

PLANIFICAREA ȘI MANAGEMENTUL SISTEMELOR DE SĂNĂTATE

INTRODUCERE

Sănătatea reprezintă un complex de servicii costisitoare, furnizate de un șir larg de profesioniști și personal auxiliar, în domeniul sanitar fiind ocupată o mare parte a forței de muncă din societate. Serviciile medico-sanitare sunt tot mai mult furnizate de grupuri organizate de profesioniști care fiind constrânși economic sunt nevoiți să utilizeze eficient resursele. Modul de funcționare al organizațiilor de asistență medico-sanitară este de o importanță primordială pentru supraviețuirea lor în condițiile competiției economice. Acest mod de operare a serviciilor medicale este important atât pentru prosperitatea clienților, cât și a furnizorilor de asistență medico-sanitară.

Organizația reprezintă două sau mai multe persoane care lucrează împreună întru atingerea obiectivului comun. Managementul este procesul de definire a obiectivelor și asigurare a eficienței utilizării resurselor pentru atingerea acestor obiective. Chiar și unitățile organizatorice mici necesită management. Managementul resurselor umane este de o importanță vitală pentru succesul oricărei organizații indiferent de profilul acesteia (producătoare sau prestatoare de servicii). Sistemele sanitare pot varia de la o singură structură la o rețea de organizații. Indiferent de faptul în ce mod sunt finanțate și administrate aceste sisteme ele necesită un management adecvat.

Managementul sanitar are multe de învățat de la managementul industrial. Chiar dacă serviciul medical este gestionat în bază de non-profit, teoria și practica managementului dezvoltat în sectorul cu profit pot fi cu succes aplicate. Medicii, asistentele medicale și alți profesioniști sanitarari pot fi cu succes implicați în managementul sistemului sanitar, fie în secția spitalicească, sistemul de asistență controlată, clinică sau în componența unei echipe medicale mici. Indiferent de nivel, managementul presupune lucru cu oamenii, utilizare a resurselor, furnizare a serviciilor și eforturi orientate spre realizarea obiectivelor trasate.

Furnizorii de asistență medico-sanitară necesită a fi pregătiți în domeniul teoriei și practicii managementului. Ei necesită o orientare managerială pentru a înțelege implicațiile complexe ale deciziilor clinice și rolul lor în realizare scopurilor și obiectivelor sistemului sanitar. Studenții și specialiștii domeniului sanitar public trebuie să conștientizeze faptul că sistemul de asistență medico-sanitară este mult mai complex decât simpla furnizare de servicii individuale. În mod similar, personalul managerial și politicienii trebuie familiarizați cu necesitățile sanitare individuale și populaționale, precum și cu domeniile legate de sănătate.

POLITICA SANITARĂ ȘI PLANIFICAREA

Sistemul de sănătate a evoluat de la servicii separate individuale la un sistem complex organizat cu o finanțare bine codificată. Ca prioritate statală sănătatea poate fi influențată de ideologia politică, care uneori reflectă atitudinile sociale ale unui partid care se află la putere. După introducerea în 1881 a sistemului național bismarkian de asigurare medicală a muncitorilor și familiilor lor, finanțat atât de muncitori, cât și de patroni, majoritatea țărilor lumii industrializate și-au instituit propriile programe naționale de sănătate. De

obicei aceste programe erau stabilite la inițiativa partidelor socialiste sau liberale, partidele conservative păstrând sistemele naționale de sănătate odată inițiate. În pofida neoconservatismului din anii 1990 și ideologiei lui proeminente referitor la forțele de piață, majorarea rolului autorităților naționale, statale și locale în sănătate a dus la stabilirea responsabilităților și finanțării guvernamentale a asistenței medico-sanitare în majoritatea țărilor.

Strategia politică sanitară este formulată în funcție de necesitățile sanitare naționale, statale, locale sau instituționale. Satisfacerea acestor necesități este promovată profesional și politic prin stabilirea unor constrângeri constituționale, legale și financiare. Selectarea direcției de organizare a serviciilor sanitare de obicei se bazează pe mai mulți factori, inclusiv pe orientarea politică a guvernului, opinia publică, evaluarea rațională a necesităților prin analiză epidemiologică, cost-beneficiu și recomandările experților. Promovarea de către unele grupuri profesionale a intereselor particulare face parte din procesul de formare a strategiei politice și deține un rol important în planificarea și managementul sistemelor de asistență medico-sanitară. În societate există permanent o competiție pentru resursele limitate, atât în domeniul sanitar, cât și în afara acestuia. Puterea politică este implicată în managementul sanitar prin determinarea ponderii cheltuielilor sanitare în bugetul statal, precum și a domeniilor sanitare prioritare de alocare a fondurilor. Voința politică trebuie să corespundă și cu resursele disponibile pentru realizarea obiectivelor trasate. Astfel politica sanitară este parțial determinată de societate și nu reprezintă doar o prerogativă a guvernului, furnizorilor de asistență medico-sanitară și instituției medicale.

În rezultatul confruntării îndelungate dintre sindicate și grupurile politice sau de apărare a intereselor în majoritatea țărilor cu economii de piață dezvoltate sănătatea a fost acceptată ca o responsabilitate națională esențială pentru prosperitatea societății, fiind implementate sisteme sanitare ce ofereau un acces universal la asistența medicală. În aceste țări în prezent în mod tradițional alocările pentru sănătate sunt majore, fiind relativ înalte și salariile

personalului medical. În aceste țări cheltuielile sanitare constituie de la 7% la 14% din GNP. În unele țări industrializate, în special în cele ale fostului lagăr socialist, lipsa mecanismelor de apărare a intereselor, inclusiv a consumatorului și profesioniștilor, a dus la considerarea domeniului sănătății ca obiectiv politic de beneficii sociale și consumator neproductiv de resurse. În rezultat alocațiile bugetare pentru sănătate și cheltuielile sanitare totale exprimate în raport cu GNP au fost mult mai mici decât în alte țări dezvoltate. Salariile personalului medical sunt mai mici decât cele ale angajaților din „sectorul productiv” al economiei. Plus la aceasta politica industrială nu promovează ramurile industriale moderne legate de sănătate, în comparație cu sectorul militar sau de industrie grea. În mediu țările acestea alocă pentru sănătate 3-5% din GNP. Majoritatea țărilor în curs de dezvoltare cheltuiesc pentru sănătate în mediu 4% din GNP.

Finanțarea asistenței medico-sanitare și procesul de alocare a resurselor necesită un echilibru între serviciile de asistență medico-sanitară primară, secundară și terțiară. Evaluarea economică, monitorizarea și evaluarea serviciilor face parte din procesul de determinare a necesităților sanitare ale populației. Agențiile reglatorii sunt responsabile de definirea scopurilor, priorităților și obiectivelor serviciilor existente. Scopurile și metodele de realizare ale acestora formează baza strategiilor de implementare și evaluare. Planificarea sanitară presupune elaborarea planurilor care includ reprezentarea grafică a viziunilor, obiectivelor, strategiilor, a metodelor și activităților coordonate de implementare a acestor planuri. Stabilirea și evaluarea responsabilităților, a resurselor necesare, a participanților și partenerilor lor la realizarea scopurilor și obiectivelor sanitare – toate acestea fac parte din managementul sanitar.

În unele situații este deosebit de iminent pericolul de selectare a direcției „greșite” de alocare a resurselor care se poate solda, de rând cu utilizarea irațională a mijloacelor, cu majorarea morbidității și mortalității. Politica sanitară frecvent este o știință imprecisă ca și medicina de fapt. Diferența între

aceste două domenii constă în faptul că politica necorespunzătoare poate afecta viețile și prosperitatea unui număr mare de persoane, pe când erorile medicale pot compromite viața și bunăstarea pacientului individual. Realmente nu există un răspuns absolut „corect” referitor la calea și direcția optimală a politicii sanitare și există numeroase probleme controversate în acest domeniu. Politica sanitară rămâne mai mult o „artă” decât un domeniu cantitativ precis al economiei sanitare.

Politica, planificarea și managementul sanitar sunt reciproc dependente. Orice scop stabilit trebuie planificat și necesită o determinare a căilor de realizare a acestuia. Politica sanitară trebuie să stabilească valorile sanitare de bază ale acestui scop, sursele specifice de finanțare, precum și aspectele de planificare și management ale implementării acestuia. Examinarea costurilor și beneficiilor a formelor alternative de asistență medico-sanitară poate fi utilă pentru luarea deciziilor referitor la structura și conținutul serviciilor medico-sanitare. Metoda aleasă pentru realizarea scopului trasat trebuie aplicată ulterior prin intermediul politicii sanitare.

Strategia *Sănătate pentru Toți* a Organizației Mondiale a Sănătății a fost orientată asupra politicii sanitare și intenționa să majoreze conștiinciozitatea guvernelor referitor la sănătate, aceasta din urmă fiind stabilită ca o prioritate națională. În domeniul sanitar asistența preventivă reprezintă cea mai eficientă investiție pentru îmbunătățirea stării sănătății populației. În anul 1993 Banca Mondială în *Raportul Referitor la Dezvoltarea Mondială* a adoptat strategia Sănătate pentru Toți care promova o nouă viziune în care sănătatea reprezintă un sector important de investiții capitale pentru creșterea și dezvoltarea socială și economică. Totodată politicile economice care promovează privatizarea și limitarea influențelor statului în sistemul sanitar pot compromite acest scop important.

În Noua Sănătate Publică, asistența clinică și preventivă sunt părți componente ale sănătății publice deoarece pentru asigurarea prosperității individului și comunității sunt necesare eforturi coordonate din partea tuturor

elementelor spectrului sanitar. Definirea și realizarea scopurilor sanitare naționale necesită un proces minuțios de planificare, management și coordonare la toate nivelele.

ELEMENTELE DE ORGANIZARE

Studiul organizării s-a dezvoltat inițial în cadrul sociologiei, dar a devenit o activitate multidisciplinară care include mai multe domenii cum ar fi economia, antropologia, științele politice și tehnice. Organizațiile publice sau private fiind parte componentă a mediului social își utilizează structura, participanții și tehnologia pentru atingerea scopurilor lor. Organizațiile trebuie să aibă o structură adaptată la mediul fizic, social, cultural și economic.

Organizațiile care participă în asistența medico-sanitară, țin de furnizorii de servicii și consumatori, scopul lor principal fiind îmbunătățirea sănătății individului și a comunității. Tehnologia necesară pentru atingerea acestui scop nobil ține de legislație, reglare, profesionalism, instrumentar, medicamente, vaccinuri, educație și alte modalități de intervenție preventivă sau curativă. Structura socială a unei organizații poate fi „formală” (structură stabilă), „naturală” (grupuri care reflectă interese comune cum ar fi organizațiile comunitare) sau „deschisă” (sisteme independente care se autoreglează în procesul de atingere a scopurilor, utilizând materiale, energie și informație).

Sistemele de organizare „formală” sunt unități sociale bine structurate în funcție de scopului organizației. Sistemele naturale sunt unități mai puțin structurate în care participanții colaborează pentru atingerea scopurilor comune definite de organizație. Sistemele deschise sunt elemente de organizare a coalițiilor de parteneri pentru atingerea scopurilor comune. Structura socială a unei organizații include valori, norme și roluri care determină comportamentul partenerilor.

Organizațiile de stat, comerciale și de servicii, inclusiv sistemul sanitar necesită o structură bine ticluită pentru a funcționa. O structură organizatorică trebuie să corespundă dimensiunilor și complexității entității dorite și scopurilor propuse. Structura organizației reprezintă modul de împărțire a activității totale în obiective și coordonarea acestora. Modelele organizatorice majore, care nu se exclud, ci se completează reciproc, sunt modelul piramidal (birocratic) și structura în rețea. Modelul birocratic se bazează pe ierarhia conducerii în care fiecare are rolul său bine determinat. Organizația cu structură de matrice sau rețea adună împreună toți profesioniștii sau tehnicienii pentru a lucra într-un program sau proiect specific.

MANAGEMENTUL ȘTIINȚIFIC

Unele concepte teoretice clasice de organizare care reprezintă baza managementului modern sunt și astăzi aplicabile în sectorul sanitar. Primul reprezentant al managementului științific a fost Frederic Winslow Taylor (1856-1915).

Lucrarea lui pragmatică era bazată pe observările empirice, făcute în rezultatul studiilor productivității muncii. Studiile observaționale ale lui Taylor a *Managementului științific* se bazau pe conceptul că cea mai reușită metodă de ridicare a productivității muncii este implementarea în procesul de muncă a tehnologiilor avansate. Această teorie îl considera pe muncitor drept instrument pe care liber îl manipula conducerea întreprinderii. Ea afirma că metodele eficiente, raționale de planificare vor majora considerabil indicii producerii industriale.

Schimbările în dinamică ale obiectivelor practice au determinat necesitatea căutării unor noi metode mai eficiente de conducere. Motivația muncitorilor era legată de plata pentru lucrul efectuat și interesarea forței de muncă în majorarea

productivității muncii. Taylor căuta să majoreze productivitatea muncii fiecărui lucrător și să îmbunătățească bazele științifice ale managementului pentru a majora veniturile patronilor și muncitorilor. El a demonstrat că angajatul lucrează mai productiv și mai eficient dacă i se stabilește un scop sau obiectiv. Acest concept a dominat teoria organizării în primele decenii ale secolului XX.

Rezistența opusă ideilor lui Taylor venea atât din partea managerilor, cât și a muncitorilor, primii opunându-se acestui concept din cauza că acesta intra în contradicție cu prerogativele manageriale ale lor, iar ultimii din cauza că acesta cerea de la muncitori o muncă de intensitate maximă. Totodată lucrarea lui Taylor a avut o influență majoră asupra teoriei muncii și organizării.

ORGANIZAȚIILE BIROCRATICE PIRAMIDALE

Organizațiile birocratice piramidale tradiționale care existau încă la răsăritul societății umane, au fost analizate în anii 1904 și 1924 de către sociologul Max Weber. Această formă de organizare în forma ei clasică poate fi observată pe exemplul serviciilor militare și civile, dar și în industrie, unde de la organizație se cere disciplină, supunere și conformare și unde importanța individului este minimalizată. Administrarea este efectuată de un corp autoritar de conducere membrii căruia se presupune că au mai multe cunoștințe decât membrii de la nivelele inferioare ale organizației. Această formă de organizare este eficientă în condițiile definirii exacte și stabilității tehnologiilor și funcțiilor.

Sistemul piramidal (Fig. 12.1) are un vârf de funcții politice și executive, un nivel mediu de personal de conducere și auxiliar și o bază largă care produce rezultatul final al organizației. Fluxul de informație este asigurat doar pentru apexul piramidei unde sunt luate deciziile pentru îmbunătățirea performanței de lucru a organizației. Lateralizarea sistemelor informaționale astfel încât datele

esențiale să devină accesibile și pentru personalul managerial de la nivelul mediu al piramidei sunt descurajate, în special din cauza că aceasta promovează o decentralizare a managementului înalt centralizat. Chiar și în aceste sisteme de organizare era încurajată loialitatea, inițiativa și încrederea personală.

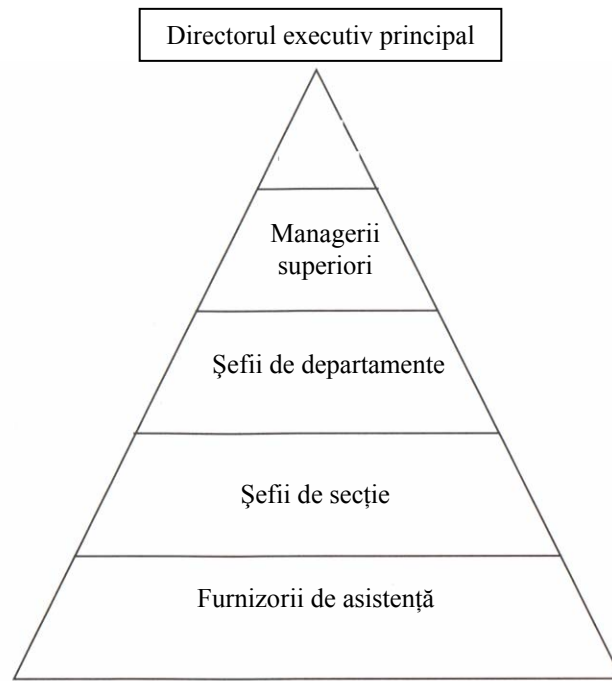


FIGURA 12.1. Structura piramidală a organizației.

Organizația birocratică are următoarele caracteristici:

1. Există o diviziune strictă a lucrului cu specificarea clară a funcțiilor fiecăruia.
2. Există o ierarhie a oficiilor, fiecare oficiu controlează oficiile subiacente.
3. Sistemul documentat de reguli determină deciziile și acțiunile.
4. Proprietatea și drepturile aparțin oficiului și nu arendatorului.
5. Oficialitățile sunt selectate în baza calificării, salariile sunt de asemenea în funcție de calificarea tehnică.
6. Lucrul este privit ca o avansare în carieră într-o perioadă oarecare de timp.

Sistemul birocratic bazat pe raționamentul, structura și disciplina formală este pe larg utilizat în producție, servicii și în agențiile guvernamentale.

ORGANIZAȚIILE CA SISTEME ENERGETICE

Sistemele sanitare, ca și alte organizații, sunt unități dinamice, care necesită un management continuu, măsuri de reglare și control. Monitorizarea continuă cu legătură inversă, evaluarea și modificarea în funcție de noile cerințe asigură satisfacerea necesităților sanitare individuale și ale comunității. Modelul de intrare – proces – ieșire depinde de sistemul de legătură inversă pentru efectuarea modificărilor administrative și educaționale necesare în procesul de realizare a obiectivelor. În acest model produsul intrat, transformat prin procesare este utilizat pentru obținerea produsului de ieșire (final). Produsul de intrare sunt banii, personalul, informația și resursele materiale alocate. Procesul de transformare presupune suma tuturor activităților efectuate pentru realizarea obiectivului propus. Produsul de ieșire sau rezultatul final este produsul comercializat pentru obținerea profitului. Într-un sector de servicii cum ar fi sănătatea, rezultatul final poate fi reprezentat prin reducerea mortalității și morbidității, îmbunătățirea stării sănătății sau creșterea numărului de pacienți vindecați și satisfăcuți de asistența medico-sanitară acordată. Sistemele manageriale furnizează resurse și organizează procesul prin care pot fi obținute rezultatele dorite.

Pentru implementarea programelor sanitare este necesar un mecanism de legătură inversă pentru a asigura eficiența procesului de lucru. În cazul în care scopurile și strategia sunt bine definite, resursele noi sau deja existente sunt puse la dispoziția noului program. Ulterior după alocarea acestor resurse managementul este responsabil de cea mai eficientă utilizare a lor cu scop de atingere a obiectivelor trasate. Rezultatele reprezintă produsul „de ieșire” care este evaluat, fiind asigurată și legătura inversă cu produsul de intrare și procesul.

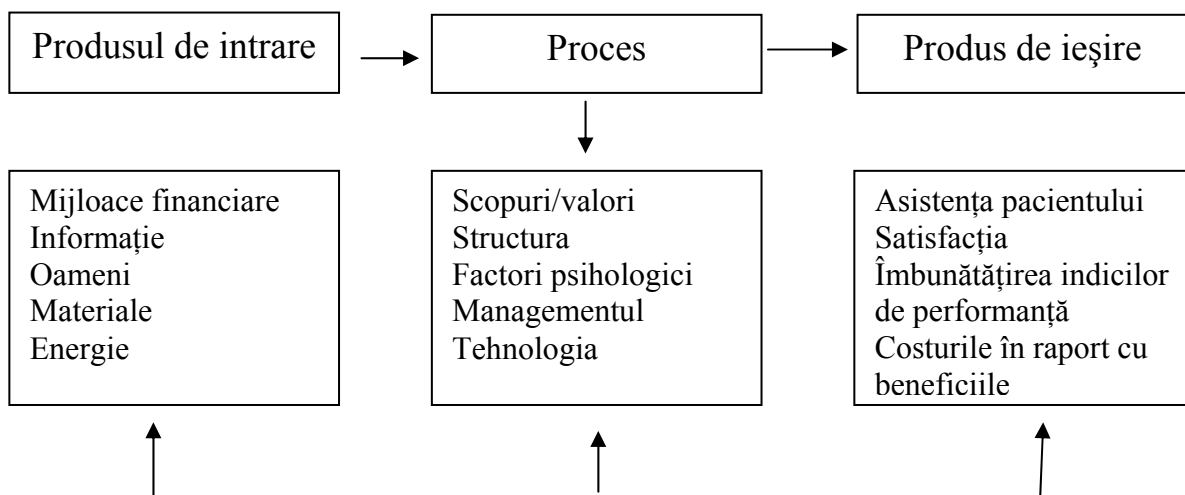


FIGURA 12.2. Organizația ca sistem energetic.

Sistemele sanitare au multe subsisteme, fiecare din ele având modul său de organizare, administrare, scopurile și obiectivele proprii, precum și sistemele informaționale interne. Subsistemele trebuie să comunice permanent între ele, cu organizațiile colegiale și cu macrosistemul. Modul de conducere este de o importanță centrală în acest proces. Chirurgical este liderul echipei operatorii în sala de operație, dar el sau ea este dependent de sprijinul și atitudinea altor persoane importante din echipă cum ar fi anestezistul, sora de operație și alt personal auxiliar (anatomo-patologul, radiologul, șeful serviciului de laborator, fiecare dintre aceștia fiind lideri ai propriilor echipe). Directorului spitalului nu-și poate exercita funcțiile fără o responsabilitate înalt decentralizată și un spirit creativ de lucru în echipă pentru dezvoltarea calității asistenței în instituția medicală.

Managementul sistemelor sanitare include analiza politicii serviciului, a bugetului, deciziilor primite, precum și a modului de gestionare, reglare, supraveghere, aprovizionare, menținere, a respectării standardelor etice și a legislației în vigoare. Formarea strategiei politice include un șir întreg de decizii luate pentru atingerea dezideratelor sanitare.

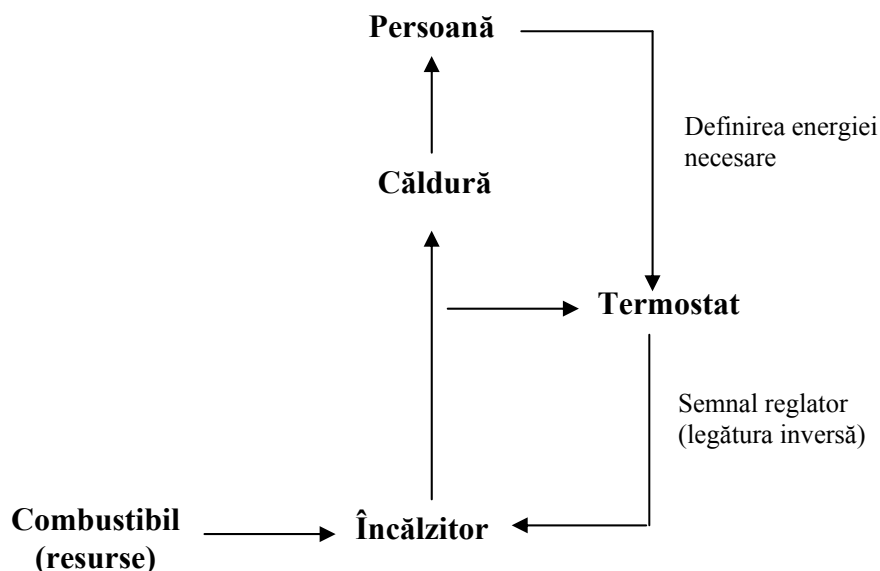


FIGURA 12.3. Controlul prin legătură inversă cibernetică.

Cibernetica și managementul

Cibernetica dezvoltată de Norbert Wiener, se referă la sistemele sau organizațiile reciproc dependente, această interdependență necesitând o flexibilitate a răspunsului. La începutul anilor 1950 sistemele cibernetice sau sistemele de legătură inversă au câștigat credibilitatea și recunoașterea specialiștilor din domeniul tehnic. Ulterior sistemele de legătură inversă au devenit o practică standard irevocabilă a tuturor sistemelor moderne de management. Cu timpul sistemele cibernetice au fost implementate și în domeniul sanitar. Realizările rapide ale tehnologiilor informaționale, prin intermediul cărora personalul are acces instantaneu la Internet și baze enorme de date, vor favoriza procesul de implicare tot mai profundă a sistemelor cibernetice în domeniul sanitar. În sistemele mecanice posibilitățile părților componente sunt limitate și restrânse. În sistemele organice există o mai mare interacțiune între părțile componente. În Figura 12.3 este prezentat un exemplu care constă în utilizarea termostatlui pentru controlul temperaturii unui încălzitor în dependență de condițiile din cameră. Totodată acest exemplu reprezintă și o legătură inversă.

Cibernetica a deschis noi perspective pentru utilizarea informației în sistemul de management sanitar. Crearea unei baze de date pentru fiecare sistem sanitar districtual va permite evaluarea indicilor epidemiologici curenți cu o comparare cuvenită a acestora cu indicii din alte districte sau cei regionali, statali și naționali.

Datele referitor la multiplii indici sanitari trebuie procesate la nivel statal sau național în forme comparabile. Ulterior aceste date trebuie prelucrate și prezentate în modul în care acestea devin imediat accesibile on-line pentru sistemele districtuale, astfel creându-se un mecanism de identificare a problemei și răspuns imediat din partea sistemului sanitar în timp util. Astfel, pentru a satisface necesitățile manageriale ale serviciului, datele pot fi agregate și dezagregate, precum și pot fi utilizate pentru generarea scopurilor reale și monitorizarea procesului de realizare a acestora. Un sistem informațional geografic poate determina rate înalte de morbiditate printr-o boală specifică într-o regiune, fapt datorat factorilor de risc locali, acest fapt servind ca bază pentru inițierea unui program de intervenție.

În domeniul sanitar raportarea datelor se făcea în baza bolilor sau categoriilor de boli specifice, metodă care era preconcepută de lipsa sistemelor de integrare și a abordării geografice a acestor probleme sanitare. În prezent, pentru prelucrarea datelor complexe în regim de timp curent, trebuie utilizate noile tehnologii computerizate și Internetul, în rezultatul acestei procesări datele devenind cu mult mai utilizabile. Aceste tehnologii vor permite autorităților sanitare locale și furnizorilor să răspundă imediat la problemele sanitare ale comunității.

MANAGEMENTUL ORIENTAT SPRE ATINGEREA ANUMITOR SCOPURI

Managementul resurselor orientat spre atingerea unei productivități majore este însoțit neapărat de necesitatea dezvoltării sistemelor organizate responsabile de găsirea soluțiilor pentru rezolvarea problemelor apărute sau a metodelor noi de realizare a obiectivelor trasate.

Conceptul soluțiilor operative

Conceptul soluțiilor operative a fost dezvoltat de către savanții britanici și personalul militar în timpul Războaielor Mondiale I și II pentru rezolvarea problemelor specifice care apăreau în timpul acțiunilor militare. Acest concept se baza pe crearea echipelor multidisciplinare de savanți și personal. Crearea Comitetului de Detectare a Submarinelor (ASDIC) pentru identificarea submarinelor în timpul I-lui Război Mondial a fost prima experiență de implementare a acestui concept. În pofida comparării amuzante a acestui Comitet cu o cămilă care era de fapt un cal, această organizație funcționa. Renumitul Proiect Manhattan din Statele Unite în cadrul căruia au fost concentrate eforturile științifice asupra lucrului în echipă, care s-a soldat cu crearea bombei atomice a fost un exemplu de aplicare cu succes a acestui concept.

Lucrul în echipă orientat spre realizarea obiectivelor specifice contribuie esențial la rezolvarea rapidă a problemelor apărute pe timp de război, totodată această abordare este utilă și pe timp de pace pentru aplicarea în practică a realizărilor științifice în așa domenii ca cel cosmic sau informațional. Industriile de producere a computerelor și a programelor pentru acestea sunt caracterizate printr-un spirit permanent de inovație și de lucru în echipă, printr-un profesionalism individual înalt, flexibilitate a grupurilor colegiale în rezolvarea problemelor. Această abordare colectivă a procesului de producere le-a permis companiilor Macintosh și Microsoft să creeze computerul personal. În mod similar a fost creat și Internetul.

În domeniul sanitar inovațiile în dezvoltarea practicilor preplătite de grup au creat premise pentru dezvoltarea Organizațiilor de Menținere a Sănătății (HMO) și mai târziu a organizațiilor de asistență controlată, care în prezent sunt factorul dominant în organizarea furnizării asistenței medico-sanitare în Statele Unite. Alte exemple de aplicare a conceptului soluțiilor operative pot fi observate în lucrul echipelor multidisciplinare de savanți care sunt în căutarea noilor vaccinuri și remediilor medicamentoase, precum și în activitățile tot mai complexe ale secțiilor spitalicești.

Managementul după obiective

Conceptul managementului orientat spre realizarea unui anumit obiectiv (Management by Objective [MBO]) apărut pentru prima dată în anii 1960, a devenit larg răspândit în managementul sanitar. MBO reprezintă un proces în care managerii își stabilesc în comun scopurile și responsabilitățile personale, precum și utilizează aceste categorii pentru a administra unitatea și a aprecia contribuția membrilor ei.

În MBO trebuie stabilite scopurile comune și individuale precum și structura organizației optimă pentru realizarea acestor scopuri. Scopurile definite pot ține de variabilele rezultatului, cum ar fi țintele specifice în ratele mortalității infantile și materne, precum și de variabilele de intervenție și proces (obținerea unei acoperiri cu imunizare de 95%, vizitele în cadrul asistenței prenatale sau screening-ul pentru depistarea cancerului mamar). Realizările sunt apreciate prin relevanța, eficiența, impactul și eficacitatea intervenției.

Conceptul MBO a fost criticat în domeniul business-ului deoarece acesta este orientat asupra aplicării și interpretării mecanice a diferitor indici cantitativi ai rezultatelor, fiind ignorat aspectul calitativ al acestora. În pofida acestui fapt conceptul MBO a influențat decisiv adoptarea de către Organizația Mondială a Sănătății a programului Sănătate pentru Toți și stabilirea în anul 1979 a scopurilor sanitare preconizate a fi realizate către anul 2000 ale Departamentului de Sănătate și Servicii Umane al Statelor Unite. Bolile țintă

pentru eradicare pot, prin acumularea experienței prețioase și a competenței tehnice, contribui major la constituirea instituției într-o organizație cu o capacitate științifică și practică mare. Pe de altă parte programele cu destinație specială pot compromite dezvoltarea celor complexe. Pentru asigurarea unui echilibru adecvat între programele complexe și cu destinație specială este necesar un management extrem de iscusit.

MANAGEMENTUL RELAȚIILOR UMANE

Managementul constă în coordonarea și integrarea resurselor organizației inclusiv a banilor, resurselor materiale și umane, precum și a timpului și spațiului. Principalul scop este realizarea cât mai eficientă a obiectivelor trasate. Managementul se ocupă de problemele motivației și comportamentului angajaților, deoarece personalul este cheia succesului activității oricărei organizații atât din domeniul de producție, cât și din cel de servicii. Cunoașterea și motivația clientului individual și a comunității este de asemenea esențială pentru asigurarea unei sănătăți prospere, din acest motiv managementul trebuie să ia în considerație cunoștințele, atitudinile, credințele și practicile consumatorului chiar mai mult decât ale persoanelor care lucrează în sistem.

Managementul, ca și medicina, este atât o știință, cât și o artă. Cunoștințele și tehnologiile științifice aplicate în medicină au un caracter atât teoretic, cât și practic. În mod similar practica managerială se bazează atât pe teoria organizatorică, care la rândul său își trage rădăcinile din științele sociologice, cât și pe metodele cantitative. Sociologia, psihologia, antropologia, științele politice, istoria și etica - toate aceste științe contribuie la înțelegerea mai profundă a sistemelor psihosociale, a motivațiilor, statutului, dezvoltării grupurilor, influenței, puterii și autorității. Metodele cantitative inclusiv cele

statistice, epidemiologice, economice și examinările în masă sunt de asemenea fundamentale pentru dezvoltarea conceptelor sistemice. Analiza comparativă a instituțiilor este utilă pentru dezvoltarea principiilor de organizare și management, în timp ce filozofia, etica și juridica elucidează valoarea orientărilor individuale și de grup.

Teoria organizării este o disciplină relativ nouă. Aplicarea teoriei organizării în practica managerială este imposibilă fără a dispune de cunoștințe adecvate, planificare și organizare minuțioasă, colectare a resurselor, metode de motivație și control. Cu timpul organizațiile sanitare au devenit mai complexe și mai costisitoare, în special în domeniile științelor, tehnologiilor și serviciilor profesionale specializate. Organizarea și managementul sunt elemente de o importanță crucială pentru aplicarea reușită a principiilor Noii Sănătăți Publice, deoarece aceasta presupune o integrare profundă a serviciilor odată separate. Delegarea responsabilităților în sistemele sanitare este de o importanță fundamentală pentru succesul asistenței medico-sanitare a pacientului. În prezent asistența medicală își asumă tot mai multe responsabilități pentru managementul pacienților cu afecțiuni severe și cu insuficiențe multiple de organe.

Efectul Hawthorne

Savantul Elton Mayo care lucra la Facultatea de Business din Harvard în anii 1927-1932 a efectuat o serie de studii observaționale la o uzină a Companiei Electrice de Vest din Hawthorne, Illinois. Mayo și colegii, ingineri și psihologi, au contribuit semnificativ la dezvoltarea teoriei managementului. Experiențele lui Mayo au început cu studierea efectelor iluminării mai puternice la locul de muncă asupra productivității muncii. Acest studiu a fost urmat de mai multe îmbunătățiri ale condițiilor de muncă, inclusiv de reducerea duratei zilei de muncă, majorarea timpului întreruperilor, iluminarea mai bună a locului de muncă, decorarea în culori a încăperilor de producție, introducerea muzicii de fon și a altor facilități. Aceste studii au demonstrat că productivitatea muncii

crește odată cu introducerea acestor modificări. Totodată cercetătorii au descoperit un fapt surprinzător că productivitatea continuă să se majoreze chiar dacă aceste îmbunătățiri erau anulate. Ulterior s-a observat că în grupul de control unde condițiile de muncă au rămas aceleași productivitatea muncii în perioada studiului de asemenea a crescut. Aceasta i-a permis lui Mayo să conchidă că performanța muncii s-a îmbunătățit datorită senzației muncitorilor că aceștia sunt observați de către conducere.

Managementul industrial tradițional privea muncitorii ca părți componente mecanice ale sistemului de producere. Teoria managerială precedentă cerceta productivitatea muncii în funcție de condițiile de muncă și motivațiile financiare. Dovezile descoperite prin experiența Hawthorne au demonstrat „efectul Hawthorne” care a pus în evidență influența factorilor sociali și psihologici asupra productivității muncii. Organizațiile oficiale și neoficiale de manageri și patroni au recunoscut importanța acestui efect pentru productivitatea muncii, această relație în prezent fiind subiect al umanismului industrial. Metodologia cercetărilor științelor comportamentale a fost aplicată în domeniul managementului industrial. Teoriile tradiționale referitor la modelul birocratic de organizare și managementul științific au fost modificate cu rectificarea realizărilor științelor comportamentale. Aceasta s-a soldat cu emergența unui nou concept sistemic care consta în analiza științifică a structurilor complexe a organizațiilor, luând în considerație dependența reciprocă a activităților, importanța interacțiunilor și relațiilor personale între manageri și lucrători.

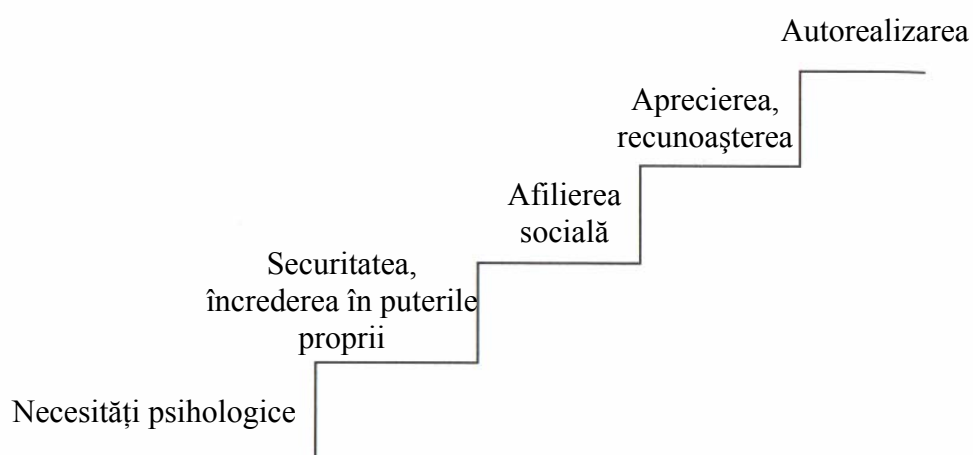


FIGURA. 12.4. Ierarhia necesităților a lui Maslow.

Ierarhia necesităților lui Maslow

Conceptul ierarhiei necesităților umane a lui Abraham Maslow o constituit o contribuție importantă la dezvoltarea teoriei managementului. Maslow (1908-1970) a definit necesitățile prioritare ale omului începând de la prioritățile necesare pentru supraviețuire cum ar fi securitatea, adăpostul, alimentele și căldura și terminând cu afilierea socială, aprecierea și autorealizarea.

Acest concept este deosebit de important din punct de vedere al managementului deoarece definește necesitățile umane de care depinde prosperitatea fizică și economică a individului, precum și necesitățile legate de contextul social al existenței cum ar fi necesitățile în recunoaștere, satisfacție, autoapreciere și autorealizare. Acest concept a favorizat dezvoltarea numeroaselor realizări în domeniul managementului care țineau nu numai de motivația financiară a muncitorilor pentru cantitatea și calitatea produselor industriale și ale sectorului de servicii, ci și de motivația consumatorilor. În Figura 12.4 este prezentată ierarhia necesităților umane a lui Maslow.

Conceptul lui Maslow referitor la ierarhia necesităților a contribuit esențial la inițierea discuției referitor la management atât între consumatori, cât și între angajați. El a jucat un rol important în aplicarea teoriei sociologice comportamentului clientului, acest rol devenind deosebit de actual în condițiile în care modul personal de viață a devenit un subiect central al sănătății publice și managementului clinic al multor afecțiuni, ca exemplu servind reducerea factorilor de risc ai bolilor cardiovasculare.

Conceptul „teoria X – teoria Y”

Conceptul „teoria X – teoria Y”, elaborat de către psihologul clinician Douglas McGregor în anii 1960, examina două abordări opuse ale influenței naturii umane asupra activității organizate. Organizațiile cu un proces

centralizat de luare a deciziilor, cu o ierarhie piramidală și controlate din exterior se bazează pe principalele concepte ale naturii umane și motivației. Teoria lui McGregor, derivată din conceptul lui Maslow referitor la ierarhia necesităților, a propus un sistem alternativ de organizare care recunoștea dreptul omului la autogestionare și autodeterminare.

Managementul bazat pe directive și un sistem strict de control (Teoria X) afirmă că lucrătorii după natura sa sunt leneși, fără ambiții, necreativi și sunt motivați de necesitățile fiziologice de bază sau de frică (Tabelul 12.1). Teoria Y din contra privește mai optimist potențialul uman afirmând că, dacă este adecvat motivat, muncitorul poate să se autodirecționeze și să fie creativ în lucru și că rolul principal al managementului este să dezvăluie acest potențial al angajaților. Ulterior au fost dezvoltate numeroase teorii de motivație și management pentru a explica comportamentul uman și cum trebuie utilizate talentele lucrătorilor pentru a crea o atmosferă mai productivă de lucru, a reduce rigiditatea față de modificări și discuțiile inutile și în ultimă instanță pentru a crea un model mai eficient de organizare.

TABELUL 12.1. Teoria X – Teoria Y.

Teoria X	Teoria Y
1. Oamenii au o repulsie înăscută față de lucru.	1. Munca este tot atât de naturală ca și jocul în condiții favorabile.
2. Majoritatea oamenilor nu sunt ambițioși, au puține dorințe și responsabilități și preferă să fie conduși.	2. Autocontrolul este indispensabil pentru atingerea scopurilor.
3. Majoritatea oamenilor au o capacitate mică de creativitate în rezolvarea problemelor de organizare.	3. Capacitatea de creativitate în rezolvarea problemelor organizatorice este pe larg răspândită în populație.
4. Motivația apare doar la nivel fiziologic și de securitate.	4. Motivația există la nivel social, de autoapreciere și de autoactualizare, precum și la nivelele fiziologic și de securitate.
5. Majoritatea oamenilor trebuie strict controlați și frecvent corectați pentru atingerea obiectivelor organizației.	5. Oamenii se pot autogestiona și pot fi creativi în lucru dacă sunt încurajați corespunzător.

Variantele de motivație umană și rolul lor în management au fost studiate detaliat prin examinarea organizației industriale cu scop de determinare a efectelor practicilor manageriale asupra comportamentului individului și

creșterii profesionale la locul de muncă. Teoria X presupune că managementul produce un răspuns negativ din partea muncitorului manifestat prin pasivitate, dependență, interese premature și schimbătoare, perspectivă de scurtă durată, subordonare și lipsa autoinformării. Pe de altă parte a spectrului prematuritate – maturitate era muncitorul matur care avea o poziție activă, o gândire independentă, era capabil de a oferi o varietate largă de răspunsuri, cu interese profunde și importante, perspectivă de lungă durată și nivele înalte de informare și autocontrol. Acest model a fost testat în mai multe instituții industriale, demonstrând faptul că oferirea muncitorilor a posibilității de a crește și a se dezvolta permite nu numai satisfacerea necesităților fiziologice, dar și utilizarea potențialului lor de realizare a scopurilor organizației.

În lucrarea *Motivația pentru muncă* (1959) psihologul clinician Frederic Herzberg a expus principiile generale ale teoriei motivație-igienă. El a dezvoltat această teorie după efectuarea unor studii extensive a inginerilor și contabililor, examinând factorii pe care el îi numea „igienici” (administrativi, de supraveghere, monetari, de securitate și problemele legate de statutul angajatului la locul de muncă). Factorii de motivație, care s-au dovedit a avea un puternic efect pozitiv asupra satisfacției de muncă, includeau obținerea și recunoașterea realizărilor, atitudinea creativă față de lucru și majorarea responsabilității muncitorului odată cu creșterea și dezvoltarea personală și colectivă.

Aceste teorii de management al resurselor umane permit trecerea de la conceptul industrial al motivației de „îmbogățire prin muncă” la un calificativ mult mai fundamental și deliberat de responsabilitate, scop, creativitate, lăsând pe seama muncitorilor să dezvolte propriile căi de realizare a obiectivelor propuse. Chiar și în cazul în care aceste teorii erau aplicate într-un lucru aparent necalificat, cum ar fi paza întreprinderii, lucrătorii se schimbau devenind din grupuri apatice, cu o performanță joasă, echipe de angajați unite și productive, mândrindu-se cu lucrul și aparența sa. Aceste concepte oferă membrilor echipei posibilitatea de a-și realiza necesitățile umane de autorealizare, deținând o

responsabilitate mai mare în rezolvarea problemelor ceea ce se soldează cu reducerea absenteismului, majorarea moralei și a productivității cu îmbunătățirea calității lucrului.

Rensis Likert, care împreună cu McDougal și Herzberg a fondat „Școala de Relații Umane” în anii 1960, a aplicat teoria resurselor umane în sistemele și stilurile de management. El a clasificat teoria sa în următoarele patru sisteme diferite:

1. Sistemul 1: Administrația nu are încredere în personalul subordonat și evită implicarea lui în procesul de luare a deciziilor și stabilire a scopurilor, care sunt elaborate de conducere și prezentate subordonaților. Managementul este strict orientat spre realizarea obiectivelor, înalt structurat și autoritar. Înfricoșarea, pedeapsa, amenințările și remunerările ocazionale sunt principalele metode de motivație. Interacțiunea între muncitori și administrație este bazată pe teamă și incredibilitate. Organizațiile neoficiale din interiorul sistemului frecvent opun o rezistență pasivă acțiunilor conducerii ceea ce duce la compromiterea scopurilor organizației oficiale.
2. Sistemul 2: Administrația are o atitudine indulgentă față de personal cu o confidență minimă. Majoritatea deciziilor sunt luate centralizat, dar este permis și un grad minim de decentralizare. Pentru motivație sunt utilizate remunerările și penalizările. Organizațiile neoficiale devin mai importante în structura generală a organizației oficiale.
3. Sistemul 3: Administrația are un grad major de încredere în personal care participă nemijlocit la procesul de luare a deciziilor. Determinarea strategiei politice rămâne o prerogativă a administrației.
4. Sistemul 4: Administrația are un grad absolut de încredere în personal. Procesul de luare a deciziilor este dispersat, pe verticală există un proces continuu de schimb al opiniilor. Realizarea scopurilor și îmbunătățirea metodelor de lucru sunt motivate prin remunerări economice. Relațiile

între administrație și subordonați sunt prietenești, este înrădăcinat spiritul lucrului în echipă și respectul reciproc.

Rezultatele studiilor de cazuri au demonstrat că tranziția de la sistemul managerial 1 la 4 radical schimbă performanța producerii, reduce costul de producere, fluxul de personal și majorează spiritul moral al personalului. Totodată atât lucrătorii, cât și managerii sunt interesați în calitatea produsului sau serviciului, precum și în competitivitatea și succesul industriei lor. Industria sanitară include profesioniști înalt calificați și angajați paraprofesioniști care funcționează ca o echipă strâns unit, cu un grad major de dependență reciprocă și autonomie ca exemplu servind echipa chirurgicală sau de asistență în urgențe medicale.

ORGANIZAREA ÎN REȚEA

Rețeaua sau grupul de lucru orientat spre realizarea obiectivului, reprezintă un sistem de organizare mai preferabil decât cel autoritar, uneori numit adhocrație. Aceasta reprezintă o formă mult mai organică de organizare, mai flexibilă în adaptare la condiții complexe și dinamice, când forța de muncă este înalt calificată și tehnologiile și sistemele funcționează cursiv. Complexitatea și reformele tehnologice necesită informare, expertiză, flexibilitate și inovație, categorii cel mai reușit promovate în condițiile unui schimb liber de idei într-un mediu de stimulare reciprocă.

În organizația de rețea conducerea poate fi oficială sau neoficială, care în mod obișnuit deține o altă funcție particulară, cu funcția de conducere fiind împuternicită provizoriu, pe o durată medie sau permanent cu scop de atingere a obiectivului definit sau dezvoltării unui program intersectorial. Grupul operativ este de obicei format pe o perioadă scurtă de timp și cu o destinație specială; grupul de lucru este, frecvent, un proiect de durată medie, cum ar fi

integrarea serviciilor dintr-o regiune; programele de lungă durată, cum ar fi monitorizarea unui program de imunizare, necesită formarea unor echipe de activitate de durată – comisii permanente.

Avantajele semnificative ale acestei forme de organizare sunt competitivitatea și distribuirea informației și a responsabilităților, care favorizează atitudinea constructivă față de lucru, creativitatea și satisfacția de la oferirea posibilității de a-și demonstra creativitatea. Membrii grupurilor operative pot raporta rezultatele activității sale fiecare în cadrul propriilor structuri organizatorice piramidale, totodată ei lucrează în grup pentru realizarea obiectivelor trasate. Aceștia pot fi de asemenea membri ai unor grupuri interdisciplinare de lucru care coordonează activitățile, revizuiesc lucrul efectuat și planifică activitățile preconizate.

O structură organizatorică în rețea poate fi reprezentată printr-o comisie guvernamentală care coordonează politica guvernului și lucrul variatelor departamente guvernamentale sau printr-o uniune a corpului de comandă care coordonează numeroase servicii militare. Această structură este pe larg utilizată în formarea grupurilor operative cum ar fi crearea echipei interdisciplinare de profesioniști pentru coordonarea funcțiilor unui departament spitalicesc sau a unui grup interdisciplinar de experți cu un anumit scop bine stabilit într-un domeniu tehnic.

Activitatea organizatorică în rețea face parte din funcțiile reglatorii ale profesioniștilor sanitari. Lucrul neoficial în rețea reprezintă o activitate habituală a unui medic implicat în consultații cu colegii, dar și o parte componentă a grupurilor oficiale în rețea. Departamentul spitalicesc poate avea un număr considerabil de funcții ca organizație în rețea cu diferiți specialiști care lucrează în echipă mult mai eficient decât într-o structură piramidală. Ministerul sănătății poate avea necesitatea de a forma un grup unit de lucru în componența căruia vor intra reprezentanți ai ministerului transporturilor, poliției și ai organizațiilor responsabile de standardele construcției automobilelor pentru reducerea mortalității și traumatismelor prin accidente

rutiere. În cazul în care este preconizată desfășurarea unui program de eradicare a rujeolei, trebuie creată o echipă multidisciplinară și multiorganizatorică sau o rețea, precum și trebuie stabilit planul și realizate obiectivele pentru atingerea scopului propus (Figura 12.5).

Șeful serviciului/furnizorul de serviciu/coordonatorul

A	B	C	D
E	F	G	H
I	J	K	L

FIGURA 12.5. Structura organizatorică în rețea. Într-o organizație sanitară, grupul operativ pentru determinarea măsurilor de eradicare locală a rujeolei este numit de către șeful interimar al departamentului local de sănătate. În componența acestui grup operativ trebuie să intre asistenta medicală șefă a districtului, un administrator de resurse financiare, un farmacist, șeful departamentului de pediatrie al spitalului districtual, administratorul școlii primare, un educator sanitar, un reprezentant din partea asociației medicale, directorul serviciului de laborator districtual, directorul departamentului de aprovizionare, un reprezentant din partea departamentului de educație și un reprezentat din partea organizațiilor de voluntariat interesate în subiectul abordat, precum și alte persoane interesate.

Teoria și practica organizatorică a încorporat modelul de rețea în sistemele piramidale ca parte a managementului calității totale (TQM) sau a procesului continuu de îmbunătățire a calității asistenței medico-sanitare promovat de către Organizația Mondială a Sănătății. În TQM unitatea minimă de producere a unei fabrici lucrează ca o echipă cu un control drastic al calității ca parte componentă a procesului de producere. Într-un program de asistență medico-sanitară acest control al calității poate fi realizat prin crearea echipelor multidisciplinare de autoevaluare. Fiecare secție spitalicească trebuie să aibă propriile întruniri multidisciplinare în cadrul cărora să fie discutată asistența medico-sanitară acordată pacienților și funcționarea departamentului, toate acestea având ca scop menținerea și dezvoltarea serviciilor profesionale. Fiecare departament local de sănătate trebuie să promoveze practica de efectuare a întrunirilor personalului pentru asigurarea schimbului de opinii și

experiență, care sunt de o importanță vitală pentru realizarea obiectivelor trasate.

Majoritatea organizațiilor au o structură atât piramidală, cât și în rețea. Este frecvent dificil pentru o structură rigidă piramidală să interacționeze cu alte organizații paralele într-un mod constructiv, astfel structura în rețea este absolut necesară pentru stabilirea relațiilor de lucru cu organisme exterioare pentru realizarea obiectivelor comune. Structura în rețea este o structură democratică care include grupurile de profesioniști și organizațiile care tind spre atingerea unui scop comun, uneori această rețea incluzând persoane din numeroase organizații ce diferită mult una de alta. Aplicarea acestui concept devine tot mai importantă în organizarea asistenței medico-sanitare, odată cu emergența sistemelor sanitare cu mai multe nivele cum ar fi sistemele de asistență controlată sau cele districtuale de sănătate. În prezent există numeroase sisteme manageriale care includ echipe și unități organizatorice înalt profesionale, interdependența în procesul de asistență medico-sanitară a pacientului și responsabilitatea financiară a cărora reprezintă elemente centrale ale Noii Sănătăți Publice.

MANAGEMENTUL CALITĂȚII TOTALE

În Statele Unite după cel de-al II-lea Război Mondial, W. Edwards Deming, fizician și statistician american, a elaborat un sistem de metode economice și statistice de control al calității în industriile de producere. După război Deming a fost invitat pentru a realiza lucru didactic în Japonia și și-a reorientat eforturile de cercetător de la lucrul academic la managementul industrial. Japonezii i-au adoptat principiile lui de management și au introdus managementul calității în toate industriile, fiind obținute succese impresionante

doar într-un deceniu. Acest concept, ulterior numit managementul calității totale (TQM), a fost adoptat și de industria SUA.

Anexa 12.1. Teoria managementului standard.

1. *Calitatea este costisitoare.*
2. *Inspecția este metoda cheie de control a calității, care poate fi asigurată de experți și inspectori.*
3. *Sistemele sunt create de experți externi – nici o inițiativă a muncitorilor nu este acceptată.*
4. *Standardele muncii, cotele și scopurile pot majora productivitatea.*
5. *Oamenii pot fi angajați la timpul necesar și concediați când nu mai există necesitatea în serviciile lor.*
6. *Remunerarea și penalizarea vor majora productivitatea și creativitatea.*
7. *Procurarea la cel mai jos preț.*
8. *Schimbarea frecventă a furnizorilor în funcție de preț.*
9. *Profitul se bazează pe menținerea joasă a costurilor și ridicarea prețurilor.*
10. *Profitul este cel mai important indice a activității companiei.*

În conceptul lui Deming referitor la managementul companiilor, calitatea a devenit responsabilitatea cheie a administrației și nu a muncitorilor. În cazul în care conducerea creează o atmosferă favorabilă de lucru și implică la maxim muncitorii în procesul de administrare a producerii, calitatea crește considerabil, costul scade spre marea satisfacție a ambelor părți. Aceasta contribuie la creșterea mândriei muncitorului și evită abordarea penalizantă a lui. Înlăturarea fricii și crearea unei atmosfere de participare reciprocă și interese comune în procesul de producere este o responsabilitate directă a conducerii. Perfecționarea personalului reprezintă una din cele mai importante investiții ale companiei. Diferența între teoria managementului și managementul calității totale se observă din Anexele 12.1 și 12.2.

Anexa 12.2. Managementul calității totale.

1. *Calitatea duce la scăderea costurilor.*
2. *Inspecția este o metodă tardivă – implicarea muncitorilor în procesul asigurării calității elimină defectele.*
3. *Calitatea este asigurată prin management.*
4. *Majoritatea defectelor sunt cauzate de sistem și nu de lucrător.*

5. *Anularea tuturor standardelor și cotelor muncii în industrie.*
6. *Teama duce la dezastru.*
7. *Faceți ca muncitorul să se simte sigur la locul de muncă.*
8. *Judecarea, penalizarea, remunerarea pentru performanța majoră sau joasă distruge spiritul de echipă absolut necesar pentru asigurarea calității producției.*
9. *Lucrați cu furnizorii pentru îmbunătățirea calității și scăderea costului.*
10. *Profiturile sunt obținute de întreprinzători loiali – administrarea companiei cu un singur scop de obținere a profitului se aseamănă cu conducerea unui automobil uitându-te în oglinda de panoramă din spate.*

Conceptul TQM integrează managementul științific și relațiile umane, oferindu-i muncitorului posibilitatea de a analiza și îmbunătăți procesul de realizare a obiectivului trasat. Totodată acest concept așteaptă de la angajați ca aceștia să contribuie la îmbunătățirea calității în procesul proiectării, producerii sau chiar comercializării produsului sau serviciului.

Aceste idei revoluționare au fost cu succes aplicate în managementul industriilor de producere. În prezent se discută aprins posibilitatea introducerii TQM în sfera serviciilor. Organizația Mondială a Sănătății a adoptat TQM ca model de îmbunătățire continuă a calității, care stabilește responsabilități reciproce pentru calitatea asistenței medico-sanitare furnizate. Aplicarea acestui concept și îmbunătățirea continuă a calității, cât și conceptele TQM de reglare externă și autodezvoltare sunt discutate în Capitolul 15.

SCHIMBAREA STEREOTIPULUI COMPORTAMENTULUI UMAN

Comportamentul uman este individual, dar are loc în context social. Schimbarea comportamentului este necesară pentru reducerea factorilor de risc a bolilor. Reformarea comportamentului este un obiectiv dificil, acest proces necesită alterarea, substituirea, transformarea sau modificarea scopurilor, stereotipurilor și metodelor de comportament. Implementarea programelor

sanitare de obicei necesită efectuarea unor reforme, proces care frecvent întâmpină rezistență. Rezistența la modificările comportamentale poate fi profesională, tehnică, psihologică, politică, emoțională sau mixtă. Managerul instituției sau serviciului medico-sanitar este nevoit să se conformeze reformelor necesare și să se asigure cu suportul persoanelor ca participă la crearea sau implementarea acestor reforme în mod eficient.

Comportamentul angajatului ocupat în producere sau sfera de servicii este de o importanță vitală pentru succesul organizației. Nu mai puțin important este și comportamentul vânzătorului sau consumatorului produsului sau serviciului. Identificarea problemelor organizatorice reprezintă o deprindere importantă necesară pentru administrarea sistemului sanitar. Totodată identificarea și modificarea variabilelor care necesită modificare și adaptare pentru îmbunătățirea performanței organizației este și mai importantă. Pentru ridicarea performanței și îmbunătățirea standardelor serviciului sau ale productivității sunt necesare cerințe înalte față de acestea. Și din contra, cerințele joase duc nu numai la o performanță scăzută, dar produc și un efect de spirală descendentă. Aceste legități sunt caracteristice nu numai pentru organizație, dar și pentru indivizii și comunitatea deservită, atât din punct de vedere al procurării produselor sau serviciilor, cât și din cel al comportamentului legat de sănătate.

Oamenii frecvent opun rezistență la schimbări din cauza fricii de necunoscut. Participarea la procesul de definire a problemelor, formularea obiectivelor și identificarea alternativelor pot înlătura această frică și rezistență și sunt necesare pentru efectuarea schimbărilor propuse. Modificarea performanței organizatorice este o activitate complexă care reprezintă și un test pentru administrație. În mod similar conformarea la nivel individual este de o importanță crucială pentru atingerea scopurilor grupului, indiferent de faptul dacă acestea țin de funcționarea unui serviciu sanitar cum ar fi spitalul sau de decizia individuală de a sista fumatul. Sănătatea atât a individului, cât și a populației depinde de motivația și performanța membrilor echipei sanitare.

Comportamentul unui individ este important pentru sănătatea proprie și a comunității. Din acest motiv trebuie încurajate chiar și cele mai mici tentative de schimbare a comportamentului în direcția dorită (spre exemplu, remunerarea majorării performanței de lucru). Modificarea comportamentului este bazată pe conceptul conform căruia schimbarea comportamentului începe cu modificarea percepțiilor și atitudinilor individului. Schimbarea comportamentului include o serie de elemente:

1. Cunoștințe: care este nivelul adecvat de informație sanitară?
2. Atitudini: care este viziunea persoanei asupra acestei informații?
3. Comportamentul individului: cu ce se ocupă în prezent individul?
4. Comportamentul grupului: care sunt normele și regulamentele sociale?
5. Comportamentul organizației: ce acțiuni întreprinde sistemul sanitar pentru a schimba acești factori?

Schimbarea comportamentului este de o importanță vitală pentru domeniul sanitar. Modelul sanitar de credibilitate (Capitolul 2) este influențat pe larg de psihologie și promovarea sănătății. Conceptul de credibilitate-intervenție include programe menite să reducă factorii de risc sau să elimine o problemă sanitară publică. Aceste programe pot necesita schimbarea comportamentului organizatoric cu implicarea persoanelor care determină strategia politică, a celor responsabile de managementul serviciilor și a comunității deservite.

ÎMPUTERNICIREA

În anii 1980 majoritatea industriilor din Statele Unite nu puteau face față competiției cu companiile japoneze de electronică și automobile. Teoria managementului a început să atragă o atenție tot mai mare asupra conceptului împuternicirii. Conceptul TQM accentua necesitatea lucrului în echipă și a

implicării muncitorului în realizarea scopului de majorare a calității producției. În comparație cu acesta conceptul împuternicirii a mers mai departe, implicând muncitorul în gestionare, evaluarea calității și chiar în planificarea procesului de producere. Datorită implementării în industrie a acestui concept au fost obținute rezultate remarcabile cu majorarea eficienței, reducerea absenteismului și apariția unui proces continuu de căutare a soluțiilor optime pentru majorarea calității producției, angajatul participând activ la managementul și procesul de producere.

Implementarea conceptului împuternicirilor în sfera serviciilor pentru îmbunătățirea calității și eficienței serviciilor necesită o participare activă fizică și emoțională a angajaților. Participarea personalului la procesul de luare a deciziilor este elementul cheie al conceptului împuternicirii. Pentru aceasta conducerea trebuie să adopte noi metode care permit angajatului, ocupat în lucrul fizic sau intelectual, să se simtă un participant activ. Aplicarea cu succes a principiului împuternicirii în domeniul asistenței medico-sanitare presupune implicarea pacientului, familiei și comunității, pacientul, după externare, luând parte activă la procesul de luare a deciziilor referitor la asistența medicală, precum și referitor la protejarea dreptului privat și personal.

Delegarea puterilor apare în cazul în care conducerea serviciilor este decentralizată. Delegarea acestor împuterniciri profesioniștilor, NGO și organizațiilor de apărare a intereselor constituie o parte a implementării conceptului împuternicirii în sistemul sanitar. Puterea statală de guvernare sau promovare în astfel de domenii cum ar fi licențierea, acreditarea, instruirea, cercetările științifice și serviciile poate fi delegată autorităților locale sau NGO prin transferarea împuternicirilor sau a fondurilor. Modificările organizatorice trebuie orientate spre decentralizare. Modificările instituționale locale cum ar fi contopirea spitalelor, asistenței de lungă durată, asistenței ambulatorii și serviciilor sanitare publice sunt necesare pentru a asigura o utilizare mai eficientă a resurselor. Integrarea serviciilor în sistemul de asistență comunitară include transferarea fondurilor în interiorul sistemului sanitar districtual de la

asistența instituțională la cea comunitară. Astfel de schimbări impun necesitatea evaluării deprinderilor de conducător și a modificării comportamentului angajaților tot mai mult implicați în managementul și elaborarea politicii sanitare.

MANAGEMENTUL STRATEGIC AL SISTEMELOR DE SĂNĂTATE

Managementul strategic subliniază importanța plasării organizației în mediul social în dependență de misiuni, resurse, consumatori și competitori. Pentru aceasta este necesară elaborarea unui plan de acțiuni sau de implementare a strategiei definite cu scop de realizare a misiunii sau obiectivelor organizației. În procesul de definire a misiunilor și obiectivelor organizației trebuie luate în considerație mediul social, resursele și necesitățile administrative pentru implementarea și evaluarea calității rezultatelor obținute. Strategia de organizare își adaptează metodologia la factorii externi cum ar fi atitudinea consumatorului și organizațiile competitorie. Ea reprezintă un set de metode și deprinderi necesare unui manager de asistență medico-sanitară pentru realizarea obiectivelor organizației, cum ar fi următoarele:

1. Furnizarea asistenței de calitate înaltă.
2. Promovarea inovațiilor și a reformelor în timp util.
3. Dezvoltarea unor relații profesionale bune interne și externe.
4. Utilizarea eficientă a resurselor umane.
5. Asigurarea imputabilității.
6. Promovarea serviciului pentru asigurarea marketing-ului.
7. Utilizarea rațională a resurselor financiare.
8. Promovarea utilizării adecvate și eficiente a resurselor materiale.

Politica reprezintă procesul de formulare a obiectivelor și priorităților. Strategia se referă la elaborarea planurilor de lungă durată de realizare a obiectivelor specifice cu indicarea problemelor așteptate și soluțiilor posibile

ale acestora. Strategia nu specifică toate acțiunile necesare de efectuat, dar include evaluarea progresului obținut în realizarea obiectivelor trasate. Fiind inițial utilizat în context militar, conceptul strategiei a devenit esențial în managementul industrial, al afacerilor și asistenței medico-sanitare. Prin termenul „tactică” se subînțeleg metodele utilizate pentru realizarea strategiei. Managementul strategic axat pe obiective este aplicabil și sistemului sanitar, incluzând definirea scopurilor și sarcinilor, precum și a metodelor de obținere ale acestora (Anexa 12.3).

Pentru modificarea organizației sanitare poate fi necesară restructurarea ei completă cu reducerea dimensiunilor sau modificarea relațiilor dintre programele și facilitățile existente (Tabelul 12.2). Planul strategic al unei reforme sanitare necesare pentru reducerea costurilor și revizuirea scopurilor sanitare trebuie să conțină un model sau viziune a viitorului. Pentru aceasta este necesar un plan strategic și un program bine controlat. Rezistența opusă modificărilor inițiate poate fi determinată de factori psihologici, sociali și economici, precum și de teama de a-și pierde serviciul sau de schimbările probabile în salarii, autoritate, beneficii sau statut. Reducerea sectorului spitalicesc cu crearea serviciilor medico-sanitare comunitare este unul din subiectele majore ale reformei sanitare din multe țări. Aceasta poate fi însoțită de necesitatea pensionării sau concedierii personalului medical sau a reprofilării acestuia.

Anexa 12.3. Procesul de management strategic.

1. Politica și planificarea:

- a. Definirea misiunilor, scopurilor și obiectivelor.*
- b. Supravegherea.*
- c. Analiza mediului extern.*
- d. Analiza mediului intern.*
- e. Evaluarea posibilităților.*
- f. Evaluarea opțiunilor strategice – prognozarea de scurtă durată.*
- g. Dezvoltarea planificării strategice – prognozarea de lungă durată.*
- h. Formularea direcției politice.*

2. Implementarea:

- a. *Motivația: definirea clară a scopurilor și planurilor de organizare.*
- b. *Diferențierea între scopurile de scurtă durată și de lungă durată.*
- c. *Cunoașterea de către personal a propriilor responsabilități.*
- d. *Aprovizionarea cu resurse adecvate.*
- e. *Promovarea simțului de implicare a personalului în management.*
- f. *Modificarea structurii pentru satisfacerea necesităților.*
- g. *Delegarea autorității, asumarea responsabilității.*
- h. *Promovarea coordonării interdepartamentale și a relațiilor interpersonale.*
- i. *Promovarea capacității de a se adapta la schimbări.*
- j. *Revizuirea politicilor odată cu progresele obținute în procesul de obținere a obiectivelor trasate.*
- k. *Promovarea conștientizării modificărilor și flexibilității la schimbări.*

3. Monitorizarea:

- a. *Evaluarea eficacității.*
- b. *Evaluarea rezultatelor, experiența înșușită.*
- c. *Revizuirea planului strategic.*
- d. *Realocarea resurselor în conformitate cu experiența înșușită.*

TABELUL 12.2. Transformarea paradigmei asistenței medico-sanitare.

Paradigma veche	Paradigma nouă
Accentul pe asistența spitalicească	Accentul pe asistența continuă
Accentul pe tratarea bolii	Accentul pe menținerea, promovarea sănătății
Responsabilitatea pentru pacientul individual	Imputabilitatea pentru sănătatea populației
Specialiștii erau mai remunerați decât generaliștii	deservite
Scopul consta în asigurarea utilizării paturilor	Paritatea economică între furnizori
Organizații separate, finanțarea de către spital a altor servicii	Prevenția este la fel de remunerată ca și chirurgia
Managerii conduceau organizațiile, departamentele	Furnizarea asistenței la un nivel adecvat
Managerii coordonau serviciile	Integrarea sistemului de asistență medicală
	Managerii promovează conceptul de participare la conducere
	Managerii promovează cooperarea intersectorială

Sursa: Shortel and Kaluzny, 1994.

MODELE DE ORGANIZARE A SISTEMULUI DE SĂNĂTATE

Noua Sănătate Publică presupune integrarea sau cooperarea numeroaselor instituții de asistență medico-sanitară și implementarea programelor sanitare. În conformitate cu acest concept sistemul sanitar poate fi comparat cu o structură de rețea, elementele căreia sunt într-o permanentă interacțiune administrativă și financiară. Fiecare organizație furnizează unul sau mai multe servicii medico-sanitare. Modul lor de funcționare și interacțiune funcțională și financiară reprezintă aspecte importante ale managementului și determină rezultatele finale ale sistemelor sanitare. Sistemul sanitar funcționează ca o rețea în cadrul căreia există atât relații oficiale, cât și neoficiale. Acest sistem poate fi foarte complex și unit (cum ar fi în țările cu sisteme înalt decentralizate) cu multiple modalități de comunicare, achitare, reglare, de stabilire a standardelor și nivele administrative.

Relațiile strânse și permanentul schimb de experiență dintre diferiți furnizori de asistență medico-sanitară au o importanță funcțională, dar și economică. Acest fapt poate fi demonstrat prin următorul exemplu: probabilitatea dezvoltării complicațiilor și spitalizării îndelungate după naștere este mult mai mică la o femeie gravidă sănătoasă, care primește o asistență prenatală complexă, decât la o femeie gravidă sănătatea căreia este neglijată. Costul asistenței prenatale adecvate este minuscule în comparație cu costul tratamentului complicațiilor potențiale și a consecințelor lor pentru sănătatea femeii și a copilului nou-născut. Sistemul sanitar este responsabil de suplimentarea femeii de vârstă fertilă cu acid folic înainte de concepere și de asigurarea ei cu servicii de planificare a familiei astfel încât graviditatea apărută să fie dorită. Ține de responsabilitatea acestui sistem și asigurarea gravidei cu asistență prenatală, precum și urmărirea faptului ca perioada dintre nașteri să fie adecvată pentru a evita pericolele posibile pentru sănătatea mamei și a copilului. Departamentul de obstetrică trebuie să fie implicat în furnizarea asistenței prenatale, în special în cazurile de risc înalt, în care nașterea trebuie asistată în condițiile unei instituții specializate.

În mod similar în asistența medico-sanitară a copiilor și vârstnicilor există un șir de servicii sanitare publice și de asistență personală care asigură cost-eficiența serviciilor și programelor desfășurate. Impactul economic al îngrijirii unui copil bolnav afectează în primul rând spitalul. În cazul în care există un grant cu destinație specială oferit districtului în baza principiului capitației, atât spitalul, cât și serviciul de asistență primară sunt interesați în reducerea morbidității și mortalității. Acest principiu utilizat în activitatea organizațiilor de menținere a sănătății și sistemele districtuale de sănătate este pe larg discutat. El de asemenea face parte din principiile Noii Sănătăți Publice.

Organizațiile de asistență medico-sanitară diferă după dimensiuni, complexitate, apartenență, afiliere, tipurile de servicii acordate și localizare. De obicei organizația de asistență medico-sanitară furnizează un singur tip de serviciu, spre exemplu un spital de urgență acordă asistență urgentă spitalicească pacienților cu afecțiuni acute. După reforma sanitară recentă, organizațiile de asistență medico-sanitară, cum ar fi HMO sau sistemele districtuale de sănătate oferă pacienților un program complex de servicii populațional orientate. Fiecare organizație trebuie să aibă sau să creeze o structură convenabilă pentru atingerea scopurilor interne și externe care dealtfel trebuie bine definite. Problemele comune cu care se confruntă orice organizație includ guvernarea politică, procesul de producție sau prestare a serviciilor, supravegherea, finanțarea, problemele legate de mediul extern și adaptarea la condițiile schimbătoare.

Modelul funcțional

Modelul funcțional al unei organizații, care, probabil, este cea mai oportună metodă de organizare a unui spital mic, reprezintă diviziunea organizației în departamente funcționale specifice, cum ar fi spre exemplu, cel medical, financiar, farmacia și de lucru gospodăresc, fiecare dintre acestea raportând despre efectuarea lucrului agentului-șef sanitar executor (CEO) (Figura 12.6.). Agenția guvernamentală care poate fi reprezentată printr-o

echipă locală non-profit sau prin sistemul național de sănătate deține responsabilitatea legală pentru gestionarea și statutul financiar al spitalului, precum și pentru strângerea fondurilor necesare pentru investiții. Personalul medical poate fi antrenat în practica privată și, în același timp lucra în spital, având pacienții proprii, care în conformitate cu dreptul de „alegere a medicului” își aleg doctorul în dependență de calificarea acestuia. Personalul medical salariat poate include medicii din administrație, din secția de anatomie patologică, anestezie și radiologie. Astfel chiar și în sectorul privat o mare parte a personalului medical pot fi angajați ai spitalului.

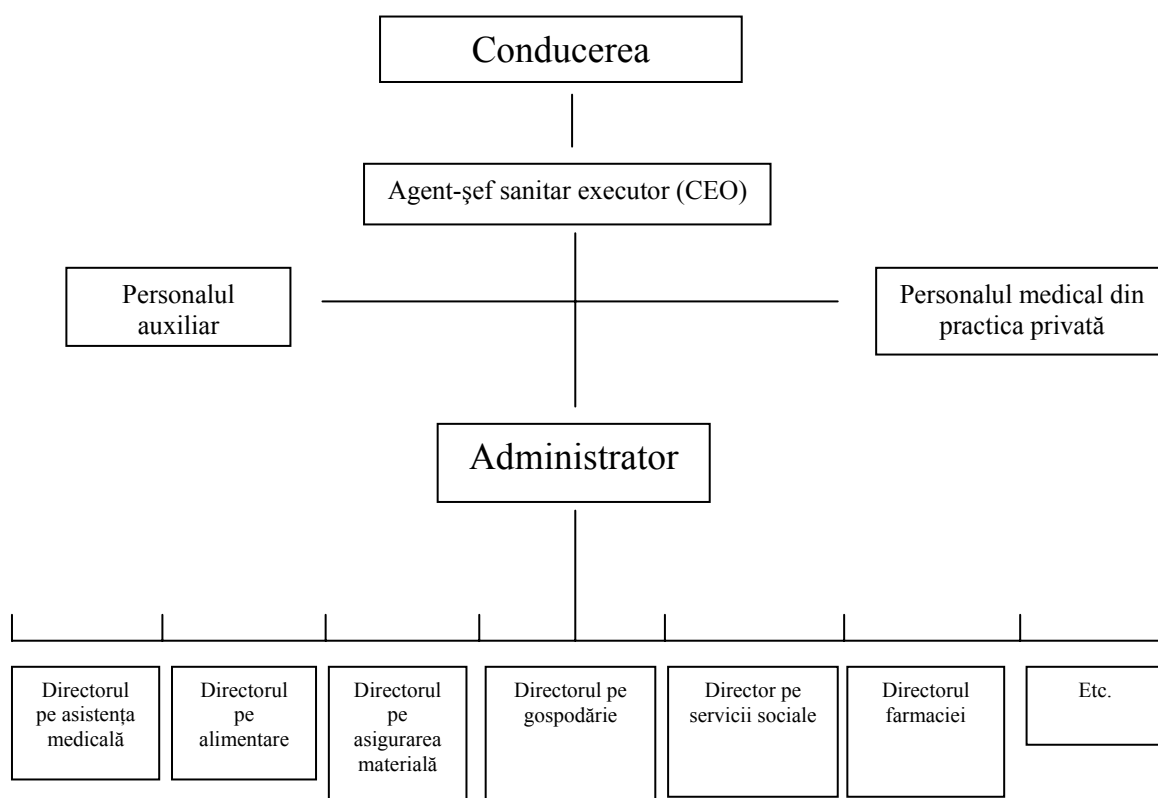


Figura 12.6. Modelul funcțional de organizare.

Această practică este larg răspândită în spitalele din America de Nord. Conducerea în componența căreia pot intra organizații de voluntariat, nonguvernamentale sau non-profit împreună cu reprezentanți ai municipalităților și comunității, poate fi desemnată pentru gestionarea

sistemului sanitar de către organizațiile de sponsorizare, municipale sau de fraternitate.

Modelul corporativ

Modelul corporativ al organizației medico-sanitare (Figura 12.7.) este frecvent utilizat în spitalele mari sau în cazul în care spitalele se contopesc cu alte instituții medico-sanitare. Acest model presupune delegarea responsabilităților de la CEO la alți membri ai corpului managerial superior, care poartă responsabilitatea operativă pentru sectoarele majore ale activității spitalului.

Una din diversitățile modelului corporativ este modelul divizionar a organizației medico-sanitare bazat pe diviziuni de servicii individuale ceea ce oferă posibilitatea unui management de nivel mediu și oferă un grad mai mare de autonomie (Figura 12.8). În acest model frecvent există o finanțare departamentală pentru fiecare serviciu în parte, care funcționează ca unitate economică de sine stătătoare echilibrându-și cheltuielile și veniturile. Fiecare diviziune este responsabilă de propria performanță, fiind totodată împuternicită și cu autoritatea de a lua decizii strategice și operative. Acest model este larg utilizat în corporațiile private cum ar fi spre exemplu General Motors din Statele Unite. Odată cu creșterea complexității serviciilor, acest model este tot mai mult implementat în sistemele de sănătate din Statele Unite, în baza principiului divizării regionale.

Modelul matriță

Modelul matriță al organizației medico-sanitare reprezintă o combinație a structurii piramidale cu cea de rețea (Figura 12.9). Acest model este potrivit pentru departamentul statal, districtual sau local de sănătate publică. Membrii personalului raportează despre rezultatele lucrului prin intermediul lanțului piramidal persoanelor superioare, totodată acești membri lucrează ca echipă multidisciplinară în programe sau proiecte specifice. Dietologul unui

departament geriatric se supune șefului serviciului alimentar dar, în același timp este și un membru al echipei unității geriatrice. În cadrul organizațiilor de menținere a sănătății sau a sistemului districtual de sănătate integrate pe orizontală, personalul specializat poate activa atât în spital, cât și în comunitate.

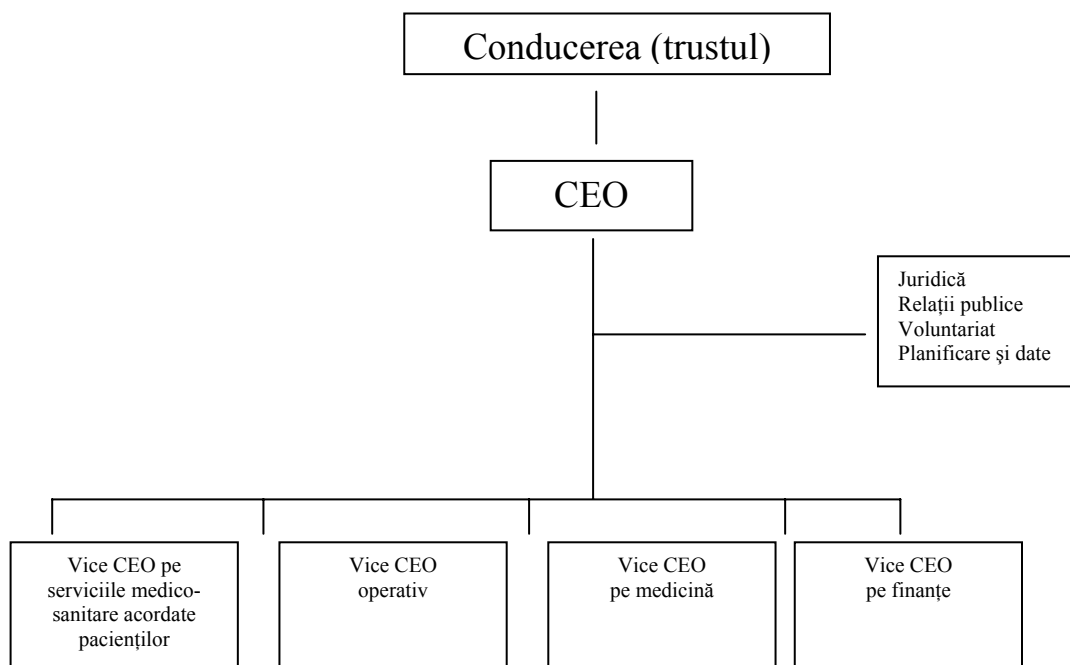


FIGURA 12.7. Modelul corporativ al organizației de asistență medico-sanitară.

Structura organizatorică potrivită unui șir de circumstanțe poate fi inoportună pentru alte situații. Chiar dacă sistemul de finanțare este o structură regională sau districtuală, pentru gestionarea internă a unui spital va fi nevoie de un model de organizare apropiat de el. Odată cu schimbarea condițiilor sanitare și economice spitalul trebuie să-și modifice structura organizatorică pentru a putea îndeplini pe deplin atât necesitățile în asistență medico-sanitară ale individului, cât și ale comunității.

DEPRINDERI MANAGERIALE

Administrarea unei organizații necesită abilități de definire a scopurilor și misiunilor organizației și de dezvoltare a strategiei și pașilor necesari pentru atingerea acestor scopuri. Ea necesită abilități de motivație și stimulare a

entuziasmului angajaților pentru a obține susținerea lor. În sistemul de asistență medico-sanitară, ca și în alte organizații este mai ușor de elaborat un plan decât de a-l realiza. Pentru efectuarea unor reforme este nevoie nu numai de formularea conceptului, dar și de modificarea structurii organizatorice, resurselor bugetare, politicilor operative și ceea ce este mai important, de o cultură corporativă a organizației.

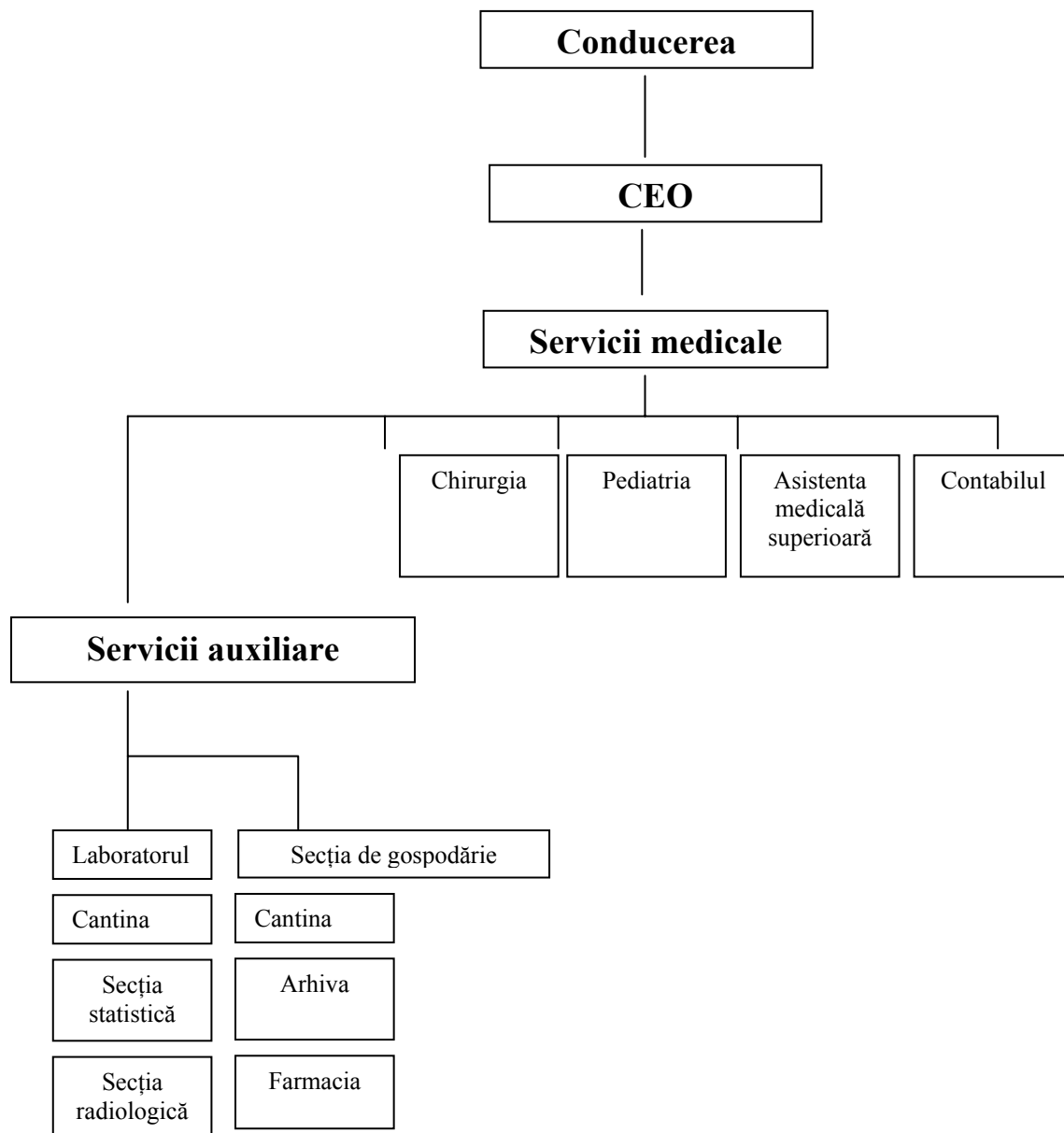


FIGURA 12.8. Modelul divizionar al organizației de asistență medico-sanitară.

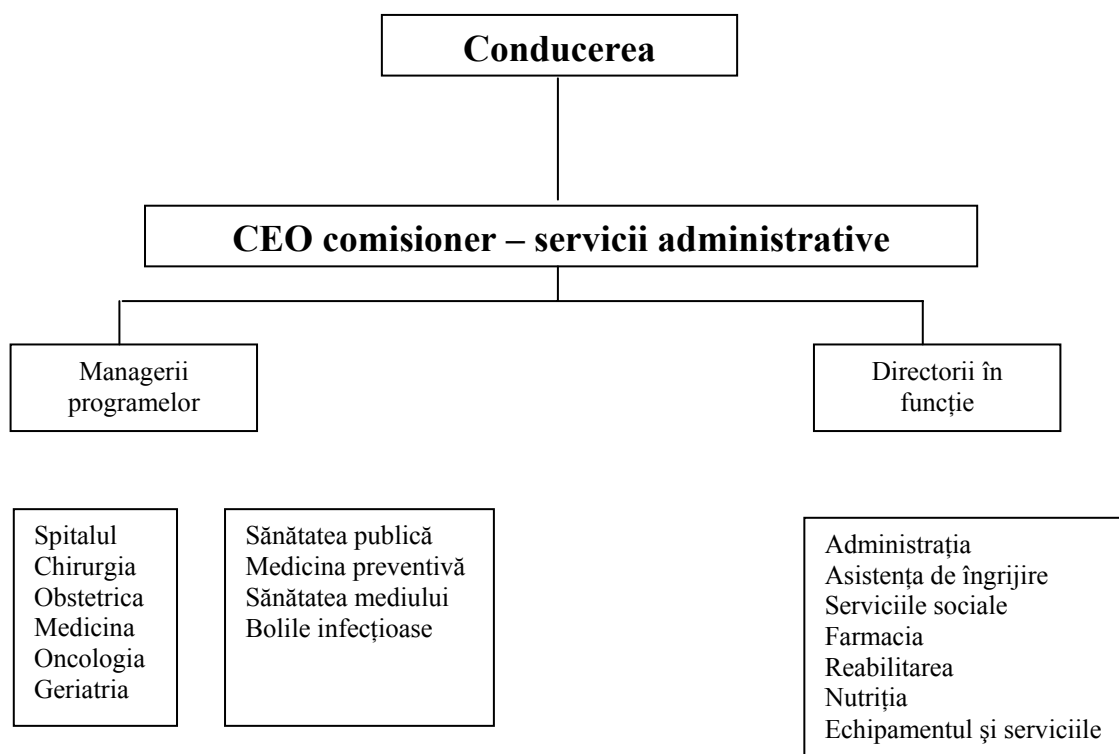


FIGURA 12.9. Modelul matriță al organizației de asistență medico-sanitară.

Managementul include o serie de deprinderi care nu fac parte în mod obligator din procesul de pregătire a profesionistului sanitar. Clinicienii iscusiți venind în funcție frecvent necesită deprinderi manageriale cu scop de creare și dezvoltare a infrastructurii asistenței medico-sanitare. În unele țări, managerii spitalelor pot fi din rândurile medicilor, deseori fiind reprezentați de chirurgii principali. Capacitățile clinice nu sunt o dovadă incontestabilă a deprinderilor manageriale de lucru cu forța de muncă, bugetele și resursele. Din acest motiv perfecționarea în domeniul managementului este de o importanță vitală pentru un profesionist medico-sanitar.

Un manager trebuie să fie instruit în domeniul cercetării și depistării faptelor și trebuie să posede abilități de evaluare a oamenilor, programelor și subiectelor, de stabilire a priorităților de scurtă și lungă durată. Negocierea cu personalul și agențiile externe reprezintă activități constante ale managerului, de rând cu luarea deciziilor triviale sau cruciale care presupun implicații

majore. Probabil cea mai importantă deprindere a unui manager este comunicarea: abilitatea de a se exprima verbal, scris sau prin mesaje inteligibile, precum și evaluarea răspunsurilor primite.

Deprinderile de a construi relații interpersonale sunt o parte componentă a practicii manageriale. Un manager capabil poate comunica cu personalul de la toate nivelele organizatorice într-un mod deschis și egal. Aceasta este esențial pentru crearea unei senzații de mândrie printre personal și participarea personalului la procesul de realizare a unor și acelorași scopuri și obiective, demonstrând fiecărui membru al echipei importanța lui pentru realizarea obiectivelor organizației. În același timp managerul trebuie să difuzeze informația în special referitor la căile de realizare a obiectivelor organizației.

AGENT-ŞEF SANITAR EXECUTOR AL ORGANIZAȚIILOR SANITARE

Directorii spitalelor, în trecut, erau reprezentați de medici superiori, frecvent numiți superintendenți, care nu posedau studii speciale în domeniul managementului sanitar. Agentul-șef executor (CEO) în anii 1960 a devenit un tip răspândit de manager în Statele Unite, fiind numit administrator. Supunându-se conducerii care colecta fonduri, stabilea politica, CEO frecvent era implicat direct în administrarea internă.

În organizațiile unde CEO nu era medic, practică răspândită în spitalele Americii de Nord, izbucneau deseori conflicte între CEO și personalul clinic al spitalului; în unele instituții aceasta a dus la înființarea unei structuri paralele cu un medic-șef al personalului spitalicesc. În spitalele europene, CEO este reprezentat, de obicei, de un medic, practica integrării funcției manageriale cu rolul de șef al clinicii fiind prevalentă.

Cu timpul, odată cu majorarea costurilor și a complexității sistemului sanitar, rolul CEO s-a schimbat acesta devenind un coordonator al mai multor servicii. În prezent CEO este mai mult implicat în relațiile externe și mai puțin

în gestionarea cotidiană a instituției. CEO este un partener, dar *primum inter pares* sau primul printre egali, într-o echipă managerială care deține informația necesară și lucrează pentru realizarea obiectivelor și soluționare problemelor apărute. Aceasta compensează rolul lui autoritar și subliniază importanța funcției integrative.

CEO este responsabil de managementul financiar al bugetelor de gestionare și capitale ale instituției, care este deosebit de important pentru planificarea și dezvoltarea instituției. Bugetele includ patru factori majori: venitul, cheltuielile de regie fixe, cheltuielile de regie variabile și costurile capitale, toate fiind de o importanță crucială pentru supraviețuirea și dezvoltarea organizației.

Rolul cheie al managementului de conducere este de a elabora direcția de dezvoltare, scopul și sarcinile instituției, pentru a menține o atmosferă de lucru și funcționarea sistemelor care asigură cea mai bună calitate a asistenței, validitatea financiară, precum și de a reprezenta instituția în public. Responsabilitatea totală pentru funcționarea și prosperitatea instituției aparține CEO și conducerii.

PARTICIPAREA COMUNITĂȚII

Participarea comunității în managementul instituției sanitare are tradiții vechi și constructive. Echipele spitalicești tradiționale serveau drept mecanism de participare a comunității la gestionarea instituției medico-sanitare și promovau dezvoltarea și managementul acesteia la nivel comunitar. Odată cu majorarea rapidă a costurilor de regie, implementarea schemelor de asigurare statală, stabilirea de către legislativ a obligațiilor spitalelor și majorarea rolului complex al organelor guvernamentale în rezolvarea cazurilor de malpraxis și în asigurarea calității, rolul echipelor spitalicești a evoluat de la unul filantropic și

de colectare a fondurilor la cel de determinare a politicii generale și de planificare a funcțiilor, activând într-o strânsă colaborare cu personalul medical superior și cel managerial. În sistemele sanitare centralizate cum ar fi Serviciul Național de Sănătate din Marea Britanie era promovată dezvoltarea sistemelor districtuale și regionale de sănătate, participarea comunității la managementul sanitar atât la nivel de district, cât și la nivel de servicii individuale (practica generală și spitalele).

INTEGRAREA – PE ORIZONTALĂ ȘI VERTICALĂ

Raționalizarea instituțiilor sanitare tot mai mult presupune stabilirea legăturilor între instituțiile altădată independente. Contopirea instituțiilor sanitare sunt evenimente răspândite în mai multe țări. În Statele Unite, contopirea spitalelor sau a instituțiilor medicale în sisteme HMO sau de asistență controlată, în prezent reprezintă o practică obișnuită. În multe state reforma sanitară este bazată pe astfel de legături.

Integrarea pe orizontală este un termen utilizat pentru contopirea instituțiilor similare. Aceasta presupune, spre exemplu, contopirea hotelurilor, iar în sistemul de asistență medico-sanitară - a două sau mai multe spitale, de obicei cu scop de reducere a costurilor, îmbunătățire a finanțării, asigurare a cost-eficienței și evitării dublării serviciilor. Spitalele urbane frecvent ca răspuns la competiția pieței cumpără alte spitale. Aceasta înlesnește procesul de management al spitalului pentru CEO și personal, dar totodată împiedică micșorarea spitalului și integrarea lui cu serviciile comunitare.

Integrarea pe verticală reprezintă legăturile organizatorice dintre diferite instituții de asistență medico-sanitară care formează o rețea complexă de servicii. Aceasta permite devierea atenției primordiale și resurselor de la asistența spitalicească la instituțiile de asistență de lungă durată, la domiciliu și ambulatorii. Acest model este caracteristic pentru asistența controlată sau

sistemul de sănătate districtual. Interesul comunitar este un factor care favorizează integrarea serviciilor, modificarea culturii manageriale, în special în spital.

Supraviețuirea instituției medico-sanitare poate depinde de integrare cu modificarea cuvenită a conceptului managerial. În anii 1990 din cauza costurilor exagerate ale sistemului de plată pentru serviciu și a promovării de către stat a asistenței controlate pentru beneficiarii Medicare și Medicaid, majoritatea locuitorilor din California au trecut în programe de asistență medico-sanitară controlată. Spitalele independente care nu aveau legături stabilite cu sistemul de asistență controlată s-au pomenit într-un pericol financiar. Rata de ocupare a paturilor în spitalele comunitare din Statele Unite a scăzut de la 75% în 1975 la 62% în 1996. Majoritatea centrelor medicale au răspuns la această micșorare prin procurarea spitalelor comunitare cu dezvoltarea grupurilor medicale afiliate și a relațiilor contractuale cu organizațiile de asistență controlată cu scop de întărire a poziției pe piața de servicii medico-sanitare.

Integrarea pe verticală este importantă nu numai în regiunile urbane, dar poate servi ca bază și pentru dezvoltarea asistenței medico-sanitare rurale în țările în curs de dezvoltare. Spitalul districtual și centrul de asistență medico-sanitară primară, implementând un program de integrare pot furniza un program de servicii de calitate înaltă și complex. Asistența medico-sanitară spitalicească fiind o practică răspândită în țările industrializate împiedică alocările adecvate de fonduri pentru sistemul de asistență primară. Pentru evitarea acestui fapt țările în curs de dezvoltare pot adopta conceptul prioritar de asistență primară care în prezent constituie baza sistemului de asistență controlată și care constă în reducerea treptată a asistenței spitalicești prin îmbunătățirea serviciilor ambulatorii și preventive.

NORME ȘI INDICI DE PERFORMANȚĂ

Normele, în cazul în care se bazează pe standarde empirice confirmate prin experiențe, erori și observații științifice, sunt utile pentru promovarea utilizării eficiente a resurselor și standardelor înalte de asistență. Normele insuficient confirmate trebuie supuse observărilor și experiențelor. Acest proces de verificare și confirmare cere de la cercetători o examinare atentă, raportare detaliată și publicarea datelor pentru inițierea unei discuții printre colegi cu scop de stabilire definitivă a acestor norme.

Standardele normative de planificare sunt determinate de numărul populației deservite de o unitate, indice care s-a dovedit a fi optimal pentru satisfacerea deplină a necesităților sanitare ale populației (spre exemplu, numărul de paturi sau doctori la 1000 de populație). Instituțiile cu model birocratic de organizare utilizează normele de resurse ca bază pentru planificarea și finanțarea serviciilor (Capitolul 11). Această practică încurajează sistemele de achitare să utilizeze excesiv resursele disponibile. Dacă o întreprindere este finanțată după numărul de lucrători și nu după numărul și calitatea automobilelor produse, conducerea nu este motivată să introducă măsuri de îmbunătățire a eficienței și calității producției. În cazul în care un spital districtual este finanțat reieșind din numărul de paturi sau zile de spitalizare nu există motivații de a introduce serviciile alternative cum ar fi chirurgia ambulatorie sau asistența la domiciliu.

Performanța unui serviciu preventiv se apreciază prin estimarea funcțiilor preventive specifice cum ar fi imunizarea, mamografia, frotiurile Pap, screening-ul pentru depistarea diabetului zaharat și a hipertensiunii arteriale. Acești indici de performanță sunt măsuri indirecte de apreciere a eficienței economice a serviciului și evaluarea lor a fost recunoscută ca cea mai oportună metodă pentru monitorizarea și finanțarea serviciului. Medicii generaliști în Marea Britanie primesc recompense suplimentare pentru obținerea unei

imunizări complete a copiilor deserviți de ei. Granturi în bloc sau sume în baza principiului de capitație pot fi oferite pentru obținerea standardelor bune în prevenție (spre exemplu, reducerea mortalității infantile și materne). Stimulările financiare cu destinație specială ale spitalelor pot promova utilizarea serviciilor ambulatorii ca alternativă a spitalizării cu scop de reducere a duratei de spitalizare. Resursele financiare limitate în țările industrializate și mai ales în țările în curs de dezvoltare fac utilizarea indicilor corespunzători de performanță de o importanță crucială pentru managementul resurselor.

MODELE ORGANIZATORICE NOI

În multe țări în ultimul timp s-au dezvoltat noi modele de organizare a asistenței medico-sanitare. Aceste modele au apărut în procesul de căutare a noilor metode economice mai eficiente de acordare a asistenței medicale precum și în rezultatul implementării conceptului de planificare sanitară orientată spre realizarea obiectivelor specifice. Țările dezvoltate caută să stăpânească ritmul de creștere al costurilor medicale, iar țările în curs de dezvoltare sunt în căutarea metodelor rapide și ieftine de îmbunătățire a sănătății populațiilor. Noile modele organizatorice, care tind să realizeze aceste obiective includ sistemele districtuale de sănătate și sistemele de asistență controlată descrise detaliat în Capitolul 11.

MANAGEMENTUL ȘI NOUA SĂNĂTATE PUBLICĂ

Scopul principal al managementului sanitar este îmbunătățirea sănătății și nu menținerea stării funcționale a instituției. Managementul separat al variatelor instituții medico-sanitare a evoluat pe parcursul istoriei odată cu dezvoltarea

sistemelor de finanțare. Noua Sănătate Publică privește toate serviciile ca parte componentă a unei rețele de servicii interdependente, fiecare satisfăcând necesități sanitare specifice, fie în domeniul asistenței spitalicești sau al igienei alimentare.

Managementul și finanțarea separată a acestui complex de servicii rezultă în alocarea disproporțională a fondurilor, personalului și atenției pentru serviciile tradiționale cum ar fi spitalele și împiedică redirectionarea resurselor spre alte tipuri de servicii mult mai cost-eficiente cum ar fi asistența la domiciliu și preventivă. Implementarea în sistemele de finanțare a metodelor de stimulare a eficienței și de stăpânire a costurilor este de o importanță majoră pentru determinarea conceptului și direcției manageriale și de planificare, fiind totodată considerate importante în promovarea sănătății.

Conceptul managerial de rezolvare a acestei dileme constă în promovarea profesională a principiilor Noii Sănătăți Publice. O instituție condusă prin metode manageriale vechi poate deveni necompetitivă în noile condiții economice, care necesită reducerea asistenței spitalicești și fortificarea promovării sănătății. În noile condiții ale secolului XXI managementul defensiv, internalizat va fi înlocuit de conceptul managerial larg și complex al Noii Sănătăți Publice.

REZUMAT

Asistența medico-sanitară este una din cele mai mari și importante industrii din orice țară care consumă de la 3% la 14% din GNP. Ea reprezintă un serviciu și nu o industrie de producere, fiind de o importanță vitală pentru sănătatea și prosperitatea individului, populației și a economiei. Deoarece în sistemul sanitar este angajat un număr enorm de profesioniști calificați și personal necalificat domeniul sanitar este frecvent de o importanță vitală pentru

supraviețuirea economică a comunităților mici, precum și pentru prosperitatea acestora.

Managementul include planificarea, conducerea, controlul, organizarea, motivarea și luarea deciziilor. El se ocupă de alocarea resurselor și personalului cu scop de realizare a obiectivelor trasate. Astfel managementul include și studii în domeniul utilizării resurselor și al motivației și funcției oamenilor implicați (producătorul sau furnizorul și clientul sau pacientul). Managementul nu poate fi adecvat în condițiile unui vacuum informațional; el se bazează pe o monitorizare continuă a informației și comunicării ei tuturor părților implicate. Aceste funcții sunt caracteristice tuturor nivelelor manageriale, de la managementul strategic la cel operativ de gestionare a unui proces de producere sau a unui sistem de servicii. Managementul creativ al sistemelor sanitare este de o importanță vitală pentru funcționarea adecvată a macrosistemului, precum și a departamentului sau serviciului individual. Acest tip de management presupune utilizarea rațională a resurselor pentru realizarea obiectivelor într-o satisfacție comunității, furnizorului și consumatorului. Toate aceste concepte sunt utile nu numai în cazul în care există o abundență de bani, dar în special în condițiile unor resurse limitate, când trebuie făcute alegeri dificile pentru alocarea lor.

Scopul Noii Sănătăți Publice este extrem de larg. El include realizarea programelor tradiționale ale sănătății publice, dar mai ține și de managementul și planificarea sistemului comprehensiv de servicii și monitorizarea acestuia. Selectarea țăintelor și priorităților este mai frecvent determinată de circumstanțele reale, decât de cele ideale. Managerul sanitar, fie el de nivel macrosanitar sau manager al unei clinici, trebuie să-și orienteze eforturile asupra posibilităților de realizare a obiectivelor trasate prin metode curente și corespunzătoare. Un management reușit presupune definirea clară a obiectivelor bazată pe un echilibru dintre posibilitățile reale și cele deziderate. Toate acestea pot fi exprimate în următorul mod: „inamicul frumosului este perfecțiunea”. Noua Sănătate Publică nu este doar un concept, dar și o abordare

managerială a problemelor sanitare care va permite îmbunătățirea sănătății individului și populației.

LECTURĂ RECOMANDATĂ

- Kirsch, T. 1988. Local area monitoring (LAM). *World Health Statistics Quarterly*, 41:19-25.
- McMahon, R., Barton, E., Piot, M., Gelina, N., Ross, F. 1992. *On Being in Charge: A Guide to Management in Primary Health Care*, Second Edition. Geneva: World Health Organization.
- Scott, R. W. 1992. *Organizations: Rational, Natural and Open Systems*, Third Edition. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Woodall, J. P. 1988. Epidemiological approaches to health planning, management and evaluation. *World Health Statistics Quarterly*, 41:2-10.

BIBLIOGRAFIE

- Aday, L. A., Begley, C. E., Lairson, D. R., Slater, C. H. 1993. *Evaluating the Medical Care System: Effectiveness, Efficiency, and Equity*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Adler, P. S. 1993. Time-and-motion regained. *Harvard Business Review*, January-February: 97-108.
- Aguayo, R. 1990. *Dr. Deming: The American Who Taught the Japanese About Quality*. New York: Simon & Schuster.
- Cohen, J. 1990. Health policy, management and economics. In Lambo, T., Day, S. B. (eds). *Issues in Contemporary International Health*. New York: Plenum.
- Darr, K., Rakich, J. S. 1989. *Hospital Organization and Management*, Fourth Edition. Owings Mills, MD: National Health Publishing.
- Donabedian, A. 1976. *Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care*. Boston: Harvard University Press.
- Duncan, W. J. P., Ginter, P. M., Swayne, L. E. 1995. *Strategic Management of Health Care Organizations*. Cambridge, Massachusetts: Blackwell Business.
- Dutton, D. B. 1979. Patterns of ambulatory health care in five different delivery systems. *Medical Care*, 17:221-243.
- Ellencweig, A. Y. 1992. *Analysing Health Systems: A Modular Approach*. Oxford: Oxford University Press.
- Ezoni, A. 1964. *Modern Organizations*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Glynn, J. J., Perkins, D. A. (eds). 1995. *Managing Health Care: Challenges for the 90s*. London: W. B. Saunders.

- Griffith, J. R. 1993. *The Moral Challenges of Health Care Management*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Katzenbach, J. R., Smith, D. K. 1993. *The Wisdom of Teams: Creating the High-Performance Organization*. Cambridge, MA: Harvard Business School Press.
- Maslow, A. 1954. *Motivation and Personality*. New York: Harper.
- May, E. 1945 *The Social Problems of an Industrial Civilization*. Boston: Graduate School of Business Administration, Harvard University.
- Mintzberg, H. 1994. The fall and rise of strategic planning. *Harvard Business Review*, January-February: 107-114.
- Mooney, G. 1987. What does equity in health mean? *World Health Statistics Quarterly*, 40:296-303.
- Reinke, W. A. (ed). 1988. *Health Planning for Effective Management*. New York: Oxford University Press.
- Robbins, S. P. 1990. *Organization Theory: Structure, Design and Applications*, Third Edition. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Shortell, S. M., Kazluny, A. D. (eds.). 1994. *Health Care Management: Organization Design and Behavior*, Third Edition. Albany, NY: Delmar Publishers.
- Sloan, M. D., Chmel, M. 1991. *The Quality Revolution and Health Care: A Primer for Purchasers and Providers*. Milwaukee, WI: ASQC Quality Press.
- Tarimo, E. 1991. *Towards a Health District: Organizing and Managing District Health Systems Based on Primary Health Care*. Geneva: World Health Organization.
- Taylor, C. E. 1992. Surveillance for equity in primary care: Policy implications from international experience. *International Journal of Epidemiology*, 21:1043-1049.
- Taylor, F. W. 1947. *Scientific Management*. New York: Harper & Brothers, reprint.
- Vaughn, J. P., Morrow, R. H. 1989. *Manual of Epidemiology for District Health Management*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. 1994. *Information Support for New Public Health Action at the District Level*. Report of a WHO Expert Committee. Technical Support Series 845. Geneva: World Health Organization.