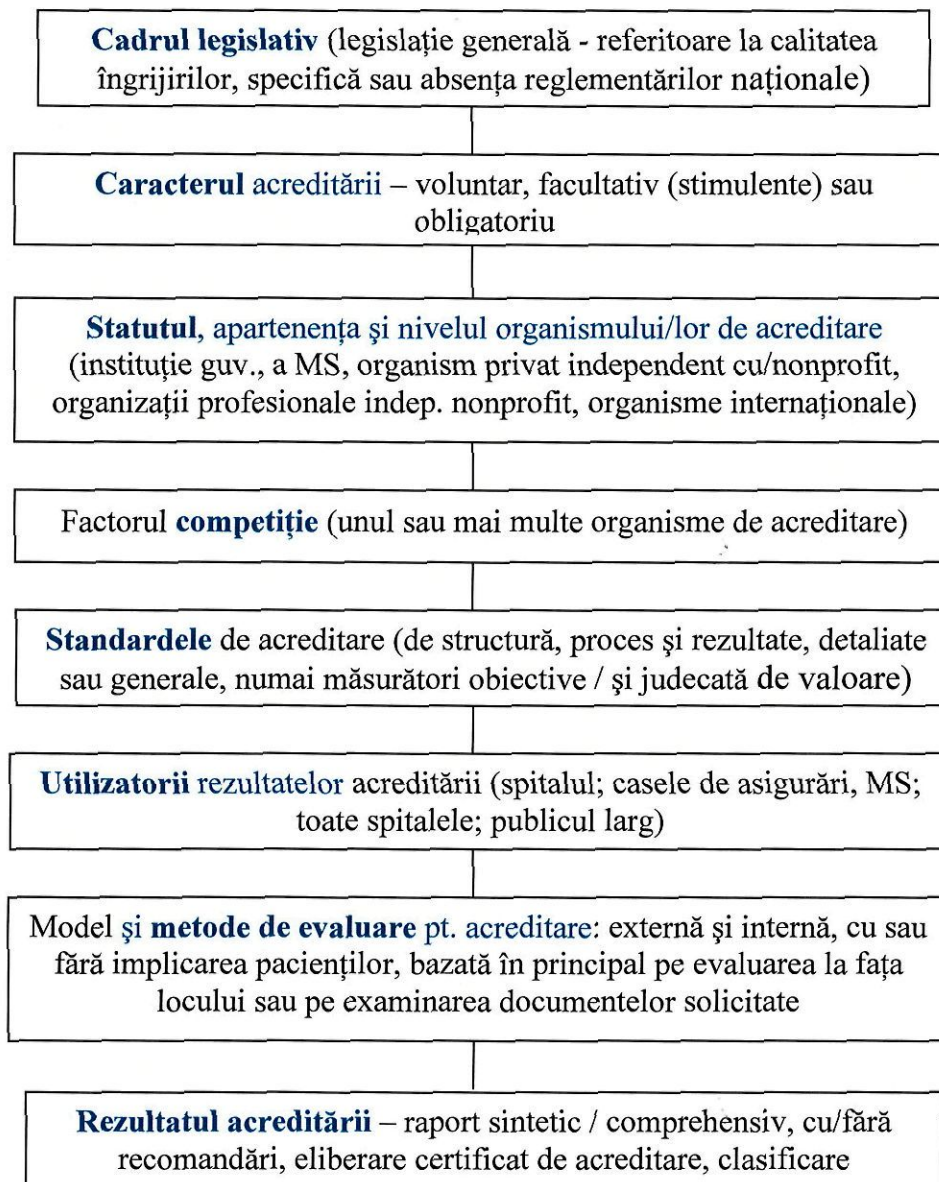


- prevenirea și controlul infecțiilor,
- leadership,
- managementul și siguranța unității,
- evaluarea tehnologiei,
- managementul resurselor umane – pregătirea și calificările personalului,
- managementul informațiilor.

Însă, indiferent de modelul și nivelul de standarde ales, setul de standarde pentru acreditare trebuie să acopere toate aspectele calității îngrijirilor spitalicești, după modelul *structură-proces-rezultate* (Donabedian, 2003).

Construirea unui sistem de acreditare presupune definirea clară a unor *coordonate* principale:

Figura VI.4. Componentele sistemului de acreditare



Sursa: după D.Hindle, 2006

În același timp, se vor lua în considerare interesele principalilor actori implicați: spitale, medici de spital, Ministerul Sănătății/guvern, case de asigurări, pacienți, precum și costurile estimative ale procesului.

La sfârșitul anului 2004, în România funcționau în jur de 450 spitale publice și nouă spitale private, la 100.000 locuitori revenind în medie 1,9 spitale față de 3,1 în Uniunea Europeană (UE) și 6,6 paturi la 100.000 de locuitori față de 6,1 în medie în UE. În România, se observă o utilizare mai intensă a serviciilor spitalicești, de 21,3 internări la 100, față de numai 17,9 în UE și o durată generală medie de spitalizare de 8,1 zile comparativ cu 9,5 în UE (WHO, HFA-db; INCDS 2005).

Este important de menționat că, din anul 2003, toate spitalele din România raportează electronic, în mod standardizat, setul minim de date clinice la nivel de pacient pentru toți pacienții externati, iar codificarea diagnosticelor se face conform Clasificației Internaționale a Maladiilor CIM versiunea 10, iar a procedurilor medicale - conform Listei tabelare a procedurilor CIM 10-AM (australiană). Din 2005, toate spitalele pentru îngrijiri pentru afecțiuni acute, în număr de 276, sunt finanțate pe bază de caz rezolvat (DRG). Acestea reprezintă premise importante pentru activitatea de evaluare clinică în cadrul procesului de acreditare. Ca indicatori globali ai activității clinice spitalicești, în 2005 s-au înregistrat 4.444.475 pacienți externati din secțiile de îngrijiri pentru afecțiuni acute, cu o durată medie de spitalizare aferentă de 7 zile și un indice de complexitate a cazurilor de 0,7578.

Deși în cadrul reformei sistemului și în contextul aderării țării noastre la Uniunea Europeană, necesitatea acreditării spitalelor a fost recunoscută și au fost pregătiți un număr de specialiști, procesul a fost amânat și nu există încă un program de acreditare.

Legea 95/2006 privind Reforma în domeniul sănătății, la titlul VII – Spitalele, prevede ca spitalele să intre *la cerere* în procedura de acreditare, coordonată de Comisia Națională de Acreditare a Spitalelor. Această comisie este responsabilă cu „procedurile, standardele și metodologia de acreditare”. Termenul maxim până la care spitalele pot obține acreditarea este de cinci ani de la obținerea autorizației sanitare de funcționare, urmând ca situația spitalelor acreditate să fie făcută publică. Detaliile tehnice operaționale de acreditare a spitalelor urmează să fie stabilite prin legislația secundară, în cel mai scurt timp.

Dezvoltarea sistemului național de acreditare a spitalelor de-abia începe, fiind necesar un organism de acreditare funcțional, neutru și independent, format din specialiști cu pregătire specifică și experiență de lucru cu spitalele, motivați, care să dezvolte și să testeze metodologia exactă de acreditare, precum și un *instrument* pentru facilitarea activității de evaluare în spital, de tip Ghid de acreditare. Procesul de acreditare ar trebui să vizeze inițial procesul de *evaluare internă* a spitalelor și colaborarea cu specialiștii și echipa managerială pentru îmbunătățirea aspectelor deficitare, pe ariile și dimensiunile definite de standarde.

Amintim că, în cadrul unui proiect PHARE, a fost recent elaborat un material comprehensiv pentru documentarea procesului de acreditare în sănătate în România, ce cuprinde: conceptualizarea și istoricul acreditării în diferite sisteme de sănătate, modele, impactul acreditării în lume, recomandări specifice pentru România privind strategia și etapele necesare, ținând cont de contextul actual al reformei.

Experiența mai multor țări arată că procesul de acreditare trebuie abordat în manieră *consultativă* și nu coercitivă, așa încât echipa de experți să acorde sprijin spitalului pentru cunoașterea standardelor, înțelegerea procesului, definirea propriilor obiective pentru acreditare, efectuarea evaluării interne și stabilirea măsurilor pentru îmbunătățirea deficiențelor. Membrii echipei de acreditare nu vin „în control”, ci răspund unei solicitări a



spitalului, în scopul evaluării și îmbunătățirii calității serviciilor și recunoașterii performanțelor spitalului.

În faza construirii sistemului de acreditare a spitalelor, considerăm interesant de analizat experiențele de succes ale altor state. *Polonia* și-a dezvoltat recent propriul program național de acreditare, cu ajutorul expertizei și sprijinului financiar al Statelor Unite (USAID). În 1994, Ministerul Sănătății din această țară înființa Centrul pentru Controlul Calității (CCC), care a dezvoltat protocoale și ghiduri de practică, trasee clinice (engl. *clinical pathways*), criterii și standarde de acreditare.

Pentru realizarea programului național au fost parcurse următoarele faze:

- feedback de la spitale și profesioniști în legătură cu standardele propuse de CCC;
- revizuirea principalelor sisteme și programe naționale de acreditare a spitalelor;
- trecerea în revistă a seturilor de standarde utilizate în principalele sisteme;
- formarea echipei pentru standardele de acreditare;
- recrutarea și instruirea specialiștilor în evaluare la JCAHO, Chicago;
- dezvoltarea și agearea standardelor;
- testare/studii pilot;
- elaborarea Manualului de Acreditare pentru Spitale, în 1998;
- pregătirea procesului de acreditare, definirea documentației spitalului pentru evaluare, înregistrările medicale, standardizarea procedurilor, implementarea și supravegherea.

Funcționând într-un cadru legislativ bine definit, programul de acreditare este voluntar și are la bază 210 standarde ce se înscriu în 15 grupe principale (Kutryba, 2005):

1. leadership,
2. managementul resurselor umane (MRU),
3. managementul informațiilor (MI/MSI),
4. controlul infecțiilor,
5. drepturile pacienților,
6. evaluarea pacienților,
7. îngrijirea pacienților,
8. ATI,
9. utilizarea medicamentelor,
10. nutriția,
11. continuitatea îngrijirilor,
12. asigurarea calității,
13. managementul mediului de îngrijire,
14. camera de primire,
15. laboratoarele clinice

Pentru acreditare, spitalul parcurge efectiv următoarele etape (Kutryba, 2005):

- solicitarea acreditării (completarea unui chestionar și plata taxei de 300 dolari SUA);
- programarea pentru acreditare și înregistrarea;
- evaluarea efectivă pentru acreditare, cu durata de aprox. 6 luni - vizite de lucru ale experților la spital, întâlnirile cu managerii și cu personalul pe departamente, analiza documentelor și a datelor spitalului pe categorii de servicii furnizate, elaborarea raportului inițial, discuții cu echipa spitalului;
- procesul de autoevaluare (completarea chestionarelor specifice de către personalul spitalului);
- elaborarea raportului final de acreditare;
- decizia de acreditare, luată de Consiliul de Acreditare pe baza raportului final;
- în cazul unei decizii pozitive, are loc eliberarea Certificatului de Acreditare a spitalului, ce poate fi *completă* (pe 3 ani) sau *condiționată* (pe 1 an, cu recomandări pentru reglarea deficiențelor).

La sfârșitul anului 2005, programul de acreditare din Polonia înregistra următoarele rezultate (Gralinski, 2005):

- 189 evaluări pentru acreditare în 106 spitale: 129 acreditări complete; 39 acreditări condiționate; 20 refuzuri; o decizie în curs; 60 spitale au obținut certificatul de acreditare (58 spitale pe 3 ani și 2 spitale cu acreditare condiționată)
- 5 decizii în curs de procesare.

Ariile unde s-au înregistrat cele mai multe *deficiențe* pe parcursul procesului de evaluare pentru acreditare a spitalelor, au fost (Kutryba, 2005):

- controlul infecțiilor
- drepturile pacienților
- fluxul informațional în spital/ munca în echipă
- fișele pacienților internați și managementul informațiilor la nivel de pacient
- erori în rezultatele analizelor medicale
- mentenanța, întreținerea aparaturii medicale.

Pentru abordarea adecvată a acestor probleme, au fost recomandate și s-au organizat:

- programe anuale de asigurare și îmbunătățire a calității în spital,
- studii pentru măsurarea satisfacției pacienților,
- analiza mortalității intraspitalicești,
- analiza deceselor intraoperatorii,
- planificarea sistematică a întreținerii și reviziei aparaturii,
- managementul deșeurilor.

Prezentăm în final câteva recomandări pentru dezvoltarea unui sistem funcțional de acreditare a spitalelor în România:

- proces voluntar, cu stimulente pentru spital;
- încurajarea spitalelor să participe la un studiu inițial de pregătire pentru acreditare



- stabilirea legislației *după* faza de pilotare;
- stabilirea procedurii de acreditare a spitalelor și realizarea studiului pilot cu sprijinul unor consultanți externi renumiți și ținând cont de evaluarea etapei pregătitoare;
- crearea unui organism tehnic independent de acreditare, cu responsabilități și termene clare, format din experți și specialiști renumiți cu experiență de lucru cu spitalele relevante, care să fie formați specifici și motivați; selecția și instruirea evaluatorilor să se facă transparent; atitudinea profesionistă și deschisă a evaluatorilor, de susținere la adresa spitalelor, va încuraja abordarea cu realism a problemelor și cauzelor identificate, în timp ce un comportament critic sau agresiv poate provoca ascunderea sau negarea problemelor și rezistență la schimbare din partea spitalelor, conducând la eșuarea în atingerea obiectivelor programului național de acreditare;
- utilizarea principiilor și modelelor de acreditare recunoscute;
- accent asupra standardelor de proces și de rezultate, cu luarea în considerare a gradului de satisfacție a pacienților; în metodologie se va ține cont de raportarea unitară, standardizată, a setului minim de date clinice la nivel de pacient (SMDP) pentru toți pacienții externi, de către toate spitalele, în sistem DRG;
- participarea personalului spitalului la completarea formularelor ce vor fi incluse în raportul final, pe secțiuni;
- utilizatorii rezultatelor acreditării vor fi în primul rând spitalele, care învață procesul de autoevaluare, își însușesc principiile și aplicarea instrumentelor pentru îmbunătățirea calității și colaborează cu evaluatorii externi pentru acreditare;
- acreditarea evaluatorilor și perfecționare.

## 9. DREPTURILE PACIENȚILOR

*dr. Ingrid Laura Gheorghe*

Cu rădăcini profunde în drepturile omului, drepturile pacienților exprimă dorințele fiecărui individ legate de calitatea îngrijirilor medicale pe care le primește sau le-ar putea primi, oglindind cele două dimensiuni fundamentale ale calității: calitatea tehnică și cea interpersonală, responsabilitatea atât a furnizorilor cât și a pacienților în procesul de cerere și ofertă al serviciilor de sănătate.

În condițiile în care sistemele de sănătate devin tot mai complexe, tehnologia medicală se dezvoltă, birocrăția ia amploare, adeseori, practica medicală tinde să devină mai puțin apropiată de om. Pe de altă parte, pacientul nu mai are același „profil” ca în trecut, în care medicul și indicațiile sale erau „tabu”, fără drept de judecare, verificare sau contestare, în care pacientul primea fără comentarii ceea ce i se oferea, adeseori ca pe o favoare. Pacientul prezentului tinde să-și recunoască, să facă publice drepturile sale și să le solicite atunci când consideră că îi sunt lezate. Din simplu pacient el devine client al sistemului de sănătate, din „figurant”, actor activ în cadrul sistemului.

Cum nu putem vorbi despre calitate în sistemul de sănătate, fără a realiza că aceasta este focalizată pe client, pe pacient, nu putem vorbi despre asigurarea, îmbunătățirea sau menținerea calității, dacă nu respectăm drepturile pacientului.

Există două tipuri mari de drepturi ale pacientului:

- drepturile sociale, care se referă la obligația statului și a sistemului de sănătate de a furniza servicii medicale accesibile și echitabile, ferite de orice tip de discriminare, tuturor pacienților, drepturi aflate sub permanenta influență a sferei politice și economice;
- drepturile individuale, care vin în completarea celor sociale, se referă în special la accesul la îngrijirile de sănătate, la autonomie, răscumpărare și obținere de compensații.

La nivel internațional există câteva documente de bază referitoare la drepturile pacienților, care au fost adoptate în majoritatea țărilor Europei, printre care:

- *Declarația promovării drepturilor pacienților în Europa* (O.M.S., 1994);
- *Carta reformării îngrijirilor de sănătate de la Ljubljana* (O.M.S., 1996);
- *Convenția asupra drepturilor omului și demnității ființei umane în legătură cu aplicarea biologiei și medicinei* (Consiliul Europei, 1997)
- *Carta europeană a drepturilor pacienților* (Active Citizenship Network)

Capitolele majore ale drepturilor pacientului cuprind referiri la următoarele drepturi:

- drepturile fundamentale ale omului, cuprinzând referiri la respectul cu care pacientul, opiniile, convingerile și valorile sale trebuie tratate, autodeterminarea acestuia;
- dreptul la informare, prin care pacientul, sau când este necesar, reprezentanții legali ai acestuia au dreptul de a primi verbal și, când este necesar, scris (ex. la externare) toate informațiile referitoare la afecțiunea sa, complicațiile acesteia, beneficiile și efectele secundare ale tratamentului, exprimate într-o manieră clară;
- consimțământul, prin care pacientului, sau, când este cazul, reprezentanților legali ai acestuia, li se garantează dreptul de a alege orice intervenție medicală, participarea la studii sau cercetări științifice, în mod informat, în așa fel încât să se potrivească cel mai bine nevoilor, scopurilor și stilului de viață al pacientului;
- dreptul la confidențialitate și respectarea intimității, astfel încât pacientul să fie sigur că nici un fel de informații legate de natura afecțiunilor de care suferă nu vor fi făcute cunoscute, câtă vreme nu sunt de natură să afecteze sănătatea publică;
- dreptul la îngrijiri și tratament, cu respectul accesului la îngrijiri, fără a se lovi de obstacole sau prejudecăți, la siguranța acestor îngrijiri, la confort și continuitatea îngrijirilor cât timp este necesar.

În plus, față de capitolele mari ale drepturilor pacienților care sunt aproape integral preluate din Declarația promovării drepturilor pacienților, legea românească a drepturilor pacienților abordează și capitolul drepturilor pacientului în domeniul sănătății reproducerii, care reglementează dreptul de opțiune al femeii de a avea copii, prevalarea dreptului femeii la viață față de sarcină, atunci când sarcina reprezintă un risc major pentru sănătatea și viața femeii, precum și referiri la dreptul pacienților de a obține informații, educație și servicii necesare și lipsite de riscuri în domeniul planificării familiale.

Drepturile pacienților, așa cum sunt legiferate în sistemul de sănătate românesc, pot fi regăsite în anexa VI.8. care cuprinde Legea Nr. 46 din 21 ianuarie 2003.



## BIBLIOGRAFIE

1. Active Citizenship Network-European Charter of Patients' Rights
2. Agence Nationale d'Accreditation et d'Evaluation en Sante- Methodes et Outils des demarches qualite pour les etablissements de sante, 2000
3. AHRQ – 2004 National Health Care Quality Report, AHRQ Publications, 2004
4. Council of Europe- Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine, 1997
5. Donabedian A - An introduction to quality assurance in health care, Oxford Univ. Press, New York 2003
6. Gralinski Jacek, Kutryba Barbara - Suport de curs pentru Programul „Calitatea îngrijirilor de sănătate”, secțiunile Acreditare și Calitatea îngrijirilor, organizat de Georgetown University ECESP și finanțat de USAID. București, 6-10 septembrie 2005
7. Hindle Don - Accreditation in Romania: a background paper, 2006
8. Institutul de Management al Serviciilor de Sănătate - Managementul Calității – Îmbunătățirea continuă a calității serviciilor de sănătate - București, 2000
9. Institutional Support for the Ministry of Labour and Social Solidarity DFID United Kingdom- Suport de curs, modul V, 2002
10. Kelly, Diane - Applying quality management in healthcare: a prospect for improvement, Health Administration Press, Chicago, Illinois, AUPHA Press, Washington D.C., 2003
11. McNamara, Peggy - Quality based payment: six case examples, AHRQ Publications, 2005
12. Meyer, Jack, Silow, Carroll- Sharon, Kutyla, Todd, Stepnick, Larry, Rybowski Lise - Hospital quality: ingredients for success- Overview and lessons learned, 2004
13. Olaru Marieta - Managementul calității. Ed. Economic, 2004, ISBN 590158-7
14. Opincaru C., Gălățescu E.M., Imbri E.- Managementul calității serviciilor în unitățile sanitare. Editura C.N.I.Coresi, 2004
15. Oakland, John – Total quality management. Butterworth-Heinemann Ltd, 1989
16. Shaw, Charles-Toolkits for accreditation programs, ISQUA, 2004
17. Zhan C, MR Miller- Administrative Data Based Patient Safety Research: a critical review, AHRQ Publications, 2004
18. \*\*\* Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, titlul VII Spitalele, art.175-177
19. \*\*\* Legea nr.46 din 21 ianuarie 2003- Legea drepturilor pacientului, Monitorul Oficial nr. 51 din 29 ianuarie 2003

20. Ordinul comun al Președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, al Ministrului Sănătății și Familiei și al Președintelui Colegiului Medicilor din România nr. 604 /1109/487 /februarie 2002.
21. WHO- Implementation of the Performance Assessment Tool for quality improvement in Hospitals, 2004
22. WHO- A declaration on the Promotion of patients' rights in Europe, Amsterdam, 1994
23. WHO- Ljubljana Charter on Reforming Health Care , 1996
24. \*\*\* -World Medical Association Declaration with Guidelines for Continuous Quality Improvement in Health Care, 1997
25. WHO, Regional Office for Europe, Health for all database, <http://data.euro.who.int/hfadb/>, accesat în mai 2006
26. Fundația Româna pentru Promovarea Calității, [www.frpc.ro](http://www.frpc.ro), accesat în mai 2006
27. [www.iso.org](http://www.iso.org) accesat în mai 2006
28. [www.jointcommission.org/AccreditationPrograms/Spitale/](http://www.jointcommission.org/AccreditationPrograms/Spitale/), accesat în mai 2006
29. [www.qualityindicators.ahrq.gov](http://www.qualityindicators.ahrq.gov), accesat în mai 2006