

EXIGENȚE CONTEMPORANE PRIVIND MANAGEMENTUL CALITĂȚII

STUDIU DE CAZ: UNITĂȚI SANITARE

Suzana STĂNESCU ¹

Rezumat

Calitatea îngrijirii este un concept dinamic cu multe dimensiuni, dependente atât de perspectiva persoanei care răspunde la întrebare, cât și de contextul social, organizațional și de mediu. Definiția calității îngrijirii de sănătate se bazează pe valori unice în cadrul culturii (atât cultură profesională, cât și cultură etnică) și pe contextul situației. Este imposibil să definești calitatea îngrijirii, fără a ține seama de valorile ce se află în spatele individului, de situația socială și profesională.

Pentru a fi competitiv și concurențial, o Unitate Sanitară care asigură servicii medicale, oricare ar fi statutul său, trebuie să-și cunoască concurenții, să studieze performanțele lor, să se preocupe de satisfacerea pacienților, să cunoască zona de influență și clientela obișnuită, piața sa și tendințele de evoluție ale acestora.

Spitalul trebuie să evolueze către:

- o mai mare adaptabilitate și flexibilitate a echipelor;
- o mai multă recunoaștere a rolului și importanței resurselor umane;
- trebuie să se consulte asupra rolului de organizare și funcționare (să analizeze toate verigile lanțului de realizare a îngrijirilor medicale, să le formalizeze, să le simplifice, privind fluxul de pacienți, de resurse sau informații).

A conduce o unitate sanitară înseamnă a administra multiple activități și resurse. Unitățile au individualizat compartimente-calitate însărcinate cu acest aspect. Cerințele managementului calității sunt aplicabile în toate aceste nuclee, fie că sunt administrative, logistice, medicale și medico-tehnice.

Managementul calității este unul din aspectele de management al unei unități sanitare, același lucru ca managementul resurselor umane, financiare, logistică, aprovizionări, managementul strategic sau chiar cel al afacerilor medicale. Un sistem de management al calității te ajută să obții și să-ți îmbunătățești permanent performanțele

Cuvinte cheie: managementul calității, standarde de calitate, management sanitar, calitatea îngrijirii

CUPRINS

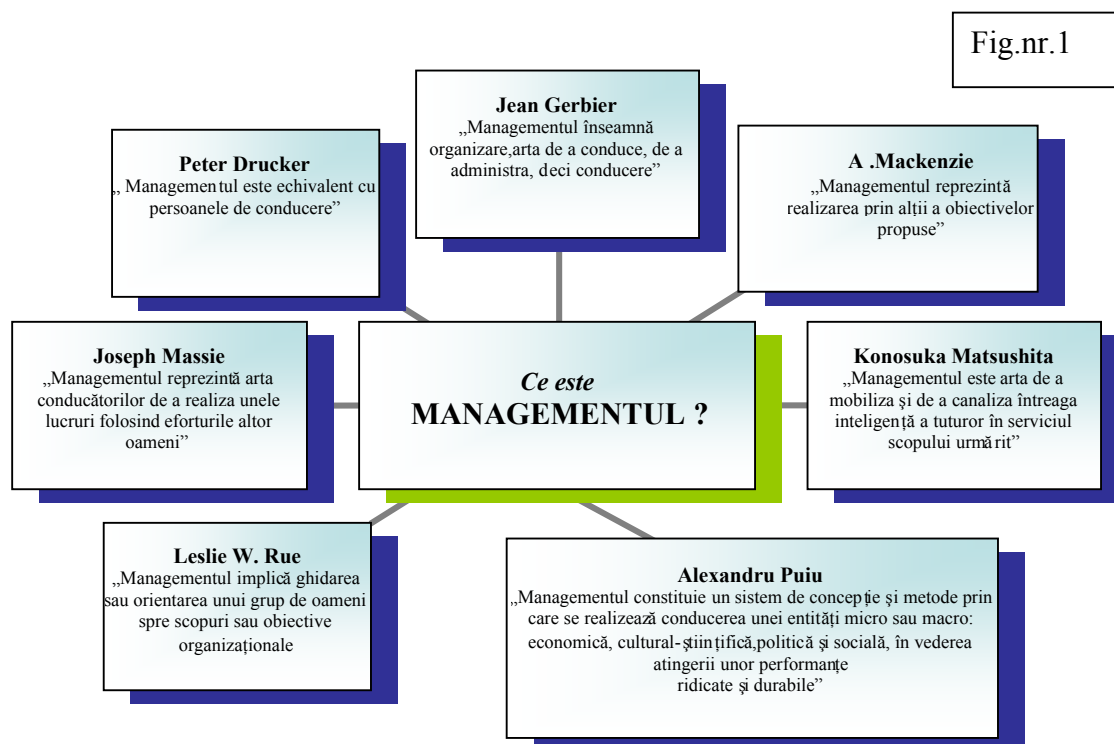
| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Capitolul 1. Managementul - știință a conducerii | |
| 1. Definierea și funcțiile managementului..... | 2 |
| 2. Principiile generale ale conducerii. Sursele autorității în activitatea de conducere..... | 3 |
| Capitolul 2. Ce este calitatea ? | |
| 1. Conceptul de calitate - definiție | 4 |
| 2. Scurtă istorie a mișcării internaționale pentru promovarea calității..... | 4 |
| 3. Principiile esențiale și mijloacele de acțiune ale managementului calității..... | 5 |
| Capitolul 3. Sistemele de sănătate din uniunea europeană | |
| 1. Calitatea îngrijirii și standardele referitoare la management în contextul sănătății..... | 7 |
| 2. Probleme organizatorice întâlnite în unitățile sanitare care asigură servicii medicale. Locul calității în managementul unei unități sanitare | 9 |
| 3. Etapele de implementare a sistemului de management al calității într-o unitate sanitară care asigură servicii medicale..... | 10 |
| 4. Aplicarea sistemului de management al calității serviciilor în unitățile sanitare..... | 11 |
| Concluzii și propuneri pentru activitățile viitoare | 12 |
| Bibliografie..... | 13 |

¹ Universitatea Constantin Brancoveanu Pitești
Facultatea Management Marketing în Afaceri Economice
Îndrumător: Prof. univ. dr. Alexandru Puiu
Asist. univ. drd. Iuliana Scărlătescu

CAPITOLUL I. Managementul – știință a conducerii

1. Definirea și funcțiile managementului

Preocuparea de a asigura un **caracter rațional** activităților umane au existat din cele mai vechi timpuri. Literatura de specialitate a furnizat de-a lungul scurgerii timpului, **concepte și teorii** pe baza cărora s-au elaborat diferite definiții, atribuite științei conducerii.



În ciuda diversității elementelor pe care pun accentul aceste definiții, există câteva **elemente – cheie** :

- nevoia de scopuri și obiective, pentru obținerea de rezultate orientate;
- importanța coordonării eforturilor individuale, în cadrul procesului;
- faptul că munca directă este în mare parte sau chiar în întregime efectuată de alții și nu de manager.

Posibile motivații pentru studierea managementului:¹

LEGEA LUI HELLER: Primul mit al managementului este acela că: el există.

COROLARUL LUI JOHNSON: Nimeni nu știe ce petrece în interiorul unei organizații.

- **Fiecare persoană are șansa potențială de a fi promovat într-un post de conducere.**

În momentul promovării sentimentul de mândrie este cel mai puternic, dar apare teama de a nu face față. Se observă că, odată ajuns într-un post de conducere, activitățile de zi cu zi devin preocuparea constantă. Timpul se reduce, apare *criza de timp* și managerul nu are timp să reflecteze asupra activității sale. Totul se transformă în haos și stress, iar consecințele negative apar imediat. De aceea :

- **Studiul managementului vă poate ajuta să deveniți eficace.**

A fi eficace, pentru un manager cât și pentru altă persoană, înseamnă a înțelege și a îndeplini sarcinile pe care le presupune munca sa. Cei care vor să-și îmbunătățească activitatea trebuie să-și revizuiască atât eficacitatea, cât și eficiența (*eficacitate-înseamnă să faci ceea ce trebuie să faci, eficiență-înseamnă o folosire cât mai economică a resurselor*).

- **Studiul managementului poate ajuta și la o mai bună gestionare a celor 4 tipuri de resurse de care dispuneți: resurse umane, resurse financiare, resurse materiale, timp.**

¹ Butu C, Dragomirișteanu A, Fărcășanu D.- Managementul Serviciilor de Sănătate, Ed. Coresi, 2000, p.113

Henri Fayol clasifică funcțiile manageriale în următoarele categorii:

- **Planificarea** presupune „evaluarea viitorului și inițierea măsurilor necesare”. Ca să funcționeze adecvat o organizație are nevoie de un plan care să îndeplinească următoarele caracteristici: unitate, continuitate, flexibilitate și precizie;
- **Organizarea** - „crearea structurii manageriale și umane a organizației, adică stabilirea relațiilor de autoritate și responsabilitate;
- **Funcția De Personal** (resurse umane) - include activitățile legate de managementul resurselor umane sau personal administrativ (recrutarea și selectarea personalului, descrierea postului, plasarea angajaților în locuri de muncă adecvate, perfecționare, recompensare);
- **Conducerea** (leadership) presupune să dai subordonaților un ghid pentru ceea ce trebuie și ceea ce nu trebuie să facă; se referă la relațiile existente între manager și subordonați;
- **Controlul**-funcția managementului centrată pe monitorizarea și evaluarea performanței. Scop-îmbunătățirea calității continue. Este funcția fundamentală a managementului și include activitățile manageriale ținute pe producerea rezultatelor și creșterea performanței. Controlul implică stabilirea de standarde și compararea rezultatelor obținute cu aceste standarde.

2. Principiile generale ale conducerii. Sursele autorității în activitatea de conducere

Se descriu următoarele 9 principii generale ale conducerii:

1. Conducerea prin obiective
2. Diviziunea muncii
3. Înlocuirea resurselor rare
4. Convergența muncii
5. Învățarea prin experiență
6. Funcțiile determină structura
7. Delegarea autorității
8. Conducerea prin excepție
9. Utilizarea celui mai scurt drum, până la decizie.

O definiție funcțională a autorității ar fi: capacitatea de a modifica atitudinea sau comportamentul altor persoane. În activitatea managerială, autoritatea este atributul pe care îl are un conducător de a pretinde ascultare. Autoritatea face posibilă luarea și executarea deciziilor.

Principalele **surse** ale autorității sunt:

1. Poziția ierarhică (cea ocupată de un conducător într-o unitate; are caracter efemer).
2. Autoritate de competență (dată de cunoștințele și tehnologiile folosite de un conducător în activitatea sa).
3. Charisma (calitate înăscută asociată autorității morale).

Orice autoritate este dublată de **RESPONSABILITATE**. În organizațiile concepute clasic operează 3 **nivele** de responsabilitate și anume:

- Responsabilitate de nivel strategic-atributul „directorilor generali”;
- Responsabilitate managerială de nivel mediu-este cea care o au conducătorii, care se ocupă de buna desfășurare a proceselor;
- Nivelul operațional-este treapta la care apare producția de servicii.

În activitatea managerială se manifestă în prezent câteva **tendențe noi** și anume:

-în domeniul planificării: alianțele strategice;

-în domeniul organizării: cultura organizațională sau corporatistă;

-în domeniul personalului: competența, controlul stress-ului și plata în funcție de performanță;

-în conducere-dirijare: activitatea antreprenorială desfășurată în interiorul organizației;

-în activitatea de control: mecanismele de asigurare și evaluare a calității îngrijirilor de sănătate.

CAPITOLUL II. Ce este calitatea ?

1. Conceptul de calitate - definiție

Motto: „Calitatea nu este un proces, e o stare de spirit”
(J.M.JURAN)

Conceptul general de calitate comportă sensuri de natură socială, filozofică, economică și tehnică. Ca o definiție generală **Calitatea produselor și serviciilor este dată de sinteza principalelor proprietăți, care exprimă gradul de utilitate în satisfacerea unei nevoi.**¹

Potrivit Standardului Internațional ISO 9000/2000, CALITATEA reprezintă „măsura în care un ansamblu de caracteristici intrinseci îndeplinesc cerințele”. Cele mai recente concepții definesc, astăzi, calitatea ca fiind: **obținerea satisfacției durabile ale clientului, răspunzând la nevoile și așteptările sale, în mediul unui organism care se angajează să îmbunătățească în mod constant randamentul și eficacitatea sa.**

Fig.nr.2



2. Scurtă istorie a mișcării internaționale pentru promovarea calității

Amintim principalele documente și etape care punctează evoluția noțiunii și a conceptului de **calitate**, de la începuturi până azi:

*- **Cel mai vechi document cu referire la calitate** este prima carte a Bibliei, GENEZA. Textul biblic ne relatează că la sfârșitul fiecărei zile, după ce Dumnezeu și-a terminat opera, „a văzut că aceasta a fost bine făcută”. Acesta a fost debutul acțiunii de conducere a calității.

*-Acum 2150ani (î.e.n.) „**Codul lui Hammourabi**” preciza că, în cazul unei construcții neviabile, care să omoare ocupanții, respectivul constructor va fi omorât.

*-Cel mai vechi **tratat de control al calității** a fost descoperit la TEBA, în Egipt (1450 î.e.n.) care arăta cum un inspector verifică perpendicularitatea unui bloc de piatră cu ajutorul unei sfori, sub privirea celui care îl executase.

*-În urmă cu 400 de ani, la **Uzinele în Franța, textile din Lyon**, în registrul de fabricație se menționa despre „măsuri de satisfacere ale clientului”.

*-La sfârșitul sec. al-XVIII-lea **Vaquette de Gribeauval**, inspector general al artileriei a dezvoltat principiul intersanjabilității care constituie caracteristica cheie a producției moderne.

*-1907-**În cadrul Companiei Ford din S.U.A.**, pe baza teoriei lui Taylor –era prevăzut că inspecția calității era un fundament al organizării muncii.

¹ Butu C, Dragomirișteanu A, Fărcășanu D.-Managementul Serviciilor de Sănătate- Ed Coresi, 2000,-p.272.
Fig. nr.2 Efectuată de către autor conform lucrării Olaru M.,„Managementul Calității” -Editura Ecomonică București, 1995

*-1945- **dr. Feigenbaum** (Institutul de Inginerie Electronică- S.U.A.) a publicat un articol intitulat „Calitatea ca o componentă pentru management”, iar în 1951 a publicat cartea intitulată: „Total Quality Control”-

*-1950- **profesorii W.E. Deming și J.M. Juran** au început formarea cadrelor în industria japoneză, a căror rezultate le constatăm astăzi și care au ca slogan: „**Calitatea este problema tuturor**”.

*-1951-**profesorul Juran** a publicat cartea intitulată:”**Quality Control Handbook**”, care a devenit cartea de căpătâi în domeniul organizării controlului calității în întreprinderi. **În România** apare în anul 1973 sub titlul: „**Controlul produselor**”

*-1979-**Organizația britanică de standardizare (B.S)** publică standardul BS 5750 „Sisteme calitate” (predecesorul familiei de standarde internaționale ISO 9000)

*-1986 și 1987, **Organizația Internațională de Standardizare (ISO)** publică primele standarde consacrate calității, ISO 8402 „Calitate-Vocabular” și seria ISO 9000 „Sistemele Calității”.

*-1994-se face **prima Revizuire** a acestora. În prezent, după **Revizuirea din anul 2000**, sunt în vigoare documentele normative ISO 9000.

*-**Comisia Europeană pentru Standardizare (CEN)** a preluat ca atare toate standardele internaționale din familia ISO 9000, sub indicativul EN ISO 9000 și în paralel a dezvoltat seria de standarde EN 45000.

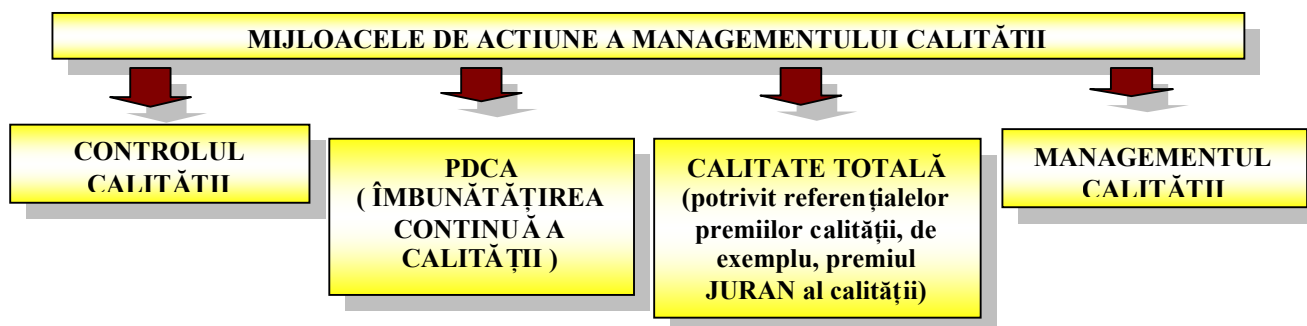
3. Principiile esențiale și mijloacele de acțiune ale managementului calității

Pentru ca o organizație **să poată fi condusă și să funcționeze cu succes**, este necesar ca aceasta, să fie coordonată și controlată într-un mod sistematic și transparent. Succesul poate rezulta din implementarea unui **sistem de management al calității**, care este proiectat pentru îmbunătățirea continuă a performanței, luând în considerare necesitățile tuturor părților interesate.

Standardul ISO 9000¹ identifică o serie de principii de management al calității care trebuie să fie utilizate de conducere, la cel mai înalt nivel, pentru a conduce unitatea la îmbunătățirea performanței:

1. Orientarea către pacient;
2. Conducere;
3. Implicarea personalului;
4. Abordarea bazată pe proces;
5. Abordarea sistemului de management;
6. Îmbunătățirea continuă;
7. Luarea deciziei pe bază de fapte;
8. Relațiile reciproc avantajoase cu furnizorul;
9. Responsabilitate socială;
10. Orientare către rezultate;
11. Viteza de reacție și de execuție.

Fig. Nr.3



¹ ISO 2000:9000- Sisteme de Management al Calității. Principii esențiale și vocabular

Diferitele mijloace de acțiune ale managementului calității sunt comparabile cu „păpușile rusești”.

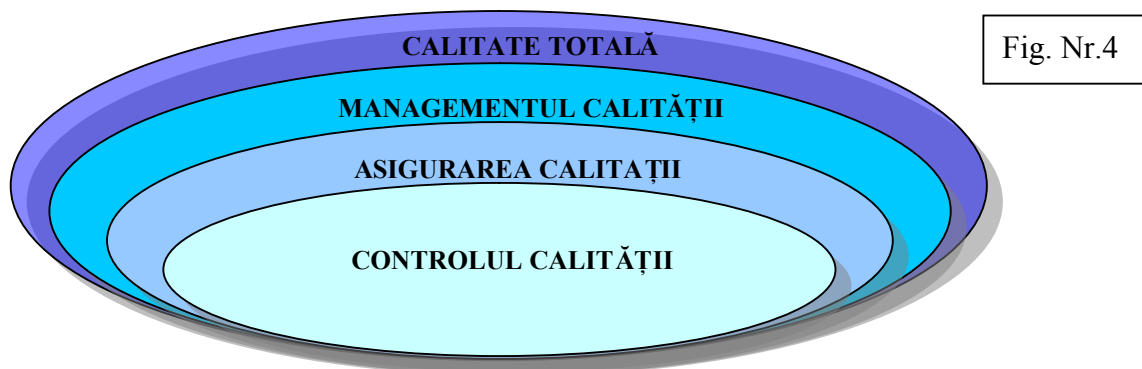


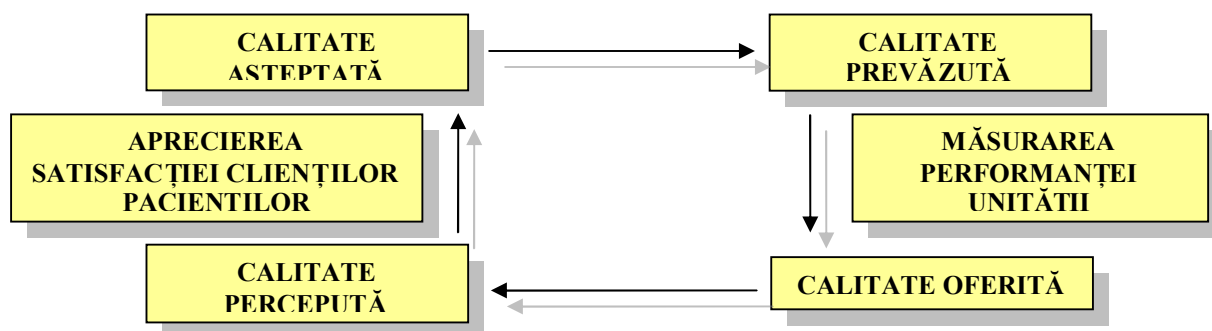
Fig. Nr.4

Aceste 4 mijloace de acțiune ale **managementului calității** sunt componentele aceleiași entități: **calitatea globală**. Ele depind de nivelul de maturitate a demersurilor întreprinse, de la controlul calității- cea mai simplă etapă- la managementul total al calității- stadiul cel mai evoluat și mai exigent.

SCOPUL: este unic- **satisfacerea așteptărilor pacienților**. Ei vor resimți mai mult sau mai puțin, un anumit nivel al calității. Este **calitatea percepută**, care nu trebuie confundată cu **calitatea realizată**, în mod obiectiv, care este ea însăși diferită de **calitatea prevăzută** (cea pe care profesioniștii vor să o atingă), care este însăși diferită de **calitatea așteptată** de către pacienți.

Fig. Nr.5

BUCLA TEORETICĂ A CALITĂȚII



Într-o lume perfectă, calitatea percepută, trebuie să fie **calitatea așteptată**.

MANAGEMENTULUI CALITĂȚII cuprinde **ȚINEREA sub CONTROL** a calității, apoi **ÎMBUNĂTĂȚIREA CONTINUĂ** a calității. Un mijloc clasic pentru aceasta este aplicarea **CICLULUI PDCA** (Plan,Do,Check,Act) sau **Roata calității a lui Deming**

Fig. Nr.6

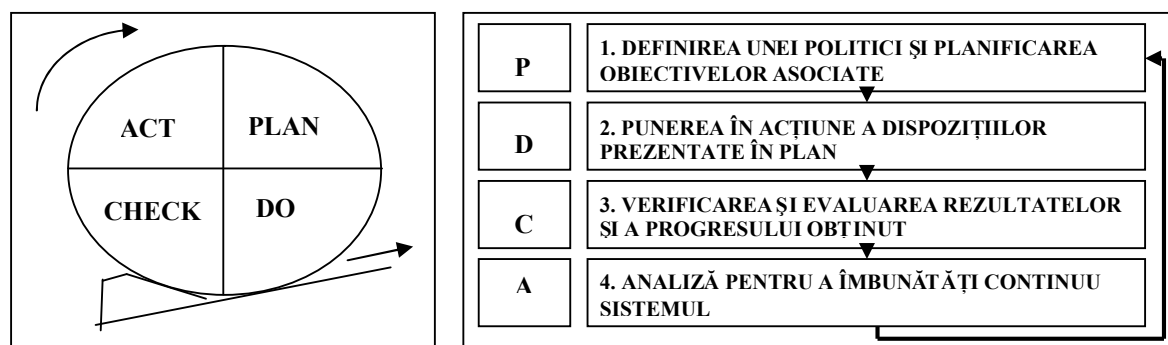


Fig nr.5 și 6 Elaborate de către autor conform lucrării Opincaru C, Gălețescu E.M, Imbri E -Managementul calității serviciilor în unitățile sanitare, Editura C.N.I. Coresi, București, 2004

CAPITOLUL III. Sistemele de sănătate din Uniunea Europeană

1. Calitatea îngrijirii și standardele referitoare la management în contextul sănătății

Schimbările în sistemul de sănătate au căpătat o amploare fără precedent la sfârșitul anilor '80 și începutul deceniului actual, extinderea lor cuprinzând diferite țări din Europa și America. Schimbările urmăresc eliminarea sau reducerea disfuncțiilor apărute atât în țările democratice cu o economie de piață stabilă, cât și în țările care au avut o economie bazată pe monopolul de stat la factorilor de producție, cu un sistem de planificare centralizat, rigid și de comandă.

Nemulțumirile care au generat procesul de reformare a sistemelor îngrijirilor de sănătate (SIS) au fost prezente atât în masa contribuabililor și a utilizatorilor, a medicilor și instituțiilor sanitare (a furnizorilor de îngrijiri), cât și a autorităților politice și administrative. Insatisfacțiile vizau *creșterea cheltuielilor pentru sănătate* într-un ritm greu de suportat, fără ameliorarea substanțială a stării de sănătate, *insuficienta acoperire a populației cu servicii*, *absența unor mecanisme eficiente de asigurare a calității*, *volumul exagerat de muncă zilnică*, *insuficiența elementelor de stimulare*, *ineficiența managerială*.

MAXWELL identifică următoarele condiții pe care ar trebui să le îndeplinească un sistem corespunzător: 1.acoperire generală; 2.accesibilitate promptă; 3.persistența față de nevoi; 4.echitate; 5.posibilități de alegere; 6.eficacitate; 7.eficiență înaltă; 8.acceptabilitate largă; 9.responsabilitatea statului față de sănătatea publică.

De fapt, nici un SIS nu a putut răspunde integral acestor criterii, iar dacă s-ar fi putut imagina un SIS perfect, el ar fi fost oarecum efemer fiind supus după un interval de timp modificărilor cerute de nevoile în schimbare ale societății, practicii medicale și rezervelor disponibile (îmbătrânirea populației, introducerea de tehnologii noi, creșterea economică și prioritățile de dezvoltare).

În Europa operează 3 metode de SIS

I. Modelul Serviciului Național de Sănătate (SNS)-tip Beveridge; (funcționează azi în Danemarca, Finlanda, Islanda, Norvegia, Suedia, Grecia, Italia, Portugalia, Spania, Anglia). Are ca sursă de finanțare taxele generale, este controlat de Guvern și dispune de un buget de stat. Are și un sistem privat, accesul este liber pentru toți cetățenii, acoperirea este generală, conducerea se asigură prin autoritățile de stat, medicii sunt, fie salariați, fie plătiți în funcție de numărul pacienților și se practică co-plata de către solicitant a unei părți din costul unei prestații).

II. Modelul Sistemului de Asigurări Sociale (SAS)-tip Bismarck; (Austria, Belgia, Franța, Olanda, Germania) - finanțat de contribuția obligatorie a salariaților și patronilor și prin taxe generale. Acoperirea este largă, dar acolo unde asigurarea nu este obligatorie rămân categorii de populație, fără acces la beneficiile sistemului.

III. Modelul Sistemului Centralizat de Stat (SCS)- tip Semaško - caracteristic țărilor din Europa Centrală și de Răsărit, foste socialiste. Finanțarea se face de la bugetul de stat, controlat de stat, care are monopolul serviciilor de sănătate, personalul este salariat, accesul la servicii este general, nu există un sector privat, iar prioritatea socială este joasă.

Obiectivele reformelor în sistemul îngrijirilor de sănătate (SIS) din Europa

- *Echilibrarea alocării resurselor financiare(teritorial și între categorii de servicii și controlul costurilor.
- *Reducerea inechităților în ofertă și accesul la servicii.
- *Îmbunătățirea gradului de satisfacție a furnizorilor și utilizatorilor de îngrijiri
- *Ameliorarea eficacității și impactul SIS asupra stării de sănătate (output și out come)
- *Reducerea utilizării inadecvate a tehnologiilor moderne
- *Corectarea stimulării inadecvate a consumului medical(indus de ofertă)
- *Introducerea competiției controlate(între furnizorii publici și /sau privați, organizații de asigurări)
- *Separarea furnizorilor de servicii (medici, spitale) de cumpărători(deținători de fonduri)
- *Stabilirea unor relații contractuale între furnizorii și cumpărătorii de servicii

- *Plata medicilor și a unor instituții pe baza unor criterii de performanță
- *Introducerea unor mecanisme de asigurare a calității îngrijirilor de sănătate
- *Introducerea metodelor manageriale moderne în conducerea serviciilor de sănătate
- *Descentralizarea SIS prin deconcentrare, devoluție și delegarea autorității

Situația comparativă a stării de sănătate în țările Europei Centrale și de Răsărit(ECR) și ale OECD

| Indicatori (1) | Țările ECR (2) | Țările OECD (3) | Diferența (3-2) |
|-------------------------------------------|-------------------|--------------------|--------------------|
| *Speranța de viață la naștere e 0 (ani) | 70,5 | 76,1 | +5,6 |
| *Speranța de viață la 15ani e 15 (în ani) | 57,1 | 62,0 | +4,9 |
| *Riscul de deces la 0-5 ani (în%) | 1,8 | 0,9 | -0,9 |
| *Riscul de deces la 15-59 ani (în%) | 18,4 | 11,2 | -7,2 |

Se estimează, de exemplu, o întârziere de 12 ani a landurilor din Germania de Răsărit față de cele occidentale sau de 23 ani a Ungariei față de Austria

Țările ECR

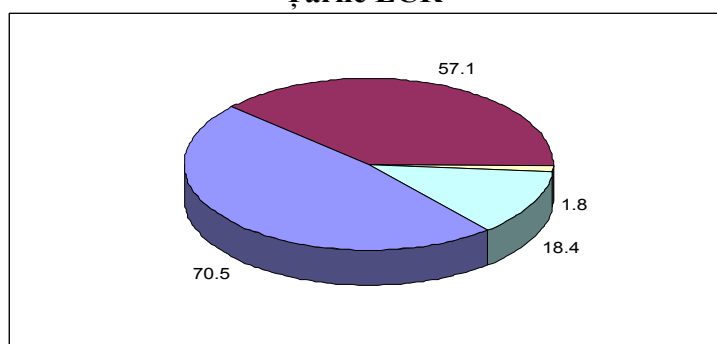


Fig nr.7

Țările OECD

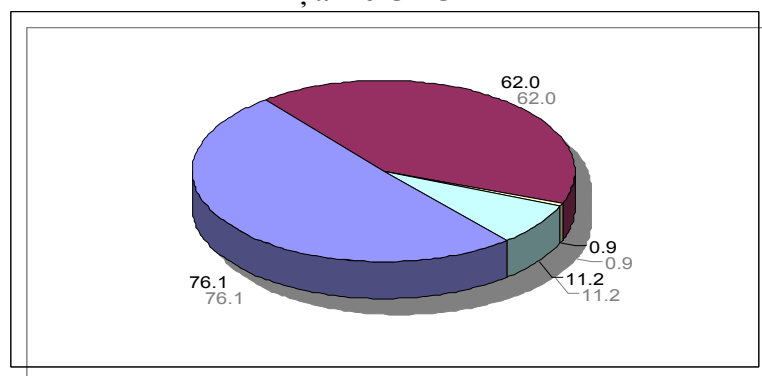


Fig. Nr. 8

Priorități în reformarea sistemelor îngrijirilor de sănătate(SIS) în țările Europei Centrale și de Răsărit

1. Descentralizarea SIS
2. Modificarea metodelor de planificare și gestionare
3. Dezvoltarea serviciilor de sănătate comunitare
4. Dezvoltarea serviciilor preventive bazate pe factori de risc prevalenți
5. Îmbunătățirea sistemului de formare a personalului de sănătate

CALITATEA ÎNGRIJIRII este un **concept dinamic cu multe dimensiuni, dependente atât de perspectiva persoanei care răspunde la întrebare, cât și de contextul social, organizațional și de mediu.** Definiția calității îngrijirii de sănătate se bazează pe valori unice în cadrul culturii (atât cultură profesională, cât și cultură etnică) și pe contextul situației. Este

Fig nr.7 și 8 Elaborate de către autor conform lucrării *Manualul Sistemului Calității Ghid pentru implementarea standardelor internaționale ISO 9000*- Editura Tehnică București, 1996.

imposibil să definești calitatea îngrijirii, fără a ține seama de valorile ce se află în spatele individului, de situația socială și profesională.

Dimensiunile calității îngrijirii: accesibilitatea îngrijirii; efectivitatea îngrijirii; specificitatea îngrijirii; eficiența îngrijirii; continuitatea îngrijirii; orientarea spre pacient; eficacitatea îngrijirii; siguranța mediului de îngrijire; orarul îngrijirilor.

Standardele¹, joacă astăzi, un rol important în definirea politicilor în domeniul calității și a strategiilor întreprinderilor și a altor organizații. Ele constituie o bază de comunicare comună între diferitele sectoare economice și se aplică în mod progresiv în lumea sănătății și, din această cauză, este necesar să fie lămurite, chiar dacă, antrenează reacții de respingere din partea profesioniștilor din sănătate.

Standardele pentru servicii permit profesioniștilor din sănătate, să definească mai bine exigențele lor, față de prestatorii de servicii interni sau externi, cu care ei colaborează, ceea ce antrenează un câștig de timp, de energie de cost și posibilitatea pentru ei, de a se orienta asupra profesiei lor adevărată, **îngrijirile medicale**.

2. Probleme organizatorice întâlnite în unitățile sanitare care asigură servicii medicale.

Locul calității în managementul unei unități sanitare

SPITALUL, a existat de-a lungul anilor cu un minim de raționalitate și fără o viziune a viitorului său, pe termen mediu și lung. Cu alte cuvinte, medicii se concentrau asupra practicării meseriei lor pe termen scurt, fără să se intereseze de gestionarea serviciilor lor. Spitalul, a ignorat timp îndelungat schimbările și evoluțiile din societate și din piața de sănătate. Astăzi, așa cum în sectorul comercial, pentru a fi competitiv și concurențial, o Unitate Sanitară care asigură servicii medicale, ori care ar fi statutul său, trebuie să-și cunoască concurenții, să studieze performanțele lor, să se preocupe de satisfacerea pacienților, să cunoască zona de influență și clientela obișnuită, piața sa și tendințele de evoluție ale acestora. Actualmente, Lumea Spitalicească suferă o criză economică cu distanțare în timp și în mod diferit de restul societății și de alte sectoare economice.

CRIZA pe care o trăiește spitalul este **multifactorială**: economică, culturală, etică, organizatorică. Serviciile spitalicești suferă de numeroase probleme organizaționale și relaționale, care deranjează buna lor funcționare. Se constată un decalaj între modurile de organizare tradiționale, în care fragmentarea tayloriană a sarcinilor domină încă și între luarea în îngrijire a pacienților, care necesită dimpotrivă, flexibilitate și capacitate rapidă de adaptare.

CAUZELE sunt multiple: intensificarea activității, accelerarea procesului de luare în îngrijire a pacienților, complexitatea actului medical, multiplicarea actorilor, compartimentarea importantă a abordărilor diagnostice și terapeutice, slaba standardizare a proceselor, eterogenitatea nevoilor de a satisface și imperativele economice.

Chiar dacă a suferit schimbări importante, spitalul încă nu a trăit **Reforma Managerială de Fond**, care să fi influențat, în mod eficace, funcționarea serviciilor pe termen lung. **Este o necesitate punerea în aplicare a strategiilor de schimbări.**

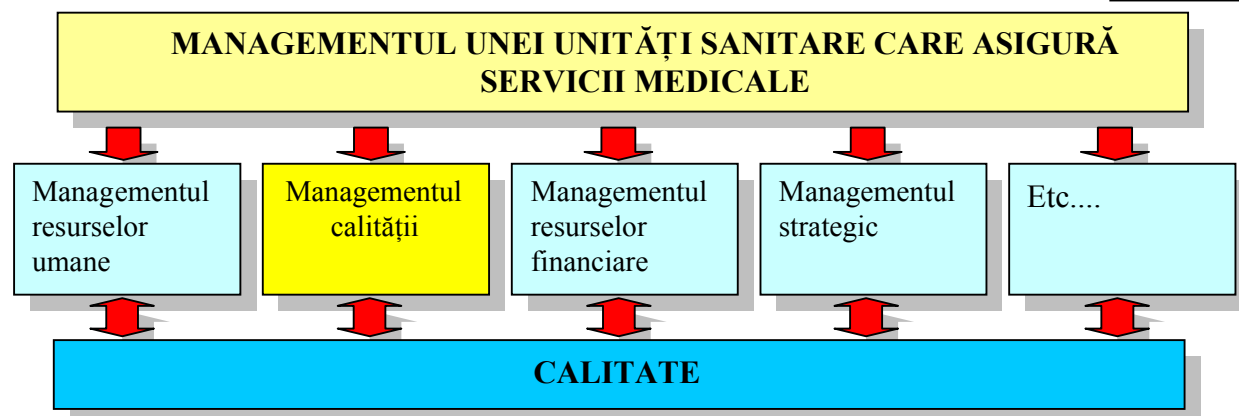
SPITALUL trebuie să evolueze către: -o mai mare adaptabilitate și flexibilitate a echipelor; -o mai multă recunoștere a rolului și importanței resurselor umane; -trebuie să se consulte asupra rolului de organizare și funcționare (să analizeze toate verigile lanțului de realizare a îngrijirilor medicale, să le formalizeze, să le simplifice, privind fluxul de pacienți, de resurse sau informații).

¹**STANDARD** reprezintă „o specificație tehnică, aprobată de către un organism recunoscut, cu activitate normativă, pentru aplicarea repetată sau continuă, a cărei respectare e obligatorie”(„Directiva Consiliului Europei 83/189/CEE”). Standardul, se materializează printr-un **document de referință**, folosit pe bază de voluntariat, în afara unor circumstanțe, în care el este impus.

Dacă se urmărește îmbunătățirea eficacității și eficienței unității printr-o organizare corespunzătoare, atunci cea mai bună oportunitate în această perioadă de criză din sănătate, este **implementarea unui sistem de management al calității**, cu certificarea sistemului de către un organism notificat de autoritatea competentă, conform prevederilor legale în vigoare.

Managementul calității este unul din aspectele de management al unei unități sanitare, același lucru ca managementul resurselor umane, financiare, logistică, aprovizionări, managementul strategic sau chiar cel al afacerilor medicale.

Fig. Nr. 9



3. Etapele de implementare a sistemului de management al calității într-o unitate sanitară, care asigură servicii medicale

Metoda¹ de punere în acțiune a unui demers „calitate” în vederea implementării sistemului de management al calității, poate fi prezentată astfel:

1. **Luarea deciziei** - (potrivit clauzei 5 din ISO 9001: 2000) conducerea de vârf are responsabilitatea ca, în cadrul proiectului unității să decidă începerea acțiunii de implementare S.M. al calității, definind obiectivele pentru a răspunde nevoilor, așteptărilor și cerințele pacienților;
2. **Diagnosticare** - auditul de diagnosticare pune în evidență punctele tari și slabe, permite măsurarea abaterilor față de standarde și legislația în vigoare; în baza rezultatelor se determină planurile de acțiune, investițiile de realizat, resursele umane necesare și calendarul de desfășurare a acțiunilor;
3. **Organizare pentru calitate** - numirea prin decizie a unui Comitet de Cordonare, a reprezentantului conducerii pentru calitate și a unei echipe de lucru;
4. **Instruirea comitetului de coordonare** - însușirea conceptelor de bază ale referințelor (ISO 9000:2000 și ISO 9001:2000) și scoaterea în evidență a restricțiilor reglementare;
5. **Anunțarea proiectului** - conducerea de vârf oficializează de mersul calității prezentând în fața tuturor angajaților declarația privind politica referitoare la calitate, obiectivele și responsabilitățile stabilite pentru ca fiecare membru al organizației să ia cunoștință de rolul său;
6. **Instruirea întregului personal;**
7. **Redactarea documentației** - de la procedura de țineră sub control, proceduri de standard, proceduri specifice și instrucțiuni de lucru, inclusiv redactare manualului calității;
8. **Aplicarea documentației și primele audituri interne** - pe măsură ce acestea sunt redactate și aprobate, se efectuează un audit intern pentru a se evalua gradul de cunoaștere de către utilizatori, respectarea și eficacitatea lor;

¹ Opincaru C, Gălețescu E.M, Imbri E. -Managementul calității serviciilor în unitățile sanitare, Editura C.N.I. Coresi București, 2004—p 127.

Fig nr.9 Elaborată de către autor conform lucrării de mai sus.

9. **Bilanțul evaluării și corectarea documentației** - Raportul auditului se prezintă Comitetului de coordonare;
10. **A a doua aplicare a documentației** - se verifică relevanța și eficacitatea modificărilor aduse documentației;
11. **Auditul de validare** - simulează auditul de certificare/acreditare în raport cu documentele existente raportate la cerințele standardului; se efectuează de un auditor extern;
12. **Ultimele puneri la punct ale documentației** – se fac corecții impuse de abaterile descoperite de către auditorul extern, în timpul auditului de validare;
13. **Auditul de certificare/acreditare**;
14. **Acțiuni corective** - pe baza unui plan care va fi prezentat Comitetului de coordonare pentru aprobare și stabilirea termenilor de implantare;
15. **Acțiuni post certificare/acreditare** - după obținerea certificării/acreditării reprezentantul conducerii, prin compartimentul „asigurarea calității”, urmărește modul de aplicare a acțiunilor corective și ia măsuri pentru îmbunătățirea continuă a calității și a sistemului, pentru creșterea nivelului de competență a unității sanitare care asigură serviciile și a personalului.

4. Aplicarea sistemului de management al calității serviciilor în unitățile sanitare

Calitatea ca și excelența sunt valori relative și subiective. Se tinde către ele, fără a le atinge vreodată, din numeroase motive.

Calitatea se definește în raport cu:

- mediul cultural, economic și social,
- nevoile, așteptările și cerințele pacienților,
- știința și tehnologia.

Toți acești parametri sunt în evoluție permanentă. În aceste condiții, a atinge o satisfacție durabilă a pacienților și o îmbunătățire constantă a eficacității, nu este posibilă decât într-un proces continuu și dinamic.

Un demers de calitate nu este niciodată încheiat. De vreme ce, dacă nu se poate face toate în același timp, trebuie să se stabilească prioritățile acțiunilor de condus, să fie ierarhizate și acestea să se concentreze pe cele mai importante, cele mai urgente, cele mai eficace, cele mai ușoare, cele mai rentabile. Singurul demers care nu se termină niciodată este într-adevăr **îmbunătățirea continuă** și căutarea unei mai bune satisfacții a pacienților.

Aplicarea unui sistem de management al calității într-o unitate sanitară care asigură servicii medicale poate prezenta unele riscuri, abateri și obstacole. Prezentăm câteva obstacole specifice mediului spitalicesc pe care considerăm necesar să le menționăm pentru a fi anticipate și evitate :

- **organizarea sistemului**- Unitățile sanitare care asigură servicii medicale se caracterizează printr-un număr important de salariați și de profesioniști exercitate, deci nu trebuie să se cedeze tentației de a acționa prea în viteză, înainte de a se identifica cu claritate „cine face, ce?”. A sări această etapă, s-ar traduce prin situații de ambiguitate, „de poartă falsă”, de conflicte;
- **planificarea calității**;
- **realizarea unui sistem documentar**-menționez două aspecte majore: importanța codificării și difuzarea corectă a documentelor numai celor care au nevoie.
- **pasiunea de a scrie**- trebuie să se pună întrebarea: ce trebuie să scriem noi pentru a obține o calitate constantă a prestațiilor noastre, fără a face prea mult?

RETICENȚE ce pot să apară în unitate:

- **rezistența la schimbare.**
- **frica de control și de evaluare.**
- **greutatea introducerii procedurilor.**
- **lipsa de timp și de mijloace.**

Demersurile calității permit: existența unui avantaj concurențial ce face diferența; obținerea, apoi confruntarea încrederii clienților, deci a păstrării clienților săi actuali și de a atrage alții noi; reducerea volumului auditurilor efectuate de clienți; protejarea și păstrarea profesioniștilor;

stabilirea obiectivelor calității susceptibile de a mobiliza și a concentra energiile întregului personal al unității.

Beneficii ale personalului: mediu de lucru mai bun (comunicare și organizare); recunoașterea efortului; ascultare mai plauzibilă.

Prima etapă a calității în sănătate este respectarea regulilor de securitate sanitară și prevenirea riscurilor.

CALITATEA-SECURITATEA-GESTIONAREA RISCURILOR – 3 verigi ale aceluiași lanț.

Relația specială dintre pacient și medic se exprimă sub 2 forme principale: un aspect tehnic și un aspect puternic relațional. Din acest punct de vedere, de vreme ce actul medical este în mod intim legat de o relație individuală între îngrijitor și bolnav, el însuși nu poate să facă obiectul unei standardizări.

Așadar, *actul medical nu face obiectul sistemului de management al calității, al demersurilor calității. actul medical face obiectul acreditării unității conform legii spitalelor nr.270/2003¹.*

Concluzii și propuneri pentru activitățile viitoare

Făcând o analiză a caracteristicilor distincte ale evaluărilor îngrijirilor de sănătate, unde resursele necesare sunt exprimate prin costuri, iar rezultatele obținute sunt exprimate prin efecte asupra stării de sănătate, ajungem la concluzia că este necesară schimbarea **aspectelor conceptuale** pornind de la viziunea „din exterior”, finanțarea îngrijirilor, organizarea unității, aplicarea sistemului, evaluarea acestuia, toate regăsite în starea de sănătate a pacientului.

Pentru eliminarea cheltuielilor propunem următoarea **strategie:**

- **Reducerea cheltuielilor cu asigurarea condițiilor hoteliere**, prin introducerea sistemului „internare de o zi” (aceasta presupune investigații și consultații medicale, precum și scrierea medicației fără ca bolnavul să rămână internat mai mult timp-exceptând cazurile care o cer).
- **Reducerea cheltuielilor cu resursele materiale** necesare, prin introducerea sistemului de licitație electronică.
- **Compararea modelelor de tratament și a rezultatelor**, pentru pacienții similari și folosirea acestor informații, pentru elaborarea unor noi protocoale clinice.
- Să se respecte principiul „de aur”- **calitatea pe primul plan** – la nivelul tuturor unităților și compartimentelor acestora, având o comunicare fluidă între ele, în scopul îmbunătățirii stării de sănătate a populației.
- Să se abordeze **tridimensional** (medical, economic și informațional) orice activitate medicală.
- **Argumentarea cu date precise** trebuie să însoțească orice decizie în domeniul medical, mai ales în sensul realizării concordanței dintre cererea și oferta de servicii, datele fiind necesare de la identificarea nevoilor de îngrijiri de sănătate ale pacienților, până la evaluarea satisfacției acestora.
- **Încurajarea salariaților** în vederea îmbunătățirii stării actuale, să aducă la cunoștință responsabilului pentru asigurarea calității, propunerile sale privind o mai bună modelare a mediului de lucru, a serviciului prestat, optimizarea proceselor.
- **Folosirea sistemului de feed-back**, în ceea ce privește documentația și comunicarea medic-pacient, cu aplicarea de măsuri preventive sau corective, implicit evaluarea regulată a gradului de satisfacție al pacientului.
- **Implementarea unui sistem informațional eficient:** prezentări informative de către conducerea organizației, conferințe organizate în scopului schimbului de informații (schimbul de experiență, burse de idei, informații scrise), alte mijloace de informare.
- **Eliminarea deciziilor ad-hoc** și a neclarităților în desfășurarea proceselor.

Introducerea sistemului managerial în unitățile sanitare este necesară pentru conducerea spitalului, pentru o mai bună gestionare a resurselor de care dispunem(umane, materiale, financiare și timp), precum și capacitatea managerului de a combina planificarea pe termen scurt cu cea pe termen lung, în mod flexibil și a unei strategii, care să ducă la eficiența actului medical.

Alinierea la normele europene a activității medicale, impune **norme specifice** în ceea ce privește **circuitul produselor** rezultate din activitatea medicală. Această preocupare este fundamentală pentru protecția mediului înconjurător. Normele tehnice privind gestionarea deșeurilor rezultate din activitatea medicală și a metodologiei de culegere a datelor pentru baza națională de date constituie o preocupare a Guvernului, care reglementează această activitate prin Ordinul Ministerului Sănătății și Familiei nr. 219/2002.

Un sistem de management al calității te ajută să obții și să-ți îmbunătățești permanent performanțele. Managementul calității nu înseamnă să faci impresie bună, ci să-ți evaluezi în mod real potențialul- adică îmbunătățirea continuă a eficacității și eficienței proceselor organizației, atât pentru conducerea ei, cât și pentru angajați.

**„Să corectezi greșelile este bine,
să nu faci greșeli este și mai bine.
Să faci bine de prima dată și de fiecare dată.”**

Bibliografie

1. Enachescu D. G., Marcu M., *Sănătate publică și management sanitar*, Ed. ALL, București, 1997
2. Herniaux G., Noye D., *Ameliorarea calității proceselor*, Editura Tehnică, București, 1995
3. Opincaru C, Gălețescu E.M, Imbri E., *Managementul calității serviciilor în unitățile sanitare*, Editura C.N.I. Coresi București, 2004
4. Luchian M., *Management sanitar*, Iași, 2005
5. Olaru M., *Managementul calității*, Editura Economică București, 1995
6. Puiu A., *Management – Analize și studii comparative*, Editura Independența Economică, Pitești, 2007
7. ***, *Manualul sistemului calității. Ghid pentru implementarea standardelor internaționale ISO 9000*, Editura Tehnică București, 1996
8. ***, *Monitorul oficial al României*, „LEGEA 608/31 octombrie 2001” privind evaluarea calității produselor (partea I nr.438 din 20 iunie 2003).
9. www.ms.ro
10. www.gov.ro/obiective/