MANAGEMENTUL
SECȚIEI DE SPITAL

ALEXANDRU V. CIUREA

VASILE G. CIUBOTARU EUGEN AVRAM

MANAGEMENTUL SECȚIEI DE SPITAL

EDITURA UNIVERSITARĂ
București

Coperta: Angelica Mălăescu

Copyright © 2010
Editura Universitară
Director: Vasile Muscalu
B-dul. N. Bălcescu nr. 27-33,
Sector 1 , București
Tel./Fax: 021 – 315.32.47 / 319.67.27
www.editurauniversitara.ro
e-mail: redactia@editurauniversitara.ro

EDITURĂ RECUNOSCUTĂ DE CONSILIUL NAȚIONAL AL CERCETĂRII ȘTIINȚIFICE DIN ÎNVĂȚĂMÂNTUL SUPERIOR (C.N.C.S.I.S.)

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
Managementul secției de spital / coord.: Ciurea Alexandru Vladimir, Ciubotaru Vasile Gheorghe, Avram Eugen. – București : Editura Universitară, 2010
Bibliogr.
ISBN 978-973-749-948-6

I. Ciurea, Alexandru Vladimir (coord.)
II. Ciubotaru, Vasile (coord.)
III. Avram, Eugen (coord.)

65.012.4:61

© Toate drepturile asupra acestei lucrări sunt rezervate Editurii Universitare

Distribuție: tel/fax: (021) 315.32.47
(021) 319.67.27
comenzi@editurauniversitara.ro

ISBN 978-973-749-948-6

Cuvânt introductiv

Managementul secției de spital reprezintă, actual, orientarea cu cea mai mare relevanță practică în managementul sănătății româneşti. Istoria zbuciumată a sistemului de sănătate autohton a arătat că toate reformele, toate promisiunile şi schimbările de nivel superior nu au avut rezultate în planul modernizării aşteptate de beneficiarii şi de salariații sistemului. Rezultatele semnificative au fost obținute prin eforturile medicilor, şefilor de secție, clinică. Toate problemele sistemului au fost profund resimțite de către practicieni, de către pacienți. Această realitate ne-a condus la promovarea mai multor lucrări de specialitate în managementul sănătății, cu trimitere directă către managementul organizației, unităților medico-sanitare: *Managementul sistemelor şi organizațiilor sănătății* (2010, Editori: A.V. Ciurea, Cary L. Cooper, Eugen Avram, Editura Universitară „Carol Davila", Bucureşti), *Management Modern în Organizațiile Sănătății. Perspective în Serviciile de Neurochirurgie* (2009, autori: A.V. Ciurea, V.G. Ciubotaru, E. Avram, Editura Medicală, Bucureşti), *Dezvoltarea managementului în organizațiile sănătății. Excelența în serviciile de neurochirurgie* (2007, autori: A.V. Ciurea, V. Gh. Ciubotaru, E. Avram, Editura Universitară, Bucureşti).

Fiecare şef de secție a învățat că într-un sistem debusolat numai practicarea unui management coerent la nivel de secție poate constitui salvarea! Practicienii trebuie să găsească soluții interne fără a mai aştepta ca sistemul să îi spijine. Aşadar, managementul secției de spital constituie soluția cea mai relevantă în contextul actual. Fiecare trebuie să se autogospogărească, să îngrijească propria secție, clinică, propriul departament, compartiment, încercând să evite "meteoriții" care vin cu mare viteză dinspre Minister, dinspre sistem şi care produc curemure. Fiecare medic trebuie să se concentreze pe „grădina" sa.

Această carte propune un nou destin celor care s-au dedicat medicinii: a manageria secția, acceptând să fie părăsiți de sistem. Desigur că până acum toți şefii de secție, toți practicienii au făcut acest lucru, însă de acum înainte este oficială această tendință. Ea ne solicită să punem la punct noi coordonate de organizare, mobilitare. Cu alte cuvinte, astăzi noi trebiue SĂ NE RELANSĂM într-un moment istoric de criză, într-un sistem debusolat, într-o societate în care suntem blamați şi invitați să plecăm să servim alte sisteme de sănătate. Da, trebuie să ne revigorăm în secțiile noastre, să ne preocupăm de pacienții noştrii, să conducem salariații pe calea cea bună, să reuşim să ne îndeplinim datoria şi menirea!

Lucrarea completează demersurile noastre editoriale din anii trecuți şi face trecerea la de la nivelul managementului de sistem, al managementului organizației la nivelul managementului departamental.

Apariția editorială de față cuprinde contribuțiile mai multor autori apreciați în practica şi litratura medicală. Fiecare analizează o serie de realități actuale şi propune unele remedii la nivel intern, de secție.

În partea I sunt tratate aspecte manageriale ale organizării şi conducerii secției/ departamentului: tendințe actuale ale managementului secției de spital pe fondul provocărilor actuale din sistemul de sănătate, managementul prin obiective, conducerea secției clinice, stresul şi riscurile profesiei.

Partea a II-a are în vedere managementul resurselor umane, pregătirea profesională, satisfacția şi motivația în muncă, principii de management şi relocarea personalului.

Partea a III-a este dedicată relației dintre personalul medico-sanitar şi pacient, inclusiv familia acestuia. Capitolele cuprind abordări interesante referitoare la încrederea în relațiile personal-pacient, aspecte specifice relaționării cu pacienții terminali, vârstnici sau diagnosticați cu cancer, relația cu însoțitorii pacientului.

Fără a avea pretenția că epuizează paleta de problematici sau teme situate la nivelul de bază al organizațiilor reprezentative din sistemul sanitar, secția de spital, lucrarea are ca obiectiv mobilizarea internă, provocarea tuturor medicilor pentru a propune soluții manageriale locale. În mod deliberat lucrarea nu tratează aspecte administrative sau ce țin de managementul serviciilor, ci se concentrează pe pe abordarea organizațională vizând două aspecte majore:

1. sistemul de management, relevând oportunități de dezvoltare orientate către procese şi comportament organizațional,
2. relația cu clientul/ pacientul, selectând analiza unor categorii speciale de pacienți, luând în calcul personalitatea şi conduita personalului medico-sanitar, dar şi a familiei sau „aparținătorilor” pacientului.

Prof. Dr. A.V. Ciurea

Şef de Secție Clinica I Neurochirurgie,
Sp. Cl. de Urg. Bagdasar-Arseni, Bucureşti
B-dul Berceni, 10, sector 4, cod 75622
rsn@bagdasar-arseni.ro,
T-F +40-1-3347388; -3347350

EDITORII:

Alexandru-Vlad Ciurea este medic primar neurochirurg, doctor în ştiinţe medicale, profesor de neurochirurgie la Universitatea de Medicină şi Farmacie „Carol Davila”. Este Vicepreşedinte al Federaţiei Mondiale a Societăţilor de Neurochirurgie (WFNS), Preşedintele Onorific al Societăţii Române de Neurochirurgie (RSN), Preşedinţele Societăţii Române de Neuro-oncologie (SNOR), Membru titular al Academiei Române de Ştiinţe Medicale, şeful Clinicii I de Neurochirurgie a Spitalului Clinic de Urgenţă „Bagdasar-Arseni”.

Vasile Gh. Ciubotaru este medic primar neurochirurng, doctor în ştiinţe medicale. Este Şeful clinicii III Neurochirurgie de la Spitalul Clinic de Urgenţă „Bagdasar-Arseni”. Este Trezorier al Societăţii Române de Neurochirurgie din 1990. Este autor a numeroase premiere operatorii (din România) în domeniul neurochirurgiei. Opera sa academică cuprinde cărţi şi studii de neurochirurgie şi managementul sănătăţii.

Eugen Avram este lector universitar, doctor în psihologie, titular în Catedra de Psihologie a Universităţii din Bucureşti, psiholog specialist la Spitalului Clinic de Urgenţă „Bagdasar-Arseni”. Are pregătire în psihologia organizaţională, managementul sănătăţii şi psihoterapie cognitiv-comportanmentală.

AUTORII:

Iuliana Bădulescu a absolvit Facultatea de Medicina „Carol Davila” Bucureşti (1991) şi Facultatea de Psihologie şi Ştiinţele Educaţiei, secţia Psihologie a Universităţii Bucureşti (2008). Actualmente este medic rezident în Psihiatrie (Spitalul Clinic de Psihiatrie „Prof. Dr. Al. Obregia”) şi psiholog clinician în supervizare. A devenit medic specialist în Medicina de Familie (1995) şi medic specialist în Sănătate Publică şi Management (2004). Are competenţă în Planning Familial (1997).

Cary L. Cooper este professor de psihologie organizaţională şi psihologia sănătăţii, Pro Vice-cancelar (pentru Relaţii Externe) la Lancaster University din Marea Britanie. Este fondator al Academiei Britanice de Management. În anul 2001 a fost distins „Commander of the Order of the British Empire – CBE) de către Regină pentru contribuţiile în psihologia sănătăţii ocupaţionale. Este autor al unui număr impresionant de volume, având o largă recunoaştere internaţională.

Mariana Ispas Cotigă este doctorand al Şcolii Doctorale de Psihologie în cadrul Universităţii din Bucureşti şi expert accidente de muncă şi boli profesionale. A absolvit Facultatea de Psihologie la Universitatea din Bucureşti (2002), urmând Masterul de Psihologie Organizaţională şi Economică în cadrul aceleiaşi facultăţi (2002-2004), şi beneficiind de o bursă de studii Erasmus în Spania (2001).

Valentin Cismaru este psiholog practicant în resurse umane. A absolvit Facultatea de Psihologie şi Ştiinţele Educaţiei (secţia psihologie) şi masterul de psihologie organizaţională la Universitatea din Bucureşti.

Mădălina Duţă este psiholog practicant, implicată în proiecte de psihologia sănătăţii. A absolvit Facultatea de Psihologie şi Ştiinţele Educaţiei (secţia psihologie) şi masterul de psihologie clinică la Universitatea din Bucureşti.

Eva Gheorghiţă este medic primar ATI (anestezie şi terapie intensivă), doctor în ştiinţe medicale, şef secţie ATI la Spitalul Clinic de Urgenţă „Bagdasar-Arseni”.

Adrian Gorbănescu este specialist psihologia muncii şi practician în managementul şi evaluarea personalului. A absolvit Facultatea de Psihologie şi Ştiinţele Educaţiei (secţia psihologie) şi masterul de psihologia muncii la Universitatea din Bucureşti.

Valentin Titus Grigorean este conferentiar universitar la UMF "Carol Davila", Bucureşti, doctor în ştiinte medicale, cu integrarea clinică la Spitalul Clinic de Urgență „Bagdasar-Arseni", Bucureşti, Clinica Chirurgie Generală, specialitate: chirurgie generală (medic primar). A a doua sa specalitate este chirurgie cardiovasculară (în curs de pregătire). Este şi absolvent al Facultății de Sociologie, Universitatea Bucureşti, specializarea "Managementul serviciilor de sănătate", masterat în management sanitar (Şcoala Națională de Management în Sectorul Sanitar).

Ioana Mihai se formează în psihologia sănătății şi psihologia judiciară la Facultatea de Psihologie a Universității din Bucureşti. Este autor al unor studii cu privire la fenomene comportamentale dezadaptative şi agresivitate.

Cornel Mihalache medic primar neurochirurg, doctor în medicină, şef secție neurochirurgie la Spitalul Clinic de Urgență "Sf. Andrei" din Galați, şef lucrări La Facultatea de Medicină, Universitatea "Dunărea de Jos", Galați.

Aurel George Mohan este medic, doctorand, preparator universitar, Universitatea din Oradea, Facultatea de Medicină şi Farmacie.

Dumitru Mohan este conferențiar universitar al Facultății de Medicină şi Farmacie din Oradea, doctor în ştiințe medicale, medic primar neurochirurg şi şef al Clinicii de Neurochirurgie din cadrul Spitalului Clinic Județean de Urgență Oradea, membru în Board-ul Societății Române de Neurochirurgie. Din anul 1998 şi până în prezent ocupă funcția de preşedinte al Colegiului Medicilor din Bihor. Din anul 2004 devine membru al Uniunii Medicale Balcanice.

Cristina Negoiță este psiholog clinician specialist. A absolvit Facultatea de Psihologie şi Ştiințele Educației (secția psihologie) la Universitatea din Bucureşti, masterul de psihoterapie cognitiv-comportamentală la Universitatea „Titu Maiorescu" şi o serie de cursuri postuniversitare.

Mihai Popescu este medic primar neurochirurg, şef de secție la Spitalul Județean de Urgență Argeş. Este doctor în Ştiinte Medicale şi are doua specializare în Chirurgie Vasculară. A absolvit Facultatea de Medicină Generală din Cluj-Napoca în anul 1982. Este absolvent al cursului de Managament al Serviciilor de Sănătate.

Ivan Robertson este un recunoscut profesor de psihologie organizațională la Leeds University Business School, Profesor Emerit al Universității Manchester, membru al Societății Britanice de Psihologie şi al Academiei Britanice de Management, consultant pe probleme de afaceri şi sănătate în mai multe organizații internaționale. Este director al Robertson Cooper Ltd – un centru de cercetare în afaceri al Universității Manchester destinat dezvoltării afacerilor şi conducerii.

Alexandru Taşcu este doctor în ştiinţe medicale, medic primar neurochirurg în secția I Neurochirurgie a Spitalului Clinic Bagdasar-Arseni, Bucureşti. Este şef de lucrări la Catedra de Neurochirurgie Infantilă – UMF „Carol Davila", Bucureşti. Are competență în Managementul Serviciilor de Sănătate, masterat în Management Sanitar, specializari în Israel, Belgia, Franța.

Gordon Tinline este psiholog cu o bogată experiență în psihologia afacerilor, consultant în cadrul Robertson Cooper Ltd, conducător al unor proiecte de optimizare în serviciile de sănătate, poliție, guvern şi în domeniul privat. Activitatea sa se bazează pe bunăstarea şi randamentul angajaților şi organizațiilor. Are un master de cercetare ştiințifică la Manchester University şi un MBA la Warwich Business School.

Daniel Şandru este Conferențiar universitar la Facultatea de Ştiințe Politice şi Administrative din cadrul Universității „Petre Andrei" din Iaşi, unde ocupă şi funcția de Director al Departamentului de Relații Internaționale şi PR. Absolvent de Filosofie (1999) şi Ştiințe Politice (2001) la Universitatea „Al. I. Cuza" din Iaşi, a obținut un Master în Filosofie Politică (2000) la aceeaşi instituție. Din 2009 este Doctor *Magna cum Laude* în Filosofie, cu o teză privind *Valențele epistemologice ale conceptului de ideologie*.

CUPRINS

PARTEA I
MANAGEMENT DEPARTAMENTAL

Capitolul 1
A.V. Ciurea
Managementul secției de spital în contextul provocărilor actuale din sistemul de sănătate românesc 11

Capitolul 2
Vasile G. Ciubotaru
Managementul prin obiective în clinica de neurochirurgie 35

Capitolul 3
Cornel Mihalache
Conducerea secției clinice 51

Capitolul 4
Cary L. Cooper, Gordon Tinline, Ivan Robertson
De la stres la bunăstare în contextul sistemului britanic de sănătate 73

Capitolul 5
Mariana Ispas Cotigă
Riscuri ale sănătății și securității la locul de muncă 85

PARTEA a II-a
MANAGEMENTUL PERSONALULUI

Capitolul 6
Iuliana Bădulescu
Managementul resurselor umane în sănătate 111

Capitolul 7
Alexandru Tașcu
Modernizarea programelor de pregătire a personalului medico-sanitar 133

Capitolul 8
Valentin Cismaru, Mădălina Duță, Ioana Mihai
Principii ale politicilor de personal în departamentele spitalicești 153

Capitolul 9
Daniel Șandru, Dumitru Mohan, Cornel Mihalache
Satisfacția la locul de muncă în spital 171

Capitolul 10
Eugen Avram, Adrian Gorbănescu
Flexibilitatea și relocarea personalului medico-sanitar 189

PARTEA a III-a
RELAȚIA CU PACIENTUL

Capitolul 11
Valentin T. Grigorean
Teoria încrederii în relația medic-pacient 207

Capitolul 12
Mihai Popescu
Încrederea în asistența medicală 223

Capitolul 13
Eva Gheorghiță
Personalul medical și pacientul terminal 240

Capitolul 14
Dumitru Mohan, Aurel G. Mohan
Relația terapeutică cu pacientul vârstnic 257

Capitolul 15
Cristina Negoiță
Aspecte psihologice în boala neoplazică la pacientul adult 280

Capitolul 1
MANAGEMENTUL SECȚIEI DE SPITAL ÎN CONTEXTUL PROVOCĂRILOR ACTUALE DIN SISTEMUL DE SĂNĂTATE ROMÂNESC

Alexandru V. Ciurea

1. Introducere

Activitatea din toate serviciile medicale este influențată de factorii de context politico-socio-economici, însă factorii manageriali interni trebuie mai mult luați în considerare. Managementul secției reprezintă aspectul cheie al reuşitei activităților din sănătate. Tranziția socială şi economică se pare că nu se va sfârşi prea curând, crizele şi reformele se vor succeda necontenit, fără ca noi să ştim când se va produce adevărata schimbare. Am asistat la nenumărate încercări de reorganizare, revizuire, remediere... toate la fel de "revoluționare" pentru ca actual sistemul sanitar românesc să se confrunte cu cele mai teribile fenomene.

În unele perioade s-a vorbit despre insuficienta acoperire cu medici pe teritoriul țării, apoi s-a lansat ideea că există şomaj în rândul medicilor, pentru ca ulterior să aflăm că medicii nu mai există, ei au plecat în străinătate. Au fost achiziționate medicamente şi aparaturi, care însă nu au fost folosite şi au expirat, în timp ce bolnavii de diabet (sau alte categorii) au intrat în comă aşteptând medicamentele. Au fost plătiți experți străini să ne învețe cum să eficientizăm sistemul, însă actorii autohtoni nu au folosit datele (din diverse motive). S-a constatat, însă că deşi acreditarea spitalelor ar fi trebuit să înceapă din 1999, în mod contrar legislației, nu s-a întreprins nimic în acest domeniu (lucru care contravine cerințelor de asigurare a calității în U.E.) (Vlădescu et al., 2004). Lista acestor "realizări" poate continua.... Deci, au fost propuse modificări ale modificărilor şi schimbări ale schimbărilor după principiile sinergecicii (într-o "ordine dezordonată" sau prin "cooperarea contrariilor"), însă, în final, ne dăm seama că nu ne mai permitem consumarea energiei pentru a răspunde unor astfel de "ajustări", numite şi "reforme".

Şefilor de secție nu le rămâne decât să continue să caute soluții interne şi să încerce să depăşească o parte din problemele existente prin mecanisme departamentale. Creşterea performanțelor, a calității prestațiilor, eficientizarea activităților, motivarea personalului, îmbunătățirea relațiilor dintre

practicieni şi beneficiari, optimizarea comunicării, climatului la locul de muncă, reducerea stresului ocupațional, creşterea satisfacției şi securității în muncă, a organizării clinicii, etc. sunt aspecte care pot fi tratate direct de către decidenții din unitățile sănătății. Rezultatele finale converg direct către ameliorarea condițiilor de lucru şi a calității serviciilor. Se relevă importanța elaborării unor proiecte şi programe de management în profunzimea structurilor sănătății, atât în contextul critic, cât şi în condițiile uzuale. Indiferent dacă lacunele de sistem se simt mai puțin sau mai acut în secție, preocupările pentru dezvoltarea organizațional-managerială trebuie să fie permanent prezente.

Pregătirea oamenilor este capitală pentru a trece peste situațiile dificile din structuri. Nu putem, însă, reduce această pregătire doar la cunoştințele şi abilitățile de specialitate, este nevoie de mai mult, de abilități care să permită angajaților să îşi coordoneze eforturile, să comunice maximal eficient, să facă față emoțional la orice situație, să nu fie luați prin surprindere niciodată, să fie mobilizați pentru acțiune, să iubească ideea de calitate şi să urmărească să obțină rezultate corespunzătoare, să învețe să se descurce independent.

2. Provocări actuale

Criza financiară, subfinanțarea, descentralizarea sistemului, calitatea serviciilor, relația cu beneficiarii, expertiza managerilor de spital, colaborarea cu specialişti în management, emigrarea, exodul medicilor către sisteme de sănătate se pare că sunt cele mai arzătoare probleme actuale. Alte dezbateri recente au vizat: mediatizarea unilaterală a unor erori medicale sau de îngrijire (însă au fost ignorate multe realizări medicale... care nu se mediatizează), implementarea unor standarde obiective de evaluare a spitalelor, conflictul de rol al medicilor politicieni, etc. Vom detalia câteva din aceste tendințe, subliniind aspectele de actualitate.

2.1. Criza financiară, subfinanțarea

Problemelor economice ale sistemului sanitar le-au fost dedicate nenumărate analize şi controverse. Managementul resurselor financiare a fost considerat punctul critic în sistemul sănătății. S-a recunoscut faptul că sănătatea este un mare consumator de resurse financiare, dar şi faptul că banii sănătății au constituit un suport vital pentru echilibrarea altor arii ale economiei româneşti timp de mai mulți ani. Nu s-a reuşit separarea problemelor sociale de cele sanitare, sistemului sanitar i-au fost repartizate fonduri insuficiente nu numai în legătură cu necesitățile sale, dar şi în raport cu situația anilor trecuți. “Seismele” din sistemul nostru sanitar au fost legat în principal de: subfinanțare (comparativ cu țările europene procentul din

PIB acordat sănătății este mai mic), distribuția inadecvată a resurselor în sistemele societății, caracterul limitat al resurselor financiare. Acceptarea subfinanțării sănătății, menținerea sistemului de licitații (națională şi electronică) care nu doar că nu a adus economii, ci a cauzat creşterea prețurilor de 5-7 ori mai mult la unele medicamente, au contribuit la adâncirea impasului sănătății (Oprescu, 2005).

S-a reproşat nu doar insuficienta alocare de fonduri, dar şi utilizarea incoerentă a acestora: perpetuarea finanțării centrelor private de diagnostic şi neglijarea finanțării service-ului aparaturii din spitale (Oprescu, 2005), faptul că 20% din populație consumă 80% din fonduri (Cepoi, 2005, b), folosirea banilor în alte scopuri, blocarea lor în Trezorerie, neplata datoriilor (Nicolescu, 2005, b). Cu alte cuvinte a fost vorba de iraționalitate în utilizarea resurselor şi risipă. Acestea, asociate cu insuficienta comunicare, cu controlul excesiv al Ministerului Sănătății (MS) şi excluderea Colegiului Medicilor din România (CMR) de pe poziția de partener de negocieri (T.N., 2005, a, b) au fost principalele cauze care au condus la criza managementului finanțelor sănătății, tensiunile urcând periodic la cote foarte mari.

O serie de consecințe nedorite au apărut: pierderi estimate la cca. 10% din totalul cheltuielilor; neglijarea asistenței primare, deteritorializarea asistenței, supraîncărcarea spitalelor; perioade de gol în aprovizionarea cu materiale şi medicamente; materialele sanitare, medicamentele s-au terminat înainte de ciclurile de finanțare; cercetarea a fost slab susținută (Ciurea, Ciubotaru, Avram, 2007). Rezultatele au fost pe măsură: nerealizarea indicatorilor contractați s-a asociat cu întârzierea plății datoriilor de către spitale, cu neplata celui de al 13-lea salariu; cheltuielile din ambulatoriile de specialitate nu au putut fi asigurate din contractul încheiat cu CAS, ci suportate din sumele alocate pentru serviciile medicale furnizate de către spital; programele de prevenție nu au putut fi elaborate şi susținute (*ibidem.*). Criticii au consemnat aceste momente ca fiind similare cu o "comă prelungită a sistemului sanitar" (T.N., 2005, c), existând acuze de autoritarism: „banii sunt cheltuiți în continuare fără a se da socoteală cuiva" (Cojocaru, 2005). Practicienii au resimțit dureros aceste fapte: "este foarte greu să-ți faci meseria când o lună ai ce-ți trebuie, o lună ai pe jumătate şi o alta deloc, iar bolnavii vin din abundență, suferința nefiind programabilă" (Cinteză, 2004), "medicilor le lipseşte ceea ce colegii din țările vecine au în mod curent" (Sinescu, 2005).

Tensiunile din sistem au impulsionat specialiştii la găsirea unor *soluții*. Variantele pentru care au pledat practicienii au fost: rectificarea bugetară cu o sumă care să acopere datoriile justificate de nevoile reale de îngrijiri medicale; redefinirea licitațiilor electronice; acordare de autonomie CNAS; scoaterea sumelor colectate din contribuția pentru sănătate ca buget personalizat (fond privat al statului); introducerea Legii respinse în 2002 care prevedea instituirea unui sistem transparent de colectare şi cheltuire a

banilor din Fondul unic de asigurări de sănătate şi direcționarea integrală a banilor către fondul de sănătate (Oprescu, 2005). S-au căutat şi alte soluții: variante economice de tratament şi îngrijire precum spitalizarea de o zi (Nesfântu, 2004, a, b); căutarea unor surse de finanțare precum asigurările suplimentare de sănătate sau asigurările private (Țuculescu, 2005, a); reducerea numărului de paturi din spitale, pentru a reorienta tratamentele spre ambulatoriu şi a reduce cheltuielile (Boldueanu *et al.,* 2005); introducerea co-plăților (Vlădescu *et al*., 2004); creşterea transparenței în sistem ca răspuns la rezolvarea problemei cu licitațiile - prin emiterea Ordinului nr. 414 din 25 aprilie 2005 privitor la procedurile prealabile de organizare a licitațiilor de către unitățile sanitare din sistemului MS şi al CAS (A.L.P., 2005), etc.

Risipa de bani a constituit o temă amplu dezbătută, atât cu privire la asumarea responsabilității pierderilor, cât şi cu privire la strategia care trebuie adoptată. S-a dat vina pe sistem: "sistemul era rău manageriat de la vârf" (Cepoi, 2005, b), pe directorii de spitale: la un moment dat, s-a lansat zvonul că trei mari spitale bucureştene ar consuma fonduri cât întreaga țară (Țuculescu, 2005, a). Apărările au fost prompte: "încercarea de a culpabiliza directorii de spitale pentru situația actuală a sistemului sanitar a fost total eronată" (Oprescu, 2005). Nu în ultimul rând, vina a căzut pe practicieni: analizele au coborât până în profunzime, până la nivelul relației dintre medic şi Casa de Asigurări, dintre medic şi client/ pacient. Pornindu-se de la faptul că aceste relații sunt bazate pe principii contractuale şi economice, medicilor li s-a atribuit o mare parte a responsabilității pentru cheltuirea banilor. S-a arătat că, pe concret, când scrie o rețetă, când avizează o internare, când prescrie o investigație, medicul semnează cecuri. În acest context, nici CJAS, nici CNAS, nici DSP, nici Ministerul Sănătății şi nici Ministerul de Finanțe nu sunt cei care semnează cecurile de cheltuire a banilor, ci medicii. După aprecierile unor autori, în acest plan există două probleme, pe de o parte medicii nu înțeleg faptul că ei răspund de cheltuirea banilor, iar pe de altă parte, în actele normative nu există precizări clare în acest sens (Cepoi, 2005,b).

În privința strategiei pentru *stoparea risipei de bani* din sistemul sanitar părerile au fost împărțite: pentru unii, limitarea cheltuielilor echivalează cu singura modalitate eficientă (Perciun, 2005), pentru alții, prețul plătit va fi paradoxal mai mare pentru că se va ajunge la situația neasigurării medicației necesare, ceea ce va atrage creşterea cheltuielilor de spitalizare (ibidem.). Se afirmă că, în condițiile unor resurse financiare limitate, alternativa eficientă este controlul costurilor îngrijirilor medicale, constituind o măsură ce va asigura funcționalitatea sistemului, aducând o serie de avantaje: reducerea cheltuielilor, creşterea implicării autorităților publice în supervizarea serviciilor realizate şi în evitarea unor intervenții inutile. În acord cu aceste soluții, s-ar impune evaluarea eficienței

activităţilor sanitare prin controlul costurilor, ceea ce constă în analizarea oportunităţilor actelor medicale la nivelul asistenţei ambulatorii şi spitaliceşti prin calcularea costurilor efective şi stabilirea evoluţiei acestora. Toate aceste acţiuni ar urma să fie efectuate prin utilizarea unor tehnici de calcul, care sunt apanajul economiştilor sau a altor specialişti care le cunosc (Alexandru, 2005). Cei care pledează pentru o altă variantă, susţin că prevederea de a consuma în limite fixe nu permite dezvoltarea, fiind necesare marje de limită. Dacă nu se acumulează datorii nu se pot oferi servicii aşa cum prevede legea (Cepoi, 2005, b). Problema este nu a cheltui cât mai puţin, ci a cheltui eficient" (*ibidem*.). Se pare că există şi o viziune alternativă: orice soluţie nu este funcţională decât în anumite condiţii - costurile s-ar putea reduce dacă s-ar cunoaşte foarte bine situaţia banilor, dacă ar exista comunicare între toţi partenerii din sistem (*ibidem*.).

Privatizarea sau închirierea dispozitivelor medicale mai scumpe a fost în centrul multor discuţii, fiind asimilată cu o posibilă soluţie şi stârnind, de asemenea, o serie de *controverse*. S-a susţinut că "privatizarea unor spitale ar reprezenta o cale sigură pentru ca bolnavilor din ţara noastră să li se ofere servicii medicale de calitate superioară" (Boldueanu *et al*., 2005), iar de altă parte, s-a afirmat că privatizarea marilor unităţi ar duce la dispariţia acestora de pe harta medicală a României, dovada elocventă fiind aceea că cel mai eficient sistem sanitar este cel francez, care este un sistem de stat (Sinescu, 2005, a). Privatizarea unor părţi din serviciul public de sănătate, vânzarea şi/sau concesionarea unor segmente ale spitalelor a fost considerată drept un paradox al doctrinei politice: deşi acest proces este apanajul guvernelor de dreapta, atrăgând revolta sindicatelor în alte ţări, în România social-democraţii şi chiar sindicatele se exprimă în favoarea privatizării unor servicii publice (Vlădescu, et al., 2004)!

Recent, în literatura medicală se reamintesc măsurile de combatere a crizei financiare în sănătate: creşterea procentului din PIB alocat sănătăţii, asigurarea unor practici eficiente de reducere a cheltuielilor în spitale (A.M., 2010).

2.2. Descentralizarea structurilor sistemului de sănătate

Deşi conducătorii reformelor au vehiculat intenţia de creştere a rolului administraţiei şi managementului sanitar local, inclusiv la nivelul spitalelor, măsurile întreprinse au îngrădit capacitatea conducerii spitalelor de a practica un management bazat pe criterii de performanţă, ajungându-se ca spitalele să fie mai puţin independente decât erau înainte de 1989 (Vlădescu et al., 2004).

S-a constatat că deşi multe acte normative afirmă descentralizarea, în mod contrar altele cresc centralizarea. Centralizarea a fost principala

problemă a organizării. Unitățile sanitare *se află la dispoziția domeniului public* şi majoritatea suferințelor sale sunt cauzate de patologia acestuia: rigiditatea, scleroza, servicii prost organizate şi slab susținute financiar; organizarea se apropie de profilul dictatorial; salariile personalului se dau cu întârziere; cheltuielile materiale sunt în descreştere sau chiar anulate; blocajul posturilor nu poate fi rezolvat; se perpetuează neaprobarea modificărilor în ştatele de funcții; există dificultăți în abandonarea coordonatelor depăşite; se manifestă lipsa de înțelegere pentru revizuirea programelor; administrația este în favoarea angajaților; au o poziție monopolistă; se procedează la formularea unor obiective intangibile ce nu pot fi măsurate; se recurge la aprobarea de proiecte cu cost subestimat (vezi Ursoniu, 1997). Din acest blocaj, unitățile sunt condamnate să nu-şi poată realiza opțiunile care ar duce la eficientizarea activității (*ibidem*. p. 12).

S-a dezbătut proiectul de trecere a unităților sanitare în proprietatea consiliilor locale, însă s-a relevat că primăriile nu au personal cu competență în acest sector, nu au resurse, primarul ar trebui să fie cel care avizează alocarea resurselor economice şi umane din unitățile de sănătate. O astfel de măsură ar avea drept consecințe, pe de o parte, deplasarea nemulțumirilor populației şi personalului medical de la nivel central la nivel local (Vlădescu *et al*., 2004), iar pe de altă parte, existența riscului apariției unor conflicte între decidenți şi practicieni, fiecare împărtăşind viziuni diferite asupra modalităților de lucru (*ibidem*.).

În urmă cu mai mulți ani (2003) s-a început procesul de trecere a unităților medicale „neperformante" sub autoritatea consiliilor locale. În anul 2010 s-a declarat debutul unui proces vast de transfer al responsabilității multor spitale şi centre medicale sub autoritatea locală (în proprietate şi administrare). Unii analişti apreciază că această soluție de „descentralizare" va avea contribuții notabile numai dacă va fi bine gândită de către experți special angajați, astfel încât transferul de autoritate să nu conducă la perpetuarea problemelor existente, schimbând doar umbrela sub care acestea apar sau, mai rău, atrăgând închiderea respectivelor unități medicale (A.M., 2010). Alte voci spun că privatizarea unităților medicale constituie adevăratul obiectiv al „descentralizării".

Dacă la nivel de sistem mecanismele, procedurile şi efectele descentralizării rămân incerte, ne punem problema cum operăm *descentralizarea în secție*, cum o distribuim în raport sarcinile, oamenii sau situațiile existente. În primul rând, notăm avantajele şi dezavantajele *generale* şi circumstanțiale ale centralizării şi descentralizării în organizație.

Centralizarea asigură implementarea aceloraşi politici în toată structura, previne mărirea nedorită a independenței subunităților, facilitează coordonarea şi controlul, îmbunătățeşte economiile şi reduce costurile, măreşte gradul specializării, incluzând facilități şi echipamente mai bune,

măreşte viteza de luare a deciziilor şi de difuzie a autorității. Centralizarea este eficientă când:

- deciziile sunt luate pe puncte clare (asigură o coordonare mai bună);
- conducerea are o perspectivă mai largă asupra dezvoltării în cadrul organizației şi se menține conform cu politica stabilită (este mai probabil să fie la curent cu dezvoltările recente);
- există un mod de a observa diferitele sectoare prin centralizarea controlului şi a procedurilor (cercetarea şi dezvoltarea, serviciile, producția, angajații, finanțele şi administrația - pentru a menține o balanță potrivită);
- când se pune problema de alocare a resurselor, stabilire de politici funcționale, scopuri şi probleme de resurse umane.

Centralizarea permite raționalizarea scopurilor manageriale prin evitarea duplicării activităților şi resurselor acolo unde activități similare se desfăşoară independent în echipe; asigură un suport pentru depăşirea crizelor (deseori solicită o conducere puternică care să facă față cerințelor interne şi externe). Când centralizarea puterii şi a controlului procedurilor se focalizează pe o persoană-cheie sau pe un grup apare oportunitatea ca deciziile să fie luate rapid şi să existe un control asupra comunicării şi coordonării. Dezavantajul rezidă în faptul că există pericolul ca şefii să adopte o atitudine rigidă.

Descentralizarea abilitează nivelul operațional să ia unele decizii, susține realizarea efectivă a unor servicii (precum cele administrative), care sunt furnizate cât mai aproape de activitățile pe care le servesc, oferă oportunități de training şi management, are un efect încurajator asupra motivației şi moralului salariaților. Definirea clară şi coerentă a coordonatelor centralizării şi descentralizării, ca şi echilibrul acestora în acord cu condițiile concrete ale naturii producției/ prestației, politicii, managementului de zi cu zi şi nevoii de standardizare a procedurilor şi termenelor sporeşte gradul de eficiență a structurii organizatorice (Mullins, 1993).

Decentralizarea, prin *practica delegării*, poate reduce stresul şi supraîncărcarea experimentată de managerii seniori sau de alte categorii de manageri, în special în organizațiile complexe. Când managerii devin supraîncărcați, exercitarea controlului se diminuează. Delegarea poate înlătura din poverile şefilor permițându-le să se ocupe mai mult de probleme de politică şi planificare pe termen lung. Motivația angajaților va creşte o dată cu gradul mai înalt al controlului şi autonomiei pe care îl au asupra muncii lor. Oportunitatea de lua decizii şi de a fi implicați îi poate ajuta să aibă mai multă satisfacție personală şi angajament, scopurile lor să conveargă cu cele ale organizației. În situațiile de delegare a puterii, concordanța scopurilor personale cu cele ale organizației este foarte posibilă, iar delegarea poate fi testată în situațiile unde oamenii lucrează

independent unul de altul. Problema aici e să motivezi oamenii suficient să-şi coordoneze activitățile fără o prea mare direcționare de la centru.

Delegarea poate să însoțească dezvoltarea managementului prin creşterea abilităților conducerii din linia de mijloc şi astfel un număr de oameni devin mai capabili să preia din responsabilitățile superiorilor. Prin stabilirea unităților relativ independente în interiorul departamentului, unde managementul mediu este responsabil pentru lucrul efectiv, delegarea poate duce la îmbunătățirea controlului şi măsurarea mai facilă a performanțelor (Child, 1984).

Deciziile cu privite la de la nivelul centralizării şi decentralizării nu sunt nici simple şi nici finale. Ele depind de circumstanțe şi trebuie revizuite dacă apar schimbări. Criteriile după care se stabilesc noi coordonate ale centralizării-descentralizării sunt următoarele:

1. obiectivele, strategiile şi tehnologia secției;
2. abilitățile senior-managerilor de a dezvolta şi implementa o nouă structură de management;
3. încadrarea în timp, luând în considerare schimbările din mediu sau din interiorul secției;
4. aptitudinile şi atitudinile angajaților şi devotamentul lor față de secție;
5. dimensiunea organizației, inclusiv şi dimensiunile subunităților; nivelurile de luare a deciziilor (construirea unui cadru decizional);
6. problemele externe relevante (legislația sau cerințele locale/ centrale).

În practică acestea sunt criterii complexe şi centrale pentru a stabili cât de adaptabile pot deveni departamentele (Carnall, 1990).

Alte repere pentru a stabili gradul de centralizare/ descentralizare în secție sunt: existența sau non existența unor probleme (când există probleme se recomandă centralizarea, când lucrurile merg descentralizarea), maturitatea profesională a salariaților (dacă sunt bine pregătiți, atunci li se pot delega responsabilități), predispozițiile salariaților de a fi mai implicați în anumite sarcini (când se simt motivați, pot fi antrenați să participe mai mult).

Pe concret, în clinică, procedăm la descentralizare prin lansarea unor tehnici care fac oamenii să rezolve singuri problemele fără a mai apela mereu la şefi:

- chemarea oamenilor în şedințe pentru a participa la analize şi la luarea unor decizii;
- delegarea unor responsabilități către subordonați pentru a-i deprinde cu noi situații, sarcini, pentru a-i face să se implice, să devină mai adaptabili, să rezolve singuri problemele din mers;

- creşterea autorității locale: fiecare e şef pe teritoriul său şi îşi rezolvă problemele conducând pe alții numai pentru misiuni specifice (nu în general). De exemplu, chiar şi o infirmieră e şefă pe aria sa. Ea poate în anumite circumstanțe să emită o solicitare pentru a rezolva o problemă (de exemplu, solicită mecanicul să repare o baterie, fără a mai aştepta ca acest ordin să vină de la asistentul şef);

- dozarea unei puteri decizionale: pentru unele sarcini din fişa postului se stabilesc reperele autonomiei decizionale (când, unde, ce poate decide salariatul, fără a mai cere aprobare nivelului superior). De exemplu, brancardierul decide ordinea luării pacienților pe targă la investigații.

Cu alte cuvinte se apelează la doctrina „împuternicirii". Cele mai înalte *nivele de împuternicire* sunt participarea la decizii (angajatul îşi spune opinia şi pregăteşte decizia, iar în final hotărârea şefului are în conținut elemente propuse de subalterni) şi delegarea (angajatul are control complet asupra deciziei într-o misiune care i s-a încredințat) (Sagie şi Koslowsky, 2000).

Din perspectiva performanței, delegarea este superioară participării, însă preferința managerilor pentru cele două practici diferă după circumstanțe (Leana, 1987). Decizia pentru una sau alta dintre practici este luată în funcție de circumstanțe şi criterii specifice. Contextual, fiecare tehnică are o serie de avantaje, dar şi limite. *Delegarea* este o chestiune de confidență şi încredere pentru performanțele şi sistemul de interacțiune atât al subordonaților, cât şi al managerilor. Astfel, subordonații pot întreprinde activități delegate în diferite maniere prin propria inițiativă în condițiile unor specificații acceptate şi a unor limite de autoritate. Delegarea creează o relație specială între manager şi subordonat, ceea ce implică, în acelaşi timp, acordarea încrederii, dar şi retenția de control (Mullins, 1993). Esența problemei delegării a condus, însă, spre *dilema încredere-control*. Aceasta constă în aceea că în orice situație de management, *suma încredere-control este întotdeauna constantă.*

Criteriile de alegere a practicilor de împuternicire țin de contextele organizaționale:

- *importanța sarcinii*: când deciziile sunt importante, convocăm oamenii la participare decizională (dar continuăm să fim implicați), când deciziile sunt mai puțin importante putem delega (salariatul ia decizia şi se descurcă cu finalizarea sarcinii);

- timpul: când şefii sunt încărcați recurg la delegare, optăm pentru participare când avem timp suficient pentru sarcină;

- vârsta: pe tineri în convocăm la participare, pe cei mai în vârstă ne bazăm în delegarea autorității;

- genul: femeile sunt chemate la participare decizională, bărbaților li se deleagă mai mult;

- când salariatul are capacitate de muncă, este de încredere, are experiență îl putem angrena atât în participare,cât şi în delegare, indiferent de sex sau vârstă (Leana, 1987)

Practicile prin care salariații pot fi împuterniciți oferă noi posibilități de management alternative la practicile managementului directiv, caracterizat prin realizarea în cea mai mare măsură a activităților de stabilire a obiectivelor, standardelor procedural-acționale, deciziilor, etc. în procesele muncii de către membrii cu poziție ierarhică superioară.

Diferitele practici de împuternicire presupun o aplicare în acord cu faza în care se află relațiile şefi-subordonați şi activitatea lor, de fiecare dată tranzacțiile plecând de la nivelul ierarhic superior către cel inferior, care trebuie să îşi asume o anumită activitate de grup. Împuternicirea poate fi temporară sau continuă, totuşi renunțarea la autoritate nu poate fi operată întotdeauna şi pentru anumite sarcini (vezi Sagie, Koslowsky, 2000).

2.3. Competențele managerilor de spital şi de secție

În sănătate, reforma accesului la pozițiile conducere din spitale a fost considerată o prioritate, pornindu-se de la opinia că nu este suficientă calitatea de bun practician sau de profesor universitar pentru a conduce, criteriul fiind pregătirea managerială (Chirițoiu, 2005). S-a reproşat şi în alte rânduri ocuparea pozițiilor manageriale de către medici, care nu au pregătire managerială (vezi şi Vlădescu *et al*., 2000), iar, pe de altă parte, s-a reproşat sistemului că este excesiv de centralizat nepermițând managerilor să îşi aleagă membrii în echipa de conducere, pe considerentul că aşa s-ar evita subiectivismul (Vlădescu et al., 2004). Unii critici au arătat că decăderea sistemului s-a datorat nu numai managerilor autoritare, rigizi,ci şi a celor slabi, care au acceptat bugete modeste şi achiziții inutile.

În anii trecuți a avut loc o amplă acțiune de schimbare a echipelor de conducere din multe unități sanitare (ordonate de Ministrul Sănătății). S-a recurs la revocarea a 24 de consilii administrative şi demiterea a 15 comitete directoare (Pîrău, 2005, a, b). Decizia a produs şoc şi confuzie (Mihailide, 2005, a). Opiniile au fost controversate. Comentariile au mers de la considerarea măsurilor ca fiind necesitate absolută ce trebuie să implice acțiuni dure, "o ghilotiare revoluționară a feudalilor din sistem", la criticarea acestora pe temeiul riscului unor efecte dramatice prin afectarea actului medical (Mihailide, 2005, a); asimilarea deciziei cu plata unor polițe şi atacuri la persoană (Pîrău, 2005, c). S-a constatat cu surprindere că noua listă a directorilor de spitale nu conținea "manageri": toate persoanele propuse erau medici (Mihailide, 2005, b). Criticile au fost dure, constatându-se că mulți dintre cei propuşi au mai fost în posturi de conducere în sistem sub diferite guvernări şi "n-au făcut prin competență