



*Școala Națională de Sănătate Publică
și Management Sanitar*

MANAGEMENTUL SPITALULUI

**EDITURA PUBLIC H PRESS
BUCUREȘTI
2006**

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

MANAGEMENTUL SPITALULUI

**EDITURA PUBLIC H PRESS
BUCUREȘTI
2006**

Autori:

**Elena Badea
Delia Bărbuță
Nona Chiriac
Ingrid Gheorghe
Simona Haraga
Andrei Ionescu
Constanța Mihăescu –Pinția
Mona Moldovan
Simona Mușat
Cristinel Palas
Cristina Pavel
Paul Radu
Silviu Rădulescu
Ștefania Răsoiu
Mihaela Stoenescu
Daniela Vâlceanu**

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

**Managementul spitalului / Școala Națională de Sănătate Publică
și Management Sanitar. - București : Public H Press, 2006
Bibliogr.
ISBN (10) 973-87776-2-3 ; ISBN (13) 978-973-87776-2-0**

I. Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar (București)

65:725.51

Toate drepturile asupra acestei ediții aparțin Școlii Naționale de Sănătate Publică și Management Sanitar. Reproducerea, fie și parțială și pe orice suport este interzisă fără acordul prealabil al editorului, fiind supusă Legii Drepturilor de Autor.

Imprimat la **Tipografia Alpha MDN S.A.**
Buzău, str. Col. Ion Buzoianu nr. 94
Tel.: 0238.721303; fax: 0238.721304
E-mail: alpha@buzau.ro
www.alphamdn.ro

CUPRINS

I. MANAGEMENTUL ȘI ORGANIZAREA SPITALULUI	11
1. FUNCȚIILE ȘI ROLURILE MANAGEMENTULUI	11
1.1 Funcțiile managementului	12
1.2 Roluri manageriale	14
1.3 Aptitudini manageriale	15
2. PLANIFICAREA SERVICIILOR DE SĂNĂTATE	17
2.1 Privire generală	17
2.2 Elemente ale procesului de planificare strategică	18
3. STRUCTURA ORGANIZAȚIONALĂ A SISTEMULUI SERVICIILOR DE SĂNĂTATE DIN ROMÂNIA	22
3.1. Evoluția sistemului serviciilor de sănătate din România	22
3.2. Structuri de conducere, reglementare și finanțare	24
3.3. Organizarea furnizorilor de servicii de sănătate	27
4. ORGANIZAREA SPITALULUI – STRUCTURI SPITALICEȘTI. ASPECTE LEGISLATIVE.....	29
4.1. Formă de proprietate	29
4.2. Clasificare	29
4.3. Organizare	31
4.4. Aspecte legislative.....	35
5. ANALIZA PERFORMANȚEI SISTEMULUI DE SĂNĂTATE ROMÂNESC ÎN CONTEXT INTERNAȚIONAL.....	38
5.1 Cadru general privind performanța sistemelor de sănătate.....	38
5.2 Indicele dezvoltării umane	40
5.3 Discuții și concluzii.....	53
BIBLIOGRAFIE	54
II. INTRODUCERE ÎN ECONOMIA SANITARĂ	57
1. ECONOMIA SANITARĂ ȘI PIAȚA LIBERĂ	57
1.1 Piața liberă.....	58
2. PIAȚA ÎNGRIJIRILOR DE SĂNĂTATE	62
2.1 Eșecul pieței serviciilor de sănătate.....	64
3. FINANȚAREA SECTORULUI SANITAR	66
3.1 Colectarea fondurilor.....	67
3.2 Finanțarea îngrijirilor de sănătate din România	70
3.3 Plata furnizorilor	72
3.4 Plata furnizorilor de îngrijiri de sănătate în România.....	75
4. CUMPĂRAREA ȘI CONTRACTAREA SERVICIILOR.....	78
5. EVALUAREA ECONOMICĂ A ÎNGRIJIRILOR DE SĂNĂTATE.....	82
5.1 Determinarea costurilor.....	84
5.2 Tipuri de analize economice.....	85
BIBLIOGRAFIE	89
III. SISTEMUL GRUPELOR DE DIAGNOSTICE (DRG)	90
1. INTRODUCERE ÎN SISTEMUL GRUPELOR DE DIAGNOSTICE (DRG)	91
1.1 Ce sunt DRG-urile?.....	91
1.2 Utilitatea DRG.....	92
1.3 Istoric și experiența internațională.....	95
1.4 Rolul Setului Minim de Date la nivel de Pacient	96
1.5 Rolul codificării.....	98
1.6 Rolul informaticii	99
1.7 Rolul analizei datelor.....	101
2. MECANISMUL FINANȚĂRII BAZATE PE CAZ (DRG)	104
2.1 Contractarea și decontarea serviciilor	104
2.2 Ajustarea finanțării bazate pe caz	107
2.3 Rolul calculării costurilor	109
2.4 Reglementări și instrumente utile	112
BIBLIOGRAFIE	114
IV. MANAGEMENT FINANCIAR	118
1. Coordonate actuale ale sectorul spitalicesc	118
2. Introducere în management financiar	123

3. Set de date financiare pentru uzul managerului de spital.....	126
4. Bugetul, instrument de management.....	127
5. Măsurarea costurilor spitalicești la nivel de pacient.....	134
6. Contabilitatea publică. Situațiile financiare.....	138
7. structura unui Plan de îmbunătățire a managementului spitalului.....	153
BIBLIOGRAFIE.....	155
V. MANAGEMENTUL RESURSELOR UMANE.....	156
1. ROLUL ȘI IMPORTANȚA MANAGEMENTULUI RESURSELOR UMANE ÎN SĂNĂTATE.....	156
1.1 Ce este managementul resurselor umane?.....	156
1.2. Valoarea managementului resurselor umane pentru organizație.....	156
1.3. Managementul resurselor umane din sănătate.....	157
1.4 Evaluarea performanței MRU în sănătate.....	158
2. PROCESUL DE PLANIFICARE A RESURSELOR UMANE.....	160
2.1. Definirea procesului de planificare a resurselor umane.....	160
2.2 Etapele procesului de planificare a resurselor umane.....	160
2.3 Factorii care afectează oferta de forță de muncă.....	161
3. RECRUTAREA ȘI SELECTAREA RESURSELOR UMANE.....	164
3.1 Etapele procesului de recrutare a resurselor umane.....	165
4. PROCESUL DE SELECȚIE A RESURSELOR UMANE.....	166
4.1 Importanța procesului de selecție a resurselor umane.....	166
4.2 Etapele procesului de selecție a resurselor umane.....	167
4.3 Interviu de selecție.....	168
4.4 Testarea.....	171
5. ANALIZA POSTULUI.....	171
5.1 Definire.....	171
5.2 Importanța analizei postului:.....	171
5.3 Metode utilizate în analiza postului:.....	172
5.4. Fișa postului.....	173
6. ANGAJAREA PERSONALULUI.....	174
6.1 Definire și rol.....	174
6.2 Instalarea pe post.....	174
6.3 Metode de integrare profesională.....	175
7. PREGĂTIREA PROFESIONALĂ.....	175
7.1 Definire.....	175
7.2 Necesitatea de pregătire profesională.....	176
7.3 Metode de planificare și organizare a pregătirii profesionale.....	176
7.4 Evaluarea nevoilor de pregătire.....	177
7.5 Metode generale de pregătire profesională a angajaților.....	177
8. DEZVOLTAREA RESURSELOR UMANE.....	177
8.1 Definire.....	177
8.2 Metode de dezvoltare profesională.....	178
9. MOTIVAREA PERSONALULUI.....	182
9.1 Definire.....	182
9.2 Teorii motivaționale.....	182
9.3 Mijloace de creștere a motivației resurselor umane într-o organizație:.....	185
9.4 creșterea motivației în îndeplinirea unei funcții.....	186
10. EVALUAREA PERFORMANȚEI.....	186
10.1 Utilitatea evaluării performanței.....	186
10.2 Modalități de măsurare a performanței.....	187
10.3 Erorile de evaluare.....	188
10.4 Cine face evaluarea?.....	189
10.5. Fișa de evaluare.....	189
10.6. Interviu de evaluare.....	190
Bibliografie:.....	191
VI. CALITATEA SERVICIILOR MEDICALE.....	192
1. INTRODUCERE ÎN MANAGEMENTUL CALITĂȚII.....	192
2. DEFINIȚII ALE CALITĂȚII.....	193
3. ASPECTE ALE CALITĂȚII.....	193

3.1 Calitatea îngrijirilor medicale.....	194
3.2. Modelul calității	195
3.3. Asigurarea și îmbunătățirea calității	195
3.4. Modele de îmbunătățire a calității	196
4. INSTRUMENTELE CALITĂȚII	198
4.1. Brainstorming.....	199
4.2. Histograma	199
4.3. Diagrama Pareto.....	199
4.4. Instrumentul QQUQCQQ (Quis, quid, ubi, quibus auxiliis, quomodo, quando.....	200
4.5. Diagrama cauză-efect (“os de pește”), a celor 5M, Ishikawa.....	200
4.6. Fluxul de proces (process flow)	200
4.7. Foaia de verificare a datelor	201
4.8. Diagrama afinităților	201
4.9. Diagrama arbore.....	201
4.10. Diagrama de relații	202
4.11. Matricea de priorizare a problemelor/matricea multicriterială	202
4.12. PDCA	202
4.13. Cercurile calității	202
4.14. Benchmarking	202
5. STANDARDIZAREA CALITĂȚII	203
5.1. Definiție.....	203
5.2. Caracteristicile unui bun standard sunt:.....	203
5.3. Criteriile	204
5.4. Ghidurile de practică medicală.....	205
5.5. Standardele ISO în calitate	206
6. MĂSURAREA CALITĂȚII	209
6.1.Evaluarea internă a calității	209
6.2.Monitorizarea calității	211
6.3. Evaluarea externă a calității.....	212
7. INDICATORI DE CALITATE.....	215
7.1. Ce sunt indicatorii de calitate?	215
7.2. Cum se construiește un indicator de calitate?.....	216
7.3. Ce tipuri de indicatori de calitate se pot construi?.....	217
7.4. Cum se selectează un indicator de calitate?.....	218
7.5. Cum se utilizează indicatorii de calitate?	218
8. Acreditarea spitalelor	220
9. DREPTURILE PACIENȚILOR	226
BIBLIOGRAFIE	228
VII. AUDITUL INTERN.....	229
1. AUDITUL PUBLIC INTERN	229
1.1. Conceptul de audit intern	229
1.2. Definiția auditului intern	231
1.3. Caracteristicile auditului intern	232
1.4. Cadrul legal de organizare și funcționarea a auditului public intern în entitățile publice.....	233
1.5. Principii aplicabile compartimentului de audit public intern și auditorilor interni.....	238
2. METODOLOGIA DE DERULARE A MISIUNII DE AUDIT PUBLIC INTERN	238
2.1 Pregătirea misiunii de audit intern.....	239
2.2 Intervenția la fața locului.....	240
2.3 Raportul de audit public intern.....	243
2.4. Urmărirea recomandărilor	243
3. MANAGEMENTUL RISCURILOR	244
3.1 Noțiuni teoretice.....	244
3.2. Metodologia analizei riscurilor.....	245
4. CONTROLUL INTERN	250
4.1. Conceptul de control intern	250
4.2. Instrumentarul cu care operează sistemele de control intern.....	252
4.3. Metodologia - cadru de proiectare și implementare a sistemului de control intern în entitatea publică	257
Bibliografie :	259
ANEXE	259

PREFAȚĂ

“Când am vorbit prima oară despre reforma pe care am început-o în sistemul sanitar, unul dintre obiectivele principale anunțate a fost cel al formării unor manageri competenți care să preia și să rezolve problemele financiar-administrative dintr-un spital.

Am convingerea că se va înțelege în timp că nu vom putea avea servicii spitalicești de calitate, eficiente și care să răspundă așteptărilor pacienților, decât prin îmbunătățirea managementului la nivelul acestor unități. Un management competitiv nu înseamnă altceva decât utilizarea mai judicioasă a resurselor umane și materiale care va duce în final spre creșterea nivelului calitativ al serviciilor medicale.

Organizarea unui **curs de management spitalicesc** este absolut necesară în cadrul acestei activități de reformare a spitalelor.

În această direcție, a fost gândit de către specialiștii Școlii Naționale de Sănătate Publică și Management Sanitar (SNSPMS) un curs de management spitalicesc, organizat ca activitate de educație medicală continuă, care să cuprindă cunoștințe generale de management necesare la nivelul unui spital. Cursul se adresează în principal celor care doresc să ocupe o funcție managerială la nivelul unei unități sanitare și va fi susținut de cei mai buni profesori în acest domeniu.

Prin felul în care este structurat, cursul încearcă să răspundă principalelor arii de management de la nivelul spitalului și, totodată, să acopere principalele activități de management așa cum sunt ele prezentate în titlul referitor la spitale, din pachetul legislativ de reformă a sistemului sanitar.

Cursul este structurat în 7 module de câte 2 zile, cuprinzând atât aspecte teoretice, cât și o importantă paletă de activități practice din următoarele arii: Management și organizarea serviciilor de sănătate, Economie sanitară, Management financiar, Finanțare bazată pe caz, Management de resurse umane, Managementul calității și evaluarea performanței, Audit intern și legislație.

Ca ministru al Sănătății și cetățean al acestei țări vreau ca, în următorii ani, sistemul de sănătate românesc să nu se mai confrunte cu disfuncționalități privind aprovizionarea cu medicamente sau produse sanitare în unitățile spitalicești. Nu vom putea reuși decât atunci când vom înțelege că există oameni instruiți pentru a gestiona resursele astfel încât să nu mai existe probleme.

Urez tuturor participanților acestui curs, viitorilor manageri de spital, mult succes.”

EUGEN NICOLĂESCU
MINISTRUL SĂNĂTĂȚII PUBLICE

I. MANAGEMENTUL ȘI ORGANIZAREA SPITALULUI

Coordonator: Dr. Daniela Vâlceanu

Atunci când încercăm să definim rolul unui manager, încercăm de fapt să identificăm acel ceva care face ca resursele unei organizații să se transforme în rezultate. Adesea tindem să credem că cel mai important rol al managerului este acela de a lua decizii.

1. FUNCȚIILE ȘI ROLURILE MANAGEMENTULUI

Dr. Daniela Vâlceanu

Motto: Oamenii eficienți sunt cei mai mari leneși, dar sunt niște leneși inteligenți.

(David Dunham)

Charles Handy în cartea sa "Understanding organizations" (Handy, 1985) povestește că a rugat participanții la un seminar de management, ca pentru viitoarea întâlnire, ce urma să aibă loc peste o săptămână, să listeze cele mai importante decizii luate. Nu mare a fost surpriza atunci când managerii, fâstâciți, au recunoscut că nu au luat decizii importante în săptămâna respectivă. Incidentele, varietatea și fragmentarea par a reprezenta viața de zi cu zi a managerului. Constrângerile, cererile și opțiunile se întâlnesc frecvent în viața managerului.

Fiecare manager încearcă, și uneori reușește, să fie eficient. Se ridică întrebarea, care sunt factorii care contribuie la creșterea eficienței și care sunt principalele funcții îndeplinite de manageri?

Pentru un manager, ca și pentru oricare altă persoană, **a fi eficace** 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 exact ceea ce trebuie să faci.
- Eficiență – înseamnă o folosire cât mai economică a resurselor.

Eficacitatea este mai importantă decât eficiența, deoarece este necesar să îndeplinești mai întâi ceea ce trebuie făcut. Numai atunci contează dacă munca este făcută eficient, adică în modul cel mai potrivit.

Managementul nu este nou. Conceptele de bază ale managementului au fost descrise în diferite moduri, de mii de ani. Cele dintâi referiri la management pot fi găsite în Vechiul Testament al Bibliei Creștine; concepte manageriale folositoare și în ziua de azi sunt descrise la construirea piramidelor din Egiptul Antic, iar sugestiile de bun management pot fi găsite în Codul bunelor maniere din Babilonia, în urmă cu 3000 de ani.

"Moise a ales oameni destoinici din tot Israelul și i-a pus căpetenii ale poporului, căpetenii peste o mie, căpetenii peste o sută, căpetenii peste cincizeci și căpetenii peste zece. Ei judecau poporul în tot timpul: aduceau înaintea lui Moise pricinile grele, iar toate pricinile mici le judecau ei înșiși." - Vechiul Testament, Exodul, Capitolul 18, Versetul 25 - 26

Există multiple definiții ale managementului.

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

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

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

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

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

1.1 Funcțiile managementului

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

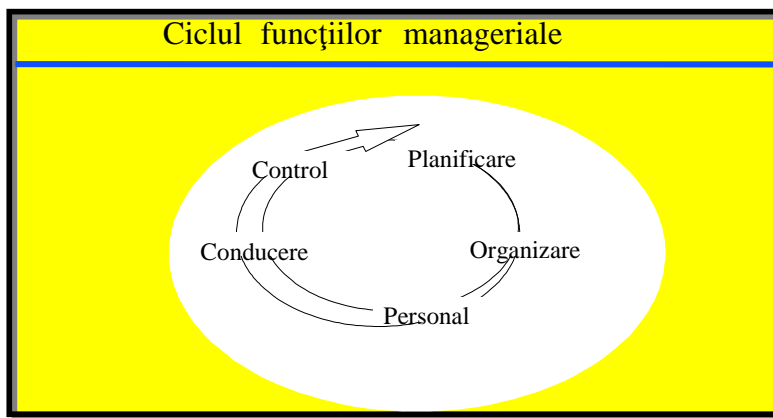


Figura I.1 Ciclul funcțiilor manageriale

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

Deși aici este reprezentat ca un ciclu, în realitate funcțiile manageriale se suprapun

frecvent și pot apărea în orice secvență.

Sucesiunea funcțiilor poate fi privită și ca o spirală. În acest caz observăm că funcția de control este cea care prin îmbunătățirea procesului de planificare face trecerea către un nou ciclu al spiralei. Pentru claritate, funcțiile vor fi discutate ca și când ar fi activități manageriale separate și distincte.

1. **Planificarea** se referă la viitor și presupune evaluarea acestuia 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. Altfel spus, pentru a rezolva problemele legate de planificare, echipa managerială trebuie să asigure:
 - îmbinarea corespunzătoare a obiectivelor specifice fiecărui departament din organizație (unitate);
 - să combine planificarea pe termen scurt cu cea pe termen lung (continuitate);
 - să fie capabilă să adapteze planul la modificările apărute (flexibilitate);
 - să încerce să prognozeze corect direcțiile de acțiune (precizie).

Esența planificării constă în utilizarea optimă a resurselor.

2. **Organizarea** se referă la crearea structurii manageriale și umane a organizației, adică stabilirea relațiilor de autoritate și responsabilitate. Scopul organizării este acela de a crea o structură adecvată pentru organizație, astfel încât aceasta să-și poată atinge obiectivele propuse prin planificare. Corespunzător acestei structuri trebuie să existe o unitate de comandă și acțiune, cu definirea clară a responsabilităților și a modalităților cât mai adecvate de luare a deciziilor, toate acestea având la bază un sistem eficient de selectare și pregătire a managerilor.
3. **Funcția de personal** (resurse umane) – această funcție include activitățile legate de managementul resurselor umane și include: recrutarea și selectarea personalului, descrierea postului, plasarea angajaților în locuri de muncă adecvate, formare pentru însușirea deprinderilor individuale necesare pentru ca aceștia să-și poată îndeplini bine sarcinile, consultarea în ceea ce privește performanța, cariera și determinanții plății și recompenselor.
4. **Conducerea (leadership)** presupune să dai subordonaților un ghid pentru ceea ce trebuie și ceea ce nu trebuie să facă. Ea se referă la relațiile existente între manager și subordonați și include crearea unui mediu adecvat pentru motivație, comunicare și conducere, astfel încât membrii organizației să înțeleagă ce se așteaptă de la munca lor.
5. **Controlul** este funcția managementului centralizată pe monitorizarea și evaluarea performanței. Scopul acesteia este îmbunătățirea continuă a calității. Ea este o funcție 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. Taylor (Taylor, 1994) menționa patru părți ale procesului de control:
 - stabilirea de standarde pentru timp, calitate și cantitate;
 - măsurarea rezultatelor;

- compararea rezultatelor cu standardele;
- adoptarea modificărilor necesare

Controlul este un proces continuu.

1.2 Roluri manageriale

Un manager are autoritate și un anumit statut, are responsabilități - nu numai în cadrul organizației, ci și în afara acesteia. Aceste activități sau comportamente pot fi descrise ca roluri pe care le îndeplinește un manager. Mintzberg a descris zece roluri manageriale care sunt grupate în trei domenii: interpersonal, informațional și decizional.

1.2.1 Rolurile interpersonale – se referă la relațiile pe care managerul le întreține cu ceilalți.

- **Rol de reprezentare** – este datorat autorității formale și poziției simbolice. Managerul reprezintă organizația atât în interior cât și în relațiile cu ceilalți. Acest rol consumă o mare parte din timpul managerului.
- **Rol de lider** – managerul trebuie să creeze un mediu de muncă care să încurajeze subordonații să obțină performanța maximă. Pentru aceasta, el trebuie să aibă o viziune clară asupra viitorului organizației și să poată comunica această viziune celorlalți, astfel încât aceștia să împărtășească viziunea și să o facă să fie viabilă. Rolul de lider e foarte important, fiind un factor motivator major în cadrul organizației.
- **Rol de legătură** – se referă la relațiile pe orizontală. Managerul trebuie să-și mențină o întregă rețea de relații și contacte în exteriorul organizației.

1.2.2 Rolurile informaționale

Managerul este adesea sursă de informații pentru organizația sa, informații care pot proveni din interiorul organizației sau din afara acesteia. O mare parte din putere este inclusă în acest grup de roluri manageriale, deoarece managerul poate să aleagă între a transmite informațiile așa cum le-a primit, le poate schimba cu un anumit scop sau poate să rețină o parte din informație.

- **Rol de monitor** – managerul adună informații legate de munca celorlalți din diferite surse, atât formale cât și informale. Din aceste informații managerul trebuie să le selecteze pe acelea care sunt relevante și utile. Informațiile pot fi folosite în scop formal – pentru rapoarte, întâlniri, conferințe, presă, dar și pentru conversații informale.
- **Rol de difuzor** – managerul alege informațiile care trebuie știute de alții. Uneori informația este diseminată subordonaților, care în mod obișnuit nu pot avea acces la ea.
- **Rol de purtător de cuvânt** – deseori, managerul trebuie să dea informații privind organizația, unor persoane din exteriorul acesteia (Vlădescu, 2004).

1.2.3 Rolurile decizionale

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

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

Pentru Mintzberg, aceste zece roluri dau cea mai adecvată descriere a ceea ce fac managerii de fapt. În aceste roluri, informația este crucială, managerul fiind cel care stabilește prioritățile informaționale. Cu ajutorul rolurilor interpersonale, managerul primește informații, iar prin rolurile decizionale le utilizează. (Vlădescu, 2004).

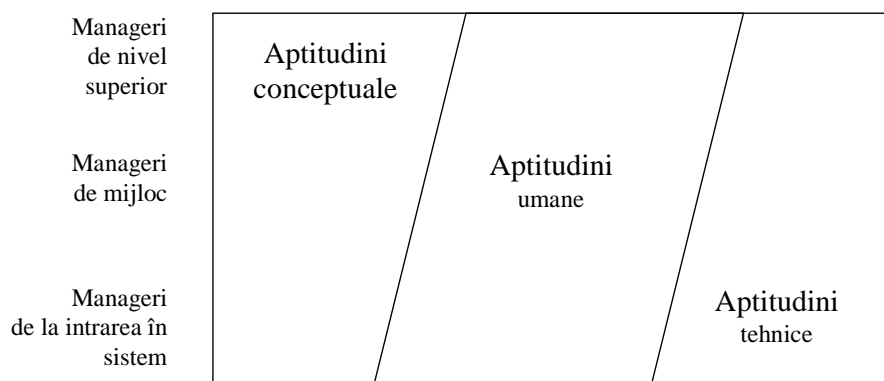
1.3 Aptitudini manageriale

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

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

Figura I.2

Proporția timpului destinat Aptitudinilor de Conducere



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

1.3.1 Aptitudini tehnice

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

Aptitudinile tehnice ale managerilor constau în:

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

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

1.3.2 Aptitudini umane

Abilitatea managerilor de a lucra eficient cu alții – ca indivizi și ca grup – este o reflectare a aptitudinilor lor umane. Un manager cu aptitudini umane eficiente va fi conștient de atitudinea, percepția și sentimentele altora și le va lua în considerare în procesul managerial. Managementul este un proces continuu de înțelegere a comportamentului și atitudinilor celorlalți, și de comportare într-o manieră care să ducă la încredere și credință. Unele aptitudini umane includ: a conduce fără a jigni, a nu fi de acord fără a fi dezagreabil, a conduce o întrunire sau a facilita o discuție, și a media un conflict. Managerii de la toate nivelele își petrec o bună parte din timp exersând aptitudini umane. Proporția de timp dedicată acestora variază foarte puțin pe măsură ce managerul urcă ierarhic.

1.3.3 Aptitudini conceptuale

Aptitudinile conceptuale sunt reprezentate de abilitatea de a înțelege relațiile din situațiile complexe, de a vedea conexiuni în haos, și de a avea o viziune de viitor.

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

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

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

2. PLANIFICAREA SERVICIILOR DE SĂNĂTATE

Dr. Daniela Vâlceanu

2.1 Privire generală

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

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

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

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

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

Planificarea strategică are patru elemente de bază:

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

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

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

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

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

2.2 Elemente ale procesului de planificare strategică

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

2.2.1 Evaluarea mediului exterior

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

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

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

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

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

influență.

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

2.2.2 Evaluarea mediului intern

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

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

2.2.3 Misiune, scop și obiective

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

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

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

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

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

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

Exemplu

University Hospital Birmingham NHS Foundation Trust

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

- localizarea serviciilor generale prin furnizarea de îngrijiri pentru bătrâni și pentru boli cronice în parteneriat cu medicina primară;
- dezvoltarea de parteneriate de cercetare-dezvoltare în vederea îmbunătățirii serviciilor de specialitate;
- îmbunătățirea accesului și a facilităților prin dezvoltarea capacității și parteneriate public privat;
- formarea și dezvoltarea personalului prin parteneriate comunitare, programe de formare naționale și internaționale în parteneriat;
- asigurarea calității serviciilor prin măsurarea performanțelor, activități de peer review și realizarea de comparații naționale și internaționale;
- îmbunătățirea relației cu pacienții la nivel individual și comunitar.

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

- un maxim de 6 luni timp de așteptare pentru spitalizarea în afara urgențelor, la 31 martie 2005;
- 98% din pacienți vor fi consultați, tratați, internați sau externați într-un interval de 4 ore de la sosirea în serviciul de accidente și urgențe;
- 100% din cei trimiși de medicul de familie în urgență pentru suspiciune de cancer vor fi consultați într-un interval de 2 săptămâni;

2.2.4 Implementare și evaluare

Implementarea cu succes a planului strategic necesită implicarea conducerii organizației. Misiunea și țelurile trebuie comunicate în toată organizația. Angajații de la toate nivelurile trebuie să cunoască scopul organizației și logica luării deciziilor care afectează toți indivizii din organizație.

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

Implicarea conducerii transmite importanța planificării strategice și nevoia de a ne baza pe ea și de a o folosi (atât managerii cât și angajații) în luarea deciziilor în organizație.

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

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

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

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

Rezultatul final este furnizarea de servicii pacienților și membrilor comunității și regiunii care se bazează pe spital pentru a le asigura accesul la îngrijiri de sănătate de calitate.

3. STRUCTURA ORGANIZAȚIONALĂ A SISTEMULUI SERVICIILOR DE SĂNĂTATE DIN ROMÂNIA

Dr. Silviu Rădulescu

Sistemul serviciilor de sănătate cuprinde ansamblul resurselor umane, materiale, financiare, informaționale și simbolice utilizate în combinații variabile pentru a produce îngrijiri și servicii care au ca scop îmbunătățirea sau menținerea stării de sănătate. El reprezintă doar un subsistem al sistemului de sănătate, care cuprinde ansamblul elementelor și relațiilor care influențează starea de sănătate a indivizilor și populațiilor. Alături de serviciile de sănătate, factorii majori care influențează starea de sănătate sunt cei comportamentali, de mediu și biologici.

În cele ce urmează vor fi prezentate în sinteză caracteristicile sistemului serviciilor de sănătate din România din punctul de vedere al macrostructurii, adică distribuția globală a funcțiilor între principalele categorii de organizații din sistem, legăturile de autoritate și responsabilitate între acestea și cu lumea exterioară, și circumstanțele strategice ale acestor organizații, în primul rând, gradul de competiție cărui trebuie să îi facă față. Descrierea se bazează pe prezentări mai ample ale organizării sistemului îngrijirilor de sănătate din România și ale evoluției acestuia, cuprinse în OMS 2000, Bara 2003, Kennelly 2005, pe prevederile din legislația foarte bogată în domeniu din ultimii zece ani, precum și pe date din statistica oficială.

3.1. Evoluția sistemului serviciilor de sănătate din România

Sistemul serviciilor de sănătate din România se găsește spre finalul unei tranziții prelungite de la un model integrat, în care majoritatea organizațiilor furnizoare de asistență medicală erau în proprietate publică, sub autoritatea Ministerului Sănătății, încadrate cu personal angajat al statului, către un model contractual finanțat predominant din surse publice, în care majoritatea furnizorilor de servicii de sănătate privați sau publici, cu un grad crescut de autonomie, încheie contracte obligatorii cu casele de asigurări de sănătate. Aceste contracte se bazează pe un contract-cadru, prin care statul, în consultare cu reprezentanții principalelor categorii de furnizori, reglementează condițiile de acordare a serviciilor medicale.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.2. Structuri de conducere, reglementare și finanțare

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

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

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

- elaborează reglementări privind organizarea și funcționarea serviciilor de asistență medicală, atât publice cât și private, a serviciilor de sănătate publică, a protecției și promovării sănătății, distribuției medicamentului;
- evaluează și monitorizează starea de sănătate a populației, organizează și coordonează inspecția sanitară de stat, rețeaua de promovare a sănătății, sistemul național de supraveghere și control al bolilor și sistemul informațional privind sănătatea publică;
- administrează și evaluează programele de sănătate pe care le finanțează din bugetul de stat; aceste programe naționale au drept scop promovarea sănătății, prevenirea bolilor, anumite servicii medicale, sprijin pentru procesul de pregătire profesională;
- finanțează construcțiile și achiziționarea de echipament medical de înaltă tehnologie;
- elaborează și coordonează aplicarea strategiilor în domeniul resurselor umane în sănătate.

La nivel local, Ministerul Sănătății Publice acționează prin intermediul autorităților de sănătate publică județene și a municipiului București, servicii publice deconcentrate cu personalitate juridică, subordonate ministerului. Principalele atribuții ale acestor autorități sunt următoarele:

- aplică politica și programele naționale de sănătate publică pe plan local;
- colectează și înregistrează date privind sănătatea populației, pe baza cărora identifică riscuri și problemele locale prioritare de sănătate publică;
- controlează aplicarea normelor de funcționare a unităților medicale și farmaceutice, indiferent de forma de organizare;
- organizează activitățile de prevenire a îmbolnăvirilor și de promovare a sănătății la nivel local;
- intervin în rezolvarea problemelor de sănătate publică apărute în rândul persoanelor aparținând grupurilor defavorizate.

Aceste autorități sunt rezultatul reorganizării direcțiilor de sănătate publică județene (DSPJ), care la introducerea sistemului de asigurări sociale de sănătate, în 1999, au preluat o parte din atribuțiile direcțiilor sanitare județene, care până la acea dată aveau rolul major atât în conducerea unităților medicale publice, cât și în finanțarea serviciilor. Față de DSJ, atribuțiile DSPJ s-au dezvoltat în domeniul reglementării și controlului furnizorilor publici și privați, precum și al funcțiilor de sănătate publică, dar s-au redus semnificativ în privința autorității de conducere directă și finanțare a furnizorilor de servicii medicale.

Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS), prin casele de asigurări de sănătate județene și a municipiului București, precum și Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului gestionează fondul național unic de asigurări sociale de sănătate. Acest fond este principalul instrument de finanțare a serviciilor de sănătate în România – peste 80% din totalul fondurilor publice pentru sănătate au fost alocate anual prin casele de asigurări de sănătate de la înființarea acestora în 1999. Detalii asupra modului de finanțare a serviciilor sunt prezentate în capitolele următoare.

CNAS este o instituție publică, autonomă, de interes național, cu personalitate juridică, care funcționează pe baza statutului propriu, aprobat prin hotărâre a guvernului. Organele de conducere ale CNAS sunt adunarea reprezentanților, consiliul de administrație, președintele, comitetul director, doi vicepreședinți și directorul general. Principalul rol al CNAS este să asigure funcționarea unitară și coordonată a sistemului de asigurări sociale de sănătate din România. Instrumentul folosit pentru definirea unitară a condițiilor privind acordarea asistenței medicale din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate este contractul-cadru, al cărui proiect îl elaborează CNAS și care se prezintă de către Ministerul Sănătății Publice spre aprobare guvernului. În elaborarea contractului-cadru, CNAS consultă CMR, CMDR, CFR, OAMMR, OBBC, precum și organizațiile patronale și sindicale reprezentative din domeniul medical. Consultarea organizațiilor profesionale reprezentative în elaborarea contractului-cadru a înlocuit, odată cu aplicarea ordonanței de urgență 150/2002, procesul de negociere a contractului-cadru între CNAS și CMR, aplicat cu dificultate și rezultate nesatisfăcătoare în primii ani de funcționare a sistemului de asigurări.

Casele de asigurări de sănătate județene (CASJ) sunt instituții publice, cu personalitate juridică, cu bugete proprii, în subordinea CNAS. Organele de conducere ale CASJ sunt consiliul de administrație și președintele-director general. Principalul rol al CASJ este contractarea de servicii de sănătate pentru asigurați de la furnizori publici și privați, în baza condițiilor de furnizare și plată stabilite la nivel național prin contractul-cadru și normelor sale de aplicare. CASJ mai au atribuții și în colectarea contribuțiilor de asigurări de sănătate, dar acest rol este mult mai limitat față de perioada 1999-2002, această activitate fiind preluată în cea mai mare parte de Ministerul Finanțelor Publice, prin Agenția Națională de Administrare Fiscală.

Alte structuri ale administrației publice implicate în reglementarea, conducerea și finanțarea sistemului de servicii de sănătate sunt:

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

În domeniul autorizării, controlului și supravegherii profesiilor de medic, medic dentist și farmacist, ca profesii liberale, autoritatea de stat delegă unele responsabilități organismelor profesionale – Colegiul Medicilor din România (CMR), Colegiul Medicilor Dentiști din România (CMDR) și Colegiul Farmaciștilor din România (CFR). Acestea sunt organisme profesionale, apolitice, fără scop patrimonial, de drept public, organizate la nivel național și colegii teritoriale județene, respectiv ale municipiului București. Colegiile teritoriale au personalitate juridică, patrimoniu și buget propriu, precum și autonomie

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

Principalele atribuții ale CMR, CMDR și CFR sunt următoarele:

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

3.3. Organizarea furnizorilor de servicii de sănătate

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

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

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

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

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

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

4. ORGANIZAREA SPITALULUI – STRUCTURI SPITALICEȘTI. ASPECTE LEGISLATIVE

Dr. Cristina Pavel

Spitalele reprezintă un sector sensibil și strategic al sănătății în orice țară. Este un domeniu care suscită numeroase presiuni în toate țările lumii, mai ales în țările în dezvoltare sau în tranziție ce trebuie să facă față la numeroase schimbări. Reducerea efectivelor, raționalizarea și ameliorarea gestiunii sunt obiective principale ale reformelor. În fapt directorii de spital trebuie să rezolve două probleme majore. Prima, este impactul diferitelor configurații ale spitalelor asupra echității, accesului, calității și eficienței, iar a doua, obținerea celor mai bune rezultate cu resursele alocate.

4.1. Formă de proprietate

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

Până în 1992, toate spitalele se aflau în subordinea directă a Ministerului Sănătății, respectiv a direcțiilor de sănătate publică județene. Ulterior, în marea majoritate a cazurilor, dreptul de proprietate asupra mijloacelor fixe ale spitalelor a fost transferat autorităților locale. Un anumit număr de spitale de înaltă performanță sau supra-specializate, institute medicale, centre și institute pentru educația continuă a medicilor au rămas însă direct sub autoritatea Ministerului Sănătății.

Dezavantajul în această situație este dat de faptul că municipalitățile, ca proprietari ai spitalelor, nu au avut nici motivația, nici instrumentele sau capacitatea necesară pentru a trage la răspundere spitalele pentru performanța lor. Aceasta se referă atât la performanța financiară cât și la calitatea serviciilor acordate. De vreme ce autoritățile locale nu sunt nici finanțatorii serviciilor de sănătate și nici nu au control asupra investițiilor de capital, le lipsesc instrumentele prin care ar putea influența activitatea spitalelor.

4.2. Clasificare

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

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

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

Spitalele terțiare sunt considerate cele care oferă servicii complexe, cu tehnologie ultra-performantă. Conceptul se bazează pe premiza că expertiza și echipamentele foarte scumpe ar trebui concentrate numai în anumite unități cărora să li se adreseze pacienții necesitând îngrijiri specializate. Rolul acestor spitale terțiare este însă contestat, având în

vedere monopolul pe care îl creează asupra altor spitale cu atribuții de învățământ și cercetare, prezentând cazuri atipice de patologii. De asemenea, de multe ori, în astfel de spitale, sunt tratați pacienți care nu necesită îngrijiri atât de complexe și costisitoare.

Separarea între spitalele de îngrijiri secundare și cele terțiare devine din ce în ce mai neclară, în special în țările dezvoltate. În primul rând, dezvoltarea tehnologiei (miniaturizare) simplifică foarte mult diagnosticul și tratamentul. În al doilea rând, este din ce în ce mai dificil de apreciat lărgimea grupului populațional cărui i s-ar putea adresa un spital terțiar supra-specializat și localizarea adecvată a acestuia, pentru a fi accesibil tuturor solicitanților. În al treilea rând, modelul de educație medicală dintr-un spital terțiar, care concentrează cazurile cele mai severe și neobișnuite, nu reprezintă un model pentru pregătirea majorității personalului medical ce urmează a practica în medicina primară și ambulatorie.

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

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

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

Această clasificare comportă mai multe neajunsuri printre care:

- conform definiției internaționale a spitalului, unitate care acordă îngrijiri medicale asociate stărilor acute, unele unități nu se includ în categoria spitale, cum ar fi sanatoriile, preventoriile, unitățile medico-sociale, centrele de sănătate;
- nu este definit clar scopul în care se face această clasificare;
- nu sunt definite clar delimitările între diferitele categorii, ceea ce face ca aceeași instituție să poată fi regăsită în mai multe categorii (un spital poate fi, în același timp, regional, de specialitate și clinic, dar se poate numi și institut);
- definirea unor spitale strict de urgență este puțin utilizată în alte țări, în majoritatea cazurilor toate spitalele având capacitatea de a acorda servicii în regim de urgență, excepție făcând zonele în care spitalele sunt localizate în vecinătate apropiată, caz în care unele pot fi excluse de a acorda servicii de urgență.

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

De cele mai multe ori însă spitalele speră ca printr-o nouă clasificare să își îmbunătățească statutul și/sau situația financiară.

Cu toate acestea, în țările cu sisteme de sănătate bine organizate, clasificarea spitalelor a fost abandonată, fiind păstrată numai pentru anumite servicii (unitățile de terapie intensivă, serviciile de urgență) sau din motive de finanțare.

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

Pentru aceasta, este însă necesară garantarea funcționării spitalelor la standarde specifice și a certificării calității serviciilor furnizate. Astfel, conform prevederilor Legii reformei în domeniul sănătății din 2006, după obținerea autorizației de funcționare, spitalele sunt obligate să intre în procedura de acreditare coordonată de Comisia Națională de Acreditare a Spitalelor. Procedura se inițiază la cererea spitalului și nu poate depăși 5 ani, neobținerea acreditării după această perioadă ducând la desființarea spitalului. Acreditarea este valabilă 5 ani, iar lista cu unitățile acreditate și categoria acreditării se publică în Monitorul Oficial al României.

4.3. Organizare

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

Tabelul I.1. Elementele ce caracterizează statutul unui spital

	Public bugetar		Organizație privată
Autonomie în conducere	Puține drepturi de decizie	X	Autonomie totală
Risc financiar	Inexistent	X	Risc total funcție de performanță
Responsabilitatea financiară	Administrare publică	X	Administrare la nivelul organizației
Responsabilitate organizațională	Control ierarhic direct	X	Reglementări și contracte
Funcții sociale	Nu există finanțare explicită	X	Mandat explicit finanțat

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

4.3.1. Autonomia în conducere

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.3.2. Riscul financiar

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

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

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

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

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

Contractele negociate cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate prevăd indicatori de administrare, ceea ce face ca riscul financiar să fie preluat la nivelul spitalului, crescând motivația, atât a conducerii spitalului, cât și a profesioniștilor, de a îmbunătăți eficiența și eficacitatea serviciilor furnizate.

4.3.3. Responsabilitatea financiară

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

În condițiile unei finanțări centrale și a alocării fondurilor pe categorii, fără posibilitatea schimbării destinației, nu exista motivație pentru generarea de beneficii, mai ales că orice fond neutilizat se întorcea la bugetul de stat.

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

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

4.3.4. Responsabilitatea organizațională

Dacă în sistemul centralizat, public bugetar spitalele erau responsabile pe linie ierarhică directă, în urma modificărilor legii administrației din 1992, spitalele sunt responsabile atât față de autoritățile publice locale, cât și față de Ministerul Sănătății, prin direcțiile județene de sănătate publică. Administrațiile locale nu dețin instrumentele și capacitatea de control pentru evaluarea performanței financiare și calității serviciilor acordate. Auditul se exercită de către structuri ale Ministerului Sănătății, în schimb controlul calității serviciilor se face de cele mai multe ori ca urmare a reclamațiilor sau chiar a influențelor politice.

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

Până în prezent, în majoritatea țărilor din Europa de est, pacienții sunt excluși din procesul de decizie, neavând nici măcar rol consultativ la nivelul spitalelor. În plus, nu există stabilit nici un sistem de raportare a reclamațiilor pacienților. Excepția, în acest sens, o constituie Republica Cehă.

4.3.5. Funcțiile sociale

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

4.4. Aspecte legislative

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

- a) organizarea spitalului;
- b) mecanismele de plată (modalitatea în care fondurile colectate prin finanțare sunt transferate furnizorilor);
- c) reglementările legislative-mecanismele prin care statul exercită constrângeri asupra comportamentului organizațiilor din sistemul de sănătate; reglementarea se realizează prin acte normative de diferite niveluri.

4.4.1. Definiții și clasificări

Actul normativ este izvorul de drept creat de organe ale autorității publice, investite cu competențe normative (parlament, guvern, organe administrative locale), și cuprinde norme general-obligatorii, a căror aplicare poate fi realizată și prin intervenția forțelor coercitive ale statului.

Principalele tipuri de acte normative din sistemul de drept românesc sunt: constituția, legile, ordonanțele de urgență, ordonanțele, hotărârile guvernului, ordinele ale miniștrilor, decizii ale organelor administrative locale.

Constituția este legea fundamentală a unui stat, constituită din norme juridice, investite cu forță juridică supremă. Ea reglementează acele relații sociale fundamentale esențiale pentru instaurarea, menținerea și exercitarea puterii politice a poporului.

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

- constituționale – cele prin care se revizuieste Constituția; conțin reglementări sociale fundamentale, esențiale pentru instaurarea, menținerea și exercitarea statală a puterii; se adoptă cu votul a cel puțin două treimi din numărul membrilor fiecărei Camere, fiind definitive numai după aprobarea lor prin referendum;
- organice – intervin în domenii rezervate prin art. 73 alin. (3) din Constituție; se adoptă cu votul majorității membrilor fiecărei Camere a Parlamentului;

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

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

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

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

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

4.4.2. Modalități de elaborare

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

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

Motivarea actelor normative se referă în principal la:

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

Părțile constitutive ale unui act normativ sunt:

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

- preambulul (dacă este cazul) – precedă formula introductivă și enunță, în sinteză, scopul reglementării;
- partea dispozitivă – reprezintă conținutul propriu-zis al reglementării, alcătuit din totalitatea normelor juridice instituite pentru sfera raporturilor sociale ce fac obiectul acestuia; elementul de bază al părții dispozitive este articolul, care cuprinde o singură dispoziție normativă aplicabilă unei situații date; în cazul în care din dispoziția normativă primară a unui articol decurg, în mod organic, mai multe ipoteze juridice, acestea vor fi prezentate în alineate distincte, asigurându-se succesiunea logică a ideilor și coerența reglementării;
- formula de atestare a autenticității actului – aceasta este, de regula: ”Această lege a fost adoptată de ... în ședința din ..., cu respectarea prevederilor art. 74 alin. (1), sau, după caz, alin. (2) din Constituția României”; formula este urmată de semnătura președintelui Camerei respective.

Conținutul actului normativ trebuie sistematizat astfel:

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

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

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

Abrogarea ține cont de următoarele reguli:

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

4.4.3. Acte normative de bază pentru spitale

Spitalele își desfășoară activitatea pe baza mai multor reglementări, de bază fiind:

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

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

5. ANALIZA PERFORMANȚEI SISTEMULUI DE SĂNĂTATE ROMÂNESC ÎN CONTEXT INTERNAȚIONAL

Dr. Daniela Vâlceanu

5.1 Cadrul general privind performanța sistemelor de sănătate

Există o largă variație în ceea ce privește rezultatele obținute în sănătate pentru țări cu nivel similar de venituri și educație. Unele variații se datorează diferențelor de performanță a sistemului de sănătate. Diferențele de formă, conținut și management al sistemelor de sănătate traduc diferențe în direcția rezultatelor evaluate social, cum ar fi sănătatea, capacitatea de răspuns la așteptările populației sau echitatea.

Decidenții de la toate nivelurile au nevoie să cuantifice variația performanței sistemului de sănătate, să identifice factorii care îl influențează și să formuleze politici care vor genera rezultate mai bune într-o varietate de situații. La nivelul regiunilor țărilor sau serviciilor publice de sănătate, de asemenea, este nevoie să fie evaluată performanța subcomponentelor sistemului.

Cristopher Murray și Julio Frenck propun un cadru general pentru înțelegerea performanței sistemelor de sănătate.

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

- A. Ameliorarea sănătății;
- B. Creșterea capacității de răspuns față de așteptările populației;
- C. Asigurarea echității în ceea ce privește contribuția financiară.

Murray și Frenk consideră că un cadru convingător și operațional pentru evaluarea performanței unui sistem de sănătate este vital pentru munca guvernelor, agențiilor de dezvoltare și instituțiilor multilaterale (Preston SH., 1986). O aplicație majoră a acestui cadru este structurarea anexelor statistice ale *World Health Report*. Începând din 2000, acest raport prezintă informații despre performanța sistemului de sănătate pentru fiecare țară.

A. *Ameliorarea sănătății*, care este principiul fondator al sistemului de sănătate, înseamnă în același timp îmbunătățirea stării de sănătate a populației și reducerea inegalităților privind sănătatea.

B. *Creșterea capacității de răspuns față de așteptările populației* include două componente majore:

- a) respectul pentru persoană (care include respectarea demnității umane, confidențialitatea și autonomia indivizilor și familiilor în ceea ce privește deciziile care le afectează sănătatea proprie) și

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

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

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

5.1.1 Sănătatea

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

Sistemul de sănătate trebuie să fie preocupat atât de:

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

5.1.2 Capacitatea de răspuns

Al doilea obiectiv intrinsec este creșterea capacității de răspuns a sistemului de sănătate la așteptările legitime ale populației. Termenul “legitim” este utilizat pentru a clarifica faptul că deși unii pot avea așteptări frivole legate de sistemul de sănătate, acestea nu trebuie să joace nici un rol în definirea capacității de răspuns.

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

5.1.3 Echitate în contribuția financiară

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

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

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

Obiectivul finanțării echitabile include grija pentru protecția față de riscul financiar al populației.

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

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

Un alt concep înrudit este cel de eficiență, sau indicele compozit al performanței. Eficiența reprezintă cât de bine este atins complexul social dorit reprezentat de cele trei obiective, în comparație cu resursele disponibile.

5.2 Indicatori de performanță ai sistemului de sănătate

5.2.1 Indicele dezvoltării umane

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

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

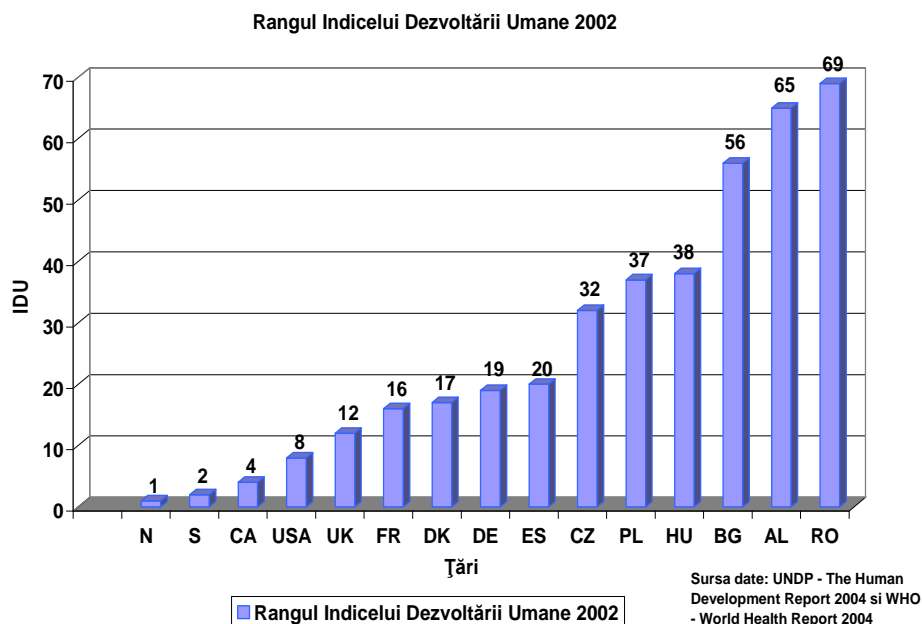
- o viață lungă și sănătoasă,
- o populație educată și
- un standard de viață decent.

Cele trei dimensiuni majore ale IDU sunt:

- longevitatea măsurată prin speranța de viață la naștere;
- nivelul educației – măsurat prin rata de alfabetizare a populației și rata de școlarizare combinată – școala primară, secundară și terțiară;
- nivelul de trai – măsurat prin PIB pe cap de locuitor în PPP US\$

Folosind datele cele mai recente din Raportul Dezvoltării Umane 2004: Libertatea culturală în lumea diversă de azi și din Raportul Sănătății Umane 2000: Sisteme de sănătate: Îmbunătățirea performanței, am încercat să prezentăm o situație sintetică a dezvoltării principalelor țări din Europa, inclusiv Europa de Est, precum și din continentul american. În cadrul acestor tabele sintetice am încercat să vedem unde se situează România și să formulăm câteva comparații.

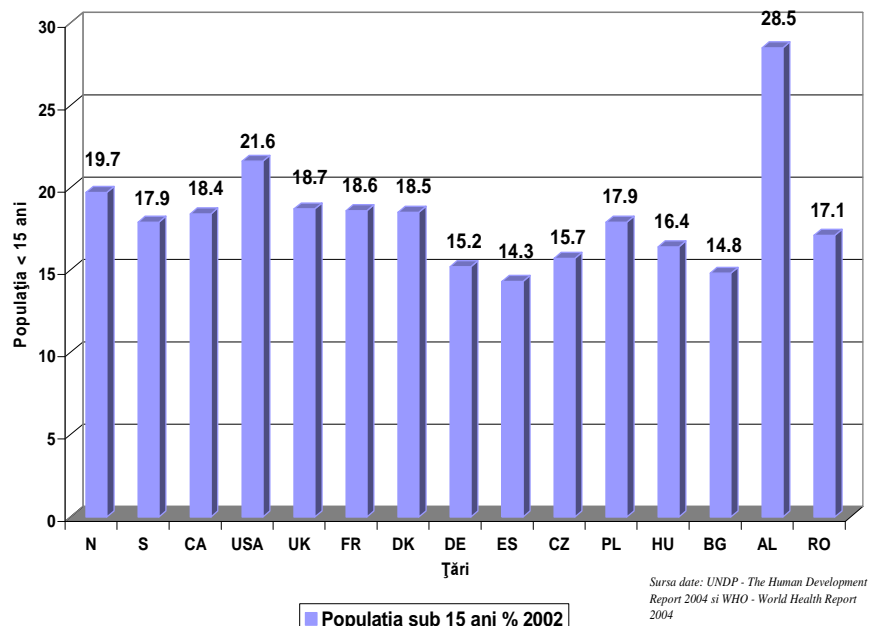
Figura I.3 – Rangul indicelui dezvoltării umane – 2002



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

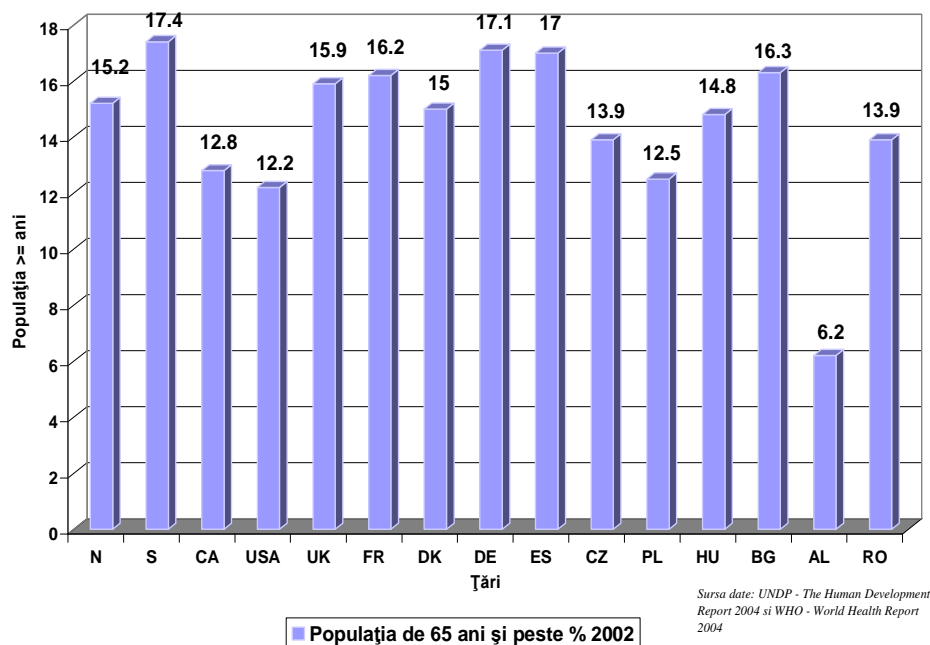
5.2.2 Profilul demografic

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



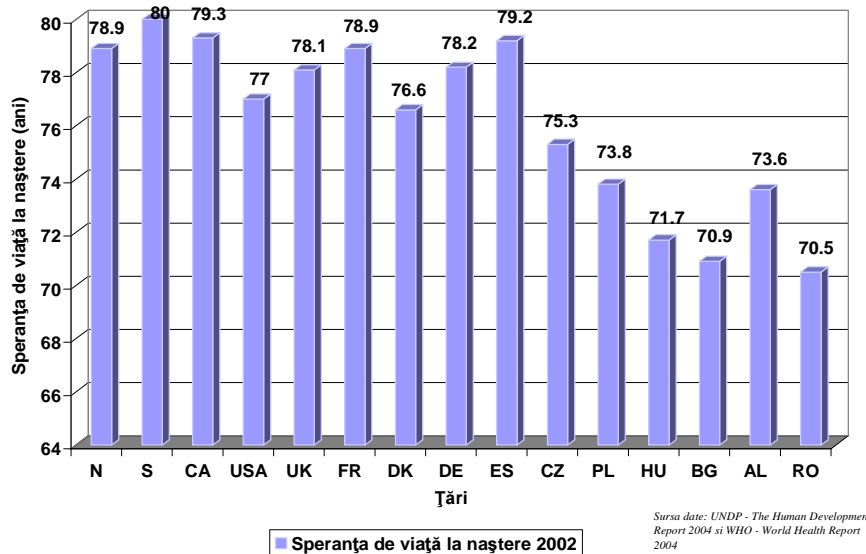
În ceea ce privește procentul populației sub 15 ani, procentul de 17,1% al României o situează printre țările cu o populație tânără relativ scăzută. Albania este țara cu un procent al populației tinere foarte ridicat.

Figura I.5 – Procentul populației de 65 ani și peste – 2002



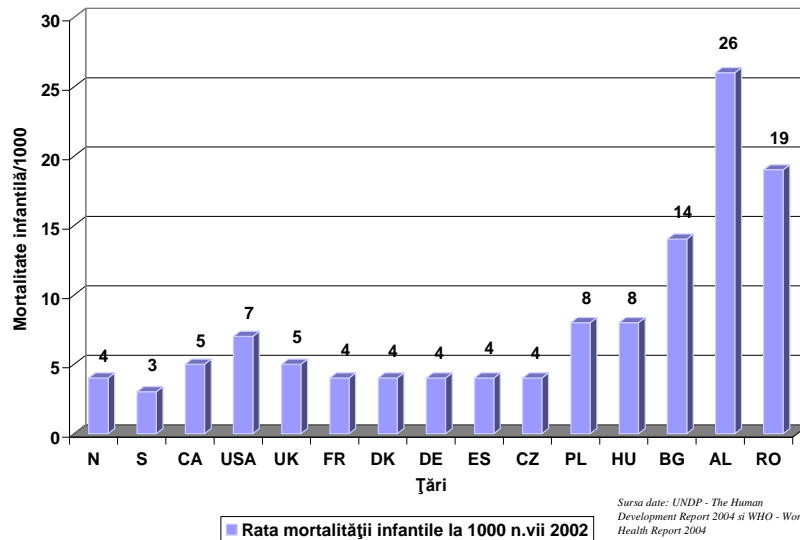
În schimb, se evidențiază o populație de peste 65 de ani crescută, asemănător cu cea din Polonia și Cehia, dar oricum mai scăzută decât în țările din vestul Europei. Având în vedere că procentul populației tinere este doar cu 4,2 % mai mare decât cel al populației peste 65 ani, trebuie să ne gândim să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

Figura I.6 – Speranța de viață la naștere – 2002



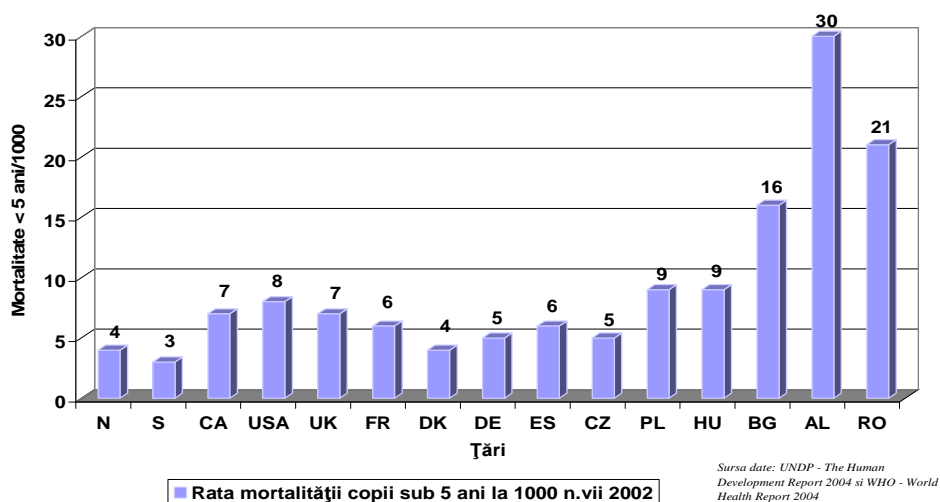
Speranța de viață la naștere este printre cele mai scăzute din regiune, chiar și Albania și Bulgaria având o speranță de viață mai mare.

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



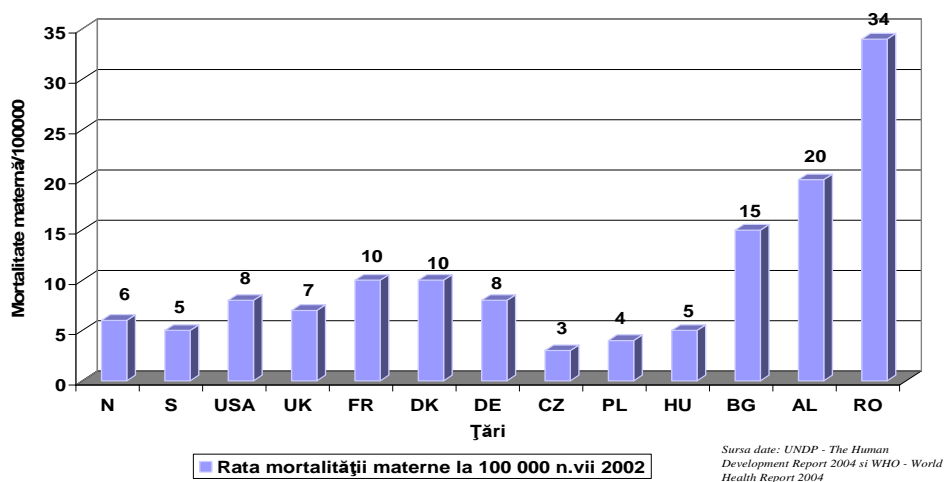
În ceea ce privește rata mortalității infantile, Albania se află pe primul loc, urmată imediat de România, ceea ce ridică un mare semn de întrebare în acest domeniu. Majoritatea țărilor din jur nu depășesc valoarea de 8‰. Programele de sănătate ar trebui să fie mai intens canalizate în această direcție.

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



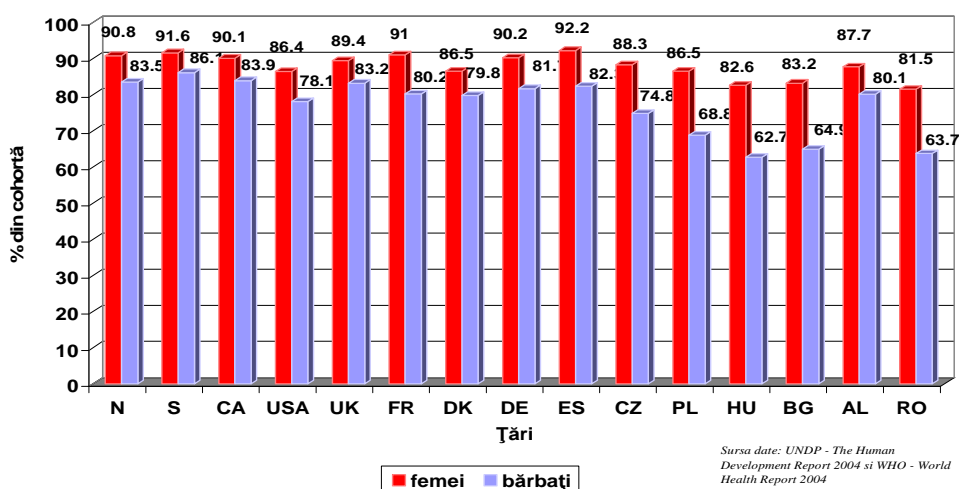
Din păcate, chiar și când vorbim de mortalitatea copiilor sub 5 ani, România se situează pe un rușinos loc 2 în top, fiind depășită doar de Albania. Este interesant de văzut care sunt principalele cauze de mortalitate la aceste vârste, și care dintre ele sunt decese evitabile, pentru a se interveni pe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

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



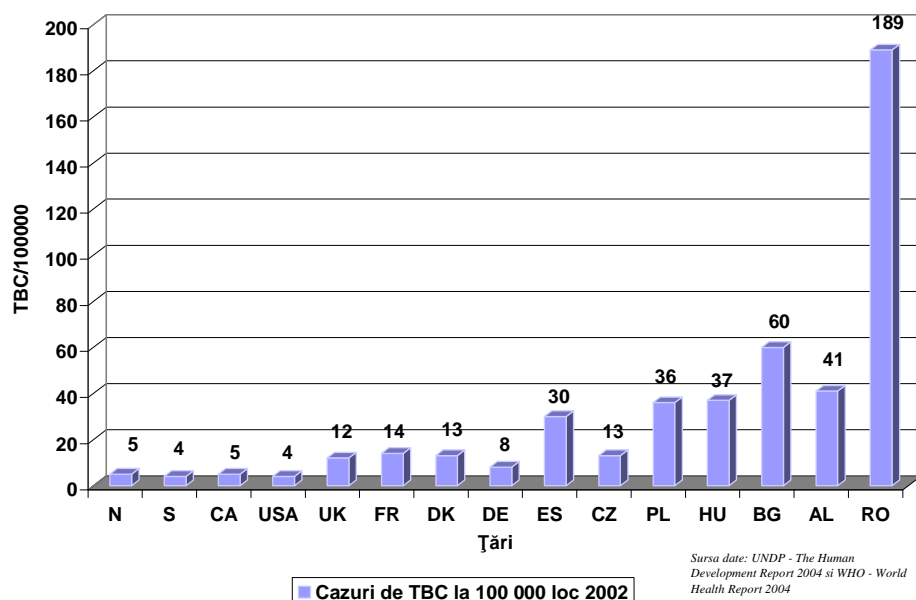
În ceea ce privește rata mortalității materne, suntem primii în Europa, mult chiar și deasupra Albaniei, ceea ce iarăși ar trebui să tragă un semnal de alarmă pentru decidenți. Diferențele dintre România și țări vecine, precum Ungaria, Polonia și Cehia sunt foarte mari. Chiar și față de Bulgaria, mortalitatea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

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



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

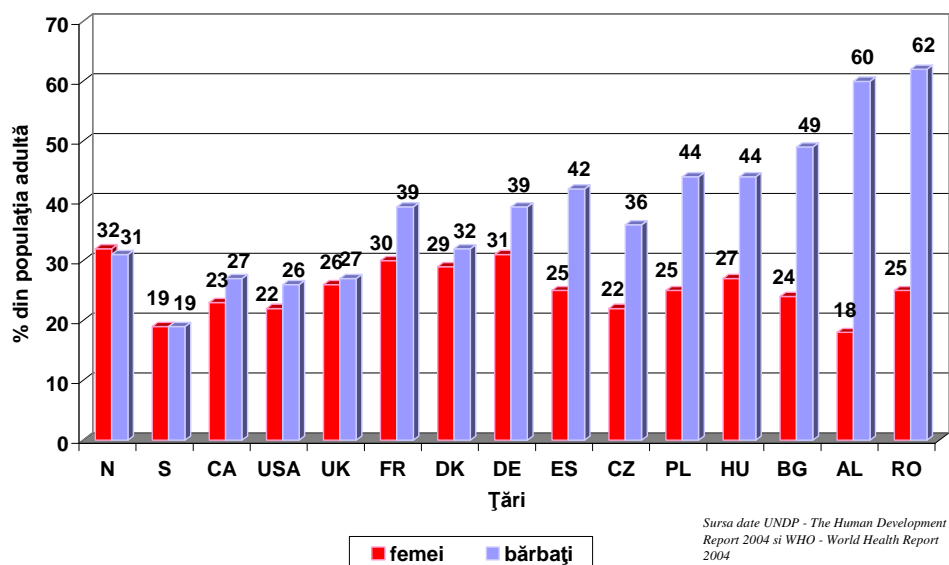
Figura I.11 – Cazuri de TBC la 100 000 locuitori – 2002



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

incriminate, dar nu trebuie ignorate nici accesul la servicii de sănătate specifice precum și complianța la tratament.

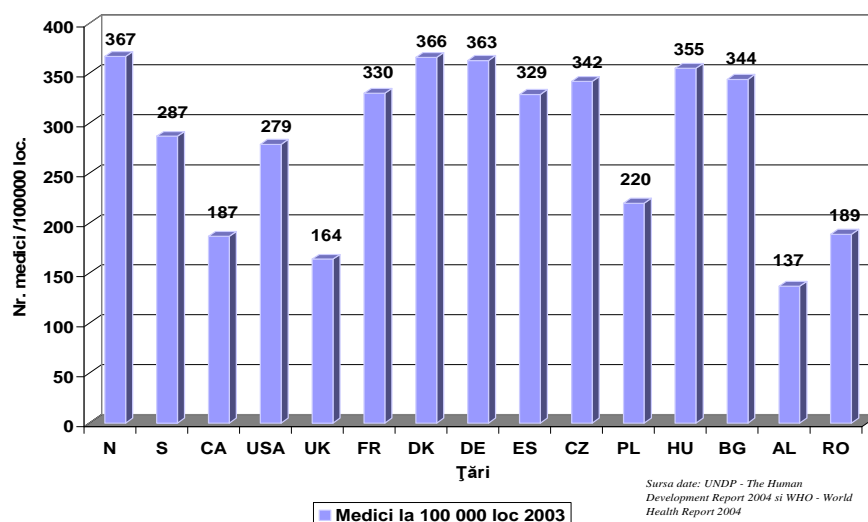
Figura I.12 – Prevalența fumatului ca procent din populația adultă – 2002



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

5.2.3 Resurse umane

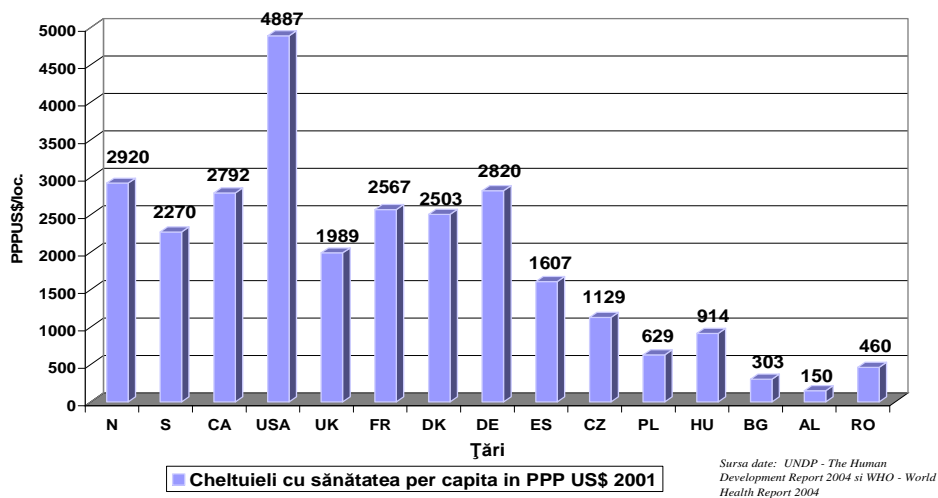
Figura I.13 – Numărul de medici la 100 000 locuitori – 2003



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

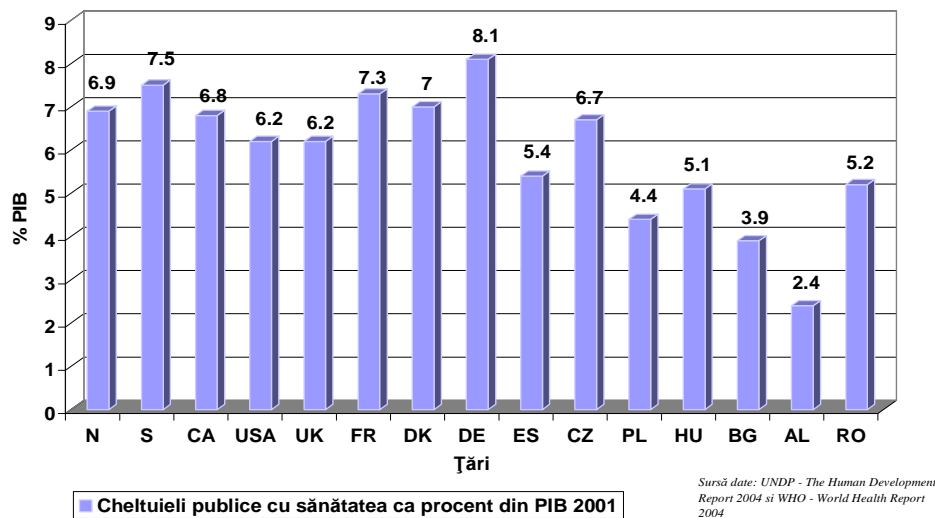
5.2.4 Cheltuieli pentru sănătate

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



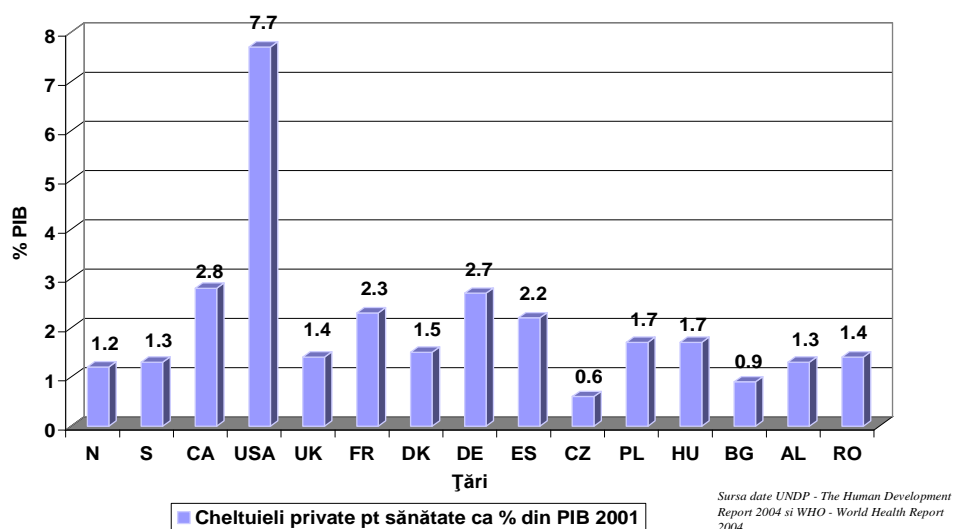
La cheltuieli pentru sănătate per capita stăm mai bine decât Bulgaria și Albania, dar suntem mult sub Cehia, Polonia și Ungaria. Acest nivel scăzut al cheltuielilor se reflectă bineînțeles și asupra serviciilor oferite.

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



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

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



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

5.2.5. Performanța spitalelor

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

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

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

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

- București – București, Ilfov
- Centru – Alba, Brașov, Covasna, Harghita, Mureș, Sibiu
- NE – Botoșani, Suceava, Iași, Neamț, Bacău, Vaslui
- NV – Satu - Mare, Maramureș, Bihor, Sălaj, Bistrița-Năsăud, Cluj

- S – Argeș, Prahova, Dâmbovița, Ialomița, Călărași, Giurgiu, Teleorman
- SE – Vrancea, Galați, Buzău, Brăila, Tulcea, Constanța
- SV – Dolj, Gorj, Mehedinți, Olt, Vâlcea
- V – Arad, Caraș-Severin, Hunedoara, Timiș

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

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

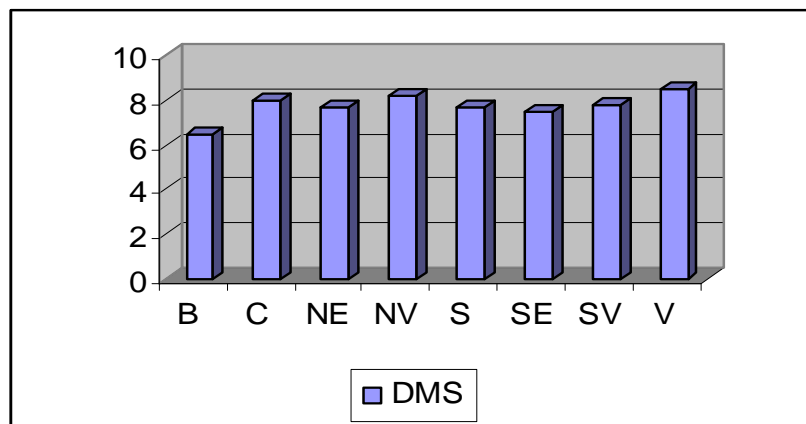
Am dorit să vedem dacă o complexitate mai mare a cazurilor se corelează cu o durată mai mare de spitalizare. Am pornit de la premisa că, la nivelul regiunilor, regăsim toate tipurile de spitale, deci regiunile sunt comparabile între ele în ceea ce privește îngrijirea spitalicească.

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

- procentul pacienților proveniți din mediul rural,
- procentul celor internați în urgentă,
- procentul celor trimiși de medicul specialist,
- procentul celor trimiși de medicul de familie.

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

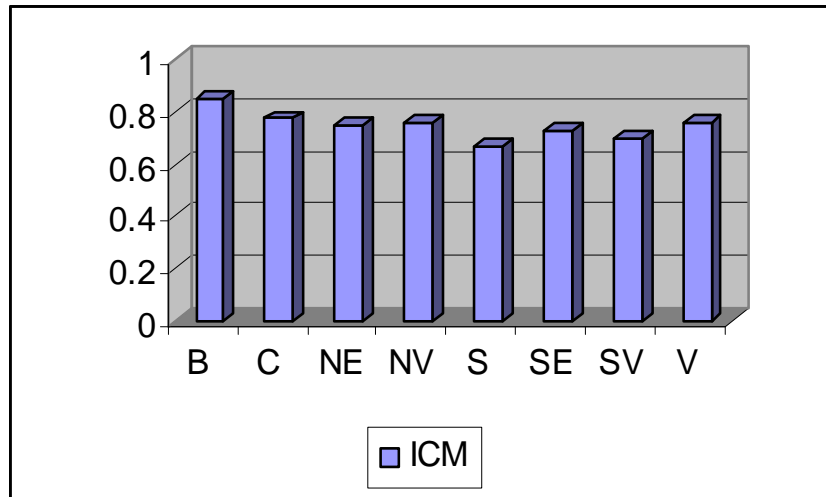
Figura I. 17 - Durata medie de spitalizare în 2005, pe regiuni de dezvoltare, în funcție de spital



Durata medie de spitalizare pe regiunile de dezvoltare în anul 2005 a variat între 6,4 și 8,4 zile, cea mai mică durată medie fiind înregistrată în regiunea București, iar cea

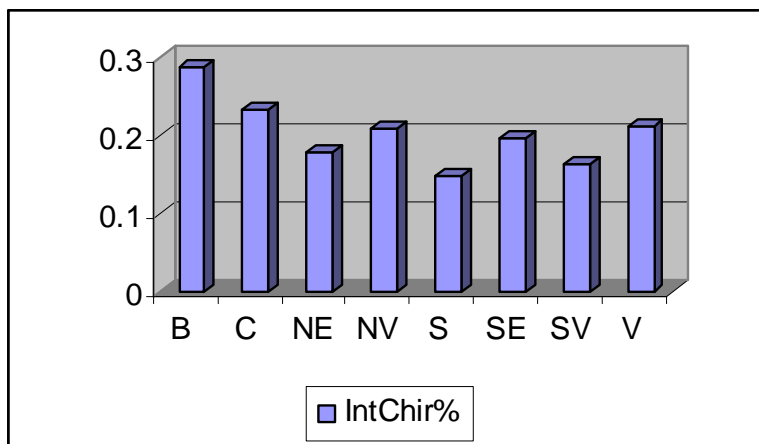
mai mare în regiunea de vest.

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



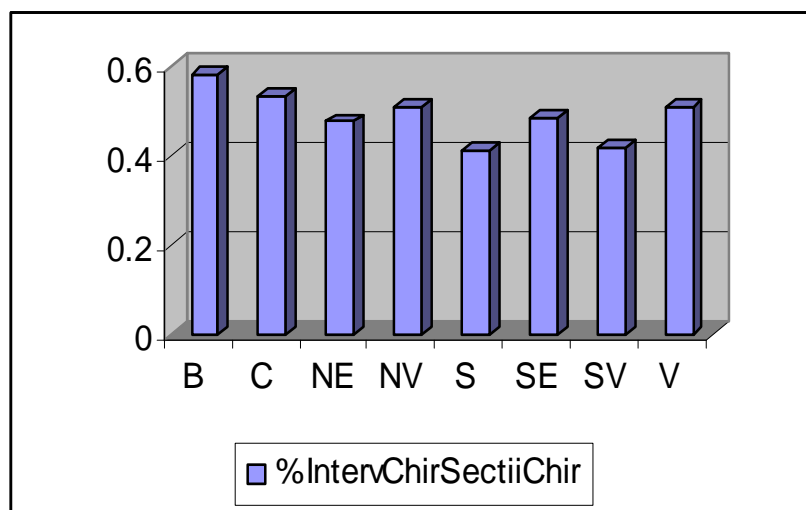
Indicele de complexitate a cazurilor spitalizate în 2005 a variat între 0,66 în regiunea de S și 0,84 în regiunea București. În figura I. 18 putem vedea că regiunea București a avut durata medie de spitalizare cea mai mică, tratând cazurile cele mai complexe. Regiunea de Centru, cea de Vest și Nord Vest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

Figura I. 19 - Procentul pacienților internați în secții chirurgicale din totalul pacienților internați, în 2005, pe regiuni de dezvoltare, în funcție de spital



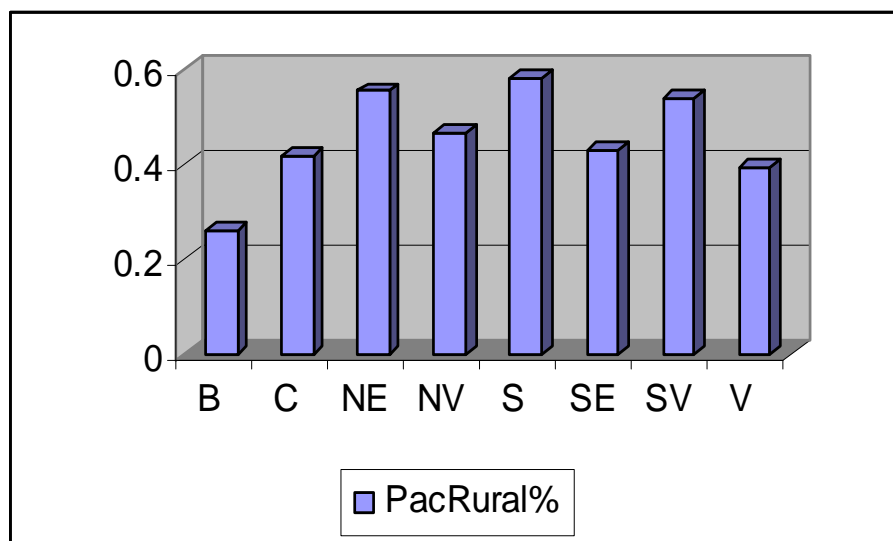
Procentul cel mai mare de pacienți internați în secții chirurgicale, din totalul pacienților internați, se găsește în regiunea București (28%), urmat de regiunile Centru (23%), Vest (21%) și Nord Vest (20%). Cei mai puțini pacienți chirurgicali se regăsesc în regiunea Sud (14%).

Figura I. 20 - Procentul pacienților care au suferit intervenții chirurgicale, din totalul pacienților internați în secții chirurgicale, în 2005, pe regiuni de dezvoltare, în funcție de spital



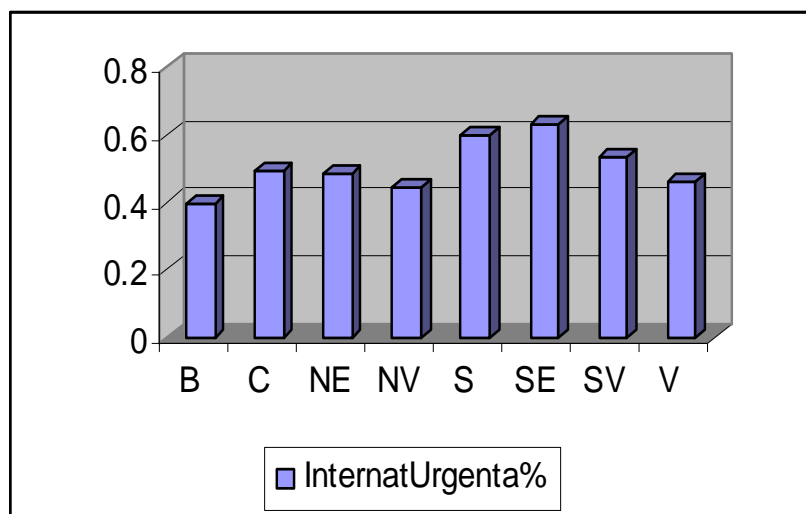
Procentul pacienților care au suferit intervenții chirurgicale, din totalul pacienților internați în secții chirurgicale, variază între 40% (Sud și Sud Vest) și 60% (București) fiind în general destul de mic. În majoritatea regiunilor, doar jumătate din pacienții internați la chirurgie, au suferit o intervenție chirurgicală, în anul 2005. Acest lucru evidențiază clar nevoia unor servicii de diagnostic prespitalicesc, accesibile populației, atât fizic cât și financiar.

Figura I. 21 - Procentul pacienților internați, provenind din mediul rural, în 2005, pe regiuni de dezvoltare, în funcție de spital



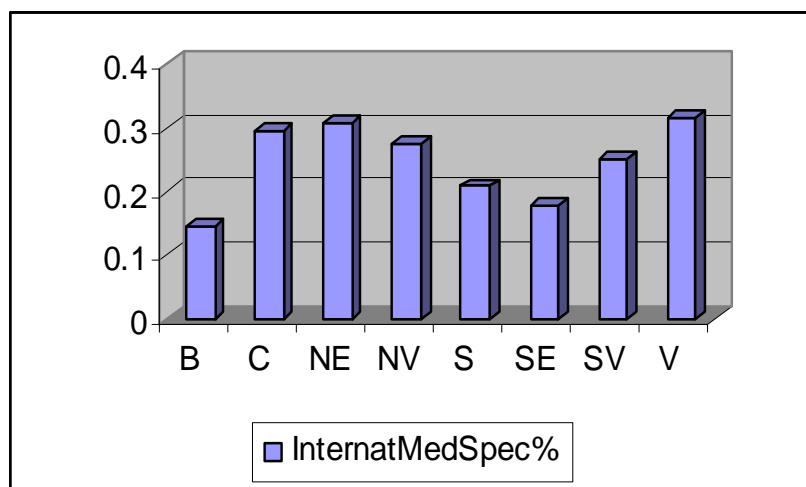
Procentul cel mai mare de pacienți proveniți din mediul rural, din totalul pacienților internați, se tratează în regiunile Sud (58%), Nord Est (55%) și Sud Vest (53%), iar cei mai puțini în București (25%).

Figura I. 22 - Procentul pacienților internați în urgență, în 2005, pe regiuni de dezvoltare, în funcție de spital



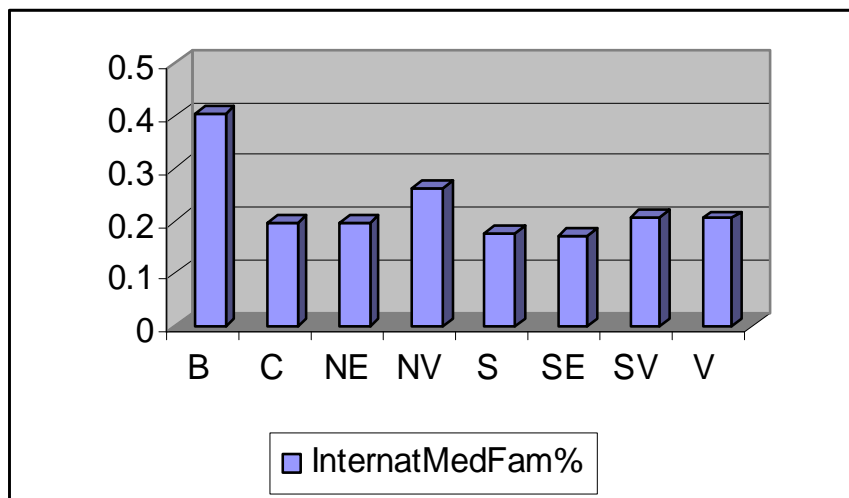
Procentul pacienților internați în urgență din totalul pacienților internați este cel mai mare în regiunea de Sud Est (63%), urmată de regiunea de Sud (59%). Procentul cel mai mic se regăsește în regiunea București (39%).

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



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

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



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

5.3 Discuții și concluzii

Comparativ cu țările din jur, România cheltuiește pentru sănătate mai puțin, continuând să aibă probleme cu mortalitatea infantilă, mortalitatea maternă și prevalența unor boli tratabile cum ar fi tuberculoza. Speranța de viață la naștere nu diferă mult de țările din jur, iar probabilitatea de supraviețuire la 65 de ani este relativ comparabilă. Din păcate însă nivelul deceselor evitabile, în general, și în special la vârste mici, nu este cunoscut, și nu există programe țintite de reducere a acestora.

În ceea ce privește spitalele:

- există diferențe între modul de accesare de către pacienți, în funcție de regiune,
- există diferențe clare între regiuni în ceea ce privește procentul pacienților tratați provenind din mediul rural;
- durata medie de spitalizare variază relativ puțin, toate regiunile de dezvoltare având durate medii sub 10 zile (pentru spitale de acuți, care raportează date DRG și sunt plătite de casele de asigurări pe această bază);
- indicele de complexitate a cazurilor (indicele de case mix) prezintă variații regionale destul de importante, având valori destul de mici;
- din cazurile internate la chirurgie au suferit intervenții chirurgicale între 40% și 60% din cei internați, un procent extrem de mic: acest indicator ridică semne de întrebare privind oferta de servicii diagnostice în afara spitalului;
- cele mai multe cazuri cu trimitere de la medicul de familie vin către regiunea București, care are și cel mai mic procent de bolnavi internați în urgență; o explicație a acestui fapt ar putea fi existența unor diferențe de acoperire cu medici de familie între regiuni.

BIBLIOGRAFIE

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

20. Jakab, M., Preker, A., Harding, A., Hospital Organisational Structure in Transition Economies: Incoherent internal and external incentive environments, Published for the World Bank, 1999
21. John Snow Inc, IHSM –Practice Management in Primary Health Care,2002
22. Katz, Robert. "Skills of an Effective Administrator," *Harvard Business Review*, September/October, 52(5), 1974.
23. Kennelly Gaetan, E. Curative Politics and Institutional Legacies: The Impact of Foreign Assistance on Child Welfare and Healthcare Reform in Romania, 1990-2004. *A Cautionary Tale*. University of Maryland, College Park, 2005. Available at <https://drum.umd.edu/dspace/bitstream/1903/3219/1/umi-umd-3045.pdf>
24. Koontz, Harold. "The Management Theory Jungle," *Academy of Management Journal*, vol. 4, Dec. 1961, pp. 174-188.
25. Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătății, publicată în Monitorul Oficial nr.372 din 28 04 2006, Titlul VII Spitalele;
26. Legea nr. 24/2000 privind normele de tehnică legislativă pentru elaborarea actelor normative
27. McKee, M. and Healy, J., Hospitals in a changing Europe, European Observatory on Health Care Systems, Open University Press, 2002
28. Mihalyi, P. De-Integration and Disintegration of Health Care in Post-Communist Countries, CEU Economics Department Working Paper, No. 5, Budapest, 2004.
29. Mintz, Henry. *The Nature of Managerial Work*. New York: Harper & Row, 1973.
30. Mintzberg H., The structuring of organizations – a synthesis of research, Prentice- Hall, 1979
31. Murray, Christopher J. L. and Frenk Julio - „A framework for assessing the performance of health systems”– Bulletin of the World Health Organisation, 2000, 78 (6), pp1
32. Muraru, Ioan, Drept constituțional și instituții politice, București, Editura Actami, 1995, vol I si II;
33. Pfeffer, J. and Salancik, G.R., The External Control of Organizations: A resource dependence Perspective – Harper and Row, 1978
34. Popa, Nicolae, Teoria generala a dreptului, București, Editura Actami, 1994, vol I si II;
35. Preston SH., Mortality and development revisited. Population Bulletin of the United Nations, 1986, 18, pp 34-40
36. Rakich, J. S., B. B. Longest, and K. Darr. *Managing Health Service Organizations*, 3rd ed. Baltimore, MD: Health Professions Press, 1992.
37. Raportul Dezvoltării Umane 2004: Libertatea culturală în lumea diversă de azi la (www.who.int/whr/2000/en/)
38. Reinke, W. *Health Planning for Effective Management*. New York: Oxford University Press, 1988.

39. Senge, P.M. *The Fifth Discipline: The Art & Practice of The Learning Organization*. New York: Doubleday. 1990.
40. Shortell, S. M., and A. D. Kaluzney. *Health Care Management: Organization Design and Behavior*, 3rd ed. Albany, NY: Delmar Publishers, 1994.
41. Taylor, R., and Taylor, S., eds. *The AUPHA Manual of Health Services Management*. Gaithersburg, MD: Aspen Publishers, 1994.
42. The Appropriate Role of the Hospital, European Observatory on Health Care Systems, WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1998
43. „The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance” (Raportul Sănătății Umane 2000: Sisteme de sănătate: Îmbunătățirea performanței) (www.who.int/whr/2000/en/) , accesat la 23 noiembrie 2004
44. Tulchinsky T., Varavikova E. , *The New Public Health*, Academic Press, 2000
45. UNDP- „Human Development Report 2004: Cultural liberty in Today’s Diverse World” la <http://hdr.undp.org/reports/global/2004> accesat la 15 noiembrie 2004
46. Vlădescu C., coordonator, Sănătate publică și management sanitar, Cartea Universitară, 2004
47. Vlădescu, C, Rădulescu, S., Olsavszky V., Sisteme de sănătate în tranziție, România 2000, Observatorul European al Sistemelor de Sănătate, Organizația Mondială a Sănătății – Biroul Regional pentru Europa, 2000
48. World Health Organization Regional Office for Europe and the European Observatory on Health Care Systems. *Health Care Systems in Transition: Romania*. Editor: Busse, R. Authors: Vladescu, C, Radulescu, S, Olsavszky V. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2000.
49. WHO –The World Health Report 2000, Health systems: Improving Performance, pp 27 -32
50. http://en.wikipedia.org/wiki/Strategic_planning accesat la 12 mai 2006
51. <http://www2.uhb.nhs.uk> accesat la 18 mai 2006

II. INTRODUCERE ÎN ECONOMIA SANITARĂ

Dr. Paul Radu

1. ECONOMIA SANITARĂ ȘI PIAȚA LIBERĂ

Economia, în general, este știința care se ocupă cu studiul producției și alocării bunurilor și serviciilor în condițiile unor resurse limitate. Ea se bazează pe două lucruri universale: dorințele și nevoile oamenilor sunt nelimitate, iar resursele disponibile pentru a le satisface sunt limitate. Astfel, economia studiază modul în care resursele sunt folosite pentru satisfacerea dorințelor, uneori fiind denumită “știința sărăciei” (Witter, 2000).

Cele trei întrebări fundamentale care stau la baza economiei sunt:

- ce bunuri și servicii trebuie produse?
- în ce mod trebuie produse aceste bunuri și servicii?
- către cine trebuie repartizate aceste bunuri și servicii?

Economia poate fi:

- pozitivă – studiază ceea ce există în realitate; ce bunuri sunt produse, cum anume și către cine sunt distribuite;
- normativă – studiază ceea ce ar trebui să fie și modul de a pune în practică.

În mod analog, *economia sanitară* studiază modul în care sunt produse și furnizate îngrijirile de sănătate, în condițiile unor resurse limitate. Cele trei întrebări fundamentale ale economiei sunt valabile și pentru economia sanitară, cu specificarea că bunurile și serviciile produse sunt reprezentate de îngrijirile de sănătate. Acesta este motivul pentru care se mai folosește în loc de economie sanitară și termenul de economie îngrijirilor (serviciilor) de sănătate.

Economia sanitară s-a dezvoltat puternic în ultimele decenii, după o perioadă de incertitudine datorată teoriei conform căreia resursele pentru sănătate nu trebuie limitate (Fuchs, 1986). Această teorie susținea că resursele pentru sectorul sanitar nu trebuie limitate, și că se va ajunge la un viitor previzibil în care nevoile de îngrijiri de sănătate vor putea fi acoperite de resursele disponibile. Această situație nu este însă previzibilă, deoarece înseși nevoile pentru îngrijiri de sănătate nu sunt aceleași, ele cresc în mod continuu, cauzele principale fiind îmbătrânirea populației, presiunea noilor tehnologii cu scop diagnostic și terapeutic, creșterea așteptărilor populației etc. Astăzi este evident pentru toată lumea că nici o țară nu poate aloca resurse nelimitate pentru îngrijirile de sănătate, indiferent de nivelul dezvoltării sale economice, și că există o interrelație între resursele alocate îngrijirilor pentru sănătate și celelalte domenii economice.

Mai mult, starea de sănătate este condiționată de alți factori, în afara sistemului îngrijirilor de sănătate. Acești factori (condiționarea genetică la nivel de individ, mediul socio-economic și comportamentul individual) au un rol decisiv și foarte important în definirea stării de sănătate a fiecărui individ.

Un sistem economic reprezintă un mod de distribuție a resurselor astfel încât să fie satisfăcute nevoile, deci să răspundă celor trei întrebări fundamentale: ce producem, cum producem și pentru cine producem (Witter S., 2000). Există două sisteme distincte care

încearcă să atingă aceste deziderate:

- sistemul economiei centralizate – în care statul evaluează nevoile consumatorilor și decide ce bunuri să fie produse și cum anume, precum și distribuția acestor bunuri;
- sistemul economiei de piață liberă – în care statul permite indivizilor să decidă ce bunuri să fie produse, în concordanță cu distribuția inițială a resurselor (statul poate avea însă rolul de a redistribui resursele inițiale între indivizi pentru a atinge obiective de echitate).

În practică majoritatea societăților au sisteme economice care operează între aceste două extreme. Deoarece eșecul economiei centralizate este cunoscut de fiecare dintre noi, în paginile următoare se va descrie cum ar trebui să funcționeze un sistem de piață liberă.

1.1 Piața liberă

Piața reprezintă locul în care producătorii și consumatorii se întâlnesc, și au loc schimburile. Pentru ca bunurile să fie schimbate (tranzacționate), ele trebuie să aibă un preț. Prețul reprezintă valoarea monetară pe piață a unui produs, în momentul tranzacției.

Fiecare tranzacție de pe piață prezintă două aspecte:

- cererea – cantitatea de bunuri pe care cumpărătorii sunt dispuși să le cumpere la un preț dat, la un anumit moment;
- oferta – cantitatea de bunuri pe care producătorii doresc să le vândă la un preț dat, la un anumit moment.

Prețul de echilibru este prețul pentru care cantitatea de bunuri pe care furnizorii o aduc pe piață (oferta) este egală cu cantitatea de bunuri pe care consumatorii doresc să o cumpere (cererea).

Cererea este atributul consumatorilor. Modelul economic al comportamentului consumatorilor pleacă de la observația că, toți cumpărătorii își folosesc veniturile astfel încât să obțină un maxim de bunăstare sau utilitate. Aceasta se realizează prin cumpărarea unor bunuri și servicii în funcție de venitul disponibil, plecând de la presupunerea că fiecare consumator știe cel mai bine cum să-și crească bunăstarea și, deci, ce anume să cumpere. De asemenea, cumpărătorii caută furnizorii cu prețurile cele mai mici pentru același produs.

Când vorbim despre cerere, ne referim la *cererea efectivă*, adică la cantitatea de bunuri pe care cumpărătorii sunt dispuși să le cumpere la un preț dat, cumpărători care au însă și posibilitatea (financiară) de a cumpăra bunul respectiv.

Cererea pentru un bun este determinată de două grupuri de factori:

- factori specifici individuali sau “gusturi”, care țin de vârstă, gen, obiceiuri, cultură, educație etc.;
- factori externi indivizilor, dar comuni societății:
 - prețul bunului (relația între prețul unui bun și cererea pentru bunul respectiv determină curba cererii);
 - prețul celorlalte bunuri (substituibile și complementare);

Bunurile *substituibile (alternative)* sunt acele bunuri care se pot cumpăra și consuma în locul bunului respectiv. Cererea pentru un produs crește în momentul creșterii prețului bunurilor substituibile și invers. Bunurile *complementare* sunt acele bunuri care se consumă împreună cu bunul respectiv. Cererea pentru un produs scade în momentul creșterii prețului bunurilor complementare și invers.

- prețul viitor al bunurilor, în sensul că o creștere previzibilă a prețului la un produs duce la creșterea cererii actuale pentru produsul respectiv;
- venitul indivizilor; în funcție de modul de variație a cererii pentru bunuri, față de variația venitului individual, bunurile pot fi:
 - *superioare* – dacă cererea pentru ele crește proporțional cu creșterea venitului;
 - *normale* – dacă cererea pentru ele crește proporțional mai puțin decât creșterea venitului;
 - *inferioare* – dacă cererea pentru ele scade odată cu creșterea venitului.
- mărimea pieței și distribuția veniturilor în interiorul pieței.

Cu cât prețul unui produs este mai mare, cu atât se găsesc mai puțini cumpărători și cantitatea cerută este mai mică, iar cu cât prețul este mai mic cu atât vor fi mai mulți cei care vor dori să cumpere și, deci, cererea va fi mai mare. Reprezentarea grafică a relației între prețul unui produs și cantitatea cerută la un moment dat este curba cererii (Figura II.1).

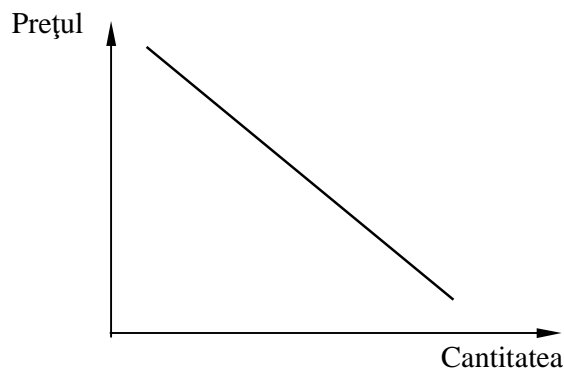


Figura II.1. Curba cererii

Oferta este atributul furnizorilor (al firmelor). Așa cum am amintit, oferta reprezintă cantitatea de bunuri pe care producătorii (furnizorii) vor să le vândă la un preț dat.

Într-o piață liberă perfectă, furnizorii doresc să-și maximizeze profitul, au stimulente pentru a produce ceea ce vor să cumpere consumatorii și au stimulente să producă la costuri minime. De asemenea, pe piață pot intra noi furnizori care să-și vândă produsele la prețurile la care vor să cumpere consumatorii, eliminând de pe piață furnizorii ineficienți.

Factorii care influențează oferta de bunuri sau servicii sunt:

- maximizarea profitului; însă nu întotdeauna firmele doresc maximizarea profitului, existând chiar furnizori (firme) cu statut non-profit;

- forma de proprietate; de cele mai multe ori firmele cu acționariat privat fac eforturi mai mari pentru creșterea eficienței și maximizarea profitului;
- schimbările tehnologice, modificarea factorilor de producție, schimbări ale costurilor resurselor utilizate; toate acestea pot determina reducerea (sau creșterea) cheltuielilor la nivelul furnizorilor, cu impact asupra ofertei;
- taxele/subvențiile;
- schimbări în prețul celorlalte bunuri.

Reprezentarea grafică a relației între prețul unui produs și cantitatea oferită spre vânzare la un moment dat este curba ofertei (vezi Figura II.2).

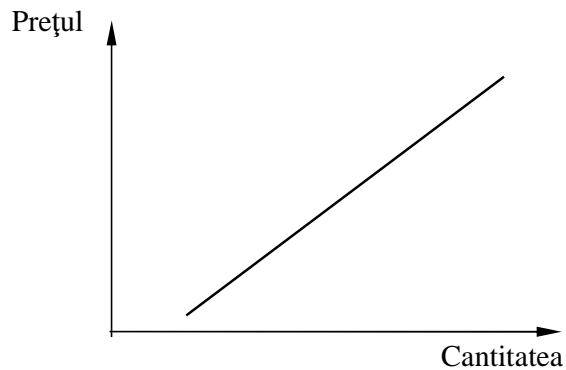


Figura II.2. Curba ofertei

Presupunând că un producător încasează pentru fiecare produs același preț, prețul ultim la care ar dori să vândă este cel care să-i acopere cheltuielile cu ultima unitate de produs, deci prețul minim acceptat este costul marginal al ultimei unități de produs.

Pe o piață liberă, prețul unui bun este cel care aduce în balanță cererea și oferta determinând echilibrul pieței. Prețul la care cererea pentru un bun este egală cu oferta pentru același bun se numește *preț de echilibru* (vezi Figura II.3).

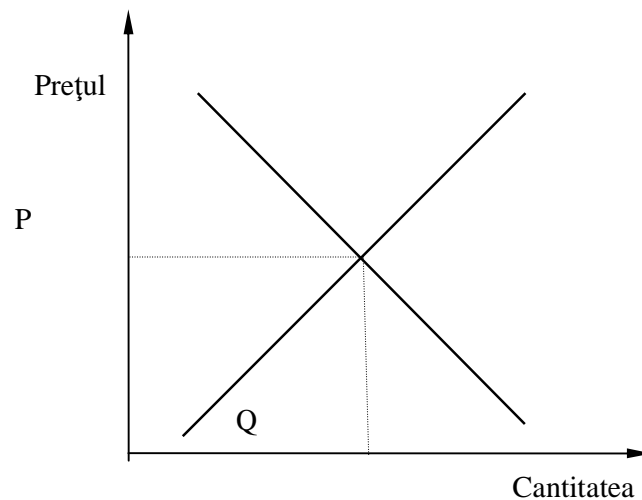


Figura II.3. Stabilirea prețului de echilibru

Elasticitatea reprezintă modul în care o cantitate cerută sau oferită variază la modificarea unuia dintre factorii care o influențează (prețul, venitul etc.). Ea este definită ca raportul între schimbarea procentuală a cantității cerute (oferite) și schimbarea procentuală a factorului determinant. De exemplu elasticitatea cererii în funcție de preț este dată de formula:

$$E = \frac{dQ/Q}{dP/P}$$

E = schimbarea procentuală a cantității/schimbarea procentuală a prețului

Dacă schimbarea procentuală a cantității este mai mare decât a factorului determinant, atunci elasticitatea este mai mare decât 1 (ignorăm semnul negativ). În acest caz, spunem că fenomenul analizat este elastic. Dacă schimbarea procentuală a cantității este mai mică decât a factorului determinant, atunci elasticitatea este mai mică decât 1, deci fenomenul este inelastic. În cazul în care schimbarea are loc în aceeași proporție elasticitatea va fi egală cu 1; fenomenul analizat este unitar elastic.

Deoarece am pornit de la ideea că răspunsul cel mai bun la întrebările fundamentale ale economiei este oferit de un sistem economic care are la baza piața liberă, adică interacțiunea liberă între cerere și oferta până la atingerea unui preț de echilibru, în continuare sunt prezentate condițiile optime de funcționare a unei piețe libere.

Condițiile necesare pentru ca o piață să funcționeze liberă și astfel să rezulte o alocare optimă a resurselor în societate sunt:

- existența unui grad cât mai mare de competiție între furnizori; se poate realiza prin:
 - intrare liberă pe piață;
 - cunoaștere perfectă a tranzacțiilor de pe piață;
 - stimulare a cât mai mulți furnizori și cumpărători, astfel încât nici unul dintre ei să nu poată influența singur prețul;
 - costuri egale de transport și tranzacție;
 - mobilitate a factorilor de producție;
 - un mare grad de omogenitate a bunurilor (să fie comparabile);
 - scală a costurilor de producție constantă (sau descrescătoare).
- existența unei piețe complete; piețele incomplete sunt acelea în care prețul bunurilor de pe piață nu reflectă exact toate costurile implicate. Unii dintre factorii care stau la baza piețelor incomplete sunt:
 - externalitățile: beneficii sau costuri derivate din producerea sau cumpărarea unui bun care se reflectă și asupra altora decât cei implicați în tranzacție, și care nu se reflectă în prețul bunului tranzacționat; externalitățile pot fi pozitive (imunizarea) sau negative (poluarea);
 - bunurile publice: sunt bunuri “fără rival și de la care nu poate fi exclus nimeni”, adică bunuri pe care nu poți opri lumea să le consume și a căror disponibilitate nu este afectată de numărul consumatorilor;
 - bunurile valoroase: bunuri față de care decidenții nu sunt neutri (indiferenți) în legătură cu cât se consumă;

- necesitatea consumatorilor de a avea și de a fi capabili să înțeleagă informațiile asupra prețurilor cât și asupra eficacității și calității bunurilor; de asemenea se presupune că fiecare consumator știe cu certitudine ceea ce dorește;
- existența unei distribuții echitabile a veniturilor înainte ca tranzacțiile să aibă loc, pentru a se putea realiza o maximizare a utilității la nivelul societății (Witter, 2000).

2. PIAȚA ÎNGRIJIRILOR DE SĂNĂTATE

Sănătatea este un bun fundamental care nu se poate cumpăra în cadrul unei piețe, iar determinanții ei sunt “bagajul” genetic, stilul de viață, mediul înconjurător și îngrijirile de sănătate. Deoarece nevoia de îngrijiri de sănătate este determinată de nevoia de sănătate, spunem despre îngrijirile de sănătate că sunt un bun derivat și că cererea de îngrijiri de sănătate este o cerere derivată.

De ce există o cerere de sănătate? Se spune că sănătatea este cerută atât pentru a fi consumată cât și pentru faptul că este o investiție. Dorim o sănătate mai bună, deoarece obținem beneficii psihice simțindu-ne bine, în timp ce, dacă suntem bolnavi, obținem beneficii negative. Ne dorim o sănătate mai bună, deoarece, dacă suntem bine putem să muncim și astfel să câștigăm bani, în timp ce venitul nostru poate scădea, dacă suntem bolnavi.

Îngrijirile de sănătate au următoarele caracteristici:

- sunt esențiale, adică este dificil să le substituim cu alte bunuri;
- sunt un bun derivat; îngrijirile de sănătate sunt doar unul dintre bunurile necesare menținerii sau îmbunătățirii sănătății;
- beneficiile unor îngrijiri de sănătate sunt nesigure; nu este dovedită eficacitatea tuturor îngrijirilor de sănătate care se furnizează pacienților.

Este evident că la baza cererii de îngrijiri de sănătate sunt nevoile de îngrijiri de sănătate. Alți determinanții ai cererii de îngrijiri de sănătate sunt:

- prețul acestora; prețul reprezintă un determinant important al cererii individuale; în general costul care stă la baza prețului este format din două componente: costurile medicale directe și costurile indirecte;
- prețul altor bunuri, deoarece acestea pot influența costul resurselor necesare îngrijirilor de sănătate;
- venitul individual; în general creșterea venitului determină o cerere mai mare pentru anumite îngrijiri de sănătate (gen corecții estetice etc.), dar sunt situații când creșterea venitului poate determina o scădere a cererii de îngrijiri de sănătate, deoarece persoanele cu venituri mai mari au o stare mai bună de sănătate;
- vârsta, nivelul educațional, obiceiurile familiale.

Principalele tipuri de nevoi referitoare la îngrijirile de sănătate sunt:

- nevoia percepută – ceea ce pacientul consideră că ar avea nevoie (dorința lui);
- nevoia cerută – ceea ce pacientul solicită unui furnizor de îngrijiri de sănătate;

- nevoia normativă – ceea ce consideră un profesionist că ar avea nevoie pacientul;
- nevoia comparativă – la nivel populațional, plecând de la nevoile observate la alte populații.

Așa cum se observă, nevoia de îngrijiri de sănătate este un concept relativ care implică atât individul cât și societatea, totul având drept punct de plecare sărăcia informațiilor (a cunoștințelor) de care dispune un pacient în legătură cu “nevoile” sale de îngrijiri de sănătate. Această problema a determinării nevoii de îngrijiri de sănătate stă la baza *relației de agenție* care apare între furnizorii de îngrijiri de sănătate și pacienți. Specificul relației de agenție în cazul îngrijirilor de sănătate este cel care determină fenomenul cunoscut sub numele de *cererea indusă de ofertă*.

Oferta de îngrijiri de sănătate este reprezentată de ceea ce se furnizează consumatorilor de către producătorii de servicii de sănătate.

Factorii care influențează oferta sunt:

- costul de producție, care uneori este și foarte greu de calculat;
- tehnicile alternative de producție (îngrijirile primare vs. secundare etc.);
- substituirea resurselor (posibilitatea de substituie a capitalului cu forța de munca);
- piața resurselor (influențarea comportamentului furnizorilor în funcție de sistemul de plată);
- alte sectoare ale economiei (autoritățile locale, serviciile sociale, organizațiile voluntare).

Principalele unități de furnizare a ofertei de îngrijiri de sănătate la nivelul unui sistem de sănătate sunt:

- practicianul de îngrijiri de sănătate (medicii generaliști, de familie sau de alte specialități care acordă îngrijiri pacienților în ambulatoriu);
- unitățile sanitare cu paturi (din care cel mai cunoscut tip este spitalul).

Nici una dintre aceste unități de producție nu corespunde teoriei economice a firmei, care este caracterizată prin dorința de maximizare a profitului și posibilitatea de alegere a resurselor și a rezultatelor. Ambele tipuri de unități de producție pot fi considerate ca firme multi-produs ale căror rezultate au atât dimensiuni calitative cât și cantitative.

Practicianul de îngrijiri primare de sănătate are următoarele caracteristici:

- timpul său este principala sa resursă (prin timpul alocat practicii el își pune în valoare expertiza profesională);
- nu reprezintă o unitate tipică de producție, deoarece serviciile (îngrijirile) furnizate sunt foarte eterogene;
- nu poate aborda o standardizare a îngrijirilor;
- pune accent pe importanța discreției medicale și a libertății clinice;
- cel mai frecvent are rolul de “filtru” pentru accesul la serviciile spitalicești.

Spitalul este consumatorul principal al resurselor pentru sănătate. Principalele sale caracteristici sunt:

- spitalul nu poate fi asimilat unei fabrici; eterogenitatea serviciilor este foarte mare, iar standardizarea procedurilor nu este posibilă pentru toate activitățile, mai ales în zonele clinice; cu toate acestea protocoalele de practică sunt unelte utile în îmbunătățirea managementului proceselor din spital și standardizarea procedurilor;
- spitalul acționează rareori ca un antreprenor pentru maximizarea profitului (clinicienii și managerii au alte scopuri – maximizarea beneficiilor pacienților, etica etc.);
- cadrul legal determină spitalele să nu poată face un profit “excesiv”;
- un rol foarte important în funcționarea spitalelor îl are discreția clinică și confidențialitatea informațiilor legate de starea de sănătate a pacienților, ceea ce presupune anumite costuri suplimentare și proceduri specifice.

Există două caracteristici principale care diferențiază spitalul de majoritatea firmelor:

- natura eterogenă a spitalelor și diversitatea factorilor în funcție de care putem face gruparea lor: mărime, specialități etc.
- identificarea celor care decid este foarte dificilă, deoarece responsabilitatea este împărțită între un număr de indivizi. Problemele care decurg de aici sunt următoarele:
 - dificultatea identificării decidenților reali;
 - conducerea se face mai degrabă pe considerente medicale, decât economice;
 - o incertitudine inerentă prevalează asupra fiecărui caz, de unde rezultă dificultatea evaluării exacte a resurselor necesare.

Un alt factor important care influențează activitatea furnizorilor de îngrijiri de sănătate îl reprezintă calitatea îngrijirilor de sănătate. Modul în care calitatea influențează oferta derivă din următoarele aspecte:

- calitatea este legată de natura și rezultatul îngrijirilor primite;
- calitatea este un factor foarte important al pieței medicale;
- accentul pus pe pregătirea medicală poate duce la o variație a calității;
- sunt situații când se alocă resurse doar spre creșterea calității.

În concluzie, oferta de îngrijiri de sănătate este o problema foarte complexă, ea fiind “o complicată secvență de răspunsuri adaptative în fața incertitudinii” (McGuire, 1994).

2.1 Eșecul pieței serviciilor de sănătate

Faptul ca piața serviciilor de sănătate nu este o piață liberă se întâlnește în literatură sub denumirea de *eșecul pieței* (“market failure”). Competiția restrânsă, asimetria informațională, prezența externalităților, eterogenitatea îngrijirilor de sănătate sunt doar câteva dintre motivele care conduc la eșecul funcționării pieței serviciilor de sănătate ca o piață liberă („Economie sanitară și management financiar”, 2003).

Cauzele pentru care piața serviciilor de sănătate nu poate funcționa adecvat ca o piață liberă sunt următoarele:

- competiție absentă sau diminuată, datorită: restricțiilor la intrarea pe piață (trebuie o atestare pentru a putea furniza servicii), mobilității reduse a factorilor de producție, eterogenității îngrijirilor de sănătate, existenței economiilor de scală și de scop;
- imperfecțiuni informaționale și asimetrie informațională datorită: cunoștințelor limitate asupra propriei stări de sănătate, dificultății evaluării eficacității clinice, specificului relației de agenție și cererii induse de ofertă, competiției nu pentru prețuri, ci pentru calitate;
- piețe incomplete, datorită: prezenței externalităților (pozitive și negative), considerării sănătății ca bun valoros, existenței bunurilor periculoase (bunuri al căror consum are efect negativ asupra sănătății), implicării altor valori, cum ar fi altruismul;
- argumente de genul echității, datorită: distribuției inegale a veniturilor și existenței unor nevoi de sănătate mai mari la cei cu venituri mici.

În fața acestui eșec al pieței libere în sfera serviciilor de sănătate, se pune întrebarea dacă trebuie să intervenim pe această piață. Motivele principale ale intervenției pe piața îngrijirilor de sănătate sunt: pentru reducerea riscului financiar asociat bolii, pentru a crește consumul anumitor îngrijiri de sănătate, pentru creșterea accesibilității private la unele servicii de sănătate, pentru scăderea consumului de bunuri periculoase, pentru creșterea competiției pe piață, pentru restrângerea/controlul costurilor etc.

Cum anume se poate interveni pentru rezolvarea acestor aspecte ale pieței serviciilor de sănătate? Cele mai frecvente soluții utilizate sunt: introducerea asigurărilor private (voluntare) sau publice (obligatorii), subvenționarea acordării unor servicii, subvenționarea/transferul veniturilor între diferite categorii de persoane, acțiunile de promovare a sănătății, reglementarea publicității, stabilirea de diferite taxe și impozite pentru comportamentele nocive sănătății, încurajarea competiției între furnizorii de servicii de sănătate, utilizarea unor sisteme de plată cu stimulente adecvate situațiilor locale, informarea mai bună a consumatorilor, finanțarea cercetării pentru programe de sănătate cât mai cost-eficace, controlul finanțării globale, încurajarea reglementărilor profesionale/etice, negocierea tarifelor; stimularea sănătății publice, stimularea unui rol mai activ al “cumpărătorilor” etc.

“Problema de bază este că piața nu poate fi eficientă în schimburile care se concentrează pe termen scurt între un număr mic de oameni care tranzacționează, unde informația atât asupra naturii bunului cât și asupra rezultatului așteptat este necunoscută, unde bunul este puțin substituibil între consumatori și unde sunt mari probleme potențiale legate de incertitudinea și complexitatea luării deciziei” (McGuire, 1994).

3. FINANȚAREA SECTORULUI SANITAR

În secțiunile anterioare s-au descris pe scurt argumentele pentru care o piață liberă, privată a îngrijirilor de sănătate în care consumatorii plătesc direct pentru serviciile de sănătate primite este o modalitate ineficientă și inequitabilă de alocare a resurselor.

Pe lângă plata directă de către consumatori (pacienți) a furnizorilor pentru îngrijirile de sănătate primite, metodă caracteristică pieței libere, cea mai cunoscută metodă de plată este reprezentată de metoda terțului plătitor (asigurarea de sănătate). Principiul de bază al finanțării printr-un terț plătitor este acela că indivizii plătesc în mod regulat o anumită sumă de bani către un terț (indiferent dacă ei consumă sau nu îngrijiri de sănătate), iar în momentul în care indivizii primesc îngrijiri de sănătate, plata furnizorilor se face de către terțul respectiv, din sumele colectate în timp. Finanțarea printr-un terț plătitor reprezintă ceea ce se numește o schemă de asigurare împotriva riscului de boală. Schema fluxurilor financiare într-o astfel de situație se poate observa în figura II.4.

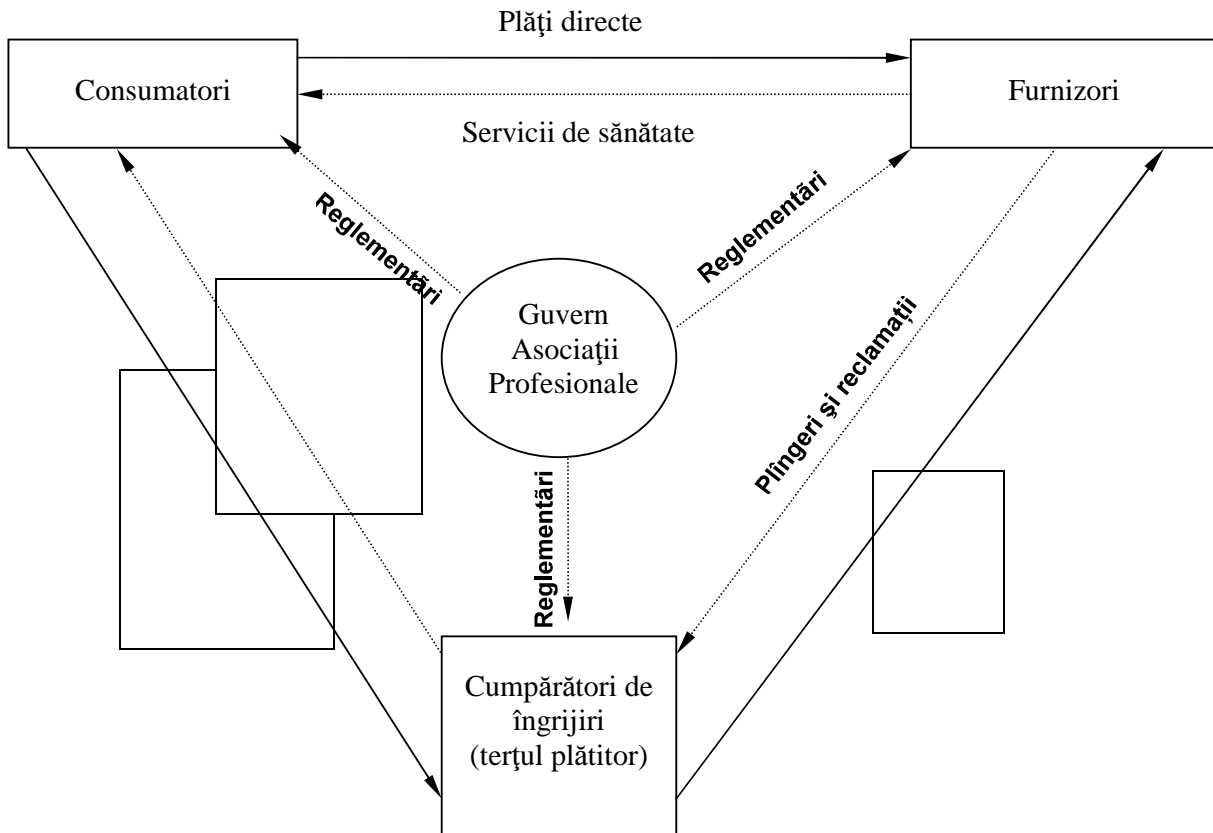


Figura II.4. Actorii implicați în finanțarea îngrijirilor de sănătate (sursa: OMS 92747)

Ceea ce realizează o schemă de asigurare, deci o finanțare a îngrijirilor de sănătate printr-un terț plătitor, este diminuarea riscului financiar individual, prin diseminarea acestuia la participanții din schema de asigurare. Cele două fluxuri financiare prezente în cazul metodei terțului plătitor sunt reprezentate de colectarea fondurilor și plata furnizorilor. În continuare vom face o prezentare a altor opțiuni de finanțare a sectorului sanitar (în afară de plata directă), abordând colectarea fondurilor și plata furnizorilor.

3.1 Colectarea fondurilor

Asigurarea este o modalitate de a împărți riscurile, riscul fiind probabilitatea de a apărea o pierdere. Riscul se poate asocia cu două tipuri de evenimente: care nu sunt predictibile (accidente, incendii etc.) și care sunt predictibile (moartea, îmbătrânirea, îmbolnăvirea). Îmbolnăvirea este un eveniment asociat cu bătrânețea sau cu moartea, dar deși cunoaștem că va apărea la cineva, cândva, nu putem prezice cu exactitate la cine anume și când anume. Acesta este motivul pentru care boala, respectiv sănătatea, sunt incerte pentru individ, dar predictibile pentru un grup de indivizi. Cu cât grupul de indivizi este mai mare, cu atât predicția de boală la nivelul grupului este mai exactă.

În felul acesta stau lucrurile pentru cei care decid să intre într-un sistem de asigurare pentru boală: toți asigurații decid să contribuie cu o sumă de bani, iar cei care se vor îmbolnăvi vor avea acoperite cheltuielile necesare din banii colectații la comun (Radu, 1999).

Motivele principale pentru care indivizii recurg la asigurarea de sănătate sunt următoarele:

- cererea pentru îngrijiri de sănătate este incertă; de aceea indivizii nu știu când vor avea nevoie de îngrijiri și în ce măsură, deci le va fi greu să prevadă ce bani să economisească pentru a putea plăti îngrijirile pe care le vor consuma;
- cheltuielile necesare unor anumite servicii pot avea consecințe catastrofale pentru bugetul unor indivizi; de aceea asigurarea poate avea și un rol de promovare a echității;
- unii indivizi au nevoie de mai multe îngrijiri de sănătate; astfel, este cunoscut faptul că bătrânii, copiii, familiile cu venituri scăzute au nevoi mai mari de îngrijiri de sănătate.

Este posibil însă ca existența unei finanțări printr-un terț plătitor să influențeze și riscul individual de boală. Aceasta se poate face prin stimularea consumului de servicii de sănătate preventive, care să scadă riscul apariției unor evenimente maladive mari consumatoare de resurse. În acest mod putem vorbi de o transformare a acestei asigurări împotriva bolilor într-o asigurare de sănătate, care încearcă nu doar acoperirea riscului financiar, ci și diminuarea riscului de boală prin stimularea comportamentului ce are ca țintă păstrarea sănătății.

În funcție de modul de colectare a fondurilor, asigurarea de sănătate poate fi de mai multe tipuri: asigurare voluntară (privată) și asigurare obligatorie (asigurare socială și asigurare publică prin intermediul guvernului).

Asigurarea privată (voluntară) de sănătate este acea asigurare în care indivizii decid voluntar să se asigure la o societate de asigurări. Ideea de bază este ca beneficiile plătite de asigurător (către furnizorii de îngrijiri de sănătate) să nu depășească veniturile colectate de la pacienți (sub forma contribuțiilor). Primele se pot stabili la un nivel egal pentru toți asigurații (prime comunitare) sau diferențiat, în funcție de riscul de boală al fiecărui asigurat (prime actuariale – de risc).

Problemele principale ale asigurărilor private sunt în număr de două:

- existența acestui fenomen de evaluare a riscului individual (raportarea primei de asigurare la riscul de boală) duce la excluderea din schema de asigurare a celor cu riscuri mari de boală (bătrâni, bolnavi cronici etc.), pentru care primele de asigurare sunt stabilite la un nivel foarte înalt; în concluzie firmele de asigurare vor căuta să asigure oameni sănătoși și cu venituri mari, deci vor

selecționa persoane cu riscuri mici de boală (riscurile “bune”);

- pe de altă parte, cei care vor să-și facă o asigurare privată vor căuta să obțină beneficii cât mai mari în schimbul primelor plătite; mulți dintre ei pot fi sănătoși, deci să nu aibă nevoie de îngrijiri și pot părăsi oricând schema, iar alții care au o problemă ascunsă de sănătate, vor dori să se alătore schemei; acest fenomen prin care societățile de asigurări selectează efectiv pe cei cu riscuri crescute (riscuri “rele”), poartă denumirea de selecție adversă, adică cei care știu că au un risc mai mare de boală sunt mai tentați să-și facă o asigurare decât cei care se știu mai sănătoși, deci cu risc mai mic de îmbolnăvire.

Deoarece asigurările private de sănătate nu pot oferi o soluție cuprinzătoare de finanțare a serviciilor de sănătate pentru întreaga populație, soluția adoptată de majoritatea organizatorilor de sisteme de sănătate o reprezintă introducerea obligativității schemelor de asigurare a sănătății. În acest fel, dispar ambele inconveniente menționate anterior: primele de asigurare nu mai sunt dependente de riscul de boală, ci de capacitatea de plată a fiecăruia (sunt legate de venitul individual), iar selecția adversă dispare, deoarece asigurarea este obligatorie și pentru cei bolnavi și pentru cei sănătoși.

Asigurarea publică de sănătate, cunoscută mai frecvent ca și *finanțare prin impozitare generală*, este o formă specială de asigurare în care indivizii nu plătesc contribuții pentru sănătate, ci, din impozitele (taxele) colectate de stat acesta asigură plata furnizorilor pentru serviciile furnizate indivizilor. În acest caz, terțul-plătitor este reprezentat de stat (sau de una dintre structurile sale), iar toți indivizii sunt îndreptățiți să primească servicii, indiferent de nivelul impozitului plătit. Se poate distinge un caz particular al asigurărilor publice, în care taxele colectate de stat sunt destinate special sănătății, deci un fel de taxă dedicată sănătății. În această situație, vorbim despre *finanțare prin taxe speciale* (“*earmarked taxation*”).

Asigurarea socială de sănătate este acea formă de asigurare prin care indivizii sunt obligați să plătească prime către asigurător, prime care nu sunt legate de riscul de boală, ci de venitul fiecăruia. În acest mod, are loc o subvenționare a celor bătrâni de către tineri, a celor bolnavi de către cei sănătoși și a celor săraci de către cei mai bogați. Dispar astfel selecția adversă și raportarea la risc, specifice asigurărilor private de sănătate. Cei care nu plătesc primele de asigurare nu beneficiază de plata asigurătorului către furnizor în momentul când solicită îngrijiri de la acesta.

Problema comună a tuturor sistemelor de asigurări (voluntare sau obligatorii) este legată de apariția *hazardului moral*. Acesta este fenomenul prin care apare un consum excesiv de îngrijiri de sănătate în cazul sistemelor în care pacienții nu plătesc nimic la punctul de contact cu furnizorii, în momentul când primesc îngrijiri de sănătate. Hazardul moral este inerent în orice schemă de asigurare și duce la furnizarea excesivă de servicii din partea furnizorilor și la consumul excesiv de servicii din partea asiguraților (Mossialos, 2002).

Există un hazard moral al consumatorului determinat de două cauze: (1) consumatorii au tendința de a supraconsuma îngrijiri de sănătate deoarece nu le plătesc în momentul consumului (efectul prețului scăzut), și (2) tendința de a duce o viață mai riscantă, știind că nu plătește nimic în caz de boală (efectul de substituție).

Metodele clasice de atenuare a hazardului moral al consumatorului sunt: introducerea de co-plăți, deductibile, practicarea unor reduceri ale primelor în cazul utilizării mai reduse a serviciilor de sănătate, stabilirea unui plafon maxim al beneficiilor plătite etc. („*Modelling in Health Care Finance: A compendium of quantitative techniques for health care financing*”, 1999).

Mai există însă și hazardul moral al furnizorului, prin care acesta induce o creștere a cererii de servicii a pacientului (știind că acesta nu plătește direct nimic). Acest fenomen apare în special în sistemele care plătesc furnizorii pentru fiecare serviciu furnizat.

O comparație a diferitelor tipuri de finanțare se poate observa în Tabelul II.1.

Tabelul II.1. Caracteristicile principale ale metodelor de finanțare a sectorului sanitar

Caracteristicile analizate	Impozitare generală	Impozitare specială	Asigurări sociale de sănătate	Asigurări private de sănătate
Sunt contribuțiile destinate special sectorului sanitar?	Nu	Da	Da	Da
Sunt contribuțiile legate de riscul de boală?	Nu	Nu	Nu	Da
Determină contribuțiile dreptul la beneficii?	Nu	Nu	Da	Da

Sursa: Witter S., Ensor T., Jowett M., Thompson R. - "Health Economics for Developing Countries", Macmillan, London and Oxford, 2000

La aceste forme de asigurare se adaugă metode mai noi de finanțare, de tipul competiției dirijate ("managed competition"), îngrijirilor integrate ("managed care"), conturile de sănătate etc. Fiecare dintre metodele amintite reprezintă o formă de asigurare de sănătate, dar există particularități care le fac deosebite și care determină modul în care acestea tratează problema riscului.

Finanțarea prin competiție dirijată ("managed competition") presupune obligativitatea indivizilor de a se asigura, cu libertatea de a-și alege asigurătorul, care va negocia cu furnizorii condiții cât mai bune pentru plata îngrijirilor furnizate. Plata contribuțiilor se face în funcție de venit (pentru acoperirea unui pachet de îngrijiri unic) spre un fond național (central) de asigurări, care va plăti caselor de asigurări fonduri per individ asigurat, în funcție de riscul de boală al fiecăruia (Enthoven, 1997). Ceea ce trebuie să realizeze o astfel de finanțare, și anume competiția între asigurători pentru o orientare mai mare spre individ și diminuarea puterii furnizorilor, trebuie pus în balanță cu costurile mai mari de funcționare. Chiar dacă unele țări au propus și au încercat astfel de metode de finanțare (Dekker în Olanda, Clinton în SUA), încă nu se pot trage concluzii despre beneficiile și dezavantajele certe ale acestei metode (Fuchs, 1998).

Finanțarea prin îngrijiri integrate ("managed care") este un concept nou care integrează finanțarea cu furnizarea de îngrijiri de sănătate și care presupune furnizarea serviciilor într-un sistem integrat, cuprinzător, responsabil și competitiv (Donaldson, 1993), iar individul care se asigură negociază cu terțul plătitor care este în același timp și furnizorul (sau într-un contract specific cu furnizorul). Reprezentantul unui astfel de asigurător-furnizor este organizația de tip HMO ("Health Maintenance Organisation") din SUA. Aceste organizații solicită contribuții care au aceleași caracteristici cu cele de la asigurările private de sănătate (legate de risc, pentru contribuțiile individuale, sau comunitare, pentru contribuțiile de grup). De obicei, aceste contribuții sunt mai mici decât la asigurările private, deoarece limitează accesul la o gamă proprie de furnizori și apare împărțirea riscului financiar cu furnizorul prin contracte pe bază de capitație, bugete globale prospective etc.

Finanțarea prin conturi de sănătate este o metodă de finanțare a îngrijirilor de sănătate care presupune obligativitatea plății unei contribuții lunare într-un cont bancar personal de sănătate. În eventualitatea unor boli, banii pot fi scoși din acest cont personal și folosiți pentru cumpărarea de pe piața liberă a acelor îngrijiri care sunt considerate necesare. Banii din aceste conturi nu pot fi folosiți decât pentru plata îngrijirilor de sănătate, pot fi donați membrilor de familie, tot pentru a fi folosiți la îngrijirile de sănătate, sau retrași la pensionare (cu păstrarea unui nivel minim în cont). Sistemul funcționează în Singapore sub denumirea de Medisave, fiind completat de alte două scheme de acest gen: Medishield, pentru evenimentele catastrofice, și Medifund, care plătește servicii minimale pentru populația care nu are nici un fel de altă asigurare.

Metodele de finanțare a îngrijirilor de sănătate nu apar în aceste forme pure, în care au fost descrise, decât rar, de cele mai multe ori ele fiind mulate pe condițiile specifice din fiecare țară și, uneori, mixate chiar în interiorul unui singur sistem de îngrijiri de sănătate. La modul ideal, se pare că soluția cea mai bună de finanțare ar fi aceea a unui sistem de sănătate cu trei nivele, după cum urmează (după “Analysing Health Sector Performance”, Background Paper, WBI/World Bank Flagship Course on Health Sector Reform and Sustainable Financing, 1999):

- pentru bunurile și serviciile de sănătate publice, cu impact major asupra stării de sănătate, cea mai indicată metodă este finanțarea prin impozitare generală;
- pentru îngrijirile de sănătate necesare, derivate din riscul de boală individual, cele mai indicate metode sunt finanțarea publică prin impozitare specială sau asigurarea socială de sănătate;
- pentru serviciile considerate non-necesare (cu eficacitate nedovedită, de lux, la cererea pacienților etc.), cele mai indicate metode sunt finanțarea prin asigurări private de sănătate sau prin plată directă din buzunar.

Ceea ce trebuie să facă orice țară care dorește punerea în practică a unui astfel de sistem de finanțare mixt este definirea pe baza valorilor din societate și a fondurilor disponibile a ceea ce se consideră a fi bunuri publice, bunuri necesare și de lux în domeniul îngrijirilor de sănătate. Acest lucru trebuie realizat în cadrul politicilor de sănătate ale fiecărei țări, deoarece și pentru o astfel de problemă care pare, preponderent, tehnică nu există soluții pur tehnice fără implicare politică (Vlădescu, 2002).

3.2 Finanțarea îngrijirilor de sănătate din România

Finanțarea îngrijirilor de sănătate din România și alocarea resurselor reprezintă pentru sistemul de îngrijiri de sănătate locurile principale de acțiune ale reformei sanitare ce se desfășoară în România în ultimii ani. Finanțarea sistemului sanitar din România a trecut în ultimii 15 ani, din punct de vedere conceptual, prin trei mari etape: (1) schemă de asigurări obligatorii prin impozitare generală, (2) schemă de asigurări obligatorii prin impozitare generală și taxe dedicate sănătății și (3) schemă de asigurări sociale de sănătate și asigurări obligatorii prin impozitare generală și dedicată sănătății (Zarckovic, 1998).

Înainte de anul 1989 și până în anul 1992, finanțarea sistemului de sănătate românesc avea la bază un sistem de asigurări obligatorii, sub forma unei finanțări prin impozitare generală. Statul era cel care colecta prin Ministerul Finanțelor taxele și impozitele generale. Din aceste sume colectate Guvernul și mai apoi Parlamentul decidea ce sumă să fie alocată Ministerului Sănătății, care reprezenta în fapt terțul-plătitor,

deoarece el era ordonatorul principal de credite. Trebuie precizat că, în același timp, Ministerul Sănătății era și singurul furnizor de îngrijiri de sănătate prin instituțiile sanitare din subordinea sa (spitale, institute etc.), ceea ce a determinat existența unui sistem de sănătate integrat, în care rolul de solist principal îl avea Ministerul Sănătății și organismele sale teritoriale (direcțiile județene de sănătate publică). Ceea ce trebuie evidențiat este că acest mod de finanțare a dus la două consecințe importante (Donaldson, 1993):

- percepția populației că furnizarea îngrijirilor de sănătate este un proces pentru care nu se plătește și de care este răspunzător statul;
- lipsa definirii exacte a îngrijirilor de sănătate de care puteau beneficia cetățenii, rezultând percepția că orice fel de îngrijire poate fi furnizată, dacă sunt resursele necesare pentru aceasta.

Fondurile colectate și gestionate anual de Ministerul Sănătății au reprezentat aproximativ 3% din Produsul Intern Brut (PIB) al României, cu variații mici, în plus sau în minus, de la un an la altul. Deși s-a redus treptat, fiind înlocuită de finanțarea prin asigurări sociale de sănătate, acest mod de finanțare mai există și în acest moment, reprezentând aproximativ 15% din sumele totale cheltuite pentru sistemul de îngrijiri de sănătate.

Un caz particular al finanțării prin impozite generale a fost acela din perioada 1995-1997, când o parte a cheltuielilor din sectorul sanitar au fost acoperite prin fonduri provenind de la bugetele locale, și nu de la bugetul de stat. Aceste fonduri nu erau gestionate de Ministerul Sănătății, dar utilizarea lor era dictată de normele legale prin care se introdusese acest mecanism (se acopereau cheltuielile de întreținere, hrană, obiecte de inventar cu valoare mică etc.).

Începând cu anul 1992, apare o nouă modalitate de finanțare în sistemul sanitar românesc, și anume, Fondul special pentru sănătate. Acest Fond avea rolul de a completa resursele financiare de care beneficia Ministerul Sănătății prin alocare de la bugetul de stat. Momentul când a apărut acest Fond reflectă penuria de resurse financiare ale statului, ca urmare a recesiunii economiei începută odată cu anul 1990. Modul de constituire a acestui Fond a fost reglementat de Ordonanța Guvernului nr. 22/1992, aprobată prin Legea nr. 114/1992 și avea la bază contribuția angajatorilor de 2%, raportat la fondul de salarii, plus colectarea unor taxe specifice pentru produse considerate nocive sănătății (tutun și alcool). La înființarea sa, Fondul special pentru sănătate, se constituia direct la Ministerul Sănătății și avea ca destinație principală compensarea prețurilor la medicamentele eliberate în ambulatoriu. Finanțarea prin acest Fond special s-a adăugat aceleia existente prin alocarea directă de la bugetul de stat, reprezentând aproximativ 20% din sumele totale cheltuite pentru finanțarea sistemului de îngrijiri de sănătate (Zarckovic, 1998).

Efectele introducerii Fondului special de sănătate au fost (Enachescu, 1998):

- creșterea resurselor colectate pentru finanțarea îngrijirilor de sănătate;
- sensibilizarea angajatorilor asupra faptului că, prin sumele plătite, contribuie direct la îngrijirile de sănătate acordate salariaților; acest efect a fost umbrat însă de povara reprezentată de această taxă specială, care s-a adăugat la nivelul taxelor existente deja pentru fiecare angajator.

Din anul 1998, ca urmare a adoptării Legii asigurărilor sociale de sănătate (urmată de o serie de modificări și completări), finanțarea predominantă a sănătății se face prin colectarea unor taxe speciale, dedicate sănătății care provin direct sau indirect de la angajatori, angajați, liber-profesioniști, pensionari, șomeri etc. Introducerea acestui mecanism de finanțare este dublată de înființarea Caselor de Asigurări, care sunt instituții

publice care nu sunt subordonate Ministerului Sănătății. Efectele imediate ale introducerii noii modalități de finanțare au fost:

- evidențierea cu claritate a faptului că banii pentru îngrijirile de sănătate provin direct din buzunarul fiecărui cetățean;
- separarea celui care finanțează sistemul de sănătate (casele de asigurări) de cel care furnizează serviciile de sănătate (Ministerul Sănătății în cea mai mare parte din cazuri) și stabilirea unor relații contractuale între acești parteneri;
- creșterea fiscalității pentru angajatori, de la 2% la 5% și apoi la 7%.

Introducerea finanțării prin asigurări sociale nu a desființat finanțarea prin taxe generale, ci doar a dus la definirea (mai mult sau mai puțin precisă) domeniilor de activitate sanitară care vor fi acoperite prin cele două metode principale de finanțare: asigurările sociale de sănătate și asigurarea publică gestionată de Ministerul Sănătății. Trebuie menționat că din punctul de vedere al fondurilor colectate, introducerea asigurărilor sociale de sănătate în anul 1998 nu a adus majorări de fonduri, totalul sumelor pentru sănătate reprezentând tot în jur de 3% din PIB. Odată cu intrarea deplină în practică a asigurărilor sociale de sănătate, din 1999, și majorarea contribuțiilor de la 5 la 7%, totalul fondurilor pentru sănătate a crescut, ceea ce a dus la o majorare a ponderii cheltuielilor pentru sănătate în PIB până spre 4%. În sume absolute, pentru sistemul asigurărilor sociale de sănătate, cheltuielile s-au majorat de la aproximativ 1,2 miliarde dolari SUA în anul 1999 la 2,7 miliarde dolari SUA în anul 2005 (Radu, 2005).

Este necesar a fi precizat că aceste 3 modalități de finanțare descrise nu sunt singurele care au fost și/sau există în sistemul de îngrijiri de sănătate din România. Ele sunt cele care au dominat finanțarea sistemului și care stau la baza schemei de asigurări publice. Pe lângă aceste forme, plata directă a unor servicii (stomatologice, servicii de specialitate în ambulatoriu etc.) sau co-plățile altor servicii (medicamente) reprezintă metode de finanțare prin care sistemul de îngrijiri de sănătate vehiculează sume importante.

La aceste plăți directe, oficiale, se pot adăuga și plățile neoficiale (IMSS, 2001). Totalul sumelor cheltuite în sistem în afara celor care finanțează direct schema de asigurări obligatorii, variază de la un studiu la altul, în limite foarte mari, fiind cuprinse între 20 și 50% din fondurile colectate de sistemul de asigurări obligatorii, ceea ce conduce spre o pondere de 5-7% din PIB folosită pentru totalul îngrijirilor de sănătate.

Ancheta integrată în gospodăria realizată de Institutul Național de Statistică și Studii Economice în anul 1999 a estimat nivelul cheltuielilor private (cheltuieli directe plus plăți “informale”) la 305 milioane dolari SUA, adică aproximativ 22% din totalul cheltuielilor, sau 0,9% din PIB. Această pondere de 22% a cheltuielilor private este mai mare decât media din țările membre ale OECD, dar este mai mică decât în țări, precum SUA sau Australia, și situează România la media din țările Europei Centrale și de Est (Vlădescu, 2001).

3.3 Plata furnizorilor

Plata furnizorilor reprezintă cel de-al doilea flux financiar într-un sistem care are la bază un terț plătitor. Separarea modului în care se colectează fondurile (sursele de finanțare) de modul în care acestea se distribuie furnizorilor este o temă importantă a economiei sanitare. Plata furnizorilor este unul din punctele cheie ale unui sistem de îngrijiri de sănătate, știut fiind că aceasta stă la baza activității furnizorilor de servicii.

Criteriile de judecată a succesului unei metode de plată a furnizorilor sunt următoarele (Witter, 2000):

- costul administrării și monitorizării,
- controlul asupra costurilor totale,
- efectul asupra calității îngrijirilor,
- impactul asupra eficienței tehnice,
- efectul la nivelul eficienței alocative.

Prezentarea principalelor metode de plată a furnizorilor, precum și a stimulentele pe care acestea le implică din punct de vedere al tipului, volumului, costului și calității serviciilor furnizate se va face urmărind inițial plata practicienilor individuali (în principiu, medici generaliști), apoi plata instituțiilor sanitare (în principiu, spitale).

Plata personalului medical se poate face prin:

- capitație – reprezintă plata medicilor în concordanță cu numărul pacienților înregistrați la cabinetul propriu (pe lista lor); plata se face indiferent de volumul serviciilor furnizate în decursul unui an; este evident faptul că un pacient nu se poate înregistra decât pe lista unui medic, dar alegerea medicului este liberă; plata prin capitație este potrivită acolo unde scopul este de a plăti medicul pentru a asigura acoperire cu servicii, mai degrabă, decât a furniza multe tratamente; în general se face o ajustare a capitației pentru fiecare pacient, în funcție de vârsta acestuia (pentru copii și bătrâni se plătește mai mult); uneori, capitația se suplimentează cu plata separată pentru realizarea anumitor obiective cheie (screening pentru cancer, vaccinări etc.); sistemul capitației încurajează medicii la competiție, pentru atragerea pacienților pe lista lor, dar odată înregistrați pacienții, medicii au stimulente de a furniza cât mai puține servicii; o problemă frecventă a capitației este apariția fenomenului de selecționare a pacienților buni (“cream skimming”), deoarece chiar în cazul unei capitații ajustate se pot găsi pacienți care nu sunt acceptați la înregistrare;
- plata per serviciu – adică plata fiecărei proceduri sau serviciu furnizate pacientului; în această situație trebuie definită unitatea de plată și prețul acesteia; lunar medicul centralizează serviciile furnizate și trimite o nota de plată terțului plătitor; în general terțul plătitor folosește o schemă tarifară unică de plată a furnizorilor; prin acest sistem, fiecare furnizor este plătit în funcție de munca depusă, iar medicii au stimulente de a furniza servicii prompte, atractive și de calitate; marea slăbiciune a acestei metode este aceea că încurajează medicii la un exces de consultații și proceduri, dintre care unele nu sunt necesare (aici se manifestă specificul relației de agenție prin care furnizorii cresc cererea de servicii – hazardul moral al furnizorilor), ceea ce duce la o escaladare a costurilor; pentru rezolvarea acestei probleme se poate fixa un nivel maxim al plăților, fiecare serviciu urmând să primească un anumit număr de puncte, iar valoarea unui punct să fie stabilită în funcție de numărul total de puncte realizate; o altă metodă constă în verificarea de către terțul plătitor a “profilului medicului”, pentru a vedea dacă acesta furnizează servicii ne-necesare sau raportează servicii care nu au fost furnizate

(McGuire, 1994);

- plata în funcție de realizarea unor obiective stabilite de comun acord cu terțul plătitor; se folosește când se dorește realizarea unui volum mare de servicii prin care să se asigure succesul programului (ex: vaccinările);
- salariu – metodă bine cunoscută, prin care anual se plătește o sumă fixă de bani, indiferent de volumul de muncă sau de calitatea serviciilor furnizate; pot exista și contracte în care salariile să fie ajustate pe baza performanțelor realizate (de exemplu, prime pentru realizarea unor nivele optime de vaccinare); în cazul existenței unei relații între nivelul salariului și performanța realizată, este foarte important de stabilit cine și cum monitorizează performanța; această modalitate de plată se poate combina cu acordarea unor bonusuri, de obicei pentru furnizarea de îngrijiri unui număr mare de pacienți („Economie sanitară și management financiar”, 2003).

Plata instituțiilor sanitare se poate face prin:

- plata per unitate furnizată – furnizorul acordă un serviciu pacientului, iar plata se face în general după aceea, pe baza unei înțelegeri (tarif) între furnizor și terțul plătitor; în acest caz trebuie definită unitatea care stă la baza plății; o unitate de îngrijiri se poate defini în diferite moduri:
 - ziua de spitalizare; unitățile sunt plătite cu o sumă fixă sau variabilă pentru fiecare zi pe care o petrece un pacient în spital; acest mod de plată are un mare dezavantaj, deoarece stimulează menținerea cât mai îndelungată a pacienților în spital;
 - serviciul sau procedura furnizată – mecanismul este identic cu cel de la plata per serviciu a practicienilor individuali;
 - costul mediu per pacient – furnizorii primesc o sumă de bani fixă pentru fiecare pacient tratat, pe baza calculării unui cost mediu; această metodă nu încurajează furnizarea cât mai eficientă a îngrijirilor, deoarece îi răsplătește pe cei care au costuri mari;
 - standarde medicale economice – furnizorii sunt plătiți în funcție de diagnosticul de boală, pentru fiecare diagnostic pacientul fiind supus unui protocol de tratament; necesită stabilirea anterioară a acestor protocoale, precum și un sistem foarte bun de monitorizare;
 - costul per tip de pacient – furnizorii sunt plătiți pentru fiecare pacient externat, în funcție de diagnosticul pus, diagnostic ajustat în funcție de severitate, vârstă, complicații, diagnosticele secundare etc.; cele mai cunoscute metode de plată de acest fel sunt plata per DRG (Diagnosis Related Groups - în S.U.A., Australia etc.) și plata per HRG (Healthcare Related Groups - în Anglia); acest mod de plată necesită stabilirea anterioară a prețului pentru fiecare grup de diagnostice, iar plata se face prospectiv; spitalele știind cât vor încasa în avans, vor intra în competiție pentru calitatea serviciilor, încercând să-și reducă și cheltuielile; pentru spitalele care nu se află într-un mediu concurențial, există riscul de a apărea o diminuare a calității odată cu reducerea cheltuielilor;
- plata prin buget – adică furnizorul primește o sumă fixă pentru un an întreg; pot exista mai multe tipuri de bugetare:

- normativă, adică în concordanță cu numărul de paturi sau de personal etc.; permite creșterea autonomiei unităților sanitare și a responsabilității lor; nu are foarte multe stimulente de creștere a eficienței,
- istorică, în care bugetul alocat are la bază activitatea din anul precedent; are stimulente perverse întrucât cei care cheltuiesc mult vor primi și mai mult, iar cei care economisesc vor primi și mai puțin;
- per capitație, pentru fiecare locuitor deservit de unitatea respectivă; în acest caz spitalul își asumă riscul financiar al servirii populației respective;
- clinică, în care se împarte bugetul unității la nivelul fiecărei clinici (secții); implică o structură spitalicească diferită, cu o semiindependență clinică.

Indiferent de mecanismul de plată ales la finanțarea spitalelor, este nevoie de stabilirea unui contract care are la bază detalierea unui contract general de funcționare între furnizor și terțul-plătitor. Din perspectiva mecanismului de plată a spitalelor, contractele pot fi:

- contracte bloc, în care spitalul se angajează să furnizeze servicii pentru o populație desemnată, urmând a fi plătit cu o sumă fixă pentru fiecare membru al populației respective; este un fel de capitație a spitalelor, dar în care se specifică mai detaliat ce servicii se așteaptă a fi furnizate de spitalul respectiv; este o soluție bună atunci când contractul este legat și de furnizorii de îngrijiri primare (ex: Health Maintenance Organisations - HMO - în S.U.A);
- contracte pe tipuri de servicii, în care se precizează ce servicii sunt furnizate de spital și modalitatea efectivă de plată pentru fiecare tip de servicii; acesta este modelul folosit în acest moment în România, unde spitalele contractează serviciile pe diferite mecanisme de plată (pe caz rezolvat-DRG, pe zi de spitalizare, bugetare normativă etc. – conform Ordinului CNAS/MS nr. 56/45/2005 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2005);
- contracte cost-volum, în care se precizează ce volum de servicii se vor plăti și care este prețul pentru fiecare dintre servicii; în cazul unei depășiri a numărului de servicii contractate, plata se face la un preț diferit de cel plătit inițial (doar pentru cazurile peste cele contractate); se pretează pentru servicii care se pot planifica și care nu sunt urgente.

Fiecare mod de plată are avantajele și dezavantajele sale, fiind greu de spus, la modul general, care este mai bun. În introducerea unui nou sistem de plată a furnizorilor trebuie avute în vedere specificul fiecărei categorii de furnizori în parte, precum și capacitatea de monitorizare a modalității de plată. Mai mult, experiența a dovedit că, deși modalitatea de plată modifică implicit comportamentul furnizorilor, mai important în determinarea acestui comportament este nivelul venitului, și nu modul de obținere a acestuia. Indiferent dacă sunt simple sau complexe, metodele de plată a furnizorilor nu pot suplini o planificare, cumpărare și contractare eficace (Witter, 2000).

3.4 Plata furnizorilor de îngrijiri de sănătate în România

Până la apariția Legii asigurărilor sociale de sănătate și a intrării sale în vigoare,

plata furnizorilor din sistemul sanitar românesc avea la bază o abordare normativă, plecând de la resursele necesare funcționării sistemului de sănătate. Furnizorii de servicii erau considerate spitalele, care aveau în structura lor atât unitățile propriu-zis cu paturi, cât și policlinicile și dispensarele. Funcționând într-un sistem integrat finanțator-plătitor, spitalele erau considerate ordonatori terțiari de credite, și primeau resursele financiare defalcate pe articole bugetare: salarii, medicamente și materiale, hrană, cheltuieli de întreținere, cheltuieli pentru reparații etc. În funcție de locul unde apăreau aceste cheltuieli, spitalele alocau aceste resurse spre unitățile din structura lor. Personalul angajat în spitale era plătit printr-o singură metodă, salariul, indiferent dacă activitatea se desfășura în spital, policlinică sau dispensar.

O etapă intermediară, de la acest mod de plată a furnizorilor spre cel contractual din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, a fost experimentat în cele 8 județe unde s-a aplicat Hotărârea Guvernului nr. 370/1994 care schimba modul de organizare a asistenței primare. În aceste județe medicii din dispensare au fost scoși de sub tutela spitalelor cărora le aparțineau dispensarele unde lucrau și au contractat serviciile furnizate populației cu direcțiile sanitare județene. Modul de plată a avut la bază capitația, dar și plata unor anumite servicii specifice (imunizări, controale periodice etc.) sau realizarea unor obiective sanitare. În acest mod nu au fost acoperite însă toate cheltuielile dispensarelor, salariile personalul angajat și celelalte cheltuieli de funcționare fiind acoperite de către direcțiile sanitare sau bugetele locale, după caz. Deși era prevăzut ca furnizorii din asistența primară să primească bugete globale (având la bază capitația) pentru acoperirea întregii activități desfășurate în dispensare, acest lucru nu s-a reușit în practică.

Introducerea Legii asigurărilor sociale de sănătate a impus o nouă concepție privind plata furnizorilor de îngrijiri de sănătate, prin necesitatea contractării între furnizorul de îngrijiri și plătitor. În noua organizare a sistemului sanitar, casele județene de asigurări de sănătate sunt singurele care contractează îngrijiri de sănătate pentru asigurați, iar orice entitate ce are un contract de furnizare de servicii cu casele de asigurări este numit furnizor de servicii. În plus, sistemul contractării serviciilor a permis participarea pe piața furnizorilor de servicii și a furnizorilor privați, pe lângă furnizorii publici. Adicional, orice furnizor de servicii de sănătate poate contracta servicii și cu plata directă de către pacient sau de către terți (asigurători privați, angajator etc.). Baza contractuală a noilor relații între finanțator și furnizor a determinat folosirea unor noi metode de plată (conform Ordinului CNAS/MS nr. 56/45/2005 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2005):

- pentru asistența primară, relația contractuală se stabilește între casele de asigurări județene și cabinetele medicale organizate conform OG 124/1998, cu modificările și completările ulterioare; modul de plată a acestor furnizori este prin capitație și per serviciu; numărul punctelor aferente fiecărui asigurat, lista serviciilor plătite, modalitățile de decontare etc. sunt reglementate în Contractul Cadru și normele de aplicare a acestuia; metoda de stabilire a valorii de rambursare aferentă unui punct din asistența primară este cea a punctului flotant, care ia în considerare nivelul fondurilor alocate îngrijirilor primare și totalul punctelor aferente îngrijirilor furnizate; problemele principale care derivă însă din acest nou mod de plată sunt:
 - reducerea la minim a timpului și a numărului de consultații furnizate asiguraților în condițiile plății majoritar prin capitație;
 - selecția pacienților care au probleme reduse de sănătate mai ales acolo

unde sunt puțini furnizori, și nu există competiție între medici;

- pentru asistența medicală din ambulatoriul de specialitate, relația contractuală se stabilește între casele de asigurări județene și cabinetele medicale organizate conform OG 124/1998, cu modificările și completările ulterioare sau spitalele care au în structura lor unități de asistență medicală ambulatorie de specialitate; modalitatea de plată este per serviciu furnizat (consultație sau tip de investigație), iar în vederea limitării efectului de suprafinanțare de servicii, s-a stabilit un nivel maxim al numărului de consultații admis la plată pentru fiecare zi de activitate, acest nivel fiind de 28 de consultații; numărul de puncte aferente fiecărei consultații, serviciu medical sau tratament este reglementat în Contractul Cadru și normele de aplicare a acestuia, iar valoarea punctului are la bază același principiu ca în asistența primară, adică este recalculat pe o bază trimestrială în funcție de sumele disponibile și de numărul efectiv de puncte realizate; în cazul investigațiilor sunt stabilite tarife efective, dar se negociază volumul furnizat cu fiecare furnizor în parte; problemele care derivă din acest nou mod de plată al furnizorilor din ambulatoriul de specialitate sunt:
 - lipsa unui sistem informatic care să permită o evaluare rapidă a serviciilor decontate, atât consultații cât și investigații și tratamente;
 - insuficienta definire a condițiilor în care se poate încheia un contract de furnizare de servicii de către un furnizor privat cu casele județene de asigurări de sănătate;
- pentru asistența medicală spitalicească, modalitatea de plată este: tarif pe caz rezolvat (DRG) pentru îngrijirile pentru afecțiuni acute, tarif pe zi de spitalizare pe tipuri de secții și spitale pentru îngrijirile aferente afecțiunilor cronice etc. Problemele de fond, încă nerezolvate, ale mecanismelor actuale de finanțare a spitalelor sunt următoarele:
 - faptul că finanțarea pe caz rezolvat nu a ajuns încă la utilizarea unui tarif unic național (în lipsa unor costuri determinate local pe diferite tipuri de pacienți);
 - lipsa unor sisteme de ajustare care să aibă în vedere diversitatea furnizorilor de servicii spitalicești și condițiile obiective de funcționare a unora dintre aceștia (centre de excelență, servicii terțiare, zone izolate etc.);
 - insuficienta definire a serviciilor furnizate și finanțate prin spitalizarea de zi și integrarea acestei spitalizări cu spitalizarea continuă.
- pentru asistența medicală stomatologică, modalitatea de plată este per serviciu, dar implică și co-plată din partea asiguratului; prin Contractul Cadru și normele de aplicare ale acestuia sunt stabilite tarifele și nivelul co-plăților pentru serviciile stomatologice;
- pentru asistența medicală de urgență prespitalicească contractele de furnizare de servicii prevăd ca modalitate de plată bugete negociate pe baza mai multor indicatori: cost pe kilometru parcurs sau cost per solicitare, în funcție și de alte elemente: timpul mediu de răspuns și gradul de dotare a mijlocului de transport;
- pentru serviciile medicale de reabilitare a sănătății, plata furnizorilor prevede

mai multe modalități, în funcție de tipul furnizorului:

- tarif pe zi de spitalizare, în cazul când furnizorul este o unitate spitalicească, sau tarif per serviciu în cazul în care furnizorul este o unitate ambulatorie de specialitate;
- negocierea unor bugete pe bază istorică, în cazul preventoriilor, sau negocierea unor bugete pe bază istorică, la care se adaugă și co-plată din partea asiguratului la un nivel de 25-30% din costul unei zile de spitalizare, în cazul sanatoriilor.

Anii viitori vor arăta gradul în care fiecare din noile modalități de plată (apărute odată cu sistemul asigurărilor sociale de sănătate) a furnizorilor și-au atins scopul pentru care au fost introduse.

4. CUMPĂRAREA ȘI CONTRACTAREA SERVICIILOR

Așa cum s-a descris anterior, în majoritatea sistemelor de sănătate pacientul nu mai este cel care cumpără direct serviciile de care are nevoie. Cumpărarea serviciilor se face de către terțul plătitor, folosind în acest scop resursele colectate de la contribuabili.

Această idee de “cumpărare a serviciilor de sănătate” este oarecum nouă, deoarece inițial sistemele care aveau la bază un terț plătitor funcționau pe principiul plății furnizorilor în concordanță cu serviciile acordate pacienților. Cu timpul, s-a observat însă, că datorită specificului relației de agenție și a cererii induse de ofertă, nivelul serviciilor cerute de pacienți depășește posibilitățile de finanțare. De aici a apărut ideea de raționalizare a serviciilor care trebuie oferite pacienților în funcție de nevoile de sănătate identificate la nivel populațional.

Până de curând, în majoritatea țărilor, funcția de evaluare a nevoilor de sănătate la nivel populațional și de cumpărare a serviciilor în legătură cu nevoile identificate era integrată în organizații care erau în același timp și furnizoare de servicii de sănătate. Exemplul cel mai la îndemână este cel al țării noastre unde Ministerul Sănătății și direcțiile sanitare județene aveau în același timp acest rol dublu: de a identifica nevoile populației și de a cumpăra servicii, dar și de a furniza servicii prin toate unitățile sanitare care le aparțineau. Din această cauză funcția de cumpărare se face de cele mai multe ori având în vedere nu atât nevoile populației, ci ale furnizorilor de servicii de sănătate.

Pentru a rezolva această situație, tendința actuală de reorganizare a acestor instituții este aceea de separare a celor care cumpără servicii în numele populației de cei care furnizează serviciile. Acest proces poartă denumirea de “separare a cumpărătorului de furnizor” (Witter, 2000).

Prin aplicarea Legii asigurărilor sociale de sănătate, casele județene de asigurări de sănătate cumpără servicii, iar cât timp spitalele vor aparține de direcțiile județene de sănătate publică, acestea vor fi principalul furnizor de servicii. În momentul în care spitalele vor aparține comunităților, se poate spune că aceste comunități reprezintă principalul furnizor de servicii de sănătate. În plus, medicii din asistența primară, organizați ca practicieni independenți, contractează direct serviciile acordate pacienților cu casele de asigurări de sănătate.

Ceea ce se întâmplă de cele mai multe ori în practică (nu numai la noi) este faptul că terțul plătitor se preocupă predominant de modul de plată a furnizorilor, și mai puțin de

evaluarea nevoilor populației. Chiar dacă au puterea financiară, cumpărătorii sunt frecvent dominați de interesele profesioniștilor din interiorul organizațiilor furnizoare de servicii, sau practică metode de finanțare istorice fără a face vreo evaluare a cost-eficacității serviciilor care sunt furnizate. Acesta este motivul pentru care trebuie accentuat rolul “de gândire” în cadrul unor astfel de organizații ale cumpărătorilor de servicii de sănătate.

Obiectivul general al cumpărătorilor este de a maximiza îmbunătățirea stării de sănătate a populației din aria lor, iar acest lucru se face prin evaluarea nevoilor și cumpărarea de servicii eficiente și cost-eficace. Alte obiective mai pot include cumpărarea de servicii care să răspundă unor criterii cum ar fi accesibilitatea, calitatea etc.

Rolurile și activitățile principale ale unui cumpărător de servicii de sănătate sunt:

- evaluarea nevoilor de servicii ale populației;
- identificarea strategiilor, programelor și intervențiilor cost-eficace de soluționare a acestor nevoi ale populației;
- evaluarea serviciilor de sănătate existente și a modului în care acestea pot răspunde strategiilor identificate;
- consultarea medicilor/publicului/pacienților asupra valorilor sociale și a priorităților;
- urmărirea politicilor naționale și locale în domeniul sănătății;
- definirea cât mai exactă a serviciilor care se dorește a fi cumpărate (clarificarea pachetului de bază de servicii de sănătate care sunt acoperite prin schemele de asigurări de sănătate);
- stabilirea unor contracte cu furnizorii, cu specificarea cantității, calității și prețului serviciilor;
- monitorizarea/evaluarea furnizorilor de servicii de sănătate, în vederea aprecierii concordanței între serviciile contractate și cele furnizate pacienților (deoarece plătitorul de servicii de sănătate nu primește serviciile respective, ci pacientul!);
- folosirea informațiilor obținute pentru un nou ciclu de cumpărare/contractare.

Evaluarea nevoilor populației nu este ușor de realizat, mai ales în contextul unor diferite definiții ale nevoilor. În primele secțiuni ale acestui capitol au fost prezentate definițiile nevoii percepute, nevoii cerute, nevoii normative și nevoii comparative. Un termen ideal este acela al nevoii obiective, care reflectă nevoia reală de servicii de sănătate a unui pacient.

Economiștii folosesc frecvent în evaluarea nevoilor termenul de “capacitate de a beneficia” care unește conceptul de nevoie obiectivă cu cel de disponibilitate a unui tratament eficient care să răspundă acelei nevoi.

Toți acești termeni diferă de *priorități*, care sunt definite ca modul de înțelegere a nevoilor de către cei care fac politicile de sănătate, nevoi filtrate și printr-o sită a considerațiilor politice.

În evaluarea nevoilor necesare procesului decizional al cumpărării, este necesară o viziune asupra întregii comunități (maximizarea îmbunătățirii stării de sănătate), ceea ce uneori poate duce la conflicte de interese cu medicii clinicieni sau cu pacienții individuali, care doresc să beneficieze de cele mai bune tratamente disponibile.

Argumentul în favoarea unui țel explicit de maximizare a îmbunătății stării de sănătate este acela că forțează politicienii, managerii și doctorii să precizeze clar care sunt prioritățile în domeniul sănătății. Cealaltă soluție este aceea a unor decizii bazate pe principii mai puțin explicite cum ar fi: preferințele furnizorilor, relații între decidenți, sau “primul venit-primul servit”.

Pentru determinarea nevoilor sunt necesare trei tipuri de informații:

- epidemiologice (prevalența și incidența bolilor în populație); chiar având aceste date legate de structura și caracteristicile populației nu putem stabili imediat serviciile necesare, știut fiind că majoritatea factorilor care stau la baza sănătății sunt situați în afara sectorului sanitar; de aceea este important să fie identificate acele probleme care pot fi rezolvate efectiv de către sectorul sanitar, și apoi să se stabilească priorități în funcție de resursele disponibile;
- medicale și economice – eficacitatea și cost-eficacitatea tratamentelor disponibile;
- instituționale – ce servicii există pentru a răspunde acestor nevoi; în această situație este vorba nu numai de aprecierea existenței serviciilor, dar și a modului în care sunt utilizate și dacă au o calitate adecvată.

Așa cum am arătat, pasul următor în procesul cumpărării este acela al contractării serviciilor necesare cu diferiții furnizori. În acest context foarte importantă este poziția pe piață atât a cumpărătorului cât și a furnizorului. De exemplu, dacă într-o anumită regiune nu există decât un singur furnizor (*monopol* al furnizorilor), va fi foarte greu de negociat și de obținut servicii care poate nu sunt pe placul furnizorilor, dar sunt necesare populației. În cazul prezenței mai multor furnizori, cumpărătorul trebuie să încurajeze relații pe termen lung cu aceștia, și nu să încerce doar o competiție a prețurilor între furnizori, în detrimentul pacienților și al intereselor publicului. Pe de altă parte, în cazul existenței unui singur cumpărător de îngrijiri de sănătate (*monopson* al cumpărătorilor), există pericolul ca acesta să nu fie suficient de motivat pentru a face o cumpărare eficace, eficientă și de calitate de îngrijiri de sănătate, deoarece nu este în pericol ca asigurații să renunțe la serviciile lui și să opteze pentru o altă schemă de asigurare.

Există situații când pe piață nu acționează doar un singur cumpărător, ci mai mulți (grupurile de medicină primară din Marea Britanie); riscul unei astfel de situații este acela că se pierde din vedere aspectul comunitar în favoarea unuia orientat mai mult spre individ. O soluție în acest caz o reprezintă gruparea acestor cumpărători pentru a-și coordona politicile privind cumpărarea anumitor servicii.

În oricare situație în care există o separare a cumpărătorilor de furnizori trebuie să existe o formă de înțelegere între aceștia privind tipul, volumul, calitatea și costul îngrijirilor de sănătate care vor fi furnizate. Aceste înțelegeri iau de obicei forma unor contracte.

Indiferent de cine este cumpărătorul (autoritatea sanitară, casa de asigurări, medicii generaliști, etc.) sau furnizorul, orice contract trebuie să conțină următoarele aspecte (Witter, 2000):

- natura muncii furnizate,
- volumul și calitatea muncii furnizate ,
- prețul muncii furnizate și modul de plată (în avans, în etape sau retrospectiv),
- unele informații referitoare la procesul muncii (dacă sunt relevante),

- modul de monitorizare a contractului și informațiile care vor fi furnizate,
- aspecte legale referitoare la nerespectarea contractului etc.

Detalii referitoare la tipurile de contracte care pot fi întocmite între terțul plătitor și furnizorul de servicii de sănătate (spitalul) au fost prezentate în cadrul secțiunii referitoare la plata furnizorilor.

În practică, alegerea tipului de contract este determinată de mărimea cumpărătorului și a furnizorului de servicii, de volumul de servicii contractate, de abilitatea de a prevedea cât mai corect volumul de servicii de sănătate preconizat a fi furnizat, de modul în care furnizorii își pot alege sau nu pacienții etc.

Ceea ce este important de subliniat, din perspectiva furnizorilor de îngrijiri spitalicești, este faptul că spitalele sunt furnizori cu o activitate complexă și o varietate mare de îngrijiri acordate. Acest lucru conduce la necesitatea ca, în momentul contractării unor servicii, spitalul să-și concentreze atenția pe două direcții principale:

- definirea cât mai bună a gamei serviciilor care pot fi acoperite, pe baza platformei tehnice și a resurselor umane disponibile; în acest fel spitalul poate avea în vedere nu doar contractarea de servicii prin spitalizare continuă, dar și prin spitalizare de zi, servicii de tip ambulatoriu, servicii paraclinice, îngrijiri de urgență, îngrijiri pentru afecțiuni cronice sau reabilitare etc.; diversificarea gamei serviciilor poate atrage resurse suplimentare la nivelul spitalului (cu costuri variabile relativ reduse!), dar necesită, nu doar identificarea nevoilor potențiale la nivelul pieței serviciilor de sănătate, ci și o cunoaștere cât mai bună a mecanismelor de plată și a stimulentele induse de fiecare metodă de plată în sine; în acest fel, spitalul poate aprecia care modalitate de plată îi este mai favorabilă, în cazul când are posibilitatea utilizării unor îngrijiri de sănătate alternative pentru nevoile bolnavilor (de exemplu, să-l trateze la domiciliu în loc de spitalizare continuă etc.);
- identificarea unui număr cât mai mare de potențiali clienți (pacienți și plătitori-asiguratorii) cu care să încerce să-și contracteze serviciile pe care le poate furniza; chiar dacă, la ora actuală, pentru majoritatea spitalelor din România, casa județeană este cel mai mare cumpărător de îngrijiri spitalicești, este necesar ca spitalele să devină mai active în căutarea unor surse suplimentare de venituri (pentru servicii finanțate de Ministerul Sănătății, pentru servicii acordate neasiguraților, străinilor, celor cu asigurare facultativă de sănătate sau cu asigurare voluntară de sănătate etc.), ceea ce le va face mai puțin vulnerabile la constrângerile costurilor din sistemul public al asigurărilor sociale de sănătate (unde cota de impozitare a scăzut în ultimul an de la 14 la 13,5%, și unde pot apărea noi scăderi).

Contractarea reprezintă încă ceva nou pentru multe sisteme de sănătate care abia au trecut, de la un sistem integrat al cumpărătorilor și furnizorilor, la un sistem unde apare despărțirea între furnizori și cumpărători. De aceea, contractarea, ca proces, evoluează odată cu creșterea experienței participanților. Pentru început însă este nevoie ca aceste contracte să fie cât mai explicite, referitor la natura, volumul și calitatea serviciilor, și să implice un cost rezonabil de monitorizare. Cu timpul, ele vor evolua spre acea balanță în care cumpărătorul dorește servicii cât mai cost-eficace care să răspundă nevoilor populației, iar furnizorul o planificare pe termen lung și o piață stabilă pentru serviciile furnizate.

5. EVALUAREA ECONOMICĂ A ÎNGRIJIRILOR DE SĂNĂTATE

Evaluarea economică a îngrijirilor de sănătate reprezintă o modalitate prin care se dorește oferirea unor răspunsuri la cele trei întrebări fundamentale ale economiei sanitare: ce servicii trebuie produse, în ce mod și pentru cine. În literatură evaluarea economică se mai întâlnește și sub denumirea de evaluare a eficienței (Drummond, 1990). Primul pas în abordarea acestui subiect îl reprezintă definirea termenilor de eficacitate și eficiență.

Eficacitatea reprezintă gradul în care o anumită activitate produce rezultatele care se așteaptă de la ea (indiferent de resursele folosite).

Eficiența implică nu numai abordarea rezultatelor unei activități, ci și a resurselor utilizate; există o *eficiență tehnică* prin care se dorește (ca urmare a unei activități) producerea unor rezultate așteptate folosind cât mai puține resurse, și o *eficiență alocativă*, în care resursele și rezultatele sunt folosite în modul cel mai bun cu putință astfel încât să rezulte un maxim de bunăstare.

Evaluarea îngrijirilor de sănătate poate fi împărțită deci în două părți: în primul rând, o evaluare a eficacității îngrijirilor respective (sau o evaluare a eficacității clinice), apoi o evaluare a eficienței – ceea ce implică luarea în calcul atât a costurilor și a beneficiilor, cât și a altor tipuri de îngrijiri de sănătate eficiente.

Evaluarea eficacității clinice nu face obiectul evaluării economice, ci este baza medicinei bazate pe dovezi. Ceea ce este de reținut legat de eficacitate și eficiență este faptul că nu trebuie pornit un studiu de evaluare a eficienței unor intervenții, fără a avea în prealabil o demonstrație a eficacității intervențiilor respective.

Evaluarea economică este importantă, deoarece încearcă să dea răspunsul la întrebarea cum să folosim resursele limitate în fața unor nevoi și dorințe nelimitate. Ea este o modalitate explicită care poate sta la baza alocării resurselor, proces care, de cele mai multe ori, se desfășoară folosind metodele cunoscute gen: “așa am făcut și ultima dată”, “simt eu că este bine în acest mod” etc.

Evaluarea economică reprezintă procesul prin care se compară două sau mai multe alternative din punctul de vedere al resurselor consumate și al rezultatelor obținute.

Ea implică deci două laturi indispensabile: pe de o parte, analizarea a cel puțin două alternative, și pe de altă parte, analizarea simultană atât a costurilor cât și a rezultatelor obținute. O privire sumară asupra diferitelor evaluări ale îngrijirilor de sănătate este prezentată în Tabelul II.2

Tabelul II.2. Caracteristicile distinctive ale evaluărilor îngrijirilor de sănătate

		Se examinează atât costurile (resursele) cât și rezultatele (efectele) alternativelor?		
Se compară două sau mai multe alternative?	N U	NU		DA
		se examinează doar rezultatele	se examinează doar costurile	
		evaluare parțială		evaluare parțială
	1A. Descrierea rezultatelor	1B. Descrierea costurilor	2. Descrierea cost / rezultat	
	D A	evaluare parțială		evaluare economică completă
		3A. Evaluarea eficacității	3B. Analiza costului	4. Minimizarea costurilor Analiza cost-eficacitate Analiza cost-beneficiu Analiza cost-utilitate

Sursa: Drummond M. F., Stoddart G. L., Torrance G.W. – „Methods for the economic evaluation of health care programmes”, Oxford University Press, Oxford, 1990.

Procesul care stă la baza unei evaluări economice este acela al identificării mai multor alternative, apoi studierea fiecăreia dintre ele (ce resurse sunt necesare și care sunt rezultatele obținute). În Tabelul II.3 sunt arătate principalele tipuri de costuri și consecințe folosite în realizarea evaluărilor economice.

Tabelul II.3. Tipuri de costuri și consecințe folosite în evaluarea economică

COSTURI:	CONSECINȚE:
I. Costuri organizaționale și operaționale din sectorul sanitar	I. Schimbări ale stării de sănătate (efecte fizice, psihice, sociale)
II. Costuri aferente pacienților și familiilor lor: <ul style="list-style-type: none"> • plățile din buzunar • alte resurse folosite de pacient și familie pentru tratament • timpul de absență de la muncă • costurile psihice (durerea, anxietatea etc.) 	II. Schimbări în folosirea resurselor (beneficii): <ul style="list-style-type: none"> • pentru funcționarea serviciilor de sănătate: <ol style="list-style-type: none"> 1. aferente afecțiunii originale 2. aferente altor afecțiuni • pentru pacient și familia sa: <ol style="list-style-type: none"> 3. economii sau mai mult timp liber 4. economisire a timpului de absență de la muncă
III. Costuri aferente externalităților	III. Schimbări în calitatea vieții pacientului și a familiei sale (utilitatea)

Sursa: Drummond M. F., Stoddart G. L., Torrance G.W. – „Methods for the economic evaluation of health care programmes”, Oxford University Press, Oxford, 1990.

Resursele necesare sunt exprimate prin costuri, iar rezultatele obținute pot fi exprimate prin: efecte asupra stării de sănătate, utilități asociate fiecărei stări de sănătate sau beneficii economice asociate fiecărei stări de sănătate.

În momentul realizării unei evaluări economice, este nevoie de identificarea tuturor resurselor necesare, precum și a tuturor efectelor rezultate. Nivelul resurselor utilizate se exprimă prin costurile implicate, costuri care sunt de mai multe tipuri. Dealtfel chiar și

consecințele intervenției pot fi grupate în mai multe tipuri.

5.1 Determinarea costurilor

Costurile pot fi abordate din mai multe perspective; astfel, în contabilitate, ele apar sub aspectul unor bani ce reflectă ceea ce se plătește real, dar într-o evaluare economică vorbim despre costul oportunității.

Costul oportunității unei resurse reprezintă beneficiile care ar fi putut fi generate prin folosirea resursei în cea mai bună alternativă posibilă (adică ce oportunitate am ratat folosind resursa respectivă în modul în care am decis să o folosim). Și pentru serviciile de sănătate, costul unui serviciu de sănătate este dat de povara pe care o impune asupra celorlalte servicii de sănătate (care nu se pot furniza), și asupra societății. De exemplu timpul utilizat de un medic pentru a consulta un pacient este acel timp în care el nu poate consulta un alt pacient, sau medicamentele folosite de un pacient înseamnă resurse care nu mai pot ajunge și la un alt pacient (Roberts, 2006). Această abordare asupra costurilor este preferată de economiști și reprezintă costul oportunității ratate prin utilizarea resurselor într-o direcție, și nu în alta.

O primă clasificare a costurilor este aceea de costuri directe și indirecte.

Costurile directe sunt acele costuri determinate efectiv de furnizarea unui serviciu de sănătate. Costurile organizaționale sunt o parte a costurilor directe. Ele reprezintă totalitatea costurilor (din sectorul sanitar) implicate pentru realizarea activității care este supusă evaluării economice. Tot din costurile directe mai fac parte și plățile directe făcute de pacienți, precum și alte resurse folosite de pacient și familie pentru tratament. În cazul calculării costurilor pentru un pacient dintr-un spital, costurile directe sunt reprezentate de totalitatea cheltuielilor efectuate de către spital pentru acel pacient, cheltuieli care se pot identifica și demonstra că au fost utilizate direct pentru pacientul respectiv. De exemplu, cheltuielile pentru medicamentele sau hrana pacientului (se poate determina exact ce medicamente a primit și ce anume a mâncat).

Costurile indirecte sunt costurile care nu sunt date de furnizarea efectivă a serviciului respectiv, dar se asociază cu acest fapt. În categoria costurilor indirecte intră costurile datorate absenței de la muncă și costurile psihice. În cazul calculării costurilor pentru un pacient dintr-un spital, costurile indirecte sunt reprezentate de totalitatea cheltuielilor efectuate de către spital pentru acel pacient, cheltuieli care nu pot fi identificate direct ca fiind folosite pentru pacientul respectiv. De exemplu, cheltuielile făcute de spital pentru igiena pacientului respectiv (apa folosită de către pacient din totalul apei utilizate de spital etc.) sau pentru administrarea spitalizării sale. Această clasificare în costuri directe și indirecte este utilă pentru managerul de spital, deoarece astfel poate vedea mai ușor locurile unde se poate interveni pentru controlul costurilor aferente unui pacient, precum și în descentralizarea managementului către secțiile clinice (un șef de secție poate fi responsabil pentru cheltuielile directe cu medicația pacienților din secția sa, dar nu poate răspunde pentru cheltuielile indirecte – de exemplu, numărul de personal angajat la compartimentele administrative ale spitalului).

Pentru a putea determina costurile necesare desfășurării fiecărei activități este necesar să identificăm inițial costurile totale ale furnizorului respectiv. Apoi alocăm aceste costuri pentru fiecare activitate desfășurată la nivelul furnizorului.

Costul total – CT – al unei firme reprezintă costul necesar realizării producției (la un nivel dat). Costul total este format din mai multe costuri: costuri fixe, costuri semi-variabile și costuri variabile.

Costurile fixe – CF – sunt acele costuri ce rămân independente față de nivelul producției. Ele pot varia în timp, dar nu sunt dependente de producție (de exemplu închirierea unui spațiu necesar desfășurării activității). Pentru un spital din România cel mai bun exemplu este costul închirierii spațiului unde funcționează furnizorul respectiv, sau costurile de personal (conform legislației actuale) etc.

Costurile variabile – CV – sunt acele costuri dependente de nivelul producției, ele variind odată cu fiecare nou produs (de exemplu, costul materiilor prime). Pentru un spital aceste costuri sunt cele care depind de numărul și tipul bolnavilor tratați în spital (de exemplu, costurile cu medicamentele și materialele sanitare).

Costurile semivariabile – CSV – sunt acele costuri care variază numai la realizarea anumitor nivele de producție (de exemplu, costul necesar angajării unor noi salariați). Se observă că de fapt costurile semivariabile sunt un caz particular de costuri variabile.

Foarte importante sunt definițiile a încă două tipuri de costuri pe care le vom mai întâlni în continuare: costul mediu și costul marginal.

Costul mediu reprezintă costul producerii unei unități dintr-un bun (sau dintr-un serviciu), și se obține prin împărțirea costurilor totale la numărul de unități produse.

Costul marginal este costul suplimentar necesar producției unei noi unități dintr-un produs (cu cât cresc costurile totale, dacă nivelul producției crește cu o unitate). Pentru un spital, costul marginal ar fi, de exemplu, costul efectiv al tratării unui pacient suplimentar, față de numărul de cazuri contractat cu casa de asigurări. Asemănător costului marginal se definește și *costul incremental* care este costul necesar variației producției între două nivele date, raportat la variația numărului de bunuri produse. Este interesant de observat că, în timp ce costul mediu include atât elemente ale costurilor fixe cât și variabile, costul marginal include numai acele elemente de cost care apar în urma creșterii producției (costurile variabile).

Foarte importantă într-o evaluare economică este luarea în considerație a perioadei de timp necesară desfășurării intervenției (intervalul între momentul utilizării resurselor și cel al apariției rezultatelor), deoarece societatea preferă să aibă bani și să-i cheltuiască acum mai degrabă decât în viitor. Din această cauză, chiar în absența inflației un leu este mai valoros acum decât peste un an. Acesta este motivul pentru care în momentul realizării unei evaluări economice costurile și beneficiile care apar în viitor trebuie reprezentate la valoarea lor prezentă. Acest proces poartă denumirea de proces de actualizare a costurilor iar mijlocul prin care se realizează este *rata de actualizare*.

Mai multe detalii despre costurile îngrijirilor de sănătate sunt prezentate la capitolul de Management financiar.

5.2 Tipuri de analize economice

Așa cum am amintit, în toate evaluările economice resursele se exprimă prin costurile implicate. Ceea ce desparte diferitele tipuri de evaluări economice este modul de a exprima și de a măsura consecințele intervențiilor analizate.

Astfel, în practică, se folosesc patru tipuri de evaluări economice:

- minimizarea costurilor,
- analiza cost-eficacitate,
- analiza cost-utilitate,

- analiza cost-beneficiu.

Analiza de minimizare a costurilor

Această evaluare economică este cel mai simplu tip de evaluare economică și presupune că rezultatele intervențiilor sunt identice. În această situație, deoarece avem aceleași consecințe se identifică și se analizează doar costurile implicate de fiecare dintre alternative.

Deosebirea dintre o analiză a costurilor și o evaluare de minimizare a costurilor este aceea că, în cea de-a doua situație, trebuie puse în evidență toate consecințele și arătat că diferențele dintre rezultatele alternativelor sunt inexistente sau fără importanță.

Un exemplu de astfel de analiză o reprezintă evaluarea și compararea costurilor pentru chirurgia de o zi în cazul herniilor, față de metoda clasică ce implică internarea pacientului în spital și spitalizarea continuă a acestuia.

Analiza cost-eficacitate

Analiza cost-eficacitate permite compararea mai multor alternative care ating aceleași obiective, dar într-o măsură diferită. Condiția esențială pentru realizarea unei astfel de evaluări este ca beneficiile să se exprime în aceeași unitate de măsură.

În analiza cost-eficacitate, consecințele se exprimă în unități "naturale", cel mai frecvent în ani de viață câștigați sau decese evitate. Este o analiză economică deplină, deoarece evaluează atât costurile cât și consecințele alternativelor, și poate compara intervenții care nu au aceleași rezultate, dar care au consecințe ce se pot exprima prin aceeași unitate de măsură. Astfel, într-o analiză cost-eficacitate putem compara consecințele transplantului renal cu cele ale dializei spitalicești, consecințe exprimate prin numărul de ani de viață câștigați. Putem însă să comparăm chiar și un program de prevenire a deceselor cauzate de accidente de bicicletă folosind casca de protecție cu un program de chirurgie cardiacă, evaluând însă numărul de ani de viață câștigați în urma fiecăruia dintre aceste programe. Rezultatele finale ale unei astfel de analize se exprimă în unități monetare necesare pentru un an de viață câștigat.

Analiza cost-eficacitate ia în considerare numai un aspect al îmbunătățirii stării de sănătate (prelungirea vieții sau evitarea decesului), dar nu ține cont de celălalt aspect al îmbunătățirii stării de sănătate și anume calitatea vieții.

Analiza cost-utilitate

În această analiză consecințele intervențiilor sunt măsurate prin utilitatea generată de fiecare dintre ele. Utilitatea se referă la valoarea care se acordă unei stări specifice de sănătate, și poate fi măsurată prin preferințele indivizilor sau ale societății pentru fiecare stare particulară de sănătate. Această tehnică de evaluare economică are marele avantaj că încearcă să evalueze consecințele alternativelor și din punctul de vedere al calității vieții post-intervenție.

Consecințele sunt valorizate prin unități naturale care încearcă să reflecte utilitatea asociată fiecărei stări de sănătate. Punctul comun al acestor unități de măsură este acela al combinării prelungirii vieții cu calitatea vieții asociată acestor ani. Cel mai frecvent folosite unități de măsură sunt: anii de viață ajustați în funcție de calitatea vieții (Quality Adjusted Life Years – QALY sau EuroQol – EQ), ani de viață sănătoși (Years of Healthy Life – YHL) sau ani de viață ajustați în funcție de dizabilitățile prezente (Disability Adjusted Life Years – DALY).

În cazul analizei cost-utilitate pentru fiecare dintre stările de sănătate consecutive intervențiilor se atribuie un anumit număr de QALY, de exemplu. Marele neajuns al acestei metode este acela al identificării pentru fiecare stare specifică de sănătate a numărului de QALY.

De exemplu, consecutiv unui transplant renal, să presupunem că pacientul mai poate

trăi 10 ani, ceea ce reprezintă anii de viață câștigați. Apoi trebuie să evaluăm calitatea vieții pentru acești ani de viață câștigați (deoarece, de exemplu, calitatea vieții nu este aceeași dacă ești sănătos sau dacă iei toată viața medicație imunosupresoare). Să presupunem că într-o astfel de situație, calitatea vieții este 50% din calitatea vieții unui om sănătos de aceeași vârstă. Rezultă un beneficiu post-transplant renal de 5 QALY ($10 \cdot 0,5 = 5$).

Dificultatea atribuirii unui număr de QALY fiecărei stări specifice de sănătate derivă din dificultatea evaluării calității vieții pentru fiecare stare specifică de sănătate. Pentru a atribui fiecărei stări de sănătate o anumită calitate a vieții, se folosesc mai multe tehnici de determinare. Cele mai cunoscute metode prin care se încearcă evaluarea calității vieții pentru fiecare stare specifică de sănătate sunt:

- măsurarea pe o scală a raporturilor,
- loteria standard ("standard gamble"),
- schimbul temporal ("time trade-off").

În finalul analizei cost-utilitate se compară pentru fiecare dintre alternative costul per QALY sau invers câți QALY se obțin pentru fiecare unitate monetară folosită.

Analiza cost-beneficiu

În acest tip de analiză atât costurile cât și beneficiile sunt exprimate în termeni monetari. Este o analiză destul de rar întâlnită, datorită dificultății de apreciere a consecințelor în termeni monetari.

Avantajul metodei constă în faptul că pot fi comparate orice intervenții, indiferent de tipul rezultatelor. Marele dezavantaj al metodei este acela al aprecierii în termeni monetari a consecințelor. După identificarea costurilor și a beneficiilor, rezultatele evaluării se pot exprima printr-un raport cost/beneficii sau o diferență beneficii minus costuri.

Această metodă de evaluare economică poate fi folosită și pentru comparații cu alternativa "nu facem nimic", care uneori poate fi mai bună decât o intervenție pentru care costurile sunt mai mari decât beneficiile.

În Tabelul II.4 se pot observa modalitățile de măsurare a costurilor și a consecințelor în momentul realizării unei evaluări economice.

Tabelul II.4. Măsurarea costurilor și a consecințelor în diferitele tipuri de evaluare economică

Tipul evaluării economice	Măsurarea costurilor	Tipul consecințelor	Măsurarea consecințelor
Minimizarea costurilor	Bani	Identice în toate aspectele relevante	Nu
Cost-eficacitate	Bani	Implică un singur efect comun ambelor alternative, dar realizat în grade diferite	Unități naturale (ani de viață câștigați etc.)
Cost-beneficiu	Bani	Implică unul sau mai multe aspecte, nu neapărat comune ambelor alternative; efectele comune se pot realiza în grade diferite	Bani
Cost-utilitate	Bani	Implică unul sau mai multe aspecte, nu neapărat comune ambelor alternative; efectele comune se pot realiza în grade diferite	"Zile sănătoase" sau "ani de viață câștigați ajustați în funcție de calitatea vieții - QALY"

Sursa: Drummond M. F., Stoddart G. L., Torrance G.W. – „Methods for the economic evaluation of health

care programmes”, Oxford University Press, Oxford, 1990.

Întrebările care trebuie avute mereu în vedere în momentul analizării unei evaluări economice sunt următoarele (Drummond, 1990):

1. Care a fost contextul evaluării economice? (întrebarea la care trebuie răspuns s-a pus într-o formă la care să se poată răspunde?)
2. S-a făcut o descriere cuprinzătoare a alternativelor?
3. S-a stabilit anterior eficacitatea alternativelor?
4. S-au identificat toate costurile și consecințele alternativelor?
5. Unitățile de măsură pentru măsurarea consecințelor sunt cele mai potrivite?
6. Sunt credibile valorile atribuite costurilor și consecințelor?
7. S-a făcut ajustarea temporală a valorii costurilor și a consecințelor?
8. S-a făcut o analiză incrementală a costurilor și consecințelor alternativelor?
9. S-a făcut o analiză a sensibilității?
10. Include prezentarea și discutarea rezultatelor toate problemele pe care le poate întâlni utilizatorul?

Clasificarea tipurilor de analize pentru evaluarea economică are mai mult un scop didactic. În practică, de cele mai multe ori realizatorul analizei nu poate prevedea exact ce formă finală va lua analiza, deoarece este probabil să nu știe care vor fi rezultatele finale ale intervențiilor. În plus, analizele de minimizare a costurilor și cost-eficacitate presupun că intervențiile analizate merită să fie făcute și trebuie să hotărâm doar pe care o alegem. Ele sunt folosite deci în situații în care vrem să evaluăm eficiența tehnică. Analizele cost-utilitate și cost-beneficiu pot compara alternative cu consecințe total diferite și chiar cu alternativa "nu facem nimic", și de aceea ele sunt utile în momentul în care dorim să facem o evaluare a eficienței alocative.

În final trebuie spus că evaluarea economică este doar un instrument tehnic care poate sta la baza luării deciziilor și că ea nu poate înlocui logica, responsabilitatea sau riscul ce se asociază procesului de luare a deciziilor.

BIBLIOGRAFIE

1. "Modelling in Health Care Finance: A compendium of quantitative techniques for health care financing", Geneva, ILO, 1999.
2. Donaldson C., Gerard K. – „Economics of health care financing; the visible hand”, Macmillan, London, 1993.
3. "Economie Sanitară și Managementul Financiar" – CPSS și INCDS, București, 2003.
4. Enăchescu Dan – "Recent Evolutions and Perspectives of the Health System in Romania", Editura Universitară Carol Davila, București, 1998.
5. Enthoven A. C., – “The market-based reform of America’s care financing and delivery system: managed care and managed competition”, Innovations in Health Care Financing, An International Conference, Washington, DC., March, 1997.
6. Fuchs V. R. – "Who Shall Live? Health, Economics and Social Choice", World Scientific Publishing Co., Singapore, 1998.
7. Fuchs, V. R. – „The Health Economy”, Cambridge, Ma. – London, UK: Harvard University Press, 1986.
8. Institutul de Management al Serviciilor de Sănătate – "Cheltuielile private pentru sănătate - România 1996-1999", MarLink, București, 2001.
9. Roberts Marc J. – “Background paper for the Regional Advanced Flagship Course on Efficiency, Quality and Health Systems”, April 9-14, 2006 Budapest, Hungary, Health Services Management Training Center Semmelweis University, World Bank Institute.
10. McGuire A., Henderson J., Mooney G. – "The Economics of Health Care", Routledge, London, 1994.
11. Mossialos E., Dixon A., Figuersa J., Kutzin J. – "Funding Health Care: Options for Europe", European Observatory On Health Care Systems Series, WHO and Open University Press, 2002.
12. Radu Paul – “Principiile solidarității și subsidiarității în asigurările de sănătate din România”, Management in Sănătate, nr. 2, iunie 1999.
13. Radu Paul, Haraga Simona – „L’allocation de ressources du système d’assurance maladie en Roumanie – le patient est le vrai bénéficiaire?”, Prezentare la al XVI Congres al ALASS, Montreal, Canada, octobrie, 2005
14. Vlădescu C., Enăchescu D., Dragomiristeanu A. – "Politici de alocare a resurselor și de planificare a personalului medical în sistemele de sănătate. România în context internațional", CPSS, București, 2001.
15. Vlădescu C., Predescu M., Stoicescu E. – "Sănătate publică și management sanitar: Evaluarea nevoilor și planificarea sanitară; Promovarea sănătății și educația pentru sănătate; Etică medicală și drepturile pacienților", CPSS, București, 2002.
16. Witter S., Ensor T., Jowett M., Thompson R. – "Health Economics for Developing Countries", Macmillan, London and Oxford, 2000.
17. Zarckovic. G., Enăchescu D. – "Probleme privind politicile de sănătate în țările Europei Centrale și de Răsărit", Editura Infomedica, București, 1998.

III. SISTEMUL GRUPELOR DE DIAGNOSTICE (DRG)

Coordonator: Ec. Simona Haraga

Sistemul de clasificare în grupe diagnostice este utilizat în România ca bază pentru finanțarea a 276 de spitale ce furnizează îngrijiri de tip acut. În acest context se impune ca toți factorii implicați să cunoască o serie de noțiuni și aspectele practice legate de sistemul DRG: ce sunt DRG-urile, cum se înregistrează datele clinice și cum se codifică, cum se

trimit datele pacienților în format electronic, conceptul și stimulentele noului sistem de finanțare și multe alte lucruri.

1. INTRODUCERE ÎN SISTEMUL GRUPELOR DE DIAGNOSTICE (DRG)

1.1 Ce sunt DRG-urile?

Dr. Paul Radu

DRG-urile sunt un sistem de clasificare a pacienților pe baza diagnosticului, procedurilor și a altor informații clinice, care oferă posibilitatea de a face o corelație între tipul de cazuri pe care spitalul le tratează (adică indicele de complexitate a cazurilor – ICM sau case-mix index) și costurile aferente acestora.

Prin sistemul grupelor de diagnostice (DRG) se analizează caracteristicile fiecărui pacient externat (vârstă, gen, durată de spitalizare, diagnostice principale și secundare, proceduri, stare la externare și greutate la naștere, în cazul nou-născuților), iar în funcție de acestea pacienții sunt clasificați într-o categorie distinctă. În acest mod, sistemul DRG realizează o "fotografie" a rezultatelor spitalului, încercând să standardizeze modalitatea de a reda rezultatele activității acestuia.

Grupele de diagnostice au două caracteristici esențiale: (1) omogenitatea clinică, adică într-un anume DRG cazurile (pacienții) sunt similare (dar nu identice) din punct de vedere clinic și (2) omogenitatea costurilor, adică fiecare DRG conține cazuri ce necesită un consum asemănător de resurse. Grupele de diagnostice sunt medicale și chirurgicale în funcție de prezența sau absența unei intervenții chirurgicale și sunt concepute pentru a acoperi patologia asociată pacienților cu afecțiuni de tip acut, care solicită spitalizarea. Ele sunt concepute în lumina standardizării „rezultatelor” spitalului (exprimate prin prisma pacienților externați, "omogenizați" în interiorul acestor grupe).

Pentru a putea clasifica fiecare pacient externat într-o grupă de diagnostice este necesară parcurgerea a patru mari etape:

1. obținerea/înregistrarea datelor clinice despre pacienții externați; clasificarea DRG necesită obligatoriu 7 variabile pentru fiecare pacient: vârstă, gen, durata de spitalizare, diagnostice principale și secundare, intervenții chirurgicale sau alte proceduri efectuate, stare la externare și greutate la naștere (numai pentru nou-născuți);
2. codificarea datelor necesare (pentru diagnostice și proceduri), în vederea utilizării unui limbaj standardizat pentru aceste variabile și pentru a putea fi folosite cu mai multă ușurință;
3. colectarea sub formă electronică a acestor date;
4. trimiterea automată a fiecărui caz într-o grupă de diagnostice (folosind o aplicație computerizată de grupare – "grouper").

După gruparea cazurilor (pacienților) în grupe diagnostice și pentru a folosi sistemul DRG la finanțarea spitalelor, mai sunt necesare două etape:

1. stabilirea de tarife pentru fiecare grupă de diagnostice (sau valori relative ale

tarifelor); acestea au la bază costurile adiacente pacienților din fiecare DRG și se pot importa odată cu grouperul sau pot fi dezvoltate local; odată calculate, aceste costuri sunt transformate în tarife și utilizate pentru toate spitalele participante la schema de finanțare;

2. alocarea bugetul destinat asistenței spitalicești către spitale, plecând de la numărul și tipul pacienților externați (casemix-ul fiecărui spital) și lista de tarife (sau de valori relative) pentru fiecare DRG.

Prin finanțarea pe bază de caz rezolvat, spitalele care pentru un anumit DRG vor avea costuri mai mari decât tariful stabilit vor pierde resurse la categoria respectivă de pacienți tratați, iar cele care vor avea costuri mai mici decât tariful stabilit pentru un anumit DRG vor câștiga resurse la acea categorie de pacienți. Per ansamblu, spitalele sunt stimulate să păstreze costurile la un nivel inferior tarifelor pentru fiecare tip de pacient, pentru a putea economisi resurse și a le folosi în scopuri diferite.

1.2 Utilitatea DRG

Dr. Paul Radu

Sistemul DRG poate fi utilizat doar ca metodă de clasificare a pacienților în vederea evaluării rezultatelor spitalului, sau utilizarea lui poate fi extinsă și la finanțarea spitalelor. Indiferent de modul de utilizare trebuie identificate inițial scopurile pentru care se dorește punerea în practică a acestui sistem. Dintre scopurile ce pot fi avute în vedere prin clasificarea DRG se pot enumera:

1.2.1 Evaluarea rezultatelor activității spitalului.

În această situație, spitalul introduce clasificarea DRG pentru a avea o imagine mai bună a rezultatelor sale, și pentru a putea face comparații ale rezultatelor sale cu cele ale altor spitale. În același timp, clasificarea DRG este un instrument util spitalului în creșterea eficienței (prin identificarea resurselor necesare fiecărui tip de pacient), în procesul de îmbunătățire a calității serviciilor furnizate (prin evaluarea calității și definirea unor modele de practică), în modelarea activității și a structurii spitalului (personal, secții etc.) și în realizarea unui management bazat pe rezultate și nu pe resurse sau procese.

Pentru a realiza aceste deziderate, procesul introducerii clasificării DRG necesită însă o atenție deosebită la:

- a) înregistrarea datelor – dacă acestea sunt viciate, atunci întregul proces al clasificării DRG poate fi greșit;
- b) colectarea și transmiterea datelor – chiar dacă datele sunt bine înregistrate pe hârtie, este nevoie de un management foarte eficient al sistemului informațional, pentru ca ele să ajungă nealterate sub formă electronică și apoi să poată fi utilizate la gruparea pacienților;
- c) confidențialitatea informațiilor – baza de date ce cuprinde informațiile despre pacienți trebuie foarte bine gestionată, pentru a preveni utilizarea neautorizată a informațiilor confidențiale referitoare la pacienții externați;
- d) autonomia managementului spitalicesc – în condițiile realizării unei „fotografii” a rezultatelor, este nevoie ca managementul de spital să poată avea suficientă autonomie pentru a putea interveni în modelarea serviciilor pentru a putea astfel crește eficiența și calitatea îngrijirilor furnizate.

1.2.2 Evaluarea furnizorilor de servicii spitalicești

Evaluarea globală a activității spitalicești dintr-o arie geografică sau un anumit domeniu este utilă pentru plătitorii serviciilor de sănătate în momentul contractării serviciilor (contractare selectivă) sau pentru stabilirea unor politici de sănătate cu impact asupra sectorului spitalicesc. Astfel, informațiile despre pacienți colectate de la spitale pot fi baza rapoartelor de morbiditate spitalicească, pot fi utilizate la evaluarea accesibilității și adecvării serviciilor furnizate (de exemplu, se pot genera rapoarte despre numărul și tipul pacienților care nu au suportat intervenții chirurgicale, deși au fost spitalizați în secții chirurgicale etc.), la compararea secțiilor sau spitalelor privind durata de spitalizare (DMS) pe tipuri de pacienți, la analiza existenței unor furnizori prin prisma serviciilor prestate (de exemplu, clinici universitare cu patologii foarte simplă, sau patologii ori proceduri efectuate în spitale inadecvate etc.).

În această situație, trebuie acordată o atenție deosebită următoarelor probleme:

- a) raportările false – unele spitale vor încerca să modifice datele pacienților pentru a ascunde lucrurile care nu sunt convenabile;
- b) calitatea serviciilor prestate – sistemul DRG nu evaluează direct calitatea serviciilor, iar o analiză ce presupune doar numărul și tipul pacienților externati poate ascunde diferențe mari în calitatea serviciilor furnizate, chiar pentru pacienți de același tip;
- c) furnizorii de tip monopol – pentru aceștia este greu de realizat comparații, și uneori activitatea lor este ea însăși rezultatul unor politici de sănătate în aria respectivă (de exemplu, accentuarea importanței serviciilor de cardiologie intervențională);
- d) resursele necesare funcționării sistemului – clasificarea pacienților în DRG nu necesită resurse mari, deoarece colectarea de date la nivel de pacient a fost reglementată și implementată pe plan național.

Dintre scopurile ce pot fi atinse prin finanțarea DRG, cele mai importante sunt:

1.2.3 Creșterea eficienței alocative pentru palierul serviciilor spitalicești

Finanțarea pe baza sistemului DRG este una de tipul „banii urmează pacientul”. În acest fel, spitalele care au mulți pacienți și cu o patologie complexă vor primi mai multe resurse, iar cele cu pacienți puțini vor avea resurse puține. În acest fel alocarea resurselor financiare are la bază rezultatele spitalului și mai puțin structura acestora.

În realizarea acestui deziderat trebuie cunoscute unele puncte sensibile ce pot împiedica atingerea unei alocării mai obiective a resurselor:

- a) corectitudinea tarifelor per DRG – în acest sens, este necesar ca ele să acopere în mare măsură un anumit model de practică pentru diferitele tipuri de pacienți; în plus, trebuie evaluată și calitatea serviciilor și definite clar serviciile foarte costisitoare care sunt acoperite de aceste tarife (de genul RMN etc.);
- b) raportările modificate – cunoscând ce tipuri de pacienți beneficiază de o finanțare mai bună, spitalele vor căuta să “umble” la date, pentru a rezulta pacienți „mai complicați”. Acest fenomen este frecvent în sistemele ce utilizează DRG la finanțare și poartă denumirea de „saltul DRG” (DRG creep); în funcție și de modul explicit de realizare a circuitelor financiare, pot apărea chiar fraude prin raportarea datelor unor pacienți care nu există, reinternarea unor pacienți etc.

- c) alegerea modului de plată prospectiv sau retrospectiv – prin sistemul retrospectiv trebuie avute în vedere toate slăbiciunile unui model de plată per unitate (în cazul DRG, unitatea de plată este tipul de pacient), cea mai importantă fiind tendința de a interna cât mai mulți pacienți (dacă se poate dintre aceia pentru care finanțarea este mai mare); prin sistemul prospectiv se induce mai degrabă o selectare a cazurilor (cele mai puțin consumatoare de resurse) în vederea încadrării în bugetul negociat.

1.2.4 Creșterea eficienței tehnice la nivelul furnizorului de servicii spitalicești

Finanțarea DRG permite spitalelor să-și evidențieze cu claritate tipurile de pacienți și resursele atrase pentru aceștia, iar printr-o comparație cu costurile necesare se generează cadrul de funcționare pentru o eficiență cât mai mare.

Prin acest sistem, spitalele pot să-și cunoască tipurile de pacienți pentru care pierd resurse (și să intervină în procesele ce se desfășoară pentru a reduce cheltuielile) și pacienții la care sunt în beneficiu financiar (și să încerce să atragă cât mai mulți pacienți de acest tip).

Aspectele sensibile care trebuie monitorizate pentru atingerea acestui scop sunt:

- a) autonomia managementului – se pune problema, dacă managerii de spital vor avea puterea și motivația pentru a interveni în scopul creșterii eficienței; tot aici, trebuie avute în vedere situația medicilor stagiari și rezidenți care ajută unele spitale să fie mai eficiente, activitatea cadrelor didactice ale facultăților de medicină (UMF), care nu sunt salarizate de spital (sau doar parțial) etc.
- b) responsabilitatea managementului de spital – se pune problema, către cine se va îndrepta responsabilitatea, în cazul în care sunt luate măsuri nepopulare (dar nu în defavoarea pacienților) pentru creșterea eficienței spitalului, sau dacă se decide reorganizarea unor secții care produc pierderi, dar sunt necesare comunității);
- c) situațiile de profit/pierderi la nivelul spitalelor – trebuie reglementat modul de gestionare a profitului generat printr-o creștere a eficienței și modul de gestionare a spitalelor cu pierderi;
- d) calitatea serviciilor furnizate – există tendința ca unele spitale pentru a avea beneficii pe termen scurt să facă rabat de la calitatea serviciilor furnizate pentru a crește eficiența tehnică; în acest fel, dacă nu se monitorizează calitatea serviciilor, prin sistemul DRG se poate ajunge la extrema că „mori în spital, dar mori mai eficient”;

1.2.5 Modelarea serviciilor spitalicești pentru a răspunde cât mai bine nevoilor populației

Modelarea ofertei furnizorilor prin tarifele pe tip de pacient pleacă de la ideea că „ai ceea ce plătești”. În acest fel, se poate interveni în momentul stabilirii tarifelor pentru a stimula furnizarea unor anumite servicii și a scădea furnizarea altor servicii. Acest mod de a realiza modelarea ofertei furnizorilor este foarte eficace, dar necesită un model profesional de evaluare a nevoilor privind serviciile de sănătate.

Modelarea serviciilor necesită atenție sporită la următoarele aspecte:

- a) definirea celor care stabilesc nevoile – aici poate fi vorba de clarificarea rolului instituțiilor care cumpără servicii de sănătate, a celor care răspund de sănătate la nivel comunitar etc.;

- b) reglementarea modelării ofertei furnizorilor – cine va avea în final ultimul cuvânt referitor la înființarea de noi spitale sau secții, numărul de paturi, achiziția de tehnologie etc.
- c) impactul asupra celorlalte sectoare ale sistemului de îngrijiri de sănătate – inevitabil oglinda cea mai bună a efectelor de modelare a serviciilor spitalicești va fi restul sistemului; acesta trebuie să fie pregătit să facă față noilor provocări în urma schimbării activităților spitalicești (de exemplu, prin reducerea DMS în spitale, probabil că se va reduce și numărul de paturi, dar va crește presiunea pentru preluarea pacienților în sistemul de îngrijiri ambulatorii, la domiciliu, sau a celor cu afecțiuni cronice etc.)

Funcționarea sistemului DRG, scopurile în care poate fi utilizat sistemul DRG și punctele ce trebuie avute în vedere în atingerea acestor scopuri stau la baza următoarelor concluzii:

1. sistemul DRG este doar un instrument care poate fi folosit la evaluarea rezultatelor activității spitalelor și/sau la finanțarea spitalelor;
2. primul pas în vederea introducerii sistemului DRG trebuie să fie întotdeauna definirea politicilor de sănătate și a scopurilor dorite prin utilizarea lui;
3. pasul al doilea îl reprezintă alegerea și aplicarea sistemului DRG, care trebuie făcută având în vedere scopurile dorite și punctele sensibile ale modelului ales;
4. evaluarea permanentă a atingerii scopurilor dorite prin folosirea DRG este necesară pentru a stabili modul de soluționare a problemelor pentru care s-a folosit sistemul DRG, și pentru a evita ca sistemul DRG să devină un scop în sine.

1.3 Istoric și experiența internațională

Dr. Paul Radu

Elaborarea și dezvoltarea DRG-urilor a început la sfârșitul anilor '60 la Universitatea Yale din Statele Unite. Motivul inițial al dezvoltării DRG-urilor a fost acela de a crea un cadru eficient de monitorizare a utilizării serviciilor într-un spital. Prin urmare, DRG-urile trebuie considerate, în primul rând și mai mult decât orice, un sistem de clasificare, și nu numai unul de finanțare. Dacă DRG-urile sunt folosite ca bază pentru un sistem de finanțare, trebuie create și implementate o serie de alte componente. Prima aplicare la scară largă a DRG-urilor pentru finanțare a fost la sfârșitul anilor '70 în Statul New Jersey din Statele Unite.

În prezent, peste 30 de țări folosesc DRG-urile pentru măsurarea activității clinice, îmbunătățirea managementului clinic, alocarea resurselor/bugetelor pentru îngrijirea sănătății, pregătirea ghidurilor de practică etc. Cu toate că implementarea DRG-urilor în România ca bază pentru finanțarea spitalelor este un fenomen relativ nou, conceptul DRG nu este nou și, de mulți ani, în numeroase țări au fost înregistrate rezultate ale utilizării sale. Printre acestea se numără creșterea eficienței și scăderea duratei de spitalizare, cu menținerea îngrijirilor de calitate, pentru a menționa doar câteva aspecte.

Deși multe țări folosesc DRG-urile pentru clasificarea pacienților în funcție de diagnostice și/sau ca bază pentru sistemul de finanțare a spitalelor, există și multe alte utilizări ale acestora, cum ar fi :

- compararea spitalelor în funcție de o serie largă de indicatori de resurse și rezultate;

- evaluarea diferențelor în ceea ce privește ratele mortalității intra-spitalicești;
- implementarea și susținerea dezvoltării unor ghiduri sau protocoale de practică;
- susținerea proiectelor de îmbunătățire continuă a calității;
- bază pentru managementul intern și planificare.

În prezent sunt numeroase țări care folosesc sistemul DRG fie la evaluarea rezultatelor activității spitalului, fie la finanțarea acestuia:

- SUA – la finanțarea retrospectivă a spitalelor pentru pacienții din programul Medicare, și al celor din sistemul asigurărilor private; majoritatea spitalelor folosesc sistemul la evaluarea activității;
- Belgia – la evaluarea activității spitalelor și la standardizarea duratei medii de spitalizare;
- Franța, Irlanda, Spania, Ungaria, Germania, Singapore – la finanțarea prospectivă a spitalelor publice
- Norvegia, Finlanda, Suedia, Danemarca – la finanțarea prospectivă a spitalelor publice, și pentru decontări regionale;
- Portugalia, Australia – la finanțarea prospectivă a spitalelor publice, la finanțarea retrospectivă a spitalelor private și pentru decontări regionale.

În anexele III.1, III.2 sunt prezentate descrieri ale implementării DRG în Australia și în Statele Unite.

1.4 Rolul Setului Minim de Date la nivel de Pacient

Dr. Nona Chiriac

Pentru clasificarea pacienților în grupe diagnostice (DRG) sunt necesare date legate de vârstă, gen, durată de spitalizare, diagnostice principale și secundare, proceduri, stare la externare și greutate la naștere în cazul nou-născuților, acestea fiind variabilele în funcție de care se face gruparea cazurilor.

Pentru funcționarea sistemului de clasificare a pacienților, este necesară culegerea unor date clinice la nivel de pacient, din foaia de observație clinică generală (FOCG - reglementată prin ordinul ministrului sănătății și familiei nr. 798/2002), care conțin și caracteristicile mai sus amintite. Începând cu 1.01.2003, conform Ordinului ministrului sănătății și familiei nr. 29/2003 privind introducerea colectării electronice a Setului Minim de Date la nivel de Pacient (SMDP) în spitalele din România, datele care alcătuiesc SMDP sunt :

1. Numărul de identificare a cazului externat
2. Numărul de identificare a spitalului
3. Numărul de identificare a secției
4. Numărul foii de observație clinică generală
5. Numele pacientului
6. Prenumele pacientului
7. Localitatea
8. Județul
9. Data nașterii
10. Sexul
11. Codul numeric personal

12. Tipul asigurării de sănătate
13. Casa de asigurări de sănătate
14. Data internării
15. Ora internării
16. Tipul internării
17. Diagnostic la internare
18. Data externării
19. Ora externării
20. Tipul externării
21. Starea la externare
22. Diagnosticul principal și diagnosticile secundare, la externare
23. Intervențiile chirurgicale efectuate
24. Data intervenției chirurgicale principale
25. Explorările funcționale efectuate
26. Investigațiile radiologice efectuate
27. Greutatea la naștere (doar pentru nou-născuți)
28. Transferurile intra-spitalicești (secția; data)
29. Medicul curant
30. Medicul operator

Aceste date se culeg în format electronic, completarea corectă a tuturor câmpurilor mai sus amintite, obligatorii din FOCG fiind vitală pentru procesul ulterior de clasificare a pacienților, pentru cel de analiză a datelor clinice și de finanțare. Conform reglementarilor legale (*Ordinul ministrului sănătății și familiei 798/2002 și Instrucțiunile de completare a foii de observație clinică generală* - a se vedea www.drg.ro, secțiunea *Resurse* precum și anexa nr.III.4), medicul curant este cel responsabil pentru completarea diagnosticelor și procedurilor în foaia de observație.

Spitalele au obligația să colecteze SMDP și răspund de corectitudinea, gestionarea și confidențialitatea datelor. În momentul transmiterii datelor, acestea sunt obligate să cripteze (să cifreze) datele confidențiale ale pacientului (nume, prenume, cod numeric personal), precum și codul de parafă al medicului. Spitalul trebuie să transmită SMDP la Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar (înființată prin reorganizarea Institutului Național de Cercetare-Dezvoltare în Sănătate - INCDS), denumită în continuare SNSPMS, în formatul impus de aplicația „DRG Național” furnizată de aceasta.

Organizarea activității de colectare și raportare a datelor necesită funcționarea unui departament de statistică-informatică, care generează sub formă electronică SMDP și îl transmite către instituțiile abilitate.

În spital, organizarea codificării și documentării FOCG se face conform regulilor stabilite de către Centrul de Calcul și Statistică Sanitară București, denumit în continuare CCSS, aceasta constituind baza colectării datelor pentru SMDP. Personalul responsabil de codificarea FOCG, colectarea, trimiterea și gestionarea datelor trebuie să participe la instruirile periodice asigurate prin autoritatea de sănătate publică județeană, CCSS sau SNSPMS.

Datele colectate în luna precedentă se transmit lunar, exclusiv în formatul impus de aplicația "DRG Național", prin e-mail, însoțite de un fișier centralizator privind numărul total al cazurilor transmise pentru fiecare secție, la SNSPMS până la data de 5 a lunii în curs, precum și la autoritățile de sănătate publică județene.

SNSPMS recepționează datele și administrează baza centrală de date, validează datele și le analizează, furnizând rapoarte către spitale, Ministerul Sănătății Publice și Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS) pentru finanțarea pe bază de caz rezolvat.

Autoritățile de sănătate publică județene sprijină spitalele în generarea, colectarea și transmiterea SMDP și transmit datele colectate către CCSS. Acesta din urmă elaborează regulile de completare a FOCG, monitorizează codificarea și completarea FOCG, dezvoltă listele de codificare a diagnosticelor, procedurilor și unităților sanitare; organizează instruirii pentru spitale și autoritățile de sănătate publică în legătură cu cele de mai sus.

SMDP poate suferi mici modificări în funcție de varianta de grouper (program de grupare a pacienților) aleasă și de caracteristicile sistemului de îngrijiri de sănătate din țara unde se aplică. Astfel, în unele variante este necesară colectarea prin SMDP a datelor privind statusul mintal al pacientului sau numărul orelor de ventilație mecanică. Totuși, aceste mici variații nu sunt de natură să modifice esențial conținutul și destinația SMDP.

Datele clinice astfel colectate la nivel de pacient, pe lângă menirea lor de a sta la baza clasificării pacienților în grupe de diagnostice, constituie un fundament pentru o serie de analize asupra performanțelor clinice ale spitalului, secțiilor și medicilor, dar și analize asupra morbidității la nivelul spitalelor care să orienteze politicile sanitare.

Erorile în culegerea și raportarea datelor din SMDP generează gruparea eronată a pacienților, interpretări greșite ale rezultatelor activității clinice și, în final, alocare incorectă a fondurilor convenite spitalului pentru finanțarea pe caz rezolvat.

1.5 Rolul codificării

Dr. Simona Mușat

Codificarea este un proces important care condiționează implementarea sistemului de finanțare bazată pe caz rezolvat. La baza codificării stau informațiile corecte și complete scrise de medic în foaia de observație clinică generală (FOCG) introdusă în practică prin *Ordinul ministrului sănătății și familiei nr. 798 din 15.10.2002*. Transpunerea acestor informații în coduri prin utilizarea unor sisteme de clasificare permite raportarea și înregistrarea lor într-un format unitar.

În România pentru codificarea diagnosticelor se utilizează Clasificația Internațională a Maladiilor revizia a 10-a (CIM-10) introdusă în practică prin *Ordinul ministrului sănătății nr. 685 din 17.06.1993*, iar pentru codificarea procedurilor, Clasificarea Internațională a Maladiilor, varianta australiană (CIM-10-AM v.3) reglementată prin *Ordinul Ministrului Sănătății nr. 1624 din 09.12.2004*.

Rolul codificării este unul foarte important, deoarece fără a avea o imagine clară a serviciilor furnizate, este dificil de stabilit câți bani să fie alocați fiecărui spital doar pe baza numărului de pacienți tratați. După colectarea și raportarea electronică a setului minim de date la nivel de pacient (SMDP), cazurile sunt clasificate în grupe diagnostice (DRG), cărora li se atribuie valori relative. Ulterior, prin aplicarea unor formule, se calculează o serie de indicatori ce stau la baza finanțării spitalelor. Este evident faptul că erorile apărute în procesul de codificare pot afecta clasificarea pacienților în grupe diagnostice, pot influența calculele și, în consecință, se reflectă asupra distribuției resurselor în sistem.

Pe de altă parte, dacă toate spitalele raportează cazurile folosind o înregistrare medicală uniformă și un sistem standard de codificare, atunci factorii de decizie au un „limbaj comun” pe care îl pot folosi pentru a înțelege serviciile de îngrijire a sănătății oferite de spitalele din România. Astfel, analizele și statisticile elaborate (care în funcție de calitatea procesului de codificare, au un anumit grad de acuratețe) vor sta la baza politicilor de îngrijiri și a deciziilor ce se iau în sistemul de sănătate.

De asemenea, România raportează Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) o serie de date privind morbiditatea și mortalitatea, fiind extrem de important ca acestea să fie colectate în format standard și respectând anumite reguli impuse la nivel internațional. Aceste date nu numai că oferă o „fotografie” a sistemului de sănătate, dar reprezintă o bază a posibilelor colaborări cu alte țări europene în cadrul diferitelor programe în domeniu.

Un alt argument pentru codificarea corectă și riguroasă a diagnosticelor și serviciilor medicale furnizate este reprezentat de valoarea pe care aceasta o are pentru procesul de cercetare. Este evident faptul că doar colectarea unor date cât mai exacte, în format uniform, și înregistrarea lor electronică oferă posibilitatea realizării unor studii pertinente și facilitează comunicarea cu colegii și asociațiile profesionale din țară și străinătate.

1.6 Rolul informaticii

Ing. Andrei Ionescu

Informatica reprezintă suportul întregului proces de colectare de date și finanțare pe bază de caz rezolvat. Toate etapele acestui mecanism se bazează pe programe informatice și pe capacitatea persoanelor implicate de a utiliza corect aceste programe.

Primul pas foarte important se desfășoară la nivelul spitalului și constă în introducerea datelor clinice ale pacientului. Acest proces este reprezentat în Figura III.1.

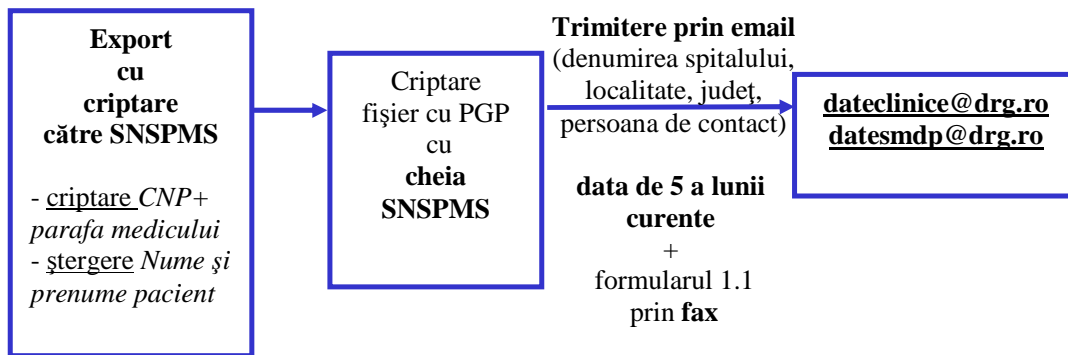


Figura III.1 Exportul datelor clinice către SNSPMS

Resursele necesare pentru a finaliza cu succes această primă etapă sunt :

1. calculatoare funcționale, prevăzute cu un sistem de salvare a datelor;
2. personal instruit în introducerea electronică a datelor clinice;
3. cel puțin o legătură bună la Internet (de preferat încă una pentru siguranță);
4. o casuță de e-mail fără limitări;
5. program de colectare de date clinice;
6. exportul datelor realizat conform cu specificațiile tehnice în vigoare.

La momentul actual, toate spitalele din România sunt obligate să colecteze date clinice la nivel de pacient; practic, datele pentru fiecare pacient căruia i se întocmește foaie de observație clinică generală trebuie trimise electronic la SNSPMS, respectând formatul

aplicației DRGNational4.1.

Cele două opțiuni pentru a colecta electronic datele sunt :

1. instalarea și utilizarea programului DRGNational4.1 (varianta actuală), distribuit de către SNSPMS prin autoritățile județene de sănătate publică; nu necesită nici un cost privind licențele, iar suportul în utilizare este asigurat de către SNSPMS;
2. achiziționarea unui alt program de colectare a pacienților, care trebuie să exporte datele respectând specificațiile tehnice în vigoare, stabilite de către SNSPMS.

Este obligatoriu ca foaia de observație electronică a unui pacient să coincidă ca informație cu foaia sa de observație clinică generală (FOCG) sub toate aspectele (să fie completă și corectă).

Datoria spitalului, așa cum reiese și din Ordinul ministrului sănătății și familiei nr. 29/2003, este de a organiza procesele de codificare, colectare și trimitere a datelor clinice astfel încât ele să fie finalizate în limitele de timp legale și la un bun nivel calitativ.

Următoarea etapă se desfășoară în cadrul SNSPMS, în concordanță cu Figura III.2.

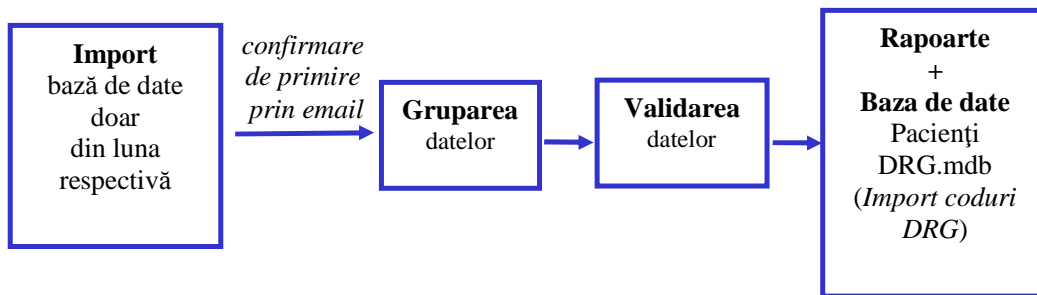


Figura III.2 Importul, gruparea și validarea datelor de către SNSPMS

Datele aferente perioadei curente sunt importate într-o bază centrală de date, apoi sunt grupate folosind un program numit grouper (la momentul actual se folosește programul HCFA 18.0). Urmează procesul de validare a datelor pacienților, respectând regulile stabilite de către CNAS, apoi generarea rapoartelor și trimiterea lor către spitale și case de asigurări de sănătate, așa cum este prezentat și în Figura III.3.

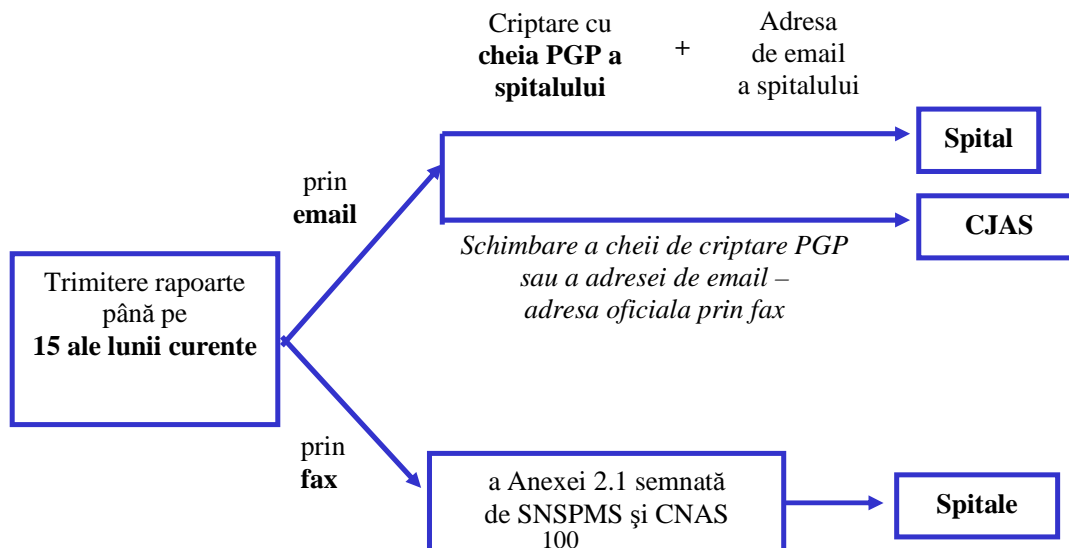


Figura III.3 Rezultatul prelucrării datelor la nivelul SNSPMS

După primirea datelor, la nivelul spitalului trebuie să se desfășoare un proces de analiză și corectare a cazurilor invalidate de SNSPMS. Aceste cazuri corectate sunt retrimise în cadrul recorelărilor trimestriale către SNSPMS pentru a fi validate.

Schimbarea cheii de criptare PGP cu care sunt criptate rapoartele trimise de SNSPMS duce la imposibilitatea citirii acestor rapoarte la nivelul spitalului. De aici reiese responsabilitatea spitalului de a salva și păstra cheia PGP, precum și de a asigura o casuță de mail stabilă și fără limitări. Schimbarea acestor două coordonate se realizează doar ca urmare a unei cereri oficiale din partea spitalului către SNSPMS.

În concluzie, la nivelul spitalului trebuie să se realizeze un management al foilor de observație colectate electronic, astfel încât să se asigure un procent cât mai mare de cazuri validate și corect codificate, respectând în același timp concordanța cu foaia de observație clinică generală. Conducerea spitalelor trebuie să înțeleagă rolul deosebit al informaticii în acest proces de colectare a datelor clinice și să acorde o atenție sporită acestui domeniu. Astfel, dotarea cu calculatoare, crearea unei rețele la nivelul spitalului, investiția în instruirea și păstrarea personalului implicat în acest proces trebuie să devină priorități pentru a asigura un flux de date continuu și real între spital și SNSPMS.

1.7 Rolul analizei datelor

Dr. Cristinel Palas

Ce este analiza?

Analiza datelor nu este un scop în sine, ci este doar un mijloc de a obține informații privind performanța spitalului, informații care, la rândul lor, să servească deciziilor luate în cadrul sau în afara spitalului cu privire la îmbunătățirea acestei performanțe (Figura III 4).

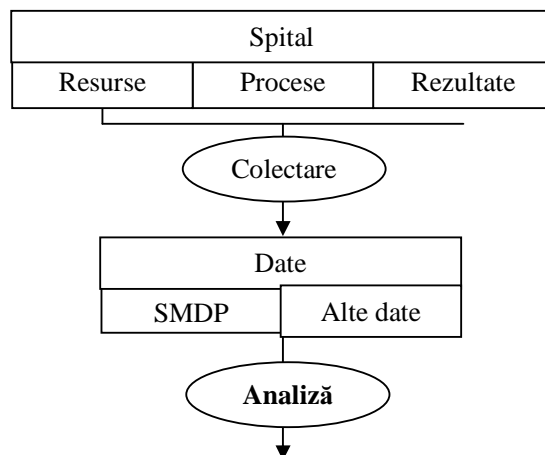
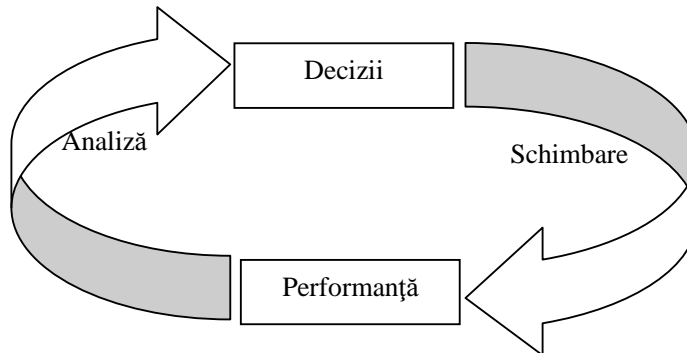


Figura III.4 – Rolul analizei în procesul de îmbunătățire a performanței

Ce este performanța?

Performanța reprezintă măsura în care sunt îndeplinite scopurile propuse.

Conceptul de performanță a serviciilor de sănătate reprezintă o însumare a conceptelor de calitate, eficiență și eficacitate a acestora.

Prin urmare, conceptul de performanță este unul multidimensional, acoperind aspecte diverse, cum ar fi: practică bazată pe dovezi, continuitate și integrare a serviciilor de sănătate, promovarea sănătății, orientarea spre pacient etc.

Cum se măsoară performanța?

Performanța se măsoară prin indicatori (vezi Tabelul III 1).

Tabelul III. 1 – Exemple de indicatori de performanță

Dimensiune	Subdimensiuni	Indicatori (exemple)
Eficacitate clinică	<ul style="list-style-type: none"> - Adecvarea procesului de îngrijire - Conformitatea procesului de îngrijire - Rezultatele procesului de îngrijire 	<ul style="list-style-type: none"> - Rata reinternărilor - Rata mortalității - Rata complicațiilor - Durata medie de spitalizare
Eficiență	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizarea tehnologiei disponibile pentru cele mai multe îngrijiri posibile 	<ul style="list-style-type: none"> - Durata medie de spitalizare - Cost mediu

	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizarea tehnologiei disponibile pentru cea mai bună îngrijire posibilă 	<ul style="list-style-type: none"> - Rata de utilizare a tehnologiei existente
Orientarea spre personal	<ul style="list-style-type: none"> - Mediul de practică - Recunoașterea nevoilor individuale - Activități de promovare a sănătății - Remunerare adecvată - Dezvoltare (educație continuă) - Satisfacția personalului 	<ul style="list-style-type: none"> - Rata absenteismului - Rata demisiilor/transferurilor - Salariul mediu - Număr cursuri specializare - Percepția personalului
Responsabilitate/Receptivitate	<ul style="list-style-type: none"> - Integrare în sistemul de sănătate - Integrare în comunitate - Orientare spre sănătatea publică - Acces - Continuitate - Promovarea sănătății - Echitate 	<ul style="list-style-type: none"> - Pondere pacienți consiliați - Pondere pacienți internați cu trimitere de la medic de familie/ specialist - Pondere pacienți cu scrisoare de recomandare la externare - Pondere pacienți transferați la alte unități sanitare
Siguranță	<ul style="list-style-type: none"> - Siguranța pacientului - Siguranța personalului - Siguranța mediului 	<ul style="list-style-type: none"> - Rata infecțiilor nosocomiale - Rata accidentelor - Rata complicațiilor
Orientarea spre pacient	<ul style="list-style-type: none"> - Respectul pentru pacienți - Confidențialitate - Comunicare - Libera alegere a medicului - Satisfacția pacientului 	<ul style="list-style-type: none"> - Timp de așteptare - Ponderea pacienților informați - Percepția pacientului

Cui trebuie comunicați indicatorii de performanță?

Așa cum s-a menționat, indicatorii de performanță reprezintă informații care sunt utilizate atât în interiorul cât și în exteriorul spitalului.

Utilizarea internă a acestor indicatori este legată de conceptul de management bazat pe informații, adică de folosirea indicatorilor ca informație managerială pentru monitorizarea, evaluarea și îmbunătățirea funcțiilor spitalului pe termen scurt (operaționalitate), mediu (tactică) sau lung (strategie).

În consecință, indicatorii de performanță trebuie aduși la cunoștința celor responsabili cu gestionarea operațională, tactică sau strategică a activității spitalului.

Utilizarea externă a acestor indicatori este legată de cerința de informație din partea instituțiilor care gestionează sistemul de sănătate (între care Ministerul Sănătății Publice și Casa de Asigurări de Sănătate), a pacienților și a publicului în general.

De ce trebuie să cunoaștem performanța spitalului?

Ca orice organizație, spitalul are o misiune de îndeplinit, în virtutea căreia există și funcționează. Prin urmare, un spital își justifică existența doar în măsura în care el își îndeplinește misiunea.

La modul general, misiunea oricărui spital este aceea de a oferi servicii de sănătate specifice care să rezolve problemele de sănătate ale pacienților (eficacitate), în cel mai bun (calitate) și mai economicos (eficiență) mod posibil.

Cum performanța se referă tocmai la eficacitate, calitate și eficiență, cunoașterea performanței spitalului înseamnă cunoașterea modului în care el își îndeplinește misiunea.

Cunoașterea performanței spitalului este cu atât mai importantă dacă ținem seama de faptul că acesta trebuie să se adapteze permanent unui mediu extern în continuă schimbare, astfel încât să își îndeplinească misiunea și în contextele nou apărute.

Situațiile noi, cărora spitalul trebuie să le facă față, pot fi determinate de cauze diverse, cum ar fi, dezvoltarea unor noi politici de sănătate sau apariția unor noi orientări și tendințe (creșterea responsabilității sociale a spitalului, creșterea interesului pentru calitatea îngrijirilor), modificări în cererea de servicii spitalicești sau în competiția pentru oferta acestor servicii, schimbări ale tehnologiei medicale etc.

Succesul adaptării la noi situații nu poate fi însă apreciat decât prin compararea performanței înainte și după schimbare.

Care este rolul managerului?

Dacă din punct de vedere tehnic (operațional), analiza este o activitate specifică, diferită de toate celelalte activități ale spitalului, din punct de vedere managerial, ea este un proces ca oricare altul, cu aceleași cerințe de planificare, organizare, conducere și control.

Prin urmare, sarcinile managerului în raport cu procesul de analiză sunt legate de asigurarea resurselor (umane și materiale) necesare activității de colectare a datelor și de analiză propriu-zisă, de planificarea și organizarea acestor activități și de urmărirea modului în care ele se desfășoară.

Mai mult, deoarece rezultatul procesului de analiză – informația – reprezintă materia primă a procesului decizional care, la rândul lui, este atribuția de bază a managerului, se poate spune că managerul este mai apropiat de această activitate decât de oricare alta. Astfel, spre deosebire de activitățile medicale care sunt cu precădere sub controlul medicului, activitatea de analiză este strict controlată de manager de la început (el fiind cel care o solicită) și până la sfârșit (el fiind cel care evaluează rezultatul final, și anume, claritatea și relevanța concluziilor analizei pentru scopul în care a fost cerută).

2. MECANISMUL FINANȚĂRII BAZATE PE CAZ (DRG)

2.1 Contractarea și decontarea serviciilor

Dr. Mihaela Stoienscu

Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate reprezintă baza tuturor contractelor dintre casele de asigurări de sănătate și furnizorii de servicii medicale. Contractul-cadru se elaborează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, pe baza consultării Colegiului Medicilor din România, denumit în continuare CMR, Colegiului Medicilor Dentiști din România, denumit în continuare CMDR, Colegiului Farmaciștilor din România, denumit în

continuare CFR, Ordinului Asistenților Medicali și Moaşelor din România, denumit în continuare OAMMR, precum și a organizațiilor patronale și sindicale reprezentative din domeniul medical. Proiectul se avizează de către Ministerul Sănătății, și se aprobă prin hotărâre a guvernului.

Contractul-cadru reglementează, în principal, condițiile acordării asistenței medicale cu privire la:

- a) pachetul de servicii de bază la care au dreptul persoanele asigurate;
- b) lista serviciilor medicale, a serviciilor de îngrijiri, inclusiv la domiciliu, a medicamentelor, dispozitivelor medicale și a altor servicii pentru asigurați aferente pachetului de servicii de bază prevăzut la lit. a);
- c) criteriile și standardele calității pachetului de servicii;
- d) alocarea resurselor și controlul costurilor sistemului de asigurări sociale de sănătate în vederea realizării echilibrului financiar al fondului;
- e) tarifele utilizate în contractarea pachetului de servicii de bază, modul de decontare și actele necesare în acest scop;
- f) internarea și externarea bolnavilor;
- g) măsuri de îngrijire la domiciliu și de recuperare;
- h) condițiile acordării serviciilor la nivel regional și lista serviciilor care se pot contracta la nivel județean, precum și a celor care se pot contracta la nivel regional;
- i) prescrierea și eliberarea medicamentelor, a materialelor sanitare, a procedurilor terapeutice, a protezelor și ortezelor, a dispozitivelor medicale;
- j) modul de informare a asiguraților;
- k) coplata pentru unele servicii medicale.

CNAS elaborează norme metodologice de aplicare a contractului-cadru - ca parte integrantă a contractului-cadru, prin consultarea CMR, CFR, CMDR și OAMMR, precum și a organizațiilor patronale și sindicale reprezentative din domeniul medical, care se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui CNAS.

Ce sunt contractele?

Un contract este un acord scris între două părți, de regulă consfințit de lege. Mai precis, un contract este un act juridic prin care sunt stabilite drepturile și obligațiile fiecărei părți implicate în tranzacție.

Contractele pentru servicii de medicale se încheie între cumpărătorii și furnizorii de servicii. Cumpărătorii pot fi case de asigurări sociale sau private, statul, instituții și persoane particulare. Principalul cumpărător de servicii medicale spitalicești, conform legislației în vigoare, este casa de asigurări sociale de sănătate din teritoriul administrativ unde unitatea sanitară spitalicească are sediul. Acest lucru nu exclude posibilitatea de a identifica și atrage și alți potențiali beneficiari ai serviciilor medicale pe care le poate realiza spitalul.

Principalele elemente ale unui contract de furnizare de servicii medicale spitalicești sunt :

1. tipul serviciilor care vor fi furnizate;

2. volumul serviciilor;
3. tariful serviciilor, modalitățile și termenele de plată;
4. perioada contractului;
5. obligațiile părților;
6. informații necesare pentru monitorizarea contractului;
7. reglementări legale în cazul în care contractul nu este respectat.

Contractarea serviciilor medicale spitalicești

Contractul de furnizare de servicii medicale al spitalului cu casa de asigurări de sănătate reprezintă sursa principală a veniturilor în cadrul bugetului de venituri și cheltuieli și se negociază între manager și conducerea casei de asigurări de sănătate, în funcție de indicatorii stabiliți în contractul-cadru. În procesul de contractare a serviciilor medicale spitalicești s-au identificat următoarele etape:

1. elaborarea documentației necesare încheierii contractului; documente care atestă existența și funcționarea în condițiile legii a spitalului;
2. identificarea serviciilor cu potențial de contractare în funcție de structura spitalului;
3. elaborarea indicatorilor specifici spitalului, atât cantitativi cât și calitativi care stau la baza fundamentării ofertei de servicii medicale;
4. fundamentarea tarifelor pentru serviciile propuse pentru contractare;
5. negocierea tipului, volumului și tarifele de serviciilor medicale;
6. încheierea și semnarea contractului.

Decontarea serviciilor medicale spitalicești

Decontarea serviciilor medicale spitalicești este un proces prin care spitalul încasează sumele aferente serviciilor medicale prestate în conformitate cu clauzele contractului. Etapele procesului de decontare a serviciilor medicale spitalicești:

Raportarea serviciilor medicale spitalicești

Principalele aspecte privind raportarea sunt următoarele:

1. spitalul raportează în luna curentă activitatea lunii precedente;
2. indicatorii specifici realizați sunt raportați conform formularelor elaborate prin ordin al președintelui CNAS;
3. termenul de raportare este reglementat prin contractul-cadru și normele de aplicare a acestuia și poate fi pentru activitatea realizată în primele 15 zile ale lunii, lunar și trimestrial.

Validarea este o etapă foarte importantă care se desfășoară la nivelul caselor de asigurări sau la nivelul organizațiilor abilitate în acest sens. Validarea serviciilor medicale finanțate pe bază de caz rezolvat (DRG) se realizează la Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar și are la bază criteriile și metodologie aprobate prin ordin al președintelui CNAS.

Decontarea reprezintă plata de către casele de asigurări de sănătate a contravalorii serviciilor medicale validate spitalului. Se realizează în termenele și în conformitate cu prevederile din contract, numai pentru tipurile de servicii contractate,

direct proporțional cu serviciile validate, în limita sumelor contractate cu această destinație și pe baza unor criterii specifice pentru fiecare categorie de servicii medicale.

Managerul răspunde de realitatea și exactitatea datelor prezentate atât cu ocazia negocierii contractelor, cât și cu ocazia raportării datelor în cursul execuției.

Spitalele publice pot realiza venituri suplimentare din:

- a) donații și sponsorizări;
- b) asocieri investiționale în domenii medicale ori de cercetare medicală și farmaceutică;
- c) închirierea unor spații medicale, dotări cu echipamente sau aparatură medicală unor alți furnizori de servicii medicale;
- d) contracte privind furnizarea de servicii medicale încheiate cu casele de asigurări private sau agenți economici;
- e) editarea și difuzarea unor publicații cu caracter medical;
- f) servicii medicale, hoteliere sau de altă natură, furnizate la cererea unor terți;
- g) servicii de asistență medicală la domiciliu, furnizate la cererea pacienților;
- h) contracte de cercetare și alte surse.

Proiectul bugetului de venituri și cheltuieli al spitalelor publice se elaborează de către managerul spitalului pe baza propunerilor fundamentate ale conducătorilor secțiilor și compartimentelor din structura spitalului.

2.2 Ajustarea finanțării bazate pe caz

Ec. Simona Haraga

Majoritatea țărilor care utilizează sistemul de finanțare bazată pe caz a spitalelor operează o serie de ajustări ale tarifelor acestora menite să preîntâmpine costurile suplimentare care se pot înregistra la nivelul unor unități sanitare datorate unor factori cum sunt: utilizarea aparaturii de înaltă performanță, situarea în zone mai reci unde sunt necesare fonduri suplimentare pentru încălzire, activitatea de învățământ care presupune un volum superior de cadre medicale și, nu în ultimul rând, ajustări pentru cazurile cu durate de spitalizare (DS) mai mici sau mai mari decât normale (cazuri cu DS extreme), cazuri care pot afecta semnificativ bugetele spitalelor. Analiza cazurilor cu DS extreme este bine documentată și în literatura de specialitate, ea variind de la o țară la alta în funcție de modul de definire ales.

Finanțarea bazată pe caz rezolvat a spitalelor a acumulat deja o experiență de câțiva ani în România, astfel încât, în prezent, nu numai promotorii acestui mecanism îi înțeleg avantajele și dezavantajele, ci și implementatorii finali, adică spitalele. Unul dintre neajunsurile acestui sistem bazat pe clasificarea în grupe de diagnostice, observat chiar de către spitale, a fost cel al nivelului de finanțare a cazurilor cu durate de spitalizare foarte mici sau foarte mari. Pe baza acestor experiențe, în cursul anului 2004, a fost dezvoltată metodologia de ajustare a finanțării activității spitalelor pentru aceste cazuri, și pusă în aplicare începând cu anul 2005. Ea este aplicată trimestrial, odată cu regularizarea activității raportate de spitale, iar rezultatul este reflectat de nivelul coeficientului K (un factor de corecție aplicat la finanțare – vezi glosarul de termeni), ce reprezintă, în sinteză,

impactul ajustării financiare a sumei realizate de spital în acea perioadă.

Studiul efectuat de INCDS (SNSPMS) în cursul anului 2004, cu privire la definirea metodologiei de ajustare a finanțării în funcție de durata de spitalizare, a cuprins două etape:

1. definirea și cuantificarea cazurilor cu DS extreme la nivel național, pe fiecare grupă de diagnostic, prin testarea mai multor metode statistice; rezultatul primei etape: definirea limitelor inferioare și superioare de “normalitate” a duratei de spitalizare pentru 447 de DRG-uri din România (cu cel puțin 50 de cazuri), deci implicit a cazurilor cu DS extreme;
2. cuantificarea financiară a impactului cazurilor cu DS extreme, definite conform etapei I, asupra spitalelor, realizată prin calcularea numărului cazurilor echivalente pentru fiecare spital și a indicelui de casemix (ICM) pe cazurile echivalente pentru activitatea analizată.

Pe baza rezultatelor studiului efectuat, INCDS a recomandat ajustarea finanțării bazate pe caz prin folosirea metodei deviației standard în definirea limitelor de normalitate a DS pentru grupele de diagnostice. Conform acestei metode SNSPMS a propus un set de limite de normalitate pentru fiecare grupă de diagnostice în care se clasifică pacienții externai, astfel încât ele sunt folosite la ajustarea finanțării începând cu anul 2005. Această listă a DRG-urilor, precum și metoda efectivă de calcul pentru ajustarea trimestrială a finanțării, apar în normele de aplicare a Contractului Cadru (*anexa nr. 18 b* în anii 2005 și 2006).

Cum funcționează această ajustare la nivelul spitalului?

Practic, nivelul coeficientului K este calculat pentru fiecare spital în parte, trimestrial, aplicându-se la regularizarea sumelor primite de spital pe baza contractului de servicii pentru îngrijiri ale pacienților cu afecțiuni de tip acut, încheiat cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Astfel, formularul de raportare a activității fiecărui spital la regularizarea trimestrială conține nivelul coeficientului K, acesta înmulțindu-se cu numărul pacienților externai și validați, cu ICM-ul realizat de spital aferent acestor cazuri, precum și cu tariful pe caz ponderat al spitalului.

O imagine comparativă a impactului cazurilor cu durate de spitalizare extreme pentru spitalele finanțate pe bază de caz rezolvat în 2004 (simulat) și 2005 este prezentată în Tabelul nr. III.2.

Tab. III.2 – Impactul cazurilor cu durate de spitalizare extreme (Haraga, 2005)

Coeficient K	2004 (185 spitale)	2005 (276 spitale)
Min	0,82	0,9413
< 0,95	20 spitale	2 spitale
0,95 – 1,00	162 spitale	240 spitale
>1	3 spitale	34 spitale
Max.	1,00	1,0238
Media	0,97	0,9917

Se poate observa (Tabelul III.2) o mai bună distribuție a coeficientului k pe spitale, în anul 2005, și un impact relativ mic al cazurilor cu DS extreme, la nivel național, numai 2 spitale fiind afectate la nivelul finanțării cu mai mult de 5%. Impactul total în finanțarea spitalelor rezultă din diferențele înregistrate între economiile generate de cazurile cu DS extreme mici și necesarul de finanțare generat de cazurile cu DS extreme mari.

În concluzie, utilizarea mecanismului de finanțare bazată pe caz în vederea atingerii obiectivelor de îmbunătățire a eficienței și echității reprezintă o provocare. Orice măsură luată într-o direcție sau alta generează în același timp stimulente contrare obiectivului propus: furnizorii (spitale) sunt stimulați să caute finanțarea cea mai avantajoasă pentru cazul tratat, în timp ce finanțatorul caută ca banii să urmeze pacientul oriunde acesta este tratat. Deoarece stimulentele naturale induse de finanțarea mai mică a cazurilor cu durate de spitalizare extreme mici este creșterea duratei de spitalizare până la limita inferioară a DRG-ului cazului respectiv, pe viitor se are în vedere efectuarea unui studiu pentru observarea comportamentului furnizorilor.

Analiza cazurilor cu durate de spitalizare extreme este utilă în identificarea diferențelor de practică medicală acolo unde sunt observate, putând apoi adapta mecanismul de finanțare sau ajustare a acestuia pentru a induce furnizorilor comportamentul dorit. În ceea ce privește impactul financiar – economiile, acestea ar putea fi utilizate de CNAS pentru a crea mecanisme de control al furnizorilor, și pentru a premia câștigurile în eficiență, acolo unde sunt observate.

În afară de ajustările de tip financiar, există și alte instrumente care pot fi folosite în mod complementar în modelarea furnizorilor, în vederea atingerii obiectivului de finanțare a acestora în concordanță cu performanța și calitatea îngrijirilor oferite pacienților. Poate cel mai important instrument sunt protocoalele de practică medicală. Definirea, exemplificarea, rolul acestora, utilizarea și consecințele folosirii lor în alte țări, precum și etapele unui proces de implementare în spitalele din România (acolo unde nu există) sunt prezentate în anexa III.5 - *Protocoale de practică medicală în România și Uniunea Europeană. Este alinierea lor necesară?* (Hindle, Haraga, Radu, 2006).

2.3 Rolul calculării costurilor

Dr. Cristina Pavel

În orice instituție, fie ea profit, non-profit sau guvernamentală, există o interrelație între activitatea desfășurată și costuri, venituri și profit. Cuantificarea modului în care activitățile desfășurate în cadrul organizației afectează nivelul costurilor permite managerului:

- a) să ia decizii pe termen scurt în ceea ce privește serviciile oferite;
- b) să evalueze noi practici în ceea ce privește furnizarea serviciilor;
- c) să planifice sau să cuantifice din punct de vedere financiar efectele activității viitoare;
- d) să proiecteze sisteme de control managerial eficiente;
- e) să ia decizii corecte pe termen lung (investiții, casări, închidere/deschidere secții, etc.);
- f) să proiecteze sisteme de cost per produs, folositoare și de mare acuratețe;
- g) să stabilească prețurile, evalueze profiturile și pierderile și să determine scheme de plată.

Literatura de specialitate (Mogyorosy, Smith, 2005) agreează ca principiile de bază în procesul de calculare a costurilor următorii pași:

1. formularea foarte clară a problemei cu includerea obiectivului, utilității rezultatelor și perioadei de timp alocate;
2. descrierea foarte clară a serviciilor (obiecte de cost).

Alegerea unei metodologii depinde de tipul de serviciu pentru care urmează a se calcula costurile, beneficiul adus de acest proces și eficiența economică a procesului în sine (dacă beneficiul adus de determinarea costurilor justifică efortul). Până în prezent nu există o metodologie universal acceptată de calculare a costurilor. În funcție de scopul pentru care vor fi utilizate datele de cost (stabilire de prețuri, control managerial, supervizare, planificare bugetară etc.) se poate alege o anumită metodologie.

Indiferent de metodologia aleasă, aceasta va urma trei pași distincți: (1) identificarea resurselor utilizate pentru furnizarea serviciului, (2) cuantificarea resurselor și calcularea de unități de cost, (3) atașarea unei valori monetare pentru fiecare unitate cuantificată.

Majoritatea metodelor iau în calcul pentru determinarea unităților de cost atât costurile directe cât și pe cele indirecte necesare furnizării unui anumit serviciu. Ideal, costurile ar trebui identificate direct, iar costurile indirecte ar trebui alocate fiecărui serviciu pe baza utilizării reale sau pe baza principiului cauză-efect. În practică, studiile de costuri utilizează 5 metode: (1) măsurarea directă a costurilor, (2) metoda contabilă de calculare a costurilor, (3) utilizarea de unități de cost standard, (4) prețuri, taxe, (5) estimări/extrapolări. Fiecare dintre aceste metode are avantaje și dezavantaje, pentru alegerea uneia putând fi utilizate criteriile precum: scopul calculării costurilor, perspectivele studiului, tipul și complexitatea serviciilor de sănătate/tehnologiei utilizate, gradului de precizie cerut, gradului de generalizare sau reprezentativitate necesar, disponibilitatea datelor și acuratețea lor, numărul de utilizatori ai serviciilor etc.

În condițiile unei restricționări a fondurilor pentru îngrijirile spitalicești, deplasarea de la utilizarea resurselor la determinarea costurilor devine necesară pentru managerul oricărui spital. Expansiunea tehnologiei informațiilor în sistemul de management al spitalului și asocierea unui set minim de date de cost la nivel de pacient (SMCP) la SMDP colectat în prezent, conferă o imagine completă a activității spitalului în evaluarea propriei eficiențe. De aceea, pentru spitale calcularea realistă a costurilor la nivel de secție și de pacient este deosebit de importantă în finanțarea bazată pe caz. În plus, cunoașterea de către spital a raportului cost-venit pentru fiecare din cele mai frecvente tipuri de cazuri pe care le tratează este importantă în managementul financiar propriu spitalului, în procesul intern de luare a deciziei și poate permite justificarea financiară a cazurilor extreme, pentru care s-au consumat resurse semnificative.

În țară, printre spitale există deja „pionieri” în această activitate care pot răspunde la întrebarea „cât va costa acest tip de pacient?”.

Cu ajutorul acestor spitale INCDS (SNSPMS) a inițiat în anul 2004 un *Studiu de evaluare a costurilor spitalicești la nivel de pacient*.

Pentru îmbunătățirea mecanismului de finanțare bazată pe caz este necesară colectarea constantă a unui număr reprezentativ de date de cost la nivel de pacient în vederea fundamentării de valori relative românești și înlocuirea actualelor mult criticate valori de proveniență americană.

Un astfel de proces creează premisele pentru:

- a) calcularea costurilor reale la nivelul principalelor tipuri de pacienți externai;
- b) colectarea și analiza de costuri pentru grupele de diagnostice la nivel național;
- c) estimarea tarifelor pe caz ponderat;
- d) fundamentarea valorilor relative românești;
- e) propuneri de reducere a inechităților în finanțarea spitalelor;
- f) propuneri de politici de finanțare bazată pe caz pe tipuri de spitale.

Studiul are în vedere experiența a 27 de spitale înscrise voluntar în proiect, fiecare având diferite experiențe de calculare a costurilor pe pacient, după metode proprii.

Informațiile culese inițial despre spitalele înscrise conțin: tipuri de costuri evidențiate la nivel de pacient, număr și tip de pacienți pentru care s-au calculat costurile, formatul electronic de colectare și calculare, perioada.

Criteriile de evaluare tehnică pentru definitivarea listei de spitale eligibile au ținut cont de capacitatea spitalelor de evidență a consumurilor și a costurilor aferente la nivel de pacient, cel puțin pentru costurile directe medicale.

Discuțiile asupra metodologiei au ținut cont de nevoia captării în timp util și cu acuratețe a datelor de cost la nivel de pacient, după o structură relevantă. Astfel, în paralel cu setul minim de date la nivel de pacient (SMDP) era necesară obținerea unui set minim de date de cost la nivel de pacient (SMCP) pentru care s-a realizat o aplicație software de colectare a datelor la nivelul spitalelor.

Analiza datelor colectate prin aplicația software a urmărit proporția între diferitele tipuri de cheltuieli la nivel de spital comparativ cu proporția națională, cele mai frecvente DRG-uri pentru care s-au trimis și date de costuri, la fiecare din aceste DRG-uri proporția cheltuielilor directe și a celor indirecte, costurile directe pe caz, costuri indirecte pe zi de spitalizare la fiecare spital în parte și costuri medii pe caz cu valorile relative asociate.

Evaluările și analizele realizate au permis identificarea unor dificultăți în determinarea costurilor medii și a valorilor relative asociate pe baza datelor ce pot fi furnizate în prezent de spitale. Parte din aceste dificultăți rezidă fie în lipsa elementelor de identificare între cele două seturi de date, SMDP și SMCP, fie în discontinuitățile în completarea cheltuielilor legate de articolele bugetare, funcție de capacitățile tehnice ale spitalelor.

Ținând cont de aspectul voluntar al participării spitalelor la acest proiect și de disponibilitatea manifestată pe această perioadă, se observă că date de costuri directe la nivel de pacient se pot obține numai cu privire la medicamente și parte din materialele sanitare.

Pentru anul 2006, îmbunătățirea calității datelor furnizate de spitale necesită:

1. rezolvarea problemelor tehnice de colectare a datelor la nivelul spitalelor (volum mare de muncă, lipsa de personal, bariere în angajarea de personal, salarizare redusă pentru personalul necesar, inexistența în legislație a categoriei de personal necesar pentru această activitate), eventual prin achiziționarea de aplicații integrate;
2. colectarea anumitor informații care, în prezent, nefiind solicitate, nu se colectează la nivel de pacient (de exemplu, evidențierea separată a cheltuielilor, funcție de fondurile de proveniență, transferul de pacienți cu afecțiuni acute între spitale);

3. motivarea și susținerea spitalelor participante în proiect.

2.4 Reglementări și instrumente utile

Ec. Ștefania Rasoiu

În România se folosește în prezent sistemul de clasificare DRG ca bază pentru finanțarea a 276 de spitale ce furnizează îngrijiri pentru afecțiuni de tip acut, și ca instrument în monitorizarea, evaluarea și controlul activității tuturor spitalelor.

Cadrul legal al aplicării sistemului DRG este amplu și se actualizează permanent, datorită perfecționării continue a acestui sistem.

Acest sistem se aplică în condițiile de organizare și funcționare a spitalelor prevăzute de *Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătății*. Prezentăm mai jos titlurile cu impact major asupra aplicării sistemului DRG.

Titlul 1. Sănătatea publică

1. Stabilește cadrul normativ pentru aplicarea strategiilor și a programelor de sănătate potrivit normelor europene.
2. Reglementează organizarea și funcționarea asistenței medicale spitalicești, precum și organizarea și funcționarea spitalelor.
3. Definește rolul statului reprezentat de Ministerul Sănătății Publice și structurile deconcentrate ale acestuia în teritoriu, în ceea ce privește monitorizarea, evaluarea și controlul activității spitalelor.
4. Stabilește raporturile dintre finanțatorii sistemului de sănătate și unitățile publice.

Titlul 8. Asigurările sociale de sănătate

1. Reglementează organizarea sistemului de asigurări sociale de sănătate.
2. Stabilește locul și rolul asigurărilor voluntare de sănătate în sistemul de sănătate în raport cu asigurările sociale de sănătate.
3. Stabilește mecanismele de acordare a serviciilor medicale decontate de la sistemul de asigurări sociale de sănătate.
4. Reglementează constituirea, administrarea și utilizarea fondului național unic de asigurări de sănătate.
5. Introduce condiții pentru stabilirea pachetului de bază de servicii medicale, precum și tipurile de servicii medicale ce pot fi contractate de casele de asigurări de sănătate.

În domeniul finanțării spitalelor prin acest sistem, reglementările de bază sunt:

1. planul acțiunilor majore pentru implementarea finanțării bazate pe caz în spitalele din România aprobat prin ordin comun al ministrului sănătății publice și președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;
2. contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin hotărâre a guvernului;
3. normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de

sănătate aprobate prin ordin comun al ministrului sănătății publice și președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Aceste reglementări sunt completate de:

1. Ordine ale ministrului sănătății publice

- privind reglementarea denumirii și codificării structurilor organizatorice (secții, compartimente, laboratoare, cabinete) ale unităților sanitare din România;
- privind colectarea electronică a Setului minim de date la nivel de pacient (SMDP) în spitalele din România;
- privind studiul de evaluare a costurilor la nivel de pacient în spitale finanțate pe bază de caz rezolvat;

2. Ordine ale președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate

- privind regulile de validare a datelor clinice la nivel de pacient în vederea finanțării bazate pe caz rezolvat;
- pentru aprobarea utilizării formularelor unice pe țară, fără regim special, necesare raportării activității furnizorilor de servicii medicale;

3. Standarde și instrucțiuni ale Centrului de Calcul și Statistică Sanitară privind completarea formularelor și codificarea datelor înscrise în acestea.

O altă categorie importantă de reglementări aplicabile în domeniu este cea privind securitatea și confidențialitatea datelor, respectiv:

- Legea nr.677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date;
- Legea nr.455/2001 privind semnătura electronică;
- Ordinul Avocatul poporului nr.52/2002 privind aprobarea Cerințelor minime de securitate a prelucrărilor de date cu caracter personal;
- Ordinul ministrului sănătății nr.49/2004 privind introducerea certificatelor digitale calificate de semnătura electronică în spitalele/instituțiile sanitare din România.

BIBLIOGRAFIE

1. Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătății, publicată în Monitorul Oficial nr.372 din 28.04.2006;
2. Hotărârea Guvernului nr.52/2005 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2005, publicată în Monitorul Oficial nr.71 din 20.01.2005;
3. Hotărârea Guvernului nr.1747 din 22 decembrie 2005 pentru prelungirea aplicării prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 52/2005 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2005 și ale Hotărârii Guvernului nr. 235/2005 privind aprobarea pentru anul 2005 a listei cuprinzând denumirile comune internaționale ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman, de care beneficiază asigurații în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, publicată în Monitorul Oficial nr. 1187 din 29.12.2005;
4. Hotărârea Guvernului nr. 374 din 22 martie 2006 privind prelungirea aplicării prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 52/2005 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2005 și ale Hotărârii Guvernului nr. 235/2005 privind aprobarea pentru anul 2005 a listei cuprinzând denumirile comune internaționale ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman, de care beneficiază asigurații în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, publicată în Monitorul Oficial cu numărul 285 din data de 29 martie 2006;
5. Ordinul nr.56/45/2005 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2005, publicat în Monitorul Oficial nr.134bis din 14.02.2005;
6. Ordinul nr. 408/160 din 12 aprilie 2006 privind modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 56/45/2005 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2005, cu modificările și completările ulterioare Publicat în Monitorul Oficial cu numărul 361 din data de 25 aprilie 2006;
7. Ordinul nr.39/3/2006 privind modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 56/45/2005 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2005, cu modificările și completările ulterioare, publicat în Monitorul Oficial nr.75 din 26.01.2006;
8. Ordinul nr.227/74/2005 privind modificarea Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 56/45/2005 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2005, publicat în Monitorul Oficial nr.320 din 15.04.2005;
9. Ordinul nr.663/216/2005 privind modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 56/45/2005

pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2005, cu modificările și completările ulterioare, publicat în Monitorul Oficial nr.556 din 29.06.2005;

10. Ordinul nr.817/13/2005 privind modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 56/45/2005 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2005, cu modificările și completările ulterioare, publicat în Monitorul Oficial nr.716 din 8.08.2005;

11. Ordinul nr.1259/238/2005 privind modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 56/45/2005 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2005, cu modificările și completările ulterioare, publicat în Monitorul Oficial nr.1081 din 30.11.2005;

12. Ordinul nr.277/2005 privind regulile de validare a cazurilor externate și raportate în aplicația "DRG Național V4" și metodologia de evaluare a cazurilor externate, raportate și nevalidate, solicitate spre validare, publicat în Monitorul Oficial nr.107 din 03.02.2006;

13. Ordinul nr.54/2006 privind modificarea și completarea Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 277/2005 pentru aprobarea Regulilor de validare a cazurilor externate și raportate în aplicația "DRG Național V4" și a Metodologiei de evaluare a cazurilor externate, raportate și nevalidate, solicitate spre revalidare, publicat în Monitorul Oficial nr.220 din 10.03.2006;

14. ORDIN nr. 167 din 13 aprilie 2006 privind modificarea și completarea Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 277/2005 pentru aprobarea Regulilor de validare a cazurilor externate și raportate în aplicația "DRG Național V4" și a Metodologiei de evaluare a cazurilor externate, raportate și ne validate, solicitate spre revalidare, publicat în Monitorul Oficial nr.365 din data de 26 aprilie 2006

15. Ordinul nr.246/2005 pentru aprobarea utilizării formularelor unice pe țară, fără regim special, necesare raportării activității furnizorilor de servicii medicale, publicat în Monitorul Oficial nr.1171 și 1171bis din 23.12.2005;

16. Ordinul nr. 204 din 8 mai 2006 privind modificarea Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 246/2005 pentru aprobarea utilizării formularelor unice pe țară, fără regim special, necesare raportării activității furnizorilor de servicii medicale, publicat în Monitorul Oficial cu numărul 432 din data de 18 mai 2006;

17. Ordinul nr.1619/599/2004 privind aprobarea Planului acțiunilor majore pentru implementarea finanțării bazate pe caz în spitalele din România, în perioada 2004-2005, publicat în Monitorul Oficial nr.1223 din 20.12.2004;

18. Ordinul nr.1551/546/2004 pentru aprobarea Strategiei privind dezvoltarea finanțării pe caz în spitalele din România în perioada 2005-2008, publicat în Monitorul Oficial nr.1150 din 06.12.2004;

19. Ordinul nr.1625/2004 privind Studiul de evaluare a costurilor la nivel de pacient în spitale finanțate pe bază de caz rezolvat, publicat în Monitorul Oficial nr.1223 din 20.12.2004;

20. Ordinul nr.29/2003 privind introducerea colectării electronice a Setului minim de date la nivel de pacient (SMDP) în spitalele din România, publicat în Monitorul Oficial nr.104 din 19.02.2003;
21. Ordinul nr.1623/2004 pentru modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății și familiei nr. 29/2003 privind introducerea colectării electronice a Setului minim de date la nivel de pacient (SMDP) în spitalele din România, publicat în Monitorul Oficial nr.1223 din 20.12.2004;
22. Ordinul nr.1624/2004 privind introducerea Listei tabelare a procedurilor din Clasificarea Internațională a Maladiilor, varianta australiană, CIM-10-AM v.3, în spitalele și unitățile ambulatorii de specialitate din România, publicat în Monitorul Oficial nr.1223 din 20.12.2004;
23. Ordinul nr. 798/2002 privind introducerea în spitale a formularului FOAIA DE OBSERVAȚIE CLINICĂ GENERALĂ;
24. Ordinul nr.88/2004 pentru modificarea și completarea OMSF 798/2002, privind introducerea în spitale a formularului Foaia de Observație Clinica Generala;
25. Ordinul nr.440/2003 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare de zi, publicat în Monitorul Oficial nr.338 din 19.05.2003;
26. Ordinul nr.3/2004 pentru modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății și familiei nr. 440/2003 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare de zi, publicat în Monitorul Oficial nr.42 din 19.01.2004;
27. Ordinul nr.1193/892/2003 privind aprobarea Planului acțiunilor majore pentru implementarea finanțării bazate pe caz în spitalele din România, în perioada 2003-2004, publicat în Monitorul Oficial nr.936 din 24.12.2003;
28. Ordinul nr.102/34/2002 privind aprobarea Strategiei pentru implementarea finanțării bazate pe caz în spitalele din România, publicat în Monitorul Oficial nr.164 din 7.03.2002;
29. Ordinul nr.1021/113/2002 privind aprobarea Planului acțiunilor majore pentru implementarea finanțării bazate pe caz în spitalele din România, în perioada 2002-2003; publicat în Monitorul Oficial nr.12 din 10.01.2003;
30. Ordinul nr.137/2001 pentru completarea Ordinului MS nr. 935/2000 privind aprobarea implementării primei etape a proiectului de finanțare a spitalelor bazată pe caz;
31. Ordinul nr.457/2001 privind reglementarea denumirii și codificării structurilor organizatorice (secții, compartimente, laboratoare, cabinete) ale unităților sanitare din România, publicat în Monitorul Oficial nr.551 din 4 09 2001;
32. Ordinul nr.635/2001 pentru completarea Ordinului ministrului sănătății și familiei nr. 457/2001 privind reglementarea denumirii și codificării structurilor organizatorice (secții, compartimente, laboratoare, cabinete) ale unităților sanitare din România, publicat în Monitorul Oficial nr.593 din 20.09.2001;
33. DRG în România: <http://www.drg.ro>
34. DRG în Australia: <http://www.health.gov.au/casemix/index.htm>
35. DRG în Germania:

<http://www.medinfoweb.de/drg;>

http://www.g-drg.de/systemgrundlagen/drg_history.htm

<http://www.medinfoweb.de/drg.htm;>

<http://www.drgonline.de;>

<http://www.de-drg.de>

36. DRG în Ungaria: <http://www.gyogyinfok.hu>

37. DRG în Italia: <http://www.drg.it>

38. NordDRG - Sistemul Nordic DRG -

<http://www.pubcare.uu.se/nordwho/verksam/norddrge.htm>

39. DRG în Elveția: <http://www.fischer-zim.ch/paper-en/index.htm>

40. <http://www.casemix.org>

41. <http://www.who.dk/observatory/toppage>

42. Hindle D., Haraga S., Radu P. C. – *Protocoloale de practică medicală în România și Uniunea Europeană. Este alinierea lor necesară?*, Management în Sănătate, nr. 1, martie 2006

43. Haraga S. – *Impactul ajustării cazurilor cu durate de spitalizare extreme*, Management în sănătate, nr.3 , septembrie 2005.

44. Mogyorosy Z., Smith P. – *The main methodological issues in costing health care services, A literature review*, CHE 2005

45. Radu P. C. – *Sistemul grupelor de diagnostice – instrument al politicilor de sănătate*, Management în Sănătate, nr. 3, septembrie 2001.

IV. MANAGEMENT FINANCIAR

1. COORDONATE ACTUALE ALE SECTORUL SPITALICESC

Constanța Mihăescu-Pinția

Începem prin descrierea coordonatelor sistemului nostru spitalicesc actual în context european, prin prisma principalilor indicatori. Considerăm că aspectele de fond ale *reformelor* sectorului spitalicesc în țările europene reprezintă posibile exemple și recomandări pentru România. În urma analizei a zece țări – Austria, Cehia, Elveția, Franța, Germania, Marea Britanie, Norvegia, Polonia, Slovacia, Suedia, a rezultat că:

- majoritatea spitalelor sunt publice, în proprietatea autorităților locale descentralizate;
- majoritatea spitalelor private sunt non-profit, iar privatizarea s-a realizat gradat, fiind privatizate în special spitale mici, unele spitale mono-specialitate;
- spitalele mari regionale, spitalele universitare și instituțiile de cercetare și învățământ medical sunt în general proprietate publică, au finanțare și management public autonom;
- autoritățile locale reprezintă forul ce definește structura îngrijirilor spitalicești, în termeni cantitativi și calitativi, în funcție de nevoile specifice, evaluate;
- companiile de asigurări de sănătate nu intervin în definirea structurii îngrijirilor spitalicești;
- acreditarea spitalelor diferă ca sistem, cadru legislativ și standarde, însă procedura de acreditare este efectuată de organizații independente de experți, la cerere; certificatul de acreditare conferă spitalului mai multă credibilitate pe piața îngrijirilor spitalicești;
- proprietarii și/sau managerii spitalelor organizează implementarea asigurării interne a calității, fiind o preocupare nu doar a clinicienilor;
- spitalele universitare primesc fonduri publice pentru acoperirea cheltuielilor de cercetare și educație;
- spitalele universitare au dreptul de a primi fonduri de la terțe părți prin contracte de cercetare;
- în ceea ce privește spitalele publice, echipamentele medicale de înaltă tehnologie sunt instalate doar acolo unde îngrijirile de specialitate, capacitatea și nevoia locală o justifică, iar tehnologia medicală de vârf caracterizează spitalele cu localizare ce optimizează accesul populației din zonă;
- autoritățile locale descentralizate au dreptul să modifice opțiunile organizaționale pentru spitale către forma privată pentru profit sau non-profit;
- în ceea ce privește vânzarea spitalelor, aceasta are loc după transferul proprietății și al administrării lor către autoritățile locale și se face ținând cont de interesele comunității.

În România, pentru sistemul spitalicesc s-au cheltuit anual în jur de 60% din Fondul de asigurări sociale de sănătate (FASS), proporția menținându-se relativ constantă în perioada 1999-2004 (Tabelul IV.1), iar în 2005 se înregistrează o scădere de aproape 12% față de anul de referință 1999.

Tabelul IV.1. Cheltuielile spitalicești din FASS și internările în spital, 1999-2005

Indicator	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Proporția cheltuielilor anuale cu serviciile spitalicești din FASS	63,9%	57,1%	57,1%	58,5%	58,7%	59,1%	52%
Nr. de internări în spitale la 100 locuitori	20,7	22,4	24,4	26,8	24,9	24,5	21,6

Sursa: CNAS, INCDS, Rapoarte de activitate; CCSS-MS, Anuarul de statistică sanitară 2004

Ar trebui menționată însă existența și a plăților directe informale ale pacienților asigurați spitalizați, prin contribuții la medicație și hrană și plăți „pe sub masă” personalului medical. Conform unui studiu al Băncii Mondiale solicitat de Ministerul Sănătății, unul din șase pacienți plătește astfel de contribuții, iar nivelul estimat al plăților informale în 2004 se ridică la 360 milioane de dolari. Aceasta împovărează îndeosebi populația cu venituri mici ce apelează la serviciile spitalicești. Pentru comparație, prezentăm ponderea cheltuielilor cu spitalele în mai multe țări europene, în anii 2000 și 2003 (Tabelul IV.2). Se observă că majoritatea acestor țări își situează cheltuielile spitalicești în totalul fondurilor cheltuite pentru sănătate sub nivelul de 40%.

Tabelul IV.2. Ponderea cheltuielilor cu spitalele în unele țări din Europa

Țara	An 2000	An 2003
Spania	28,2	27,2
Ungaria	29,3	29
Cehia	34,6	36,2
Estonia	36,2	30,6
Germania	36,6	35,8
Austria	38,3	36,1
Olanda	39,8	39,6
Finlanda	39,9	39,5
Italia	41,4	41,5
Franța	42,3	38,5
Suedia	46,3	31,2
Elveția	46,8	47,9
Danemarca	53,2	50,7
România	60	58
Ucraina	64	63

Sursa: WHO, HFA database, accesată 2006

În 2004 reveneau în medie 2,2 spitale la 100000 români față de media Uniunii Europene (UE) de 3,2 și cu o medie de 655 paturi de spital la 100000 locuitori față de media UE de 591 paturi. Deși restructurările din ultimii ani nu au redus semnificativ numărul de paturi, mai multe țări europene dezvoltate – Austria, Franța, Germania, Belgia – depășesc numărul nostru de paturi de spital la 100000. Peste jumătate din medici lucrează în spitale, în timp ce în Cehia și în Franța proporția acestora nu depășește 30% în total, iar în Austria, Danemarca și Norvegia este de peste 60% (Tabelul IV.3).

Distribuția *regională* a spitalelor și paturilor din România arată discrepanțe de resurse spitalicești și capacități, regiunea București fiind cel mai bine acoperită față de toate celelalte (vezi tabelul 3). Utilizarea serviciilor spitalicești reflectă, de asemenea, această concentrare de resurse și adresabilitate: București acoperă 17% din totalul cazurilor spitalizate la nivel național, rata de utilizare a paturilor este de aproape 90% față de media națională de 84% (și 79% în Regiunea Centru), iar **42%** din pacienții internați în spitalele din București provin din alte zone ale țării.

Tabelul IV.3. Prezentarea regională a sectorul spitalicesc din România, 2004

Regiunea	Nr. spitale	Nr. spitale la 100000 loc.	Nr. paturi	Nr. paturi la 100000 loc.	Rata de utilizare a paturilor
București	55	2.5	23169	1050	89.7
Centru	55	2.2	16241	640	79.9
Nord-Est	68	1.8	21250	570	85.8
Nord-Vest	66	2.4	19815	720	81.0
Sud	76	2.3	17134	510	85.9
Sud-Est	51	1.8	17626	620	83.6
Sud-Vest	43	1.9	14092	610	85.0
Vest	53	2.7	13349	690	80.4
national	467	2.2	142676	660	84.4

Sursa: CCSS, 2005

Se observă o utilizare mai intensă a paturilor în România decât media UE și o *suprautilizare* a serviciilor de îngrijiri continue (Tabelele IV.1 și IV.4), cu 24,9 internări la 100 locuitori, față de media de 18,5 internări la 100 în UE și, în consecință, o concentrare mai mare a medicilor în spitale.

În România se remarcă, însă, o îmbunătățire a indicatorului durată medie de spitalizare (DMS), atât generală cât mai ales la pacienții cu afecțiuni acute, una dintre cauze fiind implementarea sistemului de finanțare bazată pe caz a spitalelor – DRG și finanțarea pe zi de spitalizare numai a bolnavilor cronici.

Tabel IV.4. Situația sectorului spitalicesc în câteva țări europene, 2003

Țara	Spitale la 100.000 loc.	Nr. paturi la 100.000 loc.	Rata ocupare paturi acuți	Nr. internări la 100 loc.	DMS gen. (zile)	% Medici de spital
Austria	3,48	844,6	76,4	31,2	8,07	66,7%
Cehia	3,63	860,2	74	21,06	11,3	26,6%
Danemarca	1,24	398,7	...	19,75	5,4	69%
Elveția	4,99	591,7	84,6	...	12,7	45%
Franța	5,27	780,1	28,7%
Germania	4,35	892,7	79,4	23,75	10,9	41,3%
Norvegia	...	433,5	87,6	17,68	7,5	61%
Polonia	2,17	557,1	...	17,52	7,9	...
România	1,9	655,3	84,1	24,9	8	52,3%
Slovenia	1,4	508,4	68,99	16,39	8,1	55,4%
Suedia	0,9	15,54	6,6	...
Ucraina	5,47	881,1	91	21	14,2	44,2%
UE	3,2	591,6	77,5	18,53	9,4	...

Sursa: WHO, HFA database, accesată în anul 2006

Prezentăm în continuare situația regională a utilizării serviciilor spitalicești, pacienți cu afecțiuni acute și cronice în anul 2004 (Tabelul IV.4). Se observă că, deși regiunea București înregistrează cea mai mare adresabilitate, durata medie de spitalizare este cea mai mică, spre deosebire de regiunea de Vest care se află la polul opus. Durata medie de spitalizare generală a fost de 8 zile, față de media europeană de aprox. 9 zile; DMS aferentă pacienților cu afecțiuni acute era de 7 zile în 2005, cu trend descendent.

Tabelul IV.5. Indicatori de utilizare regională a serviciilor spitalicești, 2004

Regiune	Nr. total pacienți externi	% din total	Nr. total cazuri acute	Durata spit. acuți	DMS acuți	Nr. total cazuri cronici	Durata spit. cronici	DMS cronici
B	772840	16,7	740898	4857702	6,6	31942	401197	12,6
C	542600	11,8	518194	4068355	7,9	24406	353895	14,5
N-E	762986	16,5	718501	5121535	7,1	44485	862087	19,4
N-V	609804	13,2	565087	4195454	7,4	44717	823134	18,4
S	561421	12,2	522829	3593513	6,9	38592	799965	20,7
S-E	501625	10,9	484738	3468062	7,2	16887	312402	18,5
S-V	452292	9,8	421813	2981631	7,1	30479	515046	16,9
V	412628	8,9	384021	2987136	7,8	28607	647795	22,6
Național	4.616.196	100	4.356.081	31273388	7,2	260.115	4715521	18,1

Sursa: INCDS, baza națională de date DRG 2004

Pentru o imagine complexă asupra serviciilor spitalicești în România, este utilă și cunoașterea morbidității spitalizate, în ordinea frecvenței cazurilor pe categorii majore de diagnostic (CMD) și grupe de diagnostice (DRG); aceasta este disponibilă pe website-ul www.drg.ro. În anul 2005, indicele general de complexitate a celor 4.479.847 cazuri externate a fost de 0,7578; complexitatea este dată și de prezența procedurilor invazive, mai ales a intervențiilor chirurgicale (Tabelul IV.5, diferențiat pe regiuni).

În tabelul IV.6 este prezentată situația celor mai frecvente 10 tipuri de cazuri spitalizate, pe grupe de diagnostice (DRG), la nivel național în anul 2005, ce cumulează **20,2%** din totalul pacienților internați cu afecțiuni acute și 21% din totalul zilelor de spitalizare. Se observă că, în afara DRG40 „Proceduri extra-oculare vârsta peste 17ani”, de tip chirurgical, toate celelalte tipuri de cazuri sunt *medicale*. Mai mult, se remarcă pe poziția a doua ca frecvență Infecțiile respiratorii superioare vârsta 0-17 ani, pe locul al cincilea Hipertensiunea arterială (nespecificat) și pe locul al șaptelea Probleme medicale ale spatelui, diagnostice care, astfel codificate și grupate, relevă o patologie posibil de tratat și în ambulatoriu. Un alt aspect de menționat este încadrarea nou-născuților preponderent în grupa cu probleme/complicații (cu valoarea relativă de 0,1721), față de anii precedenți când cea mai mare frecvență o avea nou-născutul normal, cu o valoare relativă de 0,1344. Prezența unui număr atât de mare de cazuri cu psihoze (peste 77000) la nivel național, cu o DMS de 15 zile, sugerează oportunitatea unei analize a cauzelor, în sens clinic, dar și prin premisele codificării cazurilor; studiul „Politici în domeniul sănătății mintale” ce se desfășoară în România în 2005-2006 la nivel național, utilizând metodologia și chestionarul Organizației Mondiale a Sănătății, va releva și aspecte ale prevalenței psihozelor în România, analiza rezultatelor permițând astfel unele explicații.

Tabel IV.6. Cele mai frecvente tipuri de cazuri spitalizate (DRG) la nivel național, 2005

Grupa de diagnostic (DRG)	Cod DRG	Tip DRG	Valoare relativă	Număr cazuri	DMS (zile)
Insuficiența cardiacă și șocul	127	M	1,6687	133.584	7,58
Infecții respiratorii superioare si otita medie vârsta 0-17 ani	070	M	0,3554	118.685	5,37
Nou-născutul cu alte probl. semnificative	390	M	0,1721	102.380	4,71
Nașterea vaginală fără diagn. complicat	373	M	0,4358	94.008	5,65
Hipertensiunea arterială	134	M	0,4878	86.316	7,15
Psihozele	430	M	0,8075	77.688	14,91
Probleme medicale ale spatelui	243	M	0,6121	76.948	7,16
Boli cerebrovasculare specifice cu excepția atacului ischemic tranzitor	014	M	1,0779	72.288	10,23
Proceduri extraoculare cu excepția orbitei vârsta >17 ani	040	C	0,8752	71.536	5,07
Boli ale ficatului cu excepția tum., cirozei, hepatitei alcoolice fără CC	206	M	0,5835	71.502	7,27
Total primele 10 DRG (20,2%)				904.935	
Total 2005 (100%)				4.479.847	7,03

Sursa: INCDS, baza națională de date DRG, accesată în 2006

Implicațiile financiare ale acestei morbidități spitalizate la nivel național sunt relevate în capitolul III, Finanțarea bazată pe caz. Este important ca fiecare manager de spital să cunoască exact tipologia cazurilor tratate în spitalul său în termeni clinici și financiari, comparativ cu spitalele de același tip și cu nivelul național.

Revenind la utilizarea regională a serviciilor spitalicești, se observă că Regiunea București se distinge și prin cea mai ridicată rată, de 45%, a pacienților cu intervenție chirurgicală (Tabelul IV.7), față de minima de 23,7% înregistrată în regiunea Sud și de media națională de 33,4% și cu o DMS aferentă de numai 6,6 zile.

Tabelul IV.7. Utilizarea serviciilor spitalicești pe regiuni - procedurile chirurgicale, 2004

Regiunea	Nr. intervenții chirurgicale	Total pacienți	Rata pacienților cu intervenție chirurgicală
București	347.955	772840	45,0
Centru	212.106	542600	39,1
Nord-Est	245.175	762986	32,1
Nord-Vest	205.391	609804	33,7
Sud	132.899	561421	23,7
Sud-Est	148.385	501625	29,6
Sud-Vest	115.011	452292	25,4
Vest	135.985	412628	33,0
Național	1.542.907	4.616.196	33,4

Sursa: INCDS, baza națională de date DRG 2004

Pe lângă o foarte bună cunoaștere a activității și problemelor spitalului pe care îl conduce, familiarizarea cu aspectele activității clinice și financiare a spitalelor la nivel național și regional, precum și pe tip spital și pe specialități, în corelație cu legislația de profil, constituie un veritabil atu pentru managerul de spital.

2. INTRODUCERE ÎN MANAGEMENT FINANCIAR

Constanța Mihăescu-Pinția

Componentă a managementului organizației, *managementul financiar* (MF) susține realizarea obiectivelor acesteia, fundamentează realist deciziile și este vital pentru organizarea și operarea activităților în ansamblu. Mai exact, este vorba despre conducerea financiară prin *atragere, alocare, adaptare și utilizare eficientă* de resurse, cu ținerea evidențelor financiare specifice și în respect pentru prevederile legislative și principiile contabile general acceptate, prin aceasta asigurând „sănătatea financiară” a organizației și maximizarea performanțelor.

Domeniul de acțiune al MF vizează obiective și funcții specifice:

- planificarea și fundamentarea bugetului organizației, orientat după veniturile estimate;

- calcularea și controlul costurilor (pe activități, centre de cost, servicii, proiecte);
- calculul tarifelor pe tipuri de servicii și/sau pachete de servicii, după metodologii adecvate, respectiv fundamentarea ofertelor financiare;
- pregătirea componentelor financiare ale contractelor organizației;
- documentarea și finanțarea investițiilor;
- stimulente financiare pentru productivitate și eficiență;
- planul financiar pe termen scurt și mediu al organizației;
- raportările financiar-contabile periodice obligatorii, prevăzute în lege;
- monitorizarea continuă a situației financiare a organizației, pe ansamblu și pe surse de venit;
- măsurarea performanței financiare a organizației;
- analize și rapoarte financiare interne, la cerere;
- analize financiare de piață relevante pentru organizație;
- control financiar preventiv și avertizări privind legalitatea și constrângerile financiare;
- auditare financiară.

Acestea intră în responsabilitatea managerului financiar-contabil, însă rezultatele constituie fundament pentru luarea deciziilor informate, de către echipa de conducere.

Consumurile generale de resurse și pe activități sau per serviciu, rezultatele financiare ale activității (tarife contractate, venituri, încasări), performanța economică (venituri în raport cu cheltuielile), veniturile așteptate, tendințele de evoluție sunt *informații financiare* generate și interpretate de MF pentru a fi utilizate în luarea deciziilor.

O bună politică financiară pentru organizație se bazează pe două principii:

- viabilitatea (a “rămâne în joc” în sistem, pe piață);
- profitabilitatea (rezultate financiare pozitive, echilibru financiar și capacitate de dezvoltare).

Acestea se reflectă în planul financiar anual, în utilizarea fondurilor, achiziția de bunuri și aparatură, recrutarea de personal potrivit fiecărui program, planificarea și execuția bugetului, contractarea serviciilor, modul de calcul al tarifelor. Contabilizarea și raportarea financiară a activității nu sunt un scop în sine, ci instrumente ale unui bun MF.

Bugetul, bilanțul, contul profit/pierderi și rapoartele financiare specifice (pe program/proiect, pe finanțator și pe ansamblul organizației) sunt principalele *documente* elaborate de departamentul financiar, conform legii și au la bază documente justificative ca: termeni de referință, contracte, facturi, ordine de plată, bonuri de consum, extrase de cont, stat salarii, documente deplasări, inventare etc.

MF operează pe trei dimensiuni:

- Prospectiv - estimarea veniturilor, cheltuielilor și rezultatului financiar (surplus/pierdere):
 - Planificarea financiară - cheltuieli în funcție de veniturile așteptate, pentru realizarea obiectivelor organizației

- Proiecția bugetului lunar/trimestrial/anual pe activități sau programe.
- Operațional: monitorizarea și înregistrarea fluxului de venituri curente din activitatea de bază și cheltuieli curente – personal (salarii, contribuții aferente, deplasări), cheltuieli materiale și servicii (materiale, medicamente, transport, utilități, chirie spațiu etc.).
- Retrospectiv – evaluarea în bani a intrărilor (resurse) și ieșirilor (servicii, rezultate).

Sunt de interes analiza ce utilizează indicatorii organizației din ultimii 3 ani: situația proprietății, bilanța cheltuieli-venituri pe tipuri, venituri aduse de fiecare tip de serviciu sau program, câștigurile nete, situația amortizării investițiilor, elemente de productivitate.

Sistemul financiar-contabil trebuie să dețină capacitatea de înregistrare și raportare corectă și la timp a tuturor tranzacțiilor și operațiunilor organizației.

Contabilitatea reprezintă un instrument de sintetizare a patrimoniului organizației și de înregistrare și raportare periodică a rezultatelor. Constă într-un ansamblu de metode și tehnici de înregistrare, prin care se măsoară activitatea organizației, astfel:

- structura activ – pasiv (bilanț),
- structura venituri – cheltuieli, profit/pierderi.

Contabilitatea *financiară* înseamnă înregistrarea retrospectivă, de maximă precizie, conform legislației în vigoare, în mod obligatoriu a tuturor operațiunilor financiare.

Bilanțul prezintă situația financiară a organizației la un moment dat, după structura convențională activ-pasiv, pe categorii de conturi sintetice și analitice.

Activele reflectă *modul de utilizare* a fondurilor, în funcție de gradul de *lichiditate*:

- Active fixe (clădire, teren, aparatură, echipamente, instalații etc.)
- Active circulante (stocuri, inventar, sume de primit, numerar etc.)

Pasivele reprezintă sursele fondurilor organizației, în funcție de gradul de *eligibilitate*:

- Fonduri proprii
- Fonduri de împrumut.

Nivelurile contabilității financiare: *comercială* (micro-, la nivel privat); *publică* (micro, la nivelul instituțiilor publice); *națională* (la nivel macroeconomic, agregat, indicatori ai economiei naționale). Elementele contabilității relevante pentru spitale sunt prezentate detaliat în secțiunea 6 a acestui capitol, Contabilitatea publică.

Contabilitatea *managerială* este o componentă importantă a managementului financiar de interes intern, având caracter prospectiv și retrospectiv, strict pentru uzul managerial și nu pentru raportări oficiale:

- Plan și evidență financiară sintetică, fără precizia și formatul celei oficiale
- Examinare costuri, evaluare eficiență și profitabilitate alocări-consumuri și servicii
- Control intern
- Strategie și plan financiar.

Utilizatorii informațiilor și indicatorilor generați de MF sunt, în principal:

- a) interni – manageri, șefi departamente, manageri proiecte.
- b) externi (finanțatori, donatori, parteneri, organisme de control financiar-contabil, organizații de evidență statistică, autorități locale, consultanți, bănci etc.)

3. SET DE DATE FINANCIARE PENTRU UZUL MANAGERULUI DE SPITAL

Constanța Mihăescu-Pinția

1. Venituri

- Sumă contractată, sumă realizată și sumă încasată în anul curent pe tipuri de servicii (ex. DRG, cronici, spitalizare de zi, ambulatoriu de specialitate, programe naționale);
- Sume realizate, de încasat în anul curent, pe surse;
- Sumă realizată și încasată în anul precedent;
- Sumă venituri proprii an curent;
- Alte venituri.

2. Cheltuieli

- Total cheltuieli planificate an curent
- Total cheltuieli lunare defalcate pe secții
- Cheltuieli efectuate an curent, total și pe tipuri
- Cheltuieli spital an precedent, total și pe tipuri
- Cheltuieli cu cazuri speciale
- Cheltuieli *de personal* (sumă și % în total buget cheltuieli an curent), din care
 - Cheltuieli cu personalul medical
 - Cheltuieli cu personalul nemedical
- Cheltuieli *curente*
 - medicamente an curent
 - cheltuieli materiale și servicii (fără medicamente)
- Cheltuieli *de capital*
- Cheltuieli directe, pe secții și total
- Cheltuieli indirecte, pe secții și total
- Sume de plătit – datorii (preluate din an precedent plus acumulate an curent)
- Sume de plătit, defalcate pe furnizori
- Total cheltuieli fixe – lunar, trimestrial, anual
- Total cheltuieli variabile lunar.

3. Indicatori

- Cost mediu pe zi de spitalizare pe spital
- Cost mediu pe zi de spitalizare pe secție clinică
- Cost mediu medicamente / pacient, pe fiecare secție clinică
- Cost mediu paraclinic / pacient pe spital (total cheltuieli secții paraclinice / total nr. pacienți)
- Cost mediu pe DRG la cele mai frecvente tipuri de cazuri în spital
- TCP spital / TCP național – an curent și an precedent
- Venituri / cheltuieli (pe fiecare secție clinică)
- cheltuieli personal / total cheltuieli (pe fiecare secție clinică, anual / trimestrial)
- cheltuieli medicamente / total cheltuieli (pe fiecare secție clinică, anual / lunar).

4. BUGETUL, INSTRUMENT DE MANAGEMENT

Constanța Mihăescu-Pinția

Cei trei factori esențiali pentru manageri sunt:

- resursele umane (personal calificat, capabil și dedicat);
- resursele *de capital* (materializate printr-o dotare și un mediu adecvat; plan de investiții);
- resursele *financiare* – cele mai complexe, problematice; pentru organizație:
 - atragere și gestionare echilibrată;
 - fundamentarea unei bune finanțări: bugetul;
 - abilități necesare: financiare, de previziune, planificare, negociere, *advocacy*;
 - planificarea financiară: pentru realizarea obiectivelor organizației.

Ce este finanțarea?

- furnizarea fondurilor bănești necesare pentru atingerea obiectivelor unui program/proiect; prin metode și mijloace de plată specifice;
- determinant cheie pentru organizație;
- conturează aria de acțiune și dimensiunile sistemului de servicii furnizate;
- influențează tipul, numărul, motivarea personalului ce poate fi angajat;
- determină viabilitatea organizației;
- pentru un MF eficient este necesară diversificarea surselor de finanțare.

Bugetul reprezintă un concept de importanță majoră pentru manageri. Este necesară schimbarea percepției asupra bugetării: de la simpla execuție a unui buget stabilit istoric și impus organizației de către finanțator, la conceperea și justificarea bugetului previzional de către fiecare organizație, pe baza veniturilor așteptate și a consumurilor posibile și necesare.

În accepțiune largă, prin *buget* s-ar înțelege totalitatea intrărilor și ieșirilor (în termeni financiari), în permanență reglate (sistem). În sens economic, bugetul descrie situația *previzională* și *limitativă* a cheltuielilor și veniturilor care se doresc realizate într-o anumită perioadă de către o persoană sau un grup (firmă, consorțiu, agenție publică etc.). Cheltuielile vor fi programate în funcție de veniturile care se așteaptă a fi obținute în perioada respectivă. Un argument forte al succesului marilor firme îl constituie tocmai previzionarea financiară riguroasă, în care se ține cont de potențialii factori de risc.

De ce construiesc bugetul? Pentru a programa cheltuielile în funcție de veniturile așteptate la un anumit volum, structură și calitate a serviciilor; pentru o bună utilizare a resurselor; pentru realizarea obiectivelor și misiunii organizației și ca sistem de avertizare a schimbărilor necesare.

Bugetul presupune mai mulți pași:

1. analiza nevoilor,
2. planificare; termenul cheie al bugetării e *previziunea!*
3. raționalizare a resurselor, justificare a consumurilor,
4. negociere,
5. aprobare și aplicare/execuție,
6. modificări, ajustări, ce pot apărea în condiții de:
 - inflație, modificări importante în relațiile dintre costuri,
 - obiective, activități, proiecte noi, extindere,
 - reducerea finanțării,
 - modificări legislative,
 - modificări în eficiență, productivitate,
 - schimbarea strategiei.

Bugetul reprezintă:

- expresia financiară a *scopului* și *obiectivelor* organizației, în forma venituri-cheltuieli
- descrierea unui proiect în termeni financiari
- proces de luare a deciziei
- proces de alocare a resurselor
- un plan de acțiune
- plan de operațiuni financiare
- instrument de management

Funcțiile bugetului sunt: Planificare, Coordonare, Comunicare, Motivare, Control, Evaluare.

Etapile construirii bugetului sunt următoarele:

- revizuirea activităților precedente,
- planificarea activităților viitoare,

- definirea obiectivelor,
- stabilirea țințelor financiare, ce reflectă obiectivele organizației pe activități,
- deciderea responsabililor, a monitorizării, raportării și evaluării.

Cum se face, practic? Echipa de conducere stabilește scopul, obiectivele, nivelul activității, disponibilitatea resurselor, oportunitățile pentru organizație. Managerul financiar transformă aceste coordonate în obiective financiare și face schița de buget. Fiecare departament/program își estimează costurile, pregătește necesarul și justifică cererea de buget. Conducerea revizuieste, corectează, corelează părțile și aprobă bugetul. Atenție! Majoritatea cheltuielilor sunt fixe, în timp ce majoritatea veniturilor sunt variabile.

Proiectarea veniturilor:

- fixe: contracte, grant-uri, sponsorizări, donații etc.
- variabile: plăți sau co-plăți directe pe serviciu (de la beneficiari, cumpărători).

Proiectarea cheltuielilor – directe și indirecte:

- fixe: personal (salarii, contribuții aferente, formare), utilități, chirii, asigurări etc.
- variabile: materiale, medicamente, servicii, transport etc.

Cheltuielile indirecte pot fi exprimate și ca procent din totalul costurilor directe într-un program, dar trebuie alocate la nivel de beneficiar pentru a se putea calcula costuri totale reale pe serviciu și pe beneficiar. În unele cazuri, la nivel de program/proiect cheltuielile indirecte sau unele cheltuieli de personal pot constitui in-kind (co-participarea) organizației, reprezentând resurse proprii implicate în program.

Ce se poate întâmpla în derularea, execuția bugetului?

- cresc costurile (prețuri combustibili, consumabile, consumuri neprevăzute, penalizări);
- întârzierea unor plăți/încasări;
- acumulare de datorii;
- prevederi ce depășesc necesarul unei linii bugetare;
- modificări în contracte, contracte noi;
- furnizare de servicii sub nivelul contractat;
- modificare legislativă sau alte schimbări importante în mediul extern.

Documentul Buget conține:

1. *Sinteza de buget* – pe linii bugetare
2. *Justificarea bugetului*: detalierea fiecărei linii bugetare, cu explicații ale calculației (vezi legislația, contractele, termenii de referință ai donatorului, gradul de detaliu și planificarea în timp solicitate de finanțator/donator).

Monitorizarea

- venituri: lunar,
- plăți și încasări: continuu,
- surplus sau deficit (diferența dintre venituri și cheltuieli),

- active și pasive (bilanț),
- productivitatea personalului,
- indicatori financiari.

Raportarea

- raport periodic intern (pe program, proiect sau donator),
- rapoarte intermediare și finale pe fiecare sursă de finanțare (performant),
- raportare anuală; bilanț contabil.

Analiza financiară

- volum servicii acordate pe fiecare tip,
- număr de beneficiari pe furnizor,
- structura costului pe tip de serviciu,
- costuri fixe în total costuri, pe categorii și servicii,
- economii la achiziții de consumabile și echipamente (discount-uri, donații etc.),
- lista tarifelor, raportate la creșterile de costuri,
- timp real de amortizare a aparaturii,
- veniturile brute pe tipuri de servicii acordate,
- venit net pe fiecare tip de serviciu,
- rezultatul financiar al programului și al organizației.

Bugetul spitalului

Se autorizează și execută bugetele operaționale pentru fiecare centru de responsabilitate:

1. planificarea volumului de activități pe fiecare centru de responsabilitate – secții clinice;
2. stabilirea de standarde de calitate a serviciilor furnizate în fiecare centru de responsabilitate;
3. planificarea costurilor pe centrele de responsabilitate (centre de cost);
4. pregătirea unui buget pentru fiecare centru de activitate / secție;
5. împărțirea bugetului pe mai multe conturi de costuri în cadrul centrelor de responsabilitate.

Avantajele acestei abordări sunt:

- îmbunătățirea managementului;
- mai multă responsabilitate financiară pentru șefii de secții și de departamente;
- dezvoltarea unor etaloane comparative pentru măsurarea performanței secției sau departamentului în timp (de exemplu: numărul de mese servite, costul unei examinări radiologice, totalul costurilor de personal pentru un serviciu oftalmologic etc.);

- asigurarea posibilităților de evaluare a eficienței relative a operațiunilor spitalului.

Variația bugetului = Costurile bugetare – Costurile curente

Factori ce pot influența variația bugetului: modificări ale prețurilor de intrare; modificări ale productivității; modificări în volumul activităților. Pot fi calculate următoarele variații pentru identificarea efectelor acestor trei factori:

Variația de preț = (prețul curent – prețul vechi) x calitatea curentă.

Variația eficienței = (cantitatea curentă – cantitatea preconizată la vechea productivitate) x prețul vechi.

Variația volumului = (volumul prezent – vechiul volum) x vechiul cost per unitate.

Clasificarea veniturilor și a cheltuielilor instituțiilor publice finanțate din venituri proprii.

Spitalele trebuie să se conformeze reglementărilor cu privire la bugetele pentru instituții publice, stabilite de Ministerul Finanțelor Publice. “Clasificarea veniturilor și a cheltuielilor extrabugetare” stabilește anumite criterii ce stau la baza contabilității financiare și a raportărilor spitalelor.

Veniturile vor fi încadrate, în funcție de sursa lor, în capitolele specifice de venituri. Aceste capitole sunt divizate în subcapitole. De exemplu, veniturile instituțiilor constituie o parte a capitolului 33.10 “Venituri din prestări de servicii și alte activități. Numărul “10” simbolizează codul capitolului și reprezintă capitolul pentru instituțiile publice finanțate din venituri proprii

Capitolul 33.10 “ Venituri din prestări de servicii și alte activități ” este divizat în subcapitolele:

33.10.21 - Venituri din contractele cu casele de asigurări de sănătate

33.10.08 - Venituri din prestări de servicii

33.10.20 - Venituri din cercetare

Cheltuielile instituțiilor publice finanțate din venituri proprii, inclusiv spitalele, sunt împărțite în funcție de conținut, în: A. cheltuieli funcționale; B. cheltuieli economice.

1. Clasificarea funcțională a cheltuielilor indică întotdeauna destinația fondurilor. Arată în care dintre sectoarele economiei naționale, sau în care dintre instituții au fost făcute cheltuielile. De exemplu, cheltuielile spitalului sunt funcționale deoarece, ca instituție publică, spitalul este integrat în cadrul sectorului de sănătate publică al economiei. Cheltuielile funcționale ale spitalelor sunt clasificate, de aceea, în următoarele capitole și subcapitole:

- capitolul reprezintă destinația generală a cheltuielilor: de exemplu, 66.10 este capitolul “Sănătate”.- instituții publice finanțate din venituri proprii.
- subcapitolul individualizează cheltuielile în funcție de tipurile de spitale, conform legii.

2. Clasificarea economică a cheltuielilor arată conținutul economic ale respectivelor cheltuieli, precum: salarii, medicamente, alimente, curent electric, gaze, spălătorie, servicii etc. Cheltuielile economice sunt clasificate astfel:

- după titlul cheltuielii, ce reflectă o anumită categorie a cheltuielilor; de exemplu, clasificarea în: titlul “Cheltuieli de personal”, titlul “Cheltuieli materiale și servicii” și titlul “Cheltuieli de capital”.
- fiecare titlu de cheltuieli este împărțit în elemente analitice, sau “articole”, ce asigură o cunoaștere mai bună a conținutului cheltuielilor; articolele pot avea paragrafe ca subdiviziuni.

Fiecare subdiviziune a cheltuielilor are un anumit cod ce identifică titlul, articolul sau paragraful.

De exemplu:

Titlul 10 “Cheltuieli de personal”

Art. 01 “Cheltuieli salariale în bani”

Aliniat.01 “Salarii de bază”

Aliniat 05 “Sporuri pentru condiții de lucru”

Titlul 20 “Bunuri și servicii”

Art. 01 “ Bunuri și servicii ”

Art. 03 “Hrană”

aliniat 01 “Hrană pentru persoane”

aliniat 02 “Hrană pentru animale”

Planificarea bugetului

Elementele de bază de care trebuie să se țină cont sunt:

1. capacitatea spitalului pentru activitățile de bază: numărul de secții, numărul de paturi, numărul zilelor de spitalizare, capacitatea serviciilor de susținere etc.;
2. numărul estimat de servicii de sănătate ce vor fi furnizate în perioada anului următor: cantitate și cost;
3. resursele umane necesare pentru furnizarea serviciilor de sănătate ce sunt estimate pentru anul viitor: numărul de medici, numărul de asistente medicale, personalul economic, posibilitățile de îmbunătățire a eficienței resurselor umane;
4. costurile serviciilor medicale pe secție, costurile pe zi de spitalizare, costurile pentru diagnosticare și analize medicale;
5. nivelul prevăzut al inflației pentru anul următor;
6. posibilități de îmbunătățire a calității și eficienței serviciilor de sănătate;
7. executarea preliminară a bugetului pentru anul viitor;
8. investițiile necesare în aparatură și echipamente medicale și pentru consolidarea, îmbunătățirea construcțiilor;
9. nivelul de materiale din stoc (medicamente, materiale sanitare, alimente, combustibili, materiale de întreținere etc.) ce pot fi folosite pentru activitatea anului următor.

Capitolul de venituri

1. Veniturile proprii
 - a. Venituri ce provin din furnizarea de servicii medicale
 - b. Alte venituri pentru activitățile proprii ale spitalului
 - c. Venituri din donații și sponsorizări
 - d. Alocații de la bugetul local
2. Venituri de la bugetul de stat (prin MS, cu acordul PFP).
 - a) alocații pentru programe de sănătate, din care:
 - alocații pentru programul A;
 - alocații pentru programul B etc.
 - b) alocații pentru echipamente de înaltă performanță;
 - c) alocații pentru alte acțiuni de sănătate, din care:
 - alocații pentru educație;
 - alocații pentru cercetare;
 - alocații pentru reparații capitale etc.

Capitolul de cheltuieli

Cheltuieli din veniturile proprii

- a. *Cheltuielile salariale* pot fi incluse în buget pe baza statului de plată al salariaților.
- b. *Contribuțiile pentru asigurările sociale de stat, fondul de șomaj și asigurările de sănătate*
- c. *Cheltuielile pentru hrana pacienților pe durata spitalizării*
- d. *Cheltuielile pentru medicamente și alte materiale sanitare*
- e. *Cheltuielile pentru întreținere și funcționare* includ încălzirea, iluminarea, curentul electric, canalizarea, curățenia, poșta, telefonul, radio, televiziune, materiale consumabile pentru birou și materiale de curățenie.
- f. *Materialele funcționale și serviciile* cuprind, de obicei, materiale specifice pentru laboratoare (reactivi, chimicale, sticlărie), pentru radiologie, anatomie patologică, medicină nucleară, piese de rezervă pentru reparațiile curente ale echipamentelor și servicii terțiare furnizate pentru activitățile respective.
- g. *Cheltuielile cu articolele de inventar de mică valoare sau durată scurtă de utilizare* includ costuri pentru lenjeria de pat și alte accesorii, echipamentul specific acordat personalului în conformitate cu reglementările specifice, alte articole de mică valoare sau durată scurtă de utilizare ce sunt necesare pentru activitatea spitalului.
- h. *Cheltuielile pentru reparații curente* includ pe cele referitoare la reparațiile curente ale mijloacelor de transport, echipamentelor, clădirilor etc.
- i. *Cheltuielile pentru reparații capitale*
- j. Alte categorii prevăzute de legea nr.95/2006.

5. MĂSURAREA COSTURILOR SPITALICEȘTI LA NIVEL DE PACIENT

Constanța Mihăescu-Pinția

De ce este importantă măsurarea costurilor? Iată câteva motive:

- documentează luarea deciziilor,
- fundamentează prețurile și tarifele,
- pentru controlul cheltuielilor, pe centre de consum,
- determinarea activităților avantajoase și a secțiilor „locomotivă” ale spitalului (la ce tipuri de pacienți câștig și cu ce cazuri pierd),
- regula 80-20 (aproximativ 80% din probleme au la bază în principal 20% din cauze).

Dezvoltarea unui instrument de calculare a costurilor spitalicești la nivel de pacient

În această secțiune vor fi utilizate noțiunile despre costuri prezentate în capitolele II și III.

Utilitatea calculării costurilor spitalicești efective la nivel de procedură, pacient și la nivelul grupelor de diagnostice:

Pentru spitale:

- evaluarea eficienței proprii;
- îmbunătățirea managementului resurselor;
- fundamentarea deciziilor, decizii financiare informate având la dispoziție atât datele clinice cât și datele de cost la nivel de pacient;
- “nota de plată” pentru pacienții externați;
- Fundamentarea realistă a tarifelor în vederea contractării cu companii de asigurări private.

Pentru decidenți:

- cunoașterea costurilor reale de spitalizare la nivelul celor mai frecvente grupe de diagnostice și a diferențierilor pe tipuri de spitale;
- documentarea setului de Valori Relative *românești*;
- evaluarea activității spitalelor pe baza datelor clinice și a datelor de cost la nivel de pacient, a indicatorilor de eficiență;
- îmbunătățirea finanțării bazate pe caz în România.

În măsura în care datele de cost la nivel de pacient se colectează coerent, unitar și standardizat din mai multe spitale, printr-un proces coordonat la nivel național și se calculează costuri la nivelul grupelor de diagnostice, rezultatele obținute (fig.IV.1) pot fi utilizate la îmbunătățirea mecanismului de finanțare a spitalelor bazată pe caz (DRG).

Figura IV.1. Rezultate așteptate de la studiul de calculare a costurilor la nivel de pacient

1. Metodologie testată de măsurare a costurilor la nivel de pacient
2. Costuri de spitalizare efective la nivel de pacient, calculate unitar, pentru cele mai frecvente diagnostice, pe tipuri de spitale
3. Costuri reale pe proceduri și investigații, utile spitalului și decidenților
4. „Nota de plată” pe pacient pentru serviciile spitalicești acordate
5. Set minim de costuri la nivel de pacient (SMCP)
6. Set de valori relative românești.

Prezentăm în continuare o *metodologie* orientativă pentru măsurarea costurilor spitalicești la nivel de pacient, după principiul *de jos în sus* (“*bottom-up*”).

Formula generală de calcul pe pacient este:

Cost total pe caz = costuri **directe colectate** (pe tipuri)* + costuri **indirecte alocate**

Modalitatea practică pentru evidența consumurilor și calcularea costurilor pe pacient este utilizarea unei aplicații software cu module de costuri la nivel de spital, secție și pacient, iar încărcarea datelor în aplicație se va face unitar, în funcție de cheltuielile efective.

Mențiune: pentru a obține costuri *reale* la nivel de pacient este esențial să se colecteze medicamentele și materialele sanitare în mod direct, la nivel de pacient, fără estimări sau alocări.

*Notă transferuri: se va calcula costul cazului pe fiecare secție clinică în care a fost transferat în cadrul spitalului, pe același principiu; costul total al pacientului va fi dat de însumarea costurilor parțiale determinate pe secțiile clinice.

Figura IV.2. Structura costului total pe pacient:

1. Costuri directe pe caz, colectate, +	2. Costuri indirecte, alocate pe pacient
<ul style="list-style-type: none"> • Medicamente • Materiale sanitare • Analize de laborator** • Proceduri radiologice** • Proceduri anatomie patologică** <ul style="list-style-type: none"> • Explorări funcționale** • <i>Sursa: aplicația software de spital, modul secție</i> • Cuantum personal secție clinică <i>Sursa: aplicație de spital, modul secție</i> 	<p>Însumarea costurilor general - administrative, alocate pe fiecare secție clinică pe articole bugetare, inclusiv quantum al cheltuielilor de personal de suport, și calcularea unui cost indirect mediu pe zi de spitalizare pe fiecare secție clinică.</p> <p><i>Sursa: aplicația de spital, modul spital</i></p>

** spitalele vor putea calcula costul mediu pe investigații și proceduri (inclusiv cheltuielile de personal secție paraclinică și celelalte cheltuieli aferente), costuri ce vor fi adăugate cazului în funcție de numărul și tipul de analize și proceduri efectuate

1. Calcularea *costului direct total pe pacient* (vezi Tabelul IV.8)

Pornind de la consumurile efectuate pentru fiecare pacient, se calculează la valoarea contabilă corespunzătoare perioadei de analiză următoarele:

- consumurile efective de *medicamente și materiale sanitare* - inclusiv orteze, proteze;
- Costurile materiale directe ale procedurilor și investigațiilor efectuate pacientului, *calculate în secțiile paraclinice*; spitalul poate opta pentru *calcularea costului total pe procedură* – fundamentare de tarife - prin alocarea cheltuielilor de personal ale secției paraclinice și a cheltuielilor general administrative; în acest caz, costurile directe de personal paraclinic și indirecte ale secției respective nu vor mai fi înregistrate la quantumul costului indirect pe pacient. Sursa: consumurile și costurile cu medicamente și materiale sanitare pe pacient vor colectate prin softul de spital;
- Quantum cheltuieli personal medical secție, alocat pe pacient după numărul de zile spitalizare efective. Menționăm că aplicația ExBuget 2.1, utilizată de CNAS în perioada 2002-2004, calcula acest indicator în raportul cheltuieli lunare pe secția clinică. Există spitale care, pentru a simplifica alocarea cheltuielilor de personal și a celor indirecte, utilizează încă această aplicație.

Tabelul IV. 8. Modul de înregistrare și calculare a cheltuielilor pe articole bugetare

Tipul cheltuielilor	Modul de înregistrare și/sau alocare
Cheltuieli salariale	Alocat direct
Medicamente	Înregistrat direct pe pacient
Materiale sanitare	Înregistrat direct pe pacient
Materiale pentru laborator (reactivi, chimicale, sticlărie)	La investigații
Materiale pentru anatomia patologică	La proceduri
Materiale pentru radiologie	La proceduri
Materiale pentru medicina nucleară	La proceduri
Materiale pentru ecografie	La proceduri
Materiale pentru endoscopie	La proceduri
Materiale pt. explorări funcționale (EKG)	La proceduri

2. Alocarea *costurilor indirecte ale spitalului* la nivel de pacient

- În prima etapă se înregistrează cheltuielile totale ale spitalului, pe articole

bugetare și la nivel de secție. Cheltuielile indirecte se alocă pe toate secțiile clinice după cheile de alocare specifice (suprafață, număr de paturi, număr de personal medical etc.). Rezultă astfel un cost indirect pe zi de spitalizare pe fiecare secție clinică, ce se va multiplica cu numărul de zile de spitalizare pe fiecare caz și se va obține costul indirect pe pacient.

- Cheltuielile salariale ale personalului din secțiile administrative se alocă la nivelul secțiilor clinice în funcție de numărul de zile de spitalizare sau dimensiunile secției (nr. de personal), calculându-se un quantum pe zi de spitalizare care se adaugă costului pe pacient.

Pentru clasificarea secțiilor se pot utiliza următoarele definiții (utilizate și de aplicația ExBuget, cu care spitalele sunt deja familiarizate):

- A – secții clinice, considerate centre de cost finale
- B – secții paraclinice, considerate centre de cost intermediare (laborator, radiologie, anatomie patologică etc.)
- C – secții general-administrative, de suport (farmacie, spălătorie, sterilizare, statistică, întreținere, aprovizionare, financiar-contabil, informatică, resurse umane, pază, centrala etc.)

Pentru a se înțelege modul de captare a tuturor cheltuielilor spitalului (indirecte) și alocarea lor la nivelul centrelor de cost finale, în Tabelul IV.9 sunt prezentate sugestii de *alocare a costurilor indirecte* pe tipuri de secții (utilizate și în aplicația ExBuget 2.1, familiară spitalelor).

Tabelul IV.9. Alocarea costurilor spitalului pe tipuri de secții

Denumire cheltuieli	Se alocă la:
Hrana	A
Încălzit, iluminat și forță motrice	A, B și C
Apă, canal, salubritate	A, B și C
Carburanți și lubrefianți	A, B și C
Poștă, telefon, telex, radio, tv, telefax, internet	A
Furnituri de birou	A
Materiale de curățenie	A, B și C
Materiale și prestări servicii cu caracter funcțional	A
Piese de schimb și repararea curentă a echipamentelor	A
Alte bunuri și servicii pentru întreținere și funcționare	A
Bunuri de natura obiectelor de inventar	A
Reparații curente	A
Cărți și publicații	A
Alte cheltuieli	A
Active fixe(inclusiv reparații capitale)	A

INCDS, cu sprijinul Ministerului Sănătății, a inițiat în anul 2005 un studiu de calculare a costurilor la nivel de pacient. Detaliile despre acest demers și rezultatele intermediare sunt prezentate în capitolul 3.

6. CONTABILITATEA PUBLICĂ. SITUAȚIILE FINANCIARE

Elena Badea

Contextul general

Contabilitatea publică reprezintă sistemul informațional care cuantifică, prelucrează și prezintă informații financiare privind activitatea entității publice.

Informațiile furnizate cu privire la poziția financiară, performanța și modificarea poziției financiare a instituției, sunt utilizate pentru luarea unor decizii economice atât de către managerul instituției cât și de decidenți din exteriorul acesteia (guvern și instituțiile sale, investitori/ furnizori de bunuri și servicii, organele fiscale, organele de control intern și extern, diverse grupuri (salariați, syndicate, organizații neguvernamentale).

Măsurile luate în ultimii ani în procesul de reformă a managementului public – trecerea de la bugetul de „resurse” la un buget de „politici economice”, reevaluarea mijloacelor fixe, calcularea și înregistrarea amortizării mijloacelor fixe, introducerea operațiunilor specifice angajării, lichidării, ordonanțării și plății cheltuielilor, precum și cerințele de îmbunătățire a calității informațiilor furnizate de contabilitate prin situațiile financiare anuale, care trebuie să fie relevante, credibile și prudente, au determinat trecerea de la o contabilitate de casă orientată pe intrări (resurse – lichidități), la cea de angajamente orientată pe ieșiri (rezultate economice – angajamente).

Începând cu 1 ianuarie 2006, toate instituțiile publice au obligația, potrivit Ordinului Ministrului Finanțelor Publice (OMFP) nr.1917/2005 să aplice contabilitatea de angajamente. Trecerea la contabilitatea de angajamente a avut la bază crearea cadrului legal național, precum și cadrul internațional de reglementare privind contabilitatea instituțiilor publice.

Principalele reglementări în domeniu cuprind : completări și modificări aduse legii contabilității, elaborarea și aprobarea unei noi clasificări a indicatorilor privind finanțele publice (OMFP nr.1954/2005), elaborarea unui nou plan de conturi pentru instituțiile publice și a instrucțiunilor de aplicare a acestuia, norme metodologice privind organizarea și conducerea contabilității instituțiilor publice (OMFP nr.1917/2005).

În baza legislației generale, Ministerul Sănătății, prin Ordinul Ministrului Sănătății (OMS) nr.416/2006, a elaborat și aprobat reglementările contabile specifice domeniului sanitar, respectiv planul de conturi pentru unitățile sanitare, îndrumarul privind încadrarea principalelor categorii de cheltuieli pe titluri, articole și alineatele Clasificației indicatorilor privind finanțele publice, macheta bugetului de venituri și cheltuieli al unității sanitare.

Clasificația indicatorilor privind finanțele publice este documentul care grupează veniturile și cheltuielile bugetare într-o ordine obligatorie și după criterii unitare - veniturile pe surse (buget de stat, bugete locale, bugetul fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, venituri proprii etc.) și, în cadrul acestora pe feluri (fiscale, nefiscale, capital etc.), iar cheltuielile după natura și efectul lor economic (clasificația economică – pe titluri - cheltuieli de personal, bunuri și servicii, cheltuieli de capital și, în cadrul acestora pe articole și alienate) și după destinația lor (clasificația funcțională – pe subcapitole - asistență de

urgență prespitalicească și transport sanitar, asistența medicală în unități sanitare cu paturi, produse farmaceutice, materiale sanitare specifice și dispozitive etc. și în cadrul acestora pe paragrafe – spitale generale, spitale de specialitate etc., conform legii).

Planul de conturi este documentul care listează denumirea conturilor, cu simbolurile numerice, folosite pentru înregistrarea de către instituțiile publice a datelor financiare referitoare la operațiunile economico-financiare pe baza principiului contabilității de drepturi și obligații (de angajamente). Planul de conturi general cuprinde următoarele clase de conturi:

- clasa 1 "Conturi de capitaluri";
- clasa 2 "Conturi de active fixe";
- clasa 3 "Conturi de stocuri și producție în curs de execuție";
- clasa 4 "Conturi de terți";
- clasa 5 "Conturi la trezoreria statului și bănci comerciale";
- clasa 6 "Conturi de cheltuieli";
- clasa 7. "Conturi de venituri și finanțări".

În cadrul claselor există mai multe grupe de conturi, iar grupele sunt dezvoltate pe conturi sintetice de gradul I și II. Conturile sintetice pot fi dezvoltate în conturi analitice în funcție de specificul activității și de necesitățile proprii de informare.

Exemplu – Clasa 3 - Conturi de stocuri si producție in curs de execuție

Grupa 30 - Stocuri de materii si materiale

Cont sintetic gradul I – 302 materiale consumabile

Cont sintetic gradul II – 3029 – medicamente si materiale consumabile

30291 – medicamente

30292 – materiale sanitare

Grupa 38 - ambalaje.

Îndrumarul privind încadrarea principalelor categorii de cheltuieli pe titluri, articole și alineate – document elaborat de ordonatorii principali de credite, cu avizul Ministerului Finanțelor Publice, care asigură încadrarea unitară a cheltuielilor instituțiilor publice pe clasificarea economică.

Spitalele publice, definite potrivit Legii nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, Titlul VII- Spitalele, ca instituții publice finanțate integral din venituri proprii, își organizează și conduc contabilitatea potrivit reglementărilor generale în domeniu și celor specifice sectorului sanitar.

Sfera de aplicare și cerințe ale contabilității publice

Contabilitatea ca activitate specializată în măsurarea, cunoașterea, gestionarea și controlul activelor, datoriilor și capitalurilor proprii, precum și a rezultatelor obținute din activitate, trebuie să asigure înregistrarea cronologică și sistematică, prelucrarea, publicarea și păstrarea informațiilor privind situația financiară, performanța financiară și fluxurile de trezorerie pentru cerințele interne ale instituției și în relațiile cu investitorii prezenți și potențiali, creditorii financiari și comerciali, clienții, instituțiile publice și alți

utilizatori ai informației contabile.

Potrivit art.2, alin.2 din Legea contabilității nr.82/1991, republicată în 2005, contabilitatea publică cuprinde:

- contabilitatea veniturilor și cheltuielilor bugetare, care reflectă încasarea veniturilor și plata cheltuielilor aferente exercițiului bugetar;
- contabilitatea trezoreriei statului;
- contabilitatea generală bazată pe principiul constatării drepturilor și obligațiilor care reflectă evoluția situației financiare și patrimoniale, precum și excedentul sau deficitul patrimonial;
- contabilitatea destinată analizării costurilor programelor aprobate.

Prin înregistrarea, evaluarea, gestionarea și prelucrarea informațiilor contabilitate publică oferă informații privind:

- patrimoniul aflat în administrarea spitalului,
- execuția bugetului de venituri și cheltuieli aprobat spitalului,
- rezultatul execuției bugetare,
- rezultatul patrimonial (economic),
- costul programelor aprobate.

Rezultatul execuției bugetare se determină la finele exercițiului ca diferență între numerarul încasat (venituri încasate) și numerarul plătit (plăți efectuate) în anul bugetar și are la bază contabilitatea de fluxuri de lichidități (*cash accounting*) care reprezintă contabilitatea pe baza de numerar care recunoaște tranzacțiile și evenimentele când numerarul este încasat.

Contabilitatea veniturilor și cheltuielilor bugetare, potrivit noului plan de conturi se realizează cu ajutorul unor clase distincte de conturi deschise pe structura clasificăției bugetare. Aceste conturi vor asigura înregistrarea veniturilor încasate și a cheltuielilor efectuate, pe subdiviziunile clasificăției bugetare, potrivit bugetului aprobat și va furniza informațiile necesare întocmirii contului de execuție bugetară și a bugetului de venituri și cheltuieli.

Rezultatul patrimonial este un rezultat economic și se determină ca diferență între veniturile și cheltuielile aferente perioadei, indiferent dacă veniturile au fost încasate sau cheltuielile plătite și are la bază contabilitatea de angajamente "*accrual accounting*", care recunoaște tranzacțiile și evenimentele în momentul când o valoare economică, o creanță sau o obligație este creată, transformată, transferată sau anulată.

Exemplu: în anul 2005 veniturile au fost înregistrate în conturi numai atunci când au fost încasate, iar cheltuielile, numai atunci când au fost efectuate, fără să se aplice principiul independenței exercițiului.

În anul 2006 veniturile sunt înregistrate atunci când sunt obținute sau când se stabilește dreptul asupra venitului indiferent dacă venitul a fost încasat sau nu; cheltuielile sunt înregistrate atunci când sunt efectuate, indiferent dacă cheltuielile au fost plătite sau nu; se aplică principiul independenței exercițiului.

Înregistrarea operațiunilor economico-financiare se efectuează în conturi din cele 5 grupe recunoscute: active, datorii, capitaluri, venituri, cheltuieli.

În aplicarea noilor prevederi referitoare la contabilitatea veniturilor și cheltuielilor bugetare și la contabilitatea de angajamente, noul plan de conturi cuprinde:

- conturi bugetare – pentru reflectarea încasării veniturilor și plății cheltuielilor și determinarea rezultatului execuției bugetare (excedent sau deficit bugetar);
- conturi generale – pentru reflectarea activelor și pasivelor instituției, a cheltuielilor și veniturilor aferente exercițiului, pentru determinarea rezultatului patrimonial (excedent sau deficit patrimonial).

Atunci când operațiunile își extind efectele pe mai mulți ani, iar veniturile și cheltuielile trebuie să fie atribuite anului în care au fost realizate și pentru respectarea principiului independenței exercițiului, în noul plan de conturi sunt prevăzute conturi pentru înregistrare:

- cheltuieli în avans = anticipate - plăți înainte de a fi efectuate;
- amortizarea = repartizarea valorii pe cheltuieli pe durata de viață utilă;
- venituri în avans – anticipate – încasări înainte de a fi realizate veniturile.

Contabilitatea de angajamente prevede:

- înregistrarea valorii unei operațiuni economice în momentul constatării acesteia, momentul constatării fiind: în cazul activelor, datoriilor și capitaluri când iau naștere drepturi și obligații cu valoare economică; la venituri când au fost realizate (obținute) iar la cheltuieli când au fost efectuate, indiferent dacă au fost plătite sau nu (resursele au fost consumate utilizate);
- evaluarea: operațiunea de atribuire a unei valori monetare unei operațiuni economice;
- valoarea = costul istoric + original;
- costul este definit ca fiind prețul de schimb asociat operațiuni economice în momentul constatării;
- clasificarea – reprezintă procesul de înregistrare a unei operațiuni în conturi curente, respectiv atribuirea de conturi corespunzătoare tuturor operațiunilor care se derulează.

Referitor la contabilitatea cheltuielilor și veniturilor, instituțiilor publice le revin, potrivit legii contabilității, următoarele obligații:

- contabilitatea cheltuielilor se ține pe feluri de cheltuieli, după natura sau destinația lor, iar a veniturilor pe feluri de venituri, după natura și sursa lor.
- contabilitatea veniturilor se ține pe categorii de venituri, pe structura clasificăției funcționale, pe capitole și subcapitole de venituri iar a cheltuielilor bugetare se ține pe capitole, pe subcapitole, detaliată pe clasificăția economică. Contabilitatea analitică a plăților efective se ține pe articole și alienate în cadrul fiecărui subcapitol și capitol de cheltuieli al bugetului aprobat.;
- organizarea și conducerea evidenței angajamentelor bugetare și legale, în conformitate cu prevederile Normelor metodologice privind angajarea, lichidarea, ordonanțarea și plata cheltuielilor instituțiilor publice, precum și organizarea evidenței și raportarea angajamentelor bugetare legale, aprobate prin OMFP nr.1792/2002.

Orice cheltuială prevăzută în bugetul instituției publice va parcurge cele patru faze,

respectiv angajarea, lichidarea, ordonanțarea și plata, conform legii finanțelor publice nr.500/2002 și OMFP nr.1792/2002.

Angajamentele legale și bugetare se înregistrează în conturi în afara bilanțului (contul 8066- angajamente bugetare și, respectiv contul 8067 – angajamente legale); în contabilitatea financiară se înregistrează documentele legate de lichidare și plată. Obligațiile de plată se înregistrează atunci când se primește factura aferentă bunurilor și serviciilor ; pentru servicii concomitent cu obligația de plată se înregistrează și cheltuiala.

Contabilitatea de angajamente are ca scop înregistrarea valorii unei operațiuni economice în momentul constatării acesteia. Momentul constatării poate fi:

- în cazul activelor, datoriilor și capitaluri - când iau naștere drepturi și obligații cu valoare economică;
- venituri când au fost realizate (obținute);
- cheltuieli când au fost efectuate, indiferent dacă au fost plătite sau nu (resursele au fost consumate/ utilizate).

Evaluarea: operațiunea de atribuire a unei valori monetare unei operațiuni economice.

Valoarea = costul istoric + original.

Costul este definit ca preț de schimb asociat operațiunii economice în momentul constatării;

Clasificarea = reprezintă procesul de înregistrare a unei operațiuni în conturi curente, respectiv atribuirea de conturi corespunzătoare tuturor operațiunilor care se derulează.

Organizarea contabilității

În organizarea contabilității, potrivit prevederilor legii contabilității, instituțiilor publice, le revin următoarele obligații:

- Să organizeze și să conducă contabilitatea proprie, respectiv contabilitatea financiară și contabilitatea de gestiune adaptată la specificul activității. Răspunderea pentru organizarea contabilității revine ordonatorului de credite, respectiv managerului spitalului sau altei persoane care are obligația gestionării unității. Organizarea și conducerea contabilității se desfășoară în compartimente distincte – compartimentul financiar-contabil, condus de director economic, contabil sau altă persoană împuternicită. Persoana care îndeplinește această funcție trebuie să aibă studii economice superioare și răspunde, împreună cu personalul din subordine de organizarea și conducerea contabilității, cu respectarea prevederilor în domeniu.

Persoana care conduce compartimentul răspunde, de asemenea și de activitatea de încasare a veniturilor și de plata a cheltuielilor. Această atribuție, potrivit Legii finanțelor publice nr.500/2002 poate fi delegată altei persoane sau unor persoane care îndeplinesc această atribuție pe bază de contract.

Pentru organizarea și conducerea contabilității, instituțiile publice pot încheia contracte de prestări servicii cu societăți comerciale de expertiză contabilă sau cu persoane fizice autorizate, conform legii, potrivit sistemului achizițiilor publice.

Persoanele care răspund de organizarea și conducerea contabilității trebuie să asigure:

- organizarea și conducerea corectă și la zi a contabilității;

- organizarea și efectuarea inventarierii elementelor de activ și de pasiv, precum și valorificarea rezultatelor acestuia;
 - respectarea regulilor de întocmire a situațiilor financiare, elaborate de MFP;
 - depunerea la termen a situațiilor financiare la organele în drept;
 - păstrarea documentelor justificative, a registrelor și a situațiilor financiare;
 - organizarea contabilității de gestiune adaptate la specificul activității.
- Contabilitatea operațiunilor economico-financiare se ține în limba română și în monedă națională. Contabilitatea operațiunilor efectuate în valută se ține atât în monedă națională, cât și în valută.
 - Consemnarea oricărei operațiuni economico-financiare în momentul efectuării ei într-un document care stă la baza înregistrării în contabilitate, dobândind astfel calitatea de document justificativ, potrivit legii contabilității. Documentele justificative care stau la baza înregistrărilor în contabilitate angajează răspunderea persoanei care le-au întocmit, vizat și aprobat, precum și a celor care le-au înregistrat în contabilitate.
 - Forma de înregistrare în contabilitate „maestru-șah” :
 - registrele de contabilitate obligatorii utilizate:

Registrul-jurnal: document contabil de înregistrare cronologică și sistematică a modificării elementelor de activ și de pasiv;

Registrul-inventar: document contabil obligatoriu în care se înregistrează toate elementele de activ și de pasiv grupate în funcție de natura lor, inventariate potrivit legii;

Registrul - Cartea mare: înregistrare lunară și sistematică, prin regruparea conturilor, existența și mișcarea elementelor de activ și de pasiv, la un moment dat;

Balanța de verificare: documentul contabil utilizat pentru verificarea exactității înregistrărilor contabile, și controlul concordanței dintre contabilitatea sintetică și cea analitică. Este principalul instrument pe baza căruia se întocmesc situațiile financiare.
- Conducerea contabilității în partidă dublă cu ajutorul conturilor prevăzute în planul de conturi pentru unitățile sanitare.
 - Arhivarea, păstrarea și reconstituirea documentelor.
 - Sistemul informatic.
 - Exercițiul financiar este de 12 luni: începe la 1 ianuarie și se termină la 31 decembrie, cu excepția primului an de activitate, când acesta începe la data înființării instituției publice.

Situațiile financiare

Situațiile financiare reprezintă documentul oficial de prezentare a situației patrimoniale aflate în administrarea spitalului și a execuției bugetului de venituri și cheltuieli aprobat. Acestea se întocmesc conform normelor elaborate de Ministerul Finanțelor Publice.(MFP). Întocmirea situațiilor financiare anuale trebuie precedată de inventarierea generală a elementelor de activ și de pasiv și a celorlalte bunuri și valori aflate în gestiune, potrivit normelor emise de MFP. Ele trebuie să ofere o imagine fidelă

a activelor, datoriilor, poziției financiare (active nete/patrimoniu net/capital propriu), precum și a performanței financiare și a rezultatului patrimonial. Se semnează de conducătorul instituției și de conducătorul compartimentului financiar-contabil sau de altă persoană împuternicită să îndeplinească această funcție. Spitalele depun un exemplar din situațiile financiare trimestriale și anuale la organul ierarhic superior, la termenele stabilite de acestea.

Situațiile financiare care se întocmesc de spitale, trimestrial și anual sunt următoarele:

- bilanț,
- cont de rezultate patrimonial,
- situația fluxurilor de trezorerie
- contul de execuție a bugetului instituției publice - venituri,
- contul de execuție a bugetului instituției publice - cheltuieli,
- contul de execuție a instituțiilor publice – cheltuieli,
- plăți restante,
- situația activelor și datoriilor instituțiilor publice din administrația centrală.

Conținutul și forma situațiilor financiare se elaborează și se aprobă de MFP.

Bilanțul – este documentul contabil de sinteză prin care se prezintă elementele de activ, datorii și capitaluri proprii ale spitalului la sfârșitul perioadei de raportare.

În bilanț, elementele de natura activelor sunt prezentate în funcție de gradul crescător al lichidităților; elementele de natura datoriilor sunt prezentate în funcție de gradul crescător al exigibilității. Vezi anexa 1.

ACTIVE – activele deținute de instituție în scopul utilizării lor pe termen lung și se grupează în:

Active necurente

- active fixe necorporale - sunt active fără substanță fizică ,care se utilizează pe o perioadă mai mare de un an. Contabilitatea sintetică se ține pe categorii iar contabilitatea analitică pe feluri de active fixe necorporale(cheltuieli de dezvoltare, brevete, programe informatice);
- active fixe corporale - obiectul sau complexul de obiecte ce se utilizează ca atare și care îndeplinesc cumulativ următoarele condiții: au valoare de intrare mai mare decât limita stabilită prin Hotărâre a Guvernului (în prezent 1500 RON) și o durată normală de utilizare mai mare de un an. Contabilitatea sintetică se ține pe categorii , iar contabilitatea analitică pe fiecare obiect de evidență.(terenuri, construcții, instalații tehnice, mijloace de transport, mobilier, aparatură birotică, echipamente de protecție a valorilor umane și materiale și alte active corporale: avansuri și active fixe corporale în curs de execuție);
- active financiare - orice activ care reprezintă depozite, un instrument de capitaluri proprii, un drept contractual (titluri de participare, alte titluri imobilizate, creanțe imobilizate);
- creanțe necurente – reprezintă sume care urmează să fie încasate după o perioadă mai mare de un an.

Active curente

- activul achiziționat sau produs pentru consum propriu sau în scopul comercializării și se așteaptă să fie realizat în termen de 12 luni de la data bilanțului ;
- creanța aferentă ciclului de exploatare;
- este reprezentat de trezorerie sau echivalente de trezorerie a căror utilizare nu e restricționată.
- Se cuprind:
 - stocuri (materiale consumabile - medicamente și materiale consumabile, piese de schimb, combustibili), obiecte de inventar, materiale rezervă de stat și de mobilizare, stocurile de materii prime strategice și alte stocuri cu o importanță deosebită pentru economia națională);
 - creanțe;
 - investiții pe termen scurt;
 - casa și conturi la bănci.

Evaluarea: cost de achiziție; cost de producție; ajustări pentru prezentarea la valoarea de piață. *Stocurile* se evaluează la ieșirea din gestiune prin aplicarea uneia din metodele:

- a) metoda primului intrat-primului ieșit (FIFO);
- b) metoda costului mediu ponderat (CMP);
- c) metoda ultimului intrat – primul ieșit (LIFO).

La prezentarea în bilanț trebuie avut în vedere că stocurile nu trebuie prezentate la o valoare mai mare decât valoarea care se poate obține prin utilizarea sau vânzarea lor. În acest scop, valoarea stocurilor se diminuează până la valoarea realizabilă netă, prin reflectarea unei ajustări pentru depreciere.

Datorii – se cuprind: datorii pe termen scurt (curente) și datorii pe termen lung (necurente).

O datorie trebuie clasificată ca datorie pe termen scurt, denumită și datorie curentă, atunci când: se așteaptă să fie decontată în cursul normal al ciclului de exploatare al entității; sau este exigibilă în termen de 12 luni de la data bilanțului. Toate celelalte datorii trebuie clasificate ca datorii pe termen lung.

Capitaluri - Capitalurile unei instituții publice cuprind: fondurile, rezultatul patrimonial, rezultatul reportat, rezervele din reevaluare.

Fonduri

Fondurile unei instituții publice includ: fondul bunurilor care alcătuiesc domeniul public al statului, fondul bunurilor care alcătuiesc domeniul privat al statului, fondul bunurilor care alcătuiesc domeniul public al unităților administrativ-teritoriale, fondul bunurilor care alcătuiesc domeniul privat al unităților administrativ-teritoriale, fondul activelor fixe necorporale etc.

Rezultatul patrimonial și rezultatul reportat

Rezultatul patrimonial se stabilește la sfârșitul perioadei (lunar, sau cel mult la

întocmirea situațiilor financiare) prin închiderea conturilor de venituri și finanțări și a conturilor de cheltuieli. La începutul exercițiului, soldul contului de rezultat patrimonial de la sfârșitul anului se transferă asupra rezultatului reportat. Rezultatul reportat exprimă rezultatul patrimonial al exercițiilor financiare anterioare.

Fonduri cu destinație specială

Fondul de rezervă pentru sănătate - Se constituie în baza prevederilor legale în cota de 1% din sumele constituite la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Bugetul fondului se aproba ca anexa la legea bugetului de stat. Utilizarea fondului se stabilește prin legi bugetare anuale. Fondul de rezervă rămas neutilizat la finele anului se reportează în anul următor cu aceeași destinație

Fondul de dezvoltare a spitalului - Spitalele sunt autorizate, potrivit Legii nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, Titlul VII –Spitalele, să constituie Fondul de dezvoltare care să fie utilizat pentru procurarea de echipamente și aparatura medicală și de laborator, necesară desfășurării activității spitalului. Acest fond se constituie din: cota parte din amortizarea calculată lunar și cuprinsă în bugetul de venituri și cheltuieli, sume rezultate din valorificarea bunurilor disponibile, precum și din cele casate cu respectarea dispozițiilor legale în vigoare, sponsorizări cu destinația 'dezvoltare', o cota de 20% din excedentul bugetului de venituri și cheltuieli înregistrat la finele exercițiului financiar; sume rezultate din închiriere, în condițiile legii.

Contul de rezultat patrimonial

Contul de rezultat patrimonial exprimă performanța financiară pentru respectivul exercițiu financiar (trimestru, an) - excedent sau deficit și prezintă veniturile și finanțările spitalului, după natura sau sursa lor, indiferent dacă au fost încasate, sau nu (vezi anexa 2).

Cu ajutorul acestei situații se determină rezultatul exercițiului, ca diferență între venituri, respectiv finanțări și cheltuieli pe fiecare sursă de venit și pe total. Rezultatul exercițiului este un rezultat patrimonial, conținând angajamente și datorii neachitate.

Veniturile și cheltuielile care apar altfel decât în cursul activităților curente ale instituției publice trebuie prezentate la venituri extraordinare și cheltuieli extraordinare. Acestea rezultă din desfășurarea unor tranzacții sau evenimente ce sunt clar diferite de activitățile curente ale instituției și care, prin urmare, nu se așteaptă să se repete într-un mod frecvent sau regulat. Prin activități curente se înțeleg activitățile desfășurate de o instituție publică, pentru realizarea obiectului sau de activitate, stabilit conform regulamentelor de organizare și funcționare.

Pentru a stabili dacă un eveniment sau o tranzacție se delimitează clar de activitățile curente ale entității, se are în vedere, mai degrabă, natura elementului sau tranzacției aferente activității desfășurate în mod curent de instituție, decât frecvența cu care se așteaptă ca aceste evenimente să aibă loc.

Cheltuieli

Potrivit contabilității de angajamente, cheltuielile reflectă costul bunurilor și serviciilor utilizate în vederea realizării veniturilor precum și transferuri, aferente unei perioade de timp.

Contabilitatea cheltuielilor se ține pe grupe de cheltuieli, după natura și destinația lor.

În cadrul instituțiilor publice, contabilitatea cheltuielilor se ține în conturi distincte, după natura și destinație. Conturile de cheltuieli se dezvoltă în analitic pe structura clasificății bugetare și se închid la sfârșitul perioadei (lunar sau cel mai târziu la

întocmirea situațiilor financiare) în vederea stabilirii rezultatului patrimonial.

Reflectarea unitară a cheltuielilor efectuate de instituțiile publice pe articolele și alineatele prevăzute în Clasificația economică, se asigură cu ajutorul "îndrumarului" elaborat de către ordonatorii principali de credite, cu avizul Ministerului Finanțelor Publice.

Venituri si finanțări

Potrivit contabilității de angajamente, veniturile reprezintă impozite, taxe, contribuții și alte sume de încasat potrivit legii, precum și prețul bunurilor vândute și serviciilor prestate, după caz, aferente unei perioade de timp.

Veniturile spitalelor, potrivit Legii nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, Titlul VII Spitalele, cuprinse în proiectul bugetului de venituri și cheltuieli al instituției sanitare publice, sunt grupate astfel:

- venituri din prestări de servicii și alte activități
 - venituri din prestări de servicii,
 - venituri din valorificarea produselor obținute din activitatea proprie sau conexă
 - venituri din cercetare,
 - venituri din contractele cu casele de asigurări de sănătate,
 - alte venituri din prestări de servicii și alte activități;
- transferuri voluntare altele decât subvențiile – donații și sponsorizări, alte transferuri voluntare-venituri din bunuri primite cu titlu gratuit prin programe de sănătate, alte transferuri voluntare;
- venituri din capital;
- venituri din valorificarea unor bunuri (venituri din valorificarea unor bunuri ale instituțiilor publice, venituri din privatizare, alte venituri din valorificarea unor bunuri);
- venituri din proprietate (venituri din concesiuni și închirieri, alte venituri din proprietate);
- vânzări de bunuri și servicii;
- sume alocate cu destinație specială potrivit legii (de la bugetul local și de la bugetul de stat)
 - programe naționale de sănătate,
 - investiții, în condițiile legii,
 - reparații capitale,
 - acțiuni sanitare,
 - aparatură medicală de înaltă performanță ,
 - alte cheltuieli.

Contabilitatea veniturilor se ține pe grupe de venituri, după natura și sursa lor.

Conturile de venituri se închid la sfârșitul perioadei (lunar sau cel mai târziu la întocmirea situațiilor financiare) în vederea stabilirii rezultatului patrimonial.

Cu fondurile primite de către instituțiile publice finanțate integral din venituri proprii ca donații și sponsorizări se majorează bugetele de venituri și cheltuieli ale acestora.

Situația fluxurilor de trezorerie este documentul care prezintă existența și mișcările de numerar aflate în conturile de disponibilități ale spitalului deschise la trezoreria statului, în bănci comerciale și casieria spitalului. Fluxurile de trezorerie se urmăresc pe următoarea structură (vezi și anexa 3):

- fluxuri de trezorerie din activitatea operațională - care prezintă încasările de venituri din activitatea curentă a spitalului și plățile efectuate pentru desfășurarea acesteia;
- fluxuri de trezorerie din activitatea de investiții, care prezintă încasările și plățile rezultate din achizițiile ori vânzările de active fixe;
- fluxuri de trezorerie din activitatea de finanțare, care prezintă încasările și plățile rezultate din împrumuturi primite și rambursate, ori alte surse financiare.

Situațiile de mai sus se întocmesc distinct pentru conturile de disponibil deschise la trezoreria statului și pentru contul „Casa în lei”, precum și pentru conturile de disponibil deschise la băncile comerciale în lei și în valută și pentru contul „Casa în valută”.

Contul de execuție a bugetului de venituri și cheltuieli al spitalului este documentul în care sunt prezentate toate operațiunile financiare efectuate în exercițiul financiar curent, respectiv încasările realizate și plățile efectuate, în structura în care a fost aprobat bugetul și alte informații necesare unei bune administrări a bugetului. Se întocmește distinct, pentru venituri și pentru cheltuieli (vezi anexele 4, 5 și 6).

Contul de execuție pentru venituri oferă informații cu privire la prevederile inițiale și definitive prevăzute în bugetul de venituri și cheltuieli al spitalului, drepturi constatate – în anul curent și din anii precedenți, venituri încasate și venituri constatate de încasat la sfârșitul perioadei de raportare.

Contul de execuție a bugetului de venituri și cheltuieli al spitalului – întocmit pentru cheltuieli cuprinde informații privind cheltuielile realizate pe structura bugetului aprobat (clasificația funcțională) – credite bugetare inițiale și definitive, angajamente bugetare și angajamente legale, plăți efectuate, angajamente legale de plătit și cheltuielile efective care exprimă costuri, consumuri sau utilizări de resurse.

Contul de execuție a bugetului de venituri și cheltuieli al spitalului – pentru cheltuieli se completează cu contul de execuție a cheltuielilor detaliate pe clasificația economică.

În situația în care spitalul derulează și fonduri externe nerambursabile, acesta are obligația de a întocmi contul de execuție a bugetului fondurilor externe nerambursabile.

Rezultatul execuției bugetare se determină ca diferență între încasările realizate și plățile efectuate și exprimă gradul de îndeplinire a prevederilor bugetului de venituri și cheltuieli.

Plăți restante – cuprinde date privind plățile restante pe următoarea structură: plăți restante către furnizori (peste 30 de zile, peste 90 de zile și peste un an); plăți restante față de bugetul de stat, bugetul asigurărilor sociale de sănătate, față de asigurările sociale, față de alți creditori și dobânzi restante. Detaliile raportării plăților restante sunt prezentate în anexa 7.

Situațiile financiare prezentate mai sus se completează, potrivit reglementărilor elaborate de MFP cu situația modificărilor – creșterea sau diminuarea – în structură a

activelor / capitalurilor spitalului în anul curent ca urmare a schimbării politicilor contabile, a influențelor rezultate din reevaluarea activelor și înregistrării amortizării. Situațiile financiare sunt însoțite de anexe care conțin politici contabile și note explicative.

Principiile contabile general acceptate care stau la baza evaluării elementelor prezentate în situațiile financiare, conform contabilității de angajamente sunt:

- *Principiul continuității activității* - presupune ca instituția publică își continuă în mod normal funcționarea, fără a intra în stare de desființare sau reducere semnificativă a activității.
- *Principiul permanenței metodelor* - metodele de evaluare trebuie aplicate în mod consecvent de la un exercițiu financiar la altul.
- *Principiul prudenței* - evaluarea trebuie făcută pe o bază prudentă.
- *Principiul contabilității pe bază de angajamente* - efectele tranzacțiilor și ale altor evenimente sunt recunoscute atunci când tranzacțiile și evenimentele se produc și nu pe măsură ce numerarul sau echivalentul sau este încasat sau plătit și sunt înregistrate în evidențele contabile și raportate în situațiile financiare ale perioadelor de raportare. Situațiile financiare întocmite în baza acestui principiu oferă informații nu numai despre tranzacțiile și evenimentele trecute care au determinat încasări și plăți dar și despre resursele viitoare, respectiv obligațiile de plată viitoare. Acest principiu se bazează pe independența exercițiului, potrivit căruia, toate veniturile și toate cheltuielile se raportează la exercițiul la care se referă, fără a se ține seama de data încasării veniturilor, respectiv data plății cheltuielilor.
- *Principiul evaluării separate a elementelor de activ și de datorii* – componentele elementelor de activ sau de datorii trebuie evaluate separat.
- *Principiul intangibilității* - bilanțul de deschidere pentru fiecare exercițiu financiar trebuie să corespundă cu bilanțul de închidere al exercițiului financiar precedent.
- *Principiul necompensării* - orice compensare între elementele de activ și de datorii sau între elementele de venituri și cheltuieli este interzisă, cu excepția compensărilor între active și datorii permise de reglementările legale, numai după înregistrarea în contabilitate a veniturilor și cheltuielilor la valoarea integrală.
- *Principiul comparabilității informațiilor* - elementele prezentate trebuie să dea posibilitatea comparării în timp a informațiilor.
- *Principiul materialității* (pragului de semnificație) - orice element care are o valoare semnificativă trebuie prezentat distinct în cadrul situațiilor financiare iar elementele cu valori ne semnificative dar care au aceeași natură sau au funcții similare trebuie însumate și prezentate într-o poziție globală. Un element patrimonial este considerat semnificativ dacă omiterea sa ar influența în mod vădit decizia utilizatorilor situațiilor financiare. Principiul prevalenței economicului asupra juridicului (realității asupra aparenței) - Informațiile contabile prezentate în situațiile financiare trebuie să fie credibile, să respecte realitatea economică a evenimentelor sau tranzacțiilor, nu numai forma lor juridică.

Abaterile de la principiile generale prezentate mai sus pot fi efectuate în cazuri excepționale. Astfel de abateri trebuie prezentate în notele explicative, precum și motivele

care le-au determinat, împreună cu o evaluare a efectului acestora asupra valorii activelor, datoriilor, poziției financiare și a rezultatului patrimonial.

Politici contabile

Aplicarea reglementarilor contabile elaborate de MFP presupune stabilirea unui set de proceduri de către conducerea fiecărei instituții publice pentru toate operațiunile derulate, pornind de la întocmirea documentelor justificative până la întocmirea situațiilor financiare trimestriale și anuale. Aceste proceduri trebuie elaborate de către specialiști în domeniul economic și tehnic, cunoscători ai specificului activității desfășurate și ai strategiei adoptate de instituție. La elaborarea politicilor contabile trebuie respectate principiile de baza ale contabilității de angajamente.

Politicele contabile trebuie elaborate astfel încât să se asigure furnizarea, prin situațiile financiare, a unor informații care trebuie să fie: relevante pentru nevoile utilizatorilor în luarea deciziilor economice și credibile, în sensul că:

- reprezintă fidel rezultatul patrimonial și poziția financiară a instituției publice;
- sunt neutre;
- sunt prudente;
- sunt complete sub toate aspectele semnificative. Modificările politicii contabile sunt permise doar dacă sunt cerute de lege sau au ca rezultat informații mai relevante sau mai credibile referitoare la operațiunile instituției publice. Aceasta trebuie menționată în notele explicative.

Notele explicative la situațiile financiare conțin informații referitoare la metodele de evaluare a activelor, precum și orice informații suplimentare care sunt relevante pentru necesitățile utilizatorilor, în ceea ce privește poziția financiară și rezultatele obținute, se vor dezvolta prin precizări pentru întocmirea situațiilor financiare.

Reguli generale de evaluare

Pentru evaluarea elementelor din bilanț, se stabilesc următoarele reguli:

- Evaluarea la data intrării în instituția publică:

La data intrării în patrimoniu bunurile se evaluează și se înregistrează în contabilitate la valoarea de intrare, denumită valoare contabilă (costul istoric), care se stabilește astfel:

- la cost de achiziție - pentru bunurile procurate cu titlu oneros;
- la cost de producție - pentru bunurile produse în instituție;
- la valoarea justă - pentru bunurile obținute cu titlu gratuit.

Costul de achiziție al bunurilor cuprinde: prețul de cumpărare, taxele de import și alte taxe (cu excepția acelor pe care instituția publică le poate recupera de la autoritățile fiscale), cheltuielile de transport, manipulare și alte cheltuieli care pot fi atribuite direct achiziției bunurilor respective. Reducerile comerciale acordate de furnizor nu fac parte din costul de achiziție.

Costul de producție al unui bun cuprinde: costul de achiziție al materiilor prime și materialelor consumabile și cheltuielile de producție direct atribuite bunului.

Valoarea justă a unui bun reprezintă suma pentru care un activ ar putea fi schimbat de buna voie între două părți aflate în cunoștință de cauză, în cadrul unei tranzacții cu prețul determinat obiectiv. Pentru bunurile care au valoare de piață, valoarea justă este identică valorii de piață.

Evaluarea elementelor de activ și pasiv cu ocazia inventarierii se face la valoarea actuala a fiecărui element, denumită valoare de inventar, stabilită în funcție de utilitatea bunului, starea acestuia și prețul pieței, conform normelor emise în acest scop de Ministerul Finanțelor Publice.

La încheierea exercițiului financiar, elementele de activ și de pasiv de natura datoriilor se evaluează și se reflectă în situațiile financiare anuale la valoarea de intrare, pusă de acord cu rezultatele inventarierii.

- pentru elementele de pasiv de natura datoriilor, diferențele constatate în plus între valoarea de inventar și valoarea de intrare se înregistrează în contabilitate, pe seama elementelor corespunzătoare de datorii.
- La fiecare dată a bilanțului:
 - elementele monetare exprimate în valută (disponibilități și alte elemente asimilate, cum sunt acreditivale și depozitele bancare, creanțe și datorii în valută) trebuie evaluate și raportate utilizând cursul de schimb comunicat de Banca Națională a României, valabil la data încheierii exercițiului financiar. Diferențele de curs valutar, favorabile sau nefavorabile, între cursul de la data înregistrării creanțelor sau datoriilor în valută sau cursul la care au fost raportate în situațiile financiare anterioare și cursul de schimb de la data încheierii exercițiului financiar, se înregistrează la venituri sau la cheltuieli financiare, după caz;
 - pentru creanțele și datoriile, exprimate în lei, a căror decontare se face în funcție de cursul unei valute, eventualele diferențe favorabile sau nefavorabile, care rezulta din evaluarea acestora se înregistrează la venituri sau cheltuieli financiare.
 - elementele nemonetare achiziționate cu plata în valută și înregistrate la costul istoric (active fixe, stocuri) trebuie raportate utilizând cursul de schimb de la data efectuării tranzacției;
 - elementele nemonetare achiziționate cu plata în valută (active fixe, stocuri) și înregistrate la valoarea justă trebuie raportate utilizând cursul de schimb existent la data determinării valorilor respective.

Prin elemente monetare se înțeleg disponibilitățile bănești și activele/ datoriile de primit/de plătit în sume fixe sau determinabile.

- Evaluarea la data ieșirii din unitate - la ieșirea din instituție sau la darea în consum, bunurile se evaluează și se scad din gestiune la valoarea lor de intrare.

Glosar de termeni contabili

Activul reprezintă o resursă controlată de către instituția publică ca rezultat al unor evenimente trecute, de la care se așteaptă să genereze beneficii economice viitoare pentru instituție și al cărui cost poate fi evaluat în mod credibil.

Datoria este o obligație actuala a instituției publice ce decurge din evenimente trecute și prin decontarea căreia se așteaptă să rezulte o ieșire de resurse care încorporează beneficii economice.

Capitalul propriu reprezintă interesul rezidual al statului sau unităților administrativ-teritoriale, în calitate de proprietari ai activelor unei instituții publice după deducerea tuturor datoriilor. Capitalurile proprii se mai numesc și active nete sau patrimoniu net și se determina ca diferența între active și datorii

Angajament bugetar - orice act prin care o autoritate competentă, potrivit legii, afectează fonduri publice unei anumite destinații, în limita creditelor bugetare aprobate.

Angajament legal - fază în procesul execuției bugetare reprezentând orice act juridic din care rezultă sau ar putea rezulta o obligație pe seama fondurilor publice.

Articol bugetar - subdiviziune a clasificăției cheltuielilor bugetare, determinată în funcție de caracterul economic al operațiunilor în care acestea se concretizează și care desemnează natura unei cheltuieli, indiferent de acțiunea la care se referă.

Autorizare bugetară - aprobare dată ordonatorilor de credite de a angaja și/sau de a efectua plăți, într-o perioadă dată, în limita creditelor bugetare aprobate.

Buget - document prin care sunt prevăzute și aprobate în fiecare an veniturile și cheltuielile sau, după caz, numai cheltuielile, în funcție de sistemul de finanțare a instituțiilor publice.

Cheltuieli bugetare - sumele aprobate în buget, în limitele și potrivit destinațiilor stabilite prin bugetele respective.

Clasificație bugetară - gruparea veniturilor și cheltuielilor bugetare într-o ordine obligatorie și după criterii unitare.

Clasificație economică - gruparea cheltuielilor după natura și efectul lor economic.

Clasificație funcțională - gruparea cheltuielilor după destinația lor pentru a evalua alocarea fondurilor publice unor activități sau obiective care definesc necesitățile publice.

Contabil - denumire generică pentru persoana și/sau persoanele care lucrează în compartimentul financiar-contabil, care verifică documentele justificative și întocmesc instrumentele de plată a cheltuielilor efectuate pe seama fondurilor publice.

Compartimentul financiar-contabil - structură organizatorică din cadrul instituției publice, în care este organizată execuția bugetară (serviciu, birou, compartiment).

Excedent bugetar - parte a veniturilor bugetare ce depășește cheltuielile bugetare într-un an bugetar.

Execuție bugetară - activitatea de încasare a veniturilor bugetare și de efectuare a plății cheltuielilor aprobate prin buget.

Execuția de casă a bugetului - complex de operațiuni care se referă la încasarea veniturilor și plata cheltuielilor bugetare.

Exercițiu bugetar - perioada egală cu anul bugetar pentru care se elaborează, se aprobă, se execută și se raportează bugetul.

Lichidarea cheltuielilor - fază în procesul execuției bugetare în care se verifică existența angajamentelor, se determină sau se verifică realitatea sumei datorate, condițiile de exigibilitate ale angajamentului, pe baza documentelor justificative care să ateste operațiunile respective.

Ordonanțarea cheltuielilor - fază în procesul execuției bugetare în care se confirmă că livrările de bunuri și de servicii au fost efectuate sau alte creanțe au fost verificate și că plata poate fi realizată.

Plata cheltuielilor - fază în procesul execuției bugetare reprezentând actul final prin care instituția publică achită obligațiile sale față de terți.

7. STRUCTURA UNUI PLAN DE ÎMBUNĂȚĂȚIRE A MANAGEMENTULUI SPITALULUI

Constanța Mihăescu-Pinția

Prezentăm în final elementele unui plan *orientativ* de îmbunătățire a managementului spitalului, în cadrul căruia indicatorii financiari joacă un rol foarte important.

I. Analiza de situație

- Prezentarea cadrului general: caracteristicile populației deservite, demografie, indicatori ai stării de sănătate, nevoile specifice pentru servicii spitalicești
- Prezentarea și analiza critică a situației spitalului
 - i. misiunea și viziunea organizației, valori
 - ii. capacitate, structură, dotare, personal, resurse
 - iii. analiza activității clinice (inclusiv pe DRG la spitalele de îngrijiri pentru acuzi)
 - iv. situația financiară (referință anul 2005/6)
 - v. principalele probleme, pe tipuri, cu identificarea cauzelor
 - vi. analiza SWOT
 - vii. acțiuni (întreprinse sau în derulare) de restructurare, eficientizare, modernizare
- Diagrama legislativă actuală relevantă pentru spital
- Concluzii.

II. Plan de îmbunătățire

- Scop, obiective strategice
- Obiective de etapă, pentru anul în curs
- Activități propuse pe termen scurt, mediu și lung pentru atingerea obiectivelor
- Responsabilități, transformarea propunerilor în plan de management
 - Planul activităților, cu descriere și grafic Gantt
 - Planul financiar, pe activități și secții.
- Principalii indicatori de performanță – nivel actual și nivel țintă pentru etapele următoare, cu comparații relevante
 - Indicatori de capacitate
 - Indicatori de management al resurselor umane
 - Indicatori ai activității clinice
 - Indicatori de utilizare a serviciilor
 - Indicatori economico-financiari
 - Indicatori ai calității serviciilor (vezi capitolul VI).

În final, nu uitați că, pentru un bun management financiar:

- E nevoie de o bună cunoaștere a organizației
- Colaborați permanent cu managerul financiar
- Implicați-vă personalul în planificarea financiară
- Programați cheltuielile pe surse de venit și alegeți atent furnizorii
- Atrageți mai multe surse de finanțare
- Cunoașterea cadrului legislativ
- Cultivați relațiile cu finanțatorii/donatorii și clienții
- Fundamentați deciziile cu informațiile financiare
- Eficiența! Corelați rezultatele activității cu consumurile
- Informați și responsabilizați personalul
- Integrați planul financiar (valori, misiune, obiective organizație)
- *Exemplul personal de management.*

BIBLIOGRAFIE

1. Dragomirișteanu A., Radu P., Mihăescu C., BUtu C. și alții, INCDS. Economie sanitară și management financiar. Ed. Rao, București 2003
2. European Observatory on Health Systems and Policies. Health Care Systems in Transition - Austria, Cehia, Elveția, Franța, Germania, Marea Britanie, Norvegia, Polonia, Slovacia, Suedia. 1999-2001
3. Mihăescu-Pinția C., Vladu C. Calculul costurilor unitare în serviciile medicale și sociale. Ghid metodologic. INCDS-GRASP, 2004. www.grasp.ro
4. Mihăescu-Pinția C. Metodologie de calculare a costurilor spitalicești la nivel de pacient. Management în Sănătate, anul VIII, nr.4, 2005.
5. Radu P., Palas C., Sava D., și alții. Creșterea eficienței și îmbunătățirea calității îngrijirilor într-un spital. Raport final Proiect DRG Cluj, cap. Contabilitatea costurilor și Îmbunătățirea calității. IMSS 2001.
6. Tufănar, C. 2005. Analiza politicilor din domeniul sănătății (I). Management în sănătate, anul IX, nr.3, p. 23-27
7. Zelman, W.N., McCue, M.J., Millikan, A.R. 2000. Financial management of health care organizations: an introduction to fundamental tools, concepts and applications. Blackwell, MA, USA
8. WHO Report. Improving health system performance 2000
9. *** Legea 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, titlul VII Spitalele
10. *** Legea contabilității nr.82/1999, republicată în 2005 (M.O.nr.48/2005)
11. *** Legea privind finanțele publice nr.500/2002
12. *** O.M.F.P. nr.1792/2002 privind angajarea, lichidarea,ordonanțarea și plata cheltuielilor instituțiilor publice, precum și organizarea, evidențierea și raportarea angajamentelor bugetare legale
13. *** O.M.F.P. nr. 1954/2005 pentru aprobarea clasificăției indicatorilor privind finanțele publice
14. *** O.M.F.P nr.1917/2005 pentru aprobarea Normelor metodologice privind conducerea contabilității instituțiilor publice, planul de conturi pentru instituțiile publice și instrucțiunile de aplicare a acestuia
15. *** O.M.S. nr.414/2006 privind reglementări contabile specifice domeniului sanitar;
16. DHA Australia. 2003. Hospital Reference manual. www.health.gov.au/casemix
17. INCDS. Rapoartele ale indicatorilor morbidității spitalizate în România, 2004 și 2005. www.drg.ro
18. WHO, Regional Office for Europe. Health for all database <http://data.euro.who.int/hfadb>

V. MANAGEMENTUL RESURSELOR UMANE

Dr. Mona Moldovan

1. ROLUL ȘI IMPORTANȚA MANAGEMENTULUI RESURSELOR UMANE ÎN SĂNĂTATE

1.1 Ce este managementul resurselor umane?

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

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

1.2. Valoarea managementului resurselor umane pentru organizație

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

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

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

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

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

1.3. Managementul resurselor umane din sănătate

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

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

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

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

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

- lipsa de motivare a personalului,

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

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

1.4 Evaluarea performanței MRU în sănătate

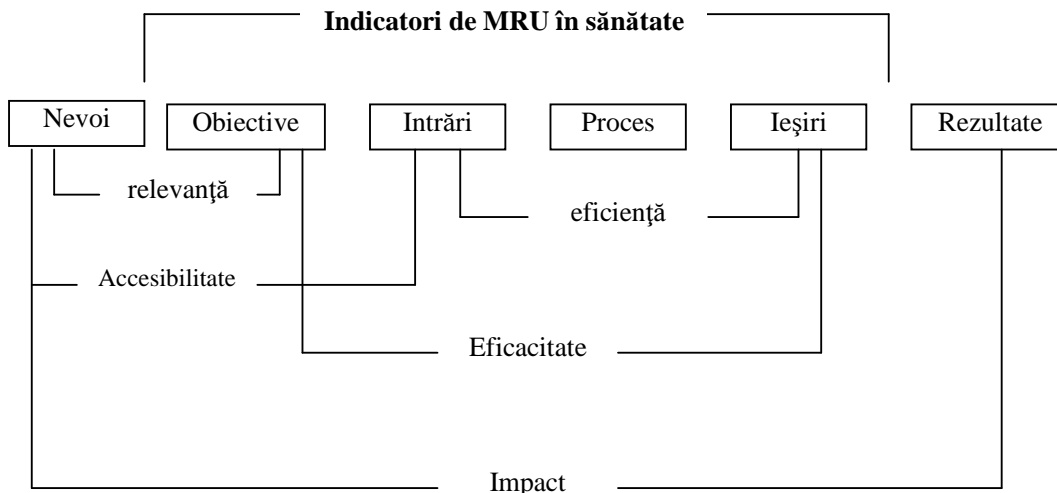
Importanța măsurării performanței în serviciile de sănătate a fost subliniată de necesitatea cuantificării reformelor efectuate în sănătate, și de evaluarea impactului acestora asupra serviciilor oferite. Pentru obținerea unei reforme reale în sistemul de sănătate este important să se acționeze și asupra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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

- rata născuților vii raportată la numărul de moașe,

- rata de mortalitate raportată la numărul personalului de îngrijire.

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

2. PROCESUL DE PLANIFICARE A RESURSELOR UMANE

2.1. Definirea procesului de planificare a resurselor umane

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

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

2.2 Etapele procesului de planificare a resurselor umane

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

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

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

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

3. Analiza utilizării prezente a resurselor umane:

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

4. Analiza mediului extern al instituției

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Factorii care afectează oferta de forță de muncă

Există mulți factori care afectează oferta de forță de muncă, dar, în general, ei pot fi împărțiți în două mari categorii: cei asupra cărora angajatorii au foarte puțin control (factori externi) și aceia pe care angajatorii îi pot influența în mod direct (factori interni).

2.3.1 Factorii externi includ:

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

a. Forța de muncă potențială

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

b. Schimbările demografice

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

c. Tendințele sociale

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

d. Mobilitatea forței de muncă

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

e. Competiția pe piața forței de muncă

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

f. Posibilitățile de transport

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

2.3.2 Factorii interni includ:

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

a. Nivelul de salarizare

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

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

b. Statutul oferit

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

c. Satisfacția muncii

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

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

d. Condițiile de muncă

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

e. Posibilitățile de dezvoltare ulterioară

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

2.3.3 Factorii care influențează cererea de personal sanitar

Cererea de personal sanitar este în mare măsură influențată de cererea de servicii de

sănătate, ambele depinzând de mai mulți factori:

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

1. Numărul și structura populației

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

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

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

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

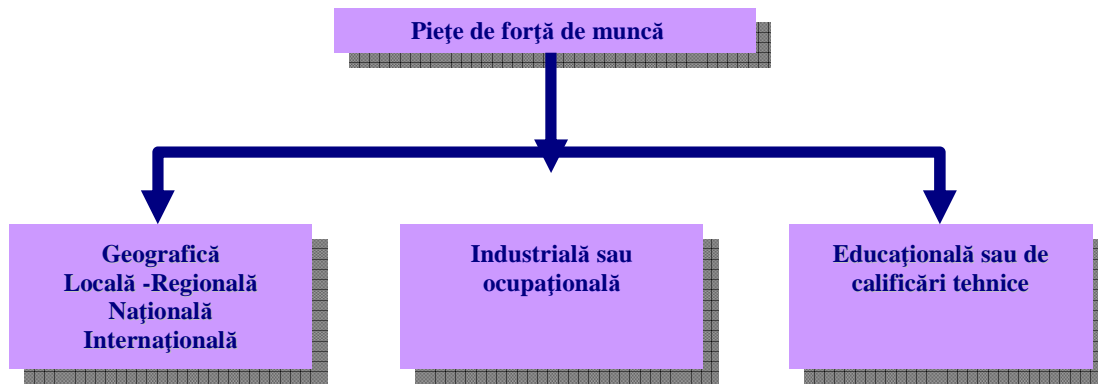
3. Schimbările în practica medicală

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

3. RECRUTAREA ȘI SELECTAREA RESUSELOR UMANE

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

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



Sursa: după Charlie Cook - 2003 Southwestern College Publishing

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

3.1 Etapele procesului de recrutare a resurselor umane

Procesul de recrutare cuprinde 4 stadii principale:

1. planificarea recrutării

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

2. stabilirea responsabilităților organizaționale

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

3. stabilirea deciziilor organizaționale

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

4. Stabilirea metodelor de recrutare

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

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

Figura V.3 Componentele principale ale unui anunț de recrutare

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

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

4. PROCESUL DE SELECȚIE A RESURSELOR UMANE

4.1 Importanța procesului de selecție a resurselor umane

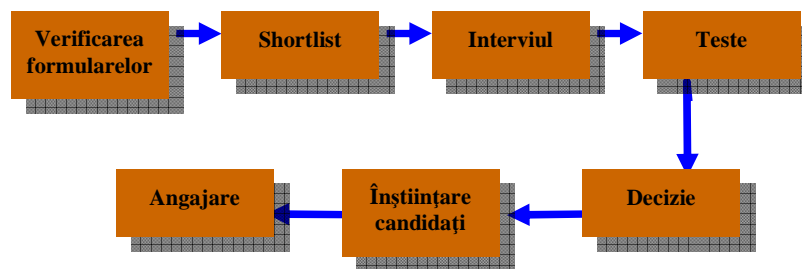
Aproape toate funcțiile managementului resurselor umane se exercită asupra doar asupra personalului din interiorul organizației; în afară de două: recrutarea și selectarea de personal. Dacă recrutarea pune în valoare latura de "marketing" a managementului resurselor umane, funcția de selectare este una dintre cele mai importante. Înseamnă a găsi persoanele a căror competență, ale căror aspirații și interese coincid cu nevoile și obiectivele organizației. De aceea, un bun proces de selecție nu începe doar prin evidențierea nevoilor de personal ale organizației și a posturilor libere existente, ci și prin definirea foarte realistă a calificărilor necesare pentru ocuparea acestor posturi. Este dăunătoare și costisitoare atât angajarea unor persoane subcalificate cât și a unora supracalificate. Acestea din urmă se consideră subutilizate, intervine sentimentul de plictiseală care generează mai departe o întreagă serie de probleme, de la neatenție în muncă la superficialitate, discuții cu colegii, conducând în final la deteriorarea climatului organizațional.

4.2 Etapele procesului de selecție a resurselor umane

Procesul de selecție a resurselor umane cuprinde mai multe etape:

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

Figura V.4 Etapele procesului de selecție a resurselor umane



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

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

4.2.1 Formularele de solicitare a postului

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

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

4.2.1.1 Curriculum vitae

Curriculum vitae nu este preformat și reprezintă o “descriere proprie a

candidatului asupra istoriei personale, în relație cu munca sa” (Cole, 1993). Prezintă combinația dintre informațiile de rutină (vârstă, statut marital, educație, calificare, relații profesionale) și informațiile personalizate (evoluția profesiei, interese personale, motivații, experiență anterioară), și reprezintă un sprijin în interviul interactiv ulterior.

4.2.1.2 Recomandările

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

4.2.1.3 Referințele

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

4.3 Interviul de selecție

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

- **potențialul de a culege informații:** interviul constituie un mijloc rapid și flexibil pentru culegerea de informații; dacă este desfășurat în mod corespunzător, datorită faptului că ia în considerație o paletă largă de factori, poate deveni foarte util; în plus, o serie întreagă de informații despre solicitant, provenite din diverse surse cum ar fi curriculum vitae, referințe, scrisori de intenție etc., pot fi discutate cu acesta și înlăturate eventualele nelămuriri;
- **potențialul de a oferi informații:** angajatorul are ocazia să ofere mai multe detalii despre instituția sa ca și despre postul în sine; solicitantul are ocazia să pună întrebări și să-și satisfacă nevoia de informații în privința organizației în care intră;
- **aspectele umane.** în cursul interviului poate fi făcută o evaluare superficială a compatibilității dintre oameni care vor lucra împreună; după cum sublinia și Lopez, din punctul de vedere al solicitantului, organizația care desfășoară interviuri îi face o impresie bună; nu este doar testat ca la școală, ci există niște persoane din organizație care îi consacră o parte din timpul lor; iar posibilitatea de a pune întrebări despre organizația în care dorește să intre îi dă solicitantului impresia că el este de fapt cel care face alegerea.

4.3.1 Funcțiile interviului de selecție

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

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

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

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

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

4.3.2 Tipuri de interviuri de selecție

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

A) după gradul de structurare al interviului:

1. **interview structurat** – cu întrebări prestabilite, care se aseamănă foarte mult cu un chestionar la care solicitantul răspunde oral; este utilizat în special pentru posturile care necesită puțină educație și calificare, care nu cer în mod special anumite caracteristici ale personalității;
2. **interview semi-structurat** – în care sunt fixate dinainte unele întrebări de bază, ele servind ca jaloane pentru fluxul discuției; oricum interviewerul nu este încorsetat de aceste întrebări ci poate purta și o discuție liberă cu solicitantul în alte arii de interes;
3. **interview nestructurat** – decurge ca o discuție liberă; în avans, interviewerul își fixează anumite puncte care trebuie atinse în timpul discuției fără a formula apriori întrebări.

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

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

B) În funcție de numărul interviewerilor.

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

- ***Interviul individual*** – este varianta de interviu în care candidatul discută cu un singur interviewer. Avantajul major al acestui tip de interviu este că se poate stabili foarte repede o atmosferă deschisă, raporturi de amabilitate și de încredere. Este foarte avantajos pentru candidat, care trebuie să-și concentreze atenția asupra unui singur vorbitor, ceea ce este mai puțin stresant pentru el, decât a avea de-a face cu mai mulți intervieweri deodată. Principalul dezavantaj al acestui tip de interviu este că organizația lasă pe seama unui singur om responsabilitatea selecției candidaților în acest moment al procesului care, după cum am subliniat, este unul foarte important. Un alt dezavantaj major al acestui tip de interviu este suspiciunea permanentă care planează asupra interviewerului, aceea de favorizare a unuia dintre candidați – așa-numitul nepotism. Pentru a exclude aceste dezavantaje există o variantă a acestui tip de interviu – ***secvența de interviuri***. Aceasta constă dintr-o suită de interviuri cu un singur interviewer. În companiile și instituțiile mari din țările vest-europene și S.U.A, interviul, ca metodă de selecție a personalului, este format dintr-o secvență de interviuri: interviul inițial de triere (care este mai scurt, este bine structurat și conține de obicei un set de întrebări standard) și interviul propriu-zis care, la rândul lui, poate îmbrăca mai multe aspecte.
- ***interviul cu un grup de intervieweri*** - acesta constă în interviuarea candidatului de către un grup (comisie) din cadrul organizației. Există și aici mai multe variante și anume ***interviul panel*** (interviewerii sunt în număr de trei sau patru) și ***interviul de consiliu (board)*** în care interviewerii sunt în număr de la opt în sus (acest tip de interviu se utilizează în selectarea persoanelor pentru funcțiile cele mai înalte ierarhic dintr-o mare companie). Ne vom referi aici la interviul panel care este frecvent utilizat; din grupul de intervieweri fac parte de obicei: reprezentantul departamentului de resurse umane, șeful direct al postului vizat, șeful de departament etc. În acest tip de interviu se stabilește un șef de comisie, care va conduce discuțiile și care va da pe rând cuvântul membrilor panelului. Acest tip de interviu elimină toate dezavantajele tipului anterior și are ca principale două avantaje posibilitatea de a se lua hotărâri rapide și o creștere a validității interviului prin confruntarea

mai multor păreri în privința unui candidat. Dezavantajul major îl constituie faptul că este mai stresant pentru candidat și, cu toate eforturile conducătorului panelului, atmosfera este mai rece, mai rigidă și mai formală decât la interviul cu o singură persoană.

4.4 Testarea

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

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

5. ANALIZA POSTULUI

5.1 Definire

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

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

5.2 Importanța analizei postului:

- a) validează metodele utilizate în luarea deciziilor privind angajarea;
- b) ajută atât managerul cât și angajatul în definirea responsabilităților și sarcinilor angajatului;
- c) servește ca ghid de referință în deplasarea angajatului la locul potrivit;
- d) apreciază timpul necesar efectuării unei activități de către angajat;
- e) oferă celor ce doresc să se angajeze informații realiste în ceea ce privește: sarcina de lucru, responsabilitățile, cerințele privind postul;
- f) oferă justificări existenței postului și locului acestuia în organizație;
- g) identifică interrelațiile dintre șefi și subordonați precum și conexiunile dintre posturi cu responsabilități corelate ;
- h) oferă o ghidare schimbărilor ce survin în planul de muncă;
- i) determină importanța relativă a activităților care mențin echitatea internă și

- externă a retribuirii;
- j) oferă informații selective privind procesul decizional al angajării;
 - k) servește ca bază de stabilire a unor programe de dezvoltare profesională (*career development*);
 - l) identifică excesul de angajați în cazul modificării numărului de angajați (de exemplu, când două instituții se unesc);
 - m) constituie un ghid de referință pentru șefii de compartimente, departamente, secții, sau specialiștii în resurse umane, pentru a identifica motivațiile angajaților care părăsesc un loc de muncă, sau în caz că aceștia ar dori să se angajeze în altă parte.

5.3 Metode utilizate în analiza postului:

Pentru realizarea acestui proces sunt utilizate mai multe metode:

1. observația directă

Dezavantajele principale ale acestei metode sunt:

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

Dezavantajele acestei metode sunt:

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

2. interviu cu managerul imediat superior

Dezavantajele acestei metode sunt:

- acesta poate să nu fie întotdeauna la curent cu detaliile activității desfășurate
- acesta este de multe ori influențat în descrierea postului de impresia pe care o are despre deținătorul actual al postului
- acesta poate exagera importanța și responsabilitățile aferente unui post aflat în subordinea sa, în scopul creșterii propriei importanțe

3. studierea echipamentelor și uneltelor de lucru

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

4. utilizarea de studii și anchete anterioare pe această temă

Acestea sunt foarte utile întrucât oferă un cadru general, care se poate îmbogăți cu

informații la zi despre activitatea desfășurată.

5. utilizare de chestionare administrate deținătorului postului

Dezavantajele acestei metode sunt:

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

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

5.4. Fișa postului

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

5.4.1 Elementele fișei postului:

Orice fișă trebuie să conțină ca parte introductivă următoarele elemente:

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

Urmează apoi detalierea următoarelor aspecte:

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

- responsabilități profesionale; atenție mare trebuie acordată în cazul în care există tehnologie în schimbare, ca urmare și aceste responsabilități pot suferi modificări;
- responsabilități administrative și de personal
- responsabilități ce vizează calitatea muncii depuse.
- limitări la nivelul responsabilităților sau activităților (de exemplu dacă sunt responsabilități de gestiune sau bugetare);

9. mențiuni speciale (confidențialitate, calificări necesare);

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

Ca atare, orice post dintr-o organizație va avea o asemenea fișă, care oferă atât managerului dar și angajaților punct de sprijin în cunoașterea responsabilităților înscrise în

cadrul unui post. În plus, după cum menționam, această fișă este un suport pentru toate activitățile din managementul resurselor umane de la planificare la evaluarea performanței și remunerare.

6. ANGAJAREA PERSONALULUI

6.1 Definiție și rol

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

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

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

6.2 Instalarea pe post

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

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

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

- prezentare sumară a valorilor și activităților principale ale organizației
- prezentare a structurii organizației, a celor care dețin autoritatea și a diferitelor responsabilități care revin membrilor organizației (departamentului)
- Prezentarea politicii de personal adoptate de organizație: clauzele și condițiile

de angajare, orarul de activitate, spațiul de lucru, procedurile disciplinare și de soluționare a reclamațiilor și revendicărilor, convențiile colective (dacă există) drepturile la concedii plătite, drepturile salariale și sistemul de plată, etc.

6.3 Metode de integrare profesională

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

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

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

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

7. PREGĂTIREA PROFESIONALĂ

7.1 Definiție

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

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

sunt următoarele:

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

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

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

7.2 Necesitatea de pregătire profesională

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

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

7.3 Metode de planificare și organizare a pregătirii profesionale

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

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

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

- a) analiza postului;
- b) stabilirea standardelor de performanță pentru postul respectiv;

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

7.4 Evaluarea nevoilor de pregătire

Nevoia de pregătire profesională poate apărea în două situații:

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

7.5 Metode generale de pregătire profesională a angajaților

- 1. Pregătirea profesională la locul de muncă, care se realizează prin instruire sau ucenicie
- 2. Pregătirea profesională în scopul îndeplinirii responsabilităților funcției
 - participarea în grup la elaborarea de proiecte, lucrări și studii
 - delegarea sarcinilor
 - înlocuirea temporară a șefului ierarhic
- 3. Rotația pe posturi
- 4. Participarea în grupuri eterogene de lucru
- 5. Participarea ca instructor la programe de pregătire
- 6. Participarea la ședințe
- 7. Participarea la “comitete junior”

8. DEZVOLTAREA RESURSELOR UMANE

8.1 Definiție

Dezvoltarea profesională, are, spre deosebire de pregătire, drept obiectiv însușirea

de cunoștințe utile atât în raport cu poziția actuală, cât și cu cea viitoare, și, foarte important, se bazează pe pre existența unor cunoștințe de bază în domeniu.

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

8.2 Metode de dezvoltare profesională

Cele mai cunoscute și utilizate metode de dezvoltare profesională sunt:

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

8.2.1 Proiectul organizațional

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

- planul strategic al organizației,
- codul etic,
- filozofia managerială,
- filozofia de îngrijire a pacienților,
- obiective anuale,
- proiecte de calitate totală,
- servicii noi.

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

- suscită o reflecție și o afirmare a misiunii și a valorilor fundamentale ale organizației;
- face loc participării unui număr mare de persoane implicate;
- este pilotat și recunoscut de direcția organizației;

- este conceput de așa manieră încât să permită fiecărui individ și fiecărei unități să se identifice cu acest proiect;
- prezintă scopuri stimulative.

8.2.2. Informația

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

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

8.2.3. Participarea

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

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

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

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

8.2.4. Valorizarea resurselor umane

A valoriza pe cineva înseamnă a acorda o valoare particulară unei persoane pentru ceea ce face și pentru rezultatul acțiunilor sale. Orice persoană dorește să fie apreciată la

justa sa valoare de către anturajul său și să se simtă recunoscută ca atare. Acest sentiment contribuie puternic la menținerea unei stime de sine pozitive și incită la angajarea și găsirea de satisfacții la locul de muncă. Este demonstrat faptul că cea mai mare importanță o are pentru un angajat părerea despre el a managerului său imediat. Dacă acesta îl devalorizează, este foarte probabil ca angajatul să furnizeze o performanță scăzută.. Este ceea ce se numește efectul Pygmalion.

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

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

Principalele mijloace organizaționale de valorizare sunt:

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

8.2.5. Un mediu care favorizează dezvoltarea

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

- Comportă așteptări și obiective clare
- Comportă responsabilități la latitudinea adecvată pentru a putea fi asumate
- Este stimulant
- Este supervizat de un lider mobilizator
- Comportă un mediu și instrumente de lucru adecvate
- Valorizează educația continuă

8.2.6. Orientarea

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

- primirea sau orientarea generală în organizație

- orientarea specifică în departamentul sau secția de lucru
- orientarea specifică pe post

8.2.7. *Menținerea competențelor*

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

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

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

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

8.2.8. *Perfecționarea*

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

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

8.2.9. *Evaluarea performanței*

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

- a) ale angajaților – nevoi de consolidare, de stimă și de realizare a potențialului lor
- b) ale managerului imediat – nevoi de eficacitate și eficiență din partea angajaților
- c) ale organizației

- nevoi de informare asupra calității forței de muncă
- nevoi de planificare de programe pertinente de dezvoltare resurselor umane

9. MOTIVAREA PERSONALULUI

9.1 Definiție

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

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

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

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

- comportamentul are o cauză (consecință a efectelor combinate ale eredității și mediului);
- la baza comportamentului oricărui individ stau nevoi, aspirații și dorințe;
- comportamentul are un scop (oamenii încearcă să atingă obiective sau ținte, care când sunt îndeplinite le vor satisface nevoile)

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

9.2 Teorii motivaționale

9.2.1 Teoria ierarhiei nevoilor (Piramida nevoilor - Maslow)

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

- a) orice comportament uman are o **cauză**, care ea însăși este consecința acțiunii

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

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

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

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

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

- culturale (obiceiuri, legi);

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

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

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

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

1. cauze:

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

2. reacții:

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

Există însă mijloace de a reduce frustrarea:

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

9.2.2 Teoria motivațională Frederic Herzberg

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

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

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

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

- a) extensia muncii (îmbogățirea muncii) ce poate fi orizontală (mai multe sarcini cu același nivel de dificultate și aceeași responsabilitate) sau verticală (mai multă responsabilitate, utilizarea aptitudinilor nefolosite anterior);
- b) rotația posturilor, prin implicarea mai profundă în procesul muncii a oamenilor, după ce sunt formați adecvat în acest scop;
- c) formarea periodică – în funcție de nevoi, și dezvoltarea personalului;
- d) dezvoltarea participării în luarea deciziilor; îmbunătățirea participării înseamnă crearea sau dezvoltarea posibilităților pentru angajați de a-și influența munca și contextul acesteia; creșterea participării duce la creșterea performanței; ca strategii de creștere a participării se pot menționa:
 - crearea de grupuri de lucru autonome,
 - îmbogățirea sarcinii de lucru,
 - grupuri de lucru pe proiect,
 - schimbări în stilul de management.
- e) cultură organizațională a "recunoașterii", crearea accesului la inovație, dezvoltarea comunicării laterale (echipe pe sarcini), anularea straturilor ierarhice ce nu sunt necesare (eliminarea barierelor de acces la resurse ca informația), acceptarea delegării autorității și diseminarea informației, echilibrând obiectivele individuale cu cele ale organizației, recunoașterea performanței individuale și creșterea suportului pentru dezvoltarea individuală.

9.4 creșterea motivației în îndeplinirea unei funcții

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

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

10. EVALUAREA PERFORMANȚEI

10.1 Utilitatea evaluării performanței

Utilitatea evaluării performanței se referă la:

1. **ameliorarea performanței viitoare** – efectul retroactiv al evaluării permite angajaților, managerilor și specialiștilor din departamentul de resurse umane de a interveni în mod adecvat pentru ameliorarea performanței;

2. **modificări de remunerație și alte beneficii** – evaluarea performanței permite identificarea persoanelor care merită o creștere de salariu, o primă sau alte facilități;

3. **determină o viitoare utilizare a unui angajat** – promovarea, transferul, retrogradarea și concedierea sunt în general bazate pe rezultatele anterioare și uneori pe cele prevăzute;

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

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

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

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

8. **erori în definirea postului;**

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

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

10.2 Modalități de măsurare a performanței

10.2.1. Criterii de evaluare

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

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

10.2.2. Standarde de performanță

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

- cantitate (cât de mult),
- calitate (cât de bine sau de competent),
- cost (cheltuială implicată),
- utilizare resurse (echipamente, materiale),
- mod de realizare.

10.2.3 Măsuri de performanță

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

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

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

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

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

10.3 Erorile de evaluare

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

- 1. efectul de halou** – apare atunci când opinia evaluatorului asupra unui aspect al persoanei influențează măsura performanței globale; această eroare apare în principal la evaluarea persoanelor simpatice evaluatorului (prieteni) sau persoanelor antipatice evaluatorului (dușmani);
- 2. efectul de tendință centrală** – multor evaluatori le displac calificativele extreme: excepțional sau nesatisfăcător; în consecință ei deformează evaluările astfel că toți angajații sunt medii;
- 3. clemența sau severitatea** – apare atunci când evaluatorii au tendința de fi foarte generoși sa foarte severi; în primul caz tot personalul este evaluat cu foarte bine și excepțional, iar în al doilea caz cu nesatisfăcător sau satisfăcător.
- 4. prejudecățile** – antipatia unui evaluator pentru un anumit tip de persoane sau pentru un grup îi pot deforma judecata; de exemplu, bărbații evaluatori cotează cu performanțe slabe femeile care ocupă funcții tradițional masculine; această eroare de evaluare apare și în judecarea performanțelor unor persoane aparținând unor grupuri minoritare, etnice, religioase, sexuale etc.;
- 5. eroarea interculturală** – apare când o persoană având o anumită educație și provenind dintr-o anumită cultură evaluează o persoană cu educație și cultură diferită; în situația României această eroare apare foarte rar, ea devenind foarte importantă în țări multiculturale, ca de exemplu SUA;
- 6. influența informației celei mai recente** – în cazul utilizării măsurilor subiective de performanță, evaluarea este influențată de acțiunile cele mai recente ale angajatului (pozitive sau negative);

Cum pot fi eliminate aceste erori de evaluare

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

- a) prima etapă constă în descrierea erorilor care pot apărea, explicarea cauzelor

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

10.4 Cine face evaluarea?

Evaluarea poate fi efectuată de către:

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

10.5. Fișa de evaluare

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

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

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

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

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

4. testele de evaluare a performanței – acestea pot fi teste scrise de evaluare a cunoștințelor sau teste practice de abilități.

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

10.6. Interviul de evaluare

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

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

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

BIBLIOGRAFIE:

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

VI. CALITATEA SERVICIILOR MEDICALE

1. INTRODUCERE ÎN MANAGEMENTUL CALITĂȚII

Dr. Ingrid Laura Gheorghe

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

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

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

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

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

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

2. DEFINIȚII ALE CALITĂȚII

Dr. Ingrid Laura Gheorghe

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

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

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

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

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

3. ASPECTE ALE CALITĂȚII

Dr. Ingrid Laura Gheorghe

Având în vedere cele trei dimensiuni fundamentale ale conceptului de calitate prezentate în capitolul de introducere, calitatea îngrijirilor medicale are următoarele

componente: calitatea profesională, satisfacția pacientului și managementul calității totale.

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

3.1 Calitatea îngrijirilor medicale

Calitatea tehnică/profesională

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

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

Calitatea interpersonală/percepută de pacient/client

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

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

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

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

Calitatea totală

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

Managementul calității totale extinde conceptul managementului calității,

înglobând atât participarea cât și motivarea tuturor membrilor organizației.

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

Cele trei principii ale calității totale sunt:

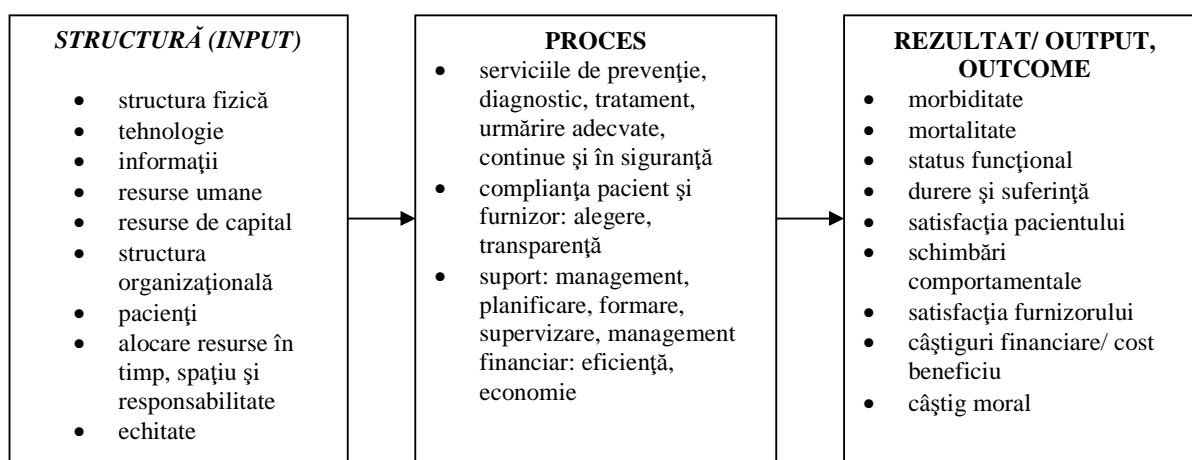
- focalizarea pe client,
- îmbunătățirea continuă a calității,
- lucrul în echipă.

3.2. Modelul calității

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

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

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



Sursa: după Donabedian, 2003

3.3. Asigurarea și îmbunătățirea calității

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

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

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

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

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

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

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

3.4. Modele de îmbunătățire a calității

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

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

În procesul de îmbunătățire a calității există mai multe modele care pot fi utilizate de

manageri. Dintre cele mai frecvent utilizate sunt: ciclul PDCA (Shewhart și Deming), modelul în 10 pași (Joint Commission of Accreditation), modelul FADE (Organizational Dynamics).

3.4.1. Ciclul PDCA (Shewhart și Deming)

1. Planifică (Plan)

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

2. Execută (Do)

- elaborarea unui plan de acțiune,
- implementarea soluțiilor;

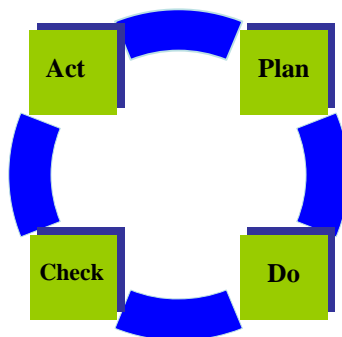
3. Verifică (Check)

- evaluarea rezultatelor,
- stabilirea concluziilor;

4. Acționează (Act),

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

Figura VI.2. Ciclul PDCA



Sursa: după Shewhart și Deming, 1982

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

1. stabilirea responsabilităților membrilor echipei de calitate,
2. stabilirea scopului îngrijirii și serviciilor,
3. identificarea aspectelor cele mai importante ale îngrijirii și serviciilor,

4. stabilirea indicatorilor,
5. stabilirea momentului de începere a evaluării și a duratei perioadei de evaluare pe baza indicatorilor,
6. culegerea, ordonarea și ierarhizarea datelor,
7. evaluarea datelor,
8. desfășurarea acțiunii de îmbunătățire a îngrijirii și serviciilor,
9. evaluarea eficacității procesului de îmbunătățire și asigurarea menținerii procesului,
10. comunicarea rezultatelor celor interesați.

3.4.3. Modelul FADE (*Organizational Dynamics*)

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

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

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

4. INSTRUMENTELE CALITĂȚII

Dr. Ingrid Laura Gheorghe

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

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

Clasificarea instrumentelor este următoarea:

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

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

În continuare vom prezenta doar o parte din instrumentele utilizate.

4.1. Brainstorming

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

Brainstorming-ul

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

4.2. Histograma

Histograma este reprezentarea grafică simplă a distribuției unei variabile continue.

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

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

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

4.3. Diagrama Pareto

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

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

- lungimea primelor coloane este mare și ghidează echipa spre cauzele cele mai importante ale problemei care trebuie rezolvate cu prioritate.
- este cea mai bună metodă de comunicare a rezultatelor către ceilalți membri ai organizației care au fost implicați în culegerea datelor.

- arată aprofundarea problemei.
- indică procesele care sunt potrivite îmbunătățirilor și poate fi utilizată în compararea datelor similare obținute după implementarea unor idei noi.
- este un mecanism de stabilire a scopurilor.

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

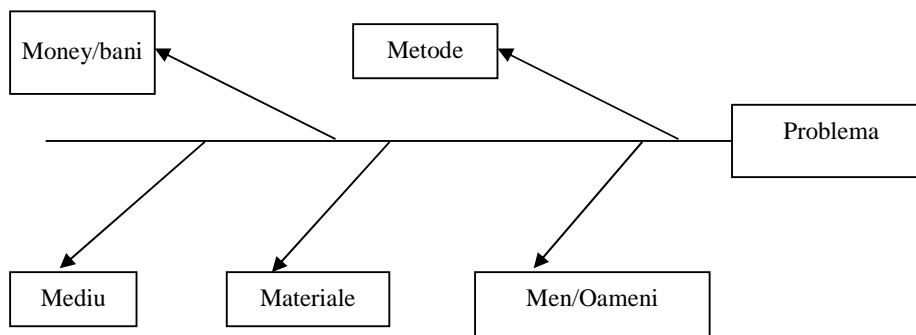
Este o tehnică de structurare a informației asupra unui subiect pe baza următoarelor întrebări "Cine, ce, unde, când, cum, de ce?". Se folosește pentru investigarea proceselor și cercetarea sistematică a informațiilor despre o problemă care trebuie cunoscută mai bine.

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

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

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

Figura VI.3 Diagrama cauza-efect Ishikawa



Sursa: IMSS, 2000

4.6. Fluxul de proces (process flow)

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

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

4.7. Foaia de verificare a datelor

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

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

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

Condiții de reușită:

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

Organizare:

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

4.8. Diagrama afinităților

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

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

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

4.9. Diagrama arbore

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

- în clarificarea punctelor cheie privind activitățile,
- reluarea diagramei afinităților,
- pregătirea politicilor de calitate,
- clarificarea rolurilor și responsabilităților,
- reorganizarea diagramei cauză-efect (Vezi anexa VI.4.).

4.10. Diagrama de relații

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

Se aplică pentru :

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

4.11. Matricea de priorizare a problemelor/matricea multicriterială

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

4.12. PDCA

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

4.13. Cercurile calității

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

4.14. Benchmarking

Benchmarking-ul este un instrument important în îmbunătățirea continuă a calității. *Benchmarking*-ul este procesul de identificare a celor mai bune practici de oriunde din lume pentru a obține informații care vor ajuta organizația să ia măsuri care să îi îmbunătățească performanțele.

Metodologie

- **Selectarea procesului** care se dorește îmbunătățit, de obicei acele procese

cunoscute ca fiind cu probleme sau în legătură cu care se știe că alte organizații au procese mai bune. În primul rând trebuie avuți în vedere așa-numiții *factori critici pentru succes* (caracteristici, condiții sau variabile care au un impact direct asupra satisfacției clienților organizației). Exemple din domeniul medical ar putea fi: rulajul bolnavilor într-o secție de spital, curățenia în saloane.

- **Selectarea echipei.** Liderul acesteia ar trebui să fie persoana care este responsabilă de acel proces în cadrul organizației (șeful de secție, asistenta medicală responsabilă etc.).
- **Studierea și documentarea** în detaliu a procesului respectiv. Se realizează diagrame ale procesului, se analizează costurile și rezultatele.
- **Stabilirea unităților de măsurare** a procesului pentru a putea fi comparat cu cel al altor organizații (număr de medici, număr de paturi de spital etc.).
- **Identificarea organizației cu care se va face benchmarking.** Aceasta poate fi o unitate distinctă a aceleiași organizații (clinică), un alt spital.
- **Colaborarea** cu organizația selectată pentru *benchmarking* cu condiția împărtășirii rezultatelor și a confidențialității.
- **Vizita** la organizația aleasă, precedată de trimiterea în avans a unei liste cuprinzătoare de întrebări la care se urmărește răspunsul.
- **Identificarea diferențelor de performanță**, utilizând unitățile de măsură stabilite la început.
- **Comunicarea rezultatelor obținute.**
- **Elaborarea unui plan de acțiune.**
- **Implementarea schimbării.**

5. STANDARDIZAREA CALITĂȚII

Dr. Ingrid Laura Gheorghe

5.1. Definiție

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

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

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

5.2. Caracteristicile unui bun standard sunt:

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

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

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

5.3. Criteriile

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

Caracteristicile unui criteriu:

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

Conform modelului Donabedian, criteriile se clasifică în criterii de:

- structură (legate de clădiri, mediu, infrastructură, organizație, servicii de suport, farmacie, laborator, tehnologie, resurse umane, expertiză, abilități ale personalului, proceduri informaționale);
- proces (legate de proceduri de prevenție, diagnostic și tratament,

documentare, relație medic-pacient etc.);

- rezultat (rate infecții nosocomiale, mortalitate, fatalitate, raportate la o anumită procedură etc.).

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

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

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

5.4. Ghidurile de practică medicală

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

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

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

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

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

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

- sunt prezente la un număr mare de pacienți;
- determină costuri crescute pentru sistemul de sănătate;
- există cercetări (studii) în domeniu;
- prezintă un mare interes pentru medici.

Motive pentru elaborarea ghidurilor de practică:

- profesionalizarea;
- responsabilizarea;
- eficiența.

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

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

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

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

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

5.5. Standardele ISO în calitate

Aceste standarde internaționale, definite pentru prima oară în 1979, în cadrul unui grup de lucru format din aproximativ 180 comitete tehnice, au avut drept scop realizarea standardizării în domeniul generic al managementului calității, incluzând sistemele de calitate, asigurarea calității, tehnologiile de suport generice, inclusiv standardele care furnizează ghidarea în selecția și utilizarea acestor standarde. Pentru a se asigura relevanța

standardelor privind sistemele de management al calității, în condițiile schimbării permanente a necesităților și așteptărilor în economia de piață, Organizația Internațională pentru Standardizare le revede și le ajustează periodic (ultima revizie a fost realizată în anul 2000).

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

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

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

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

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

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

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

Principiile sistemelor de management al calității

Standardele din seria ISO 9000:2000 reprezintă o oportunitate de a face organizația

mai eficientă prin cele 8 principii de management al calității ce reflectă cele mai bune practici de management. Aceste principii sunt:

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

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

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

Obiectivele nucleelor de calitate sunt:

- pe termen scurt:
 - autoevaluarea activității din punctul de vedere al calității serviciilor medicale furnizate;
 - eficientizarea activității, urmărind îmbunătățirea continuă a calității;
 - modificarea comportamentului personalului unității spitalicești, prin creșterea atenției acordate pacientului;
 - evaluarea satisfacției pacienților;
- pe termen mediu:
 - selectarea și definitivarea unor standarde și criterii de calitate aplicabile și acceptabile la nivel național;
 - realizarea unui clasament al spitalelor cuprinse în studiu după criteriile de calitate, pe baza punctajelor acceptate de comun acord de toate părțile;
- pe termen lung:
 - proiectarea și implementarea unui sistem de management al calității conform ISO 9001:2000 în unitățile spitalicești;
 - plata serviciilor medicale în mod diferențiat, ținând cont și de standardele de calitate atinse de spitalul respectiv.

6. MĂSURAREA CALITĂȚII

dr. Ingrid Laura Gheorghe

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

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

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

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

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

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

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

6.1. Evaluarea internă a calității

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

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

6.1.1. Auditul calității

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

Auditul calității reprezintă o succesiune de activități bazate pe documente scrise ce

constau în investigații, verificări, examinări, evaluări ale planurilor, programelor, sistemelor calității, pentru a stabili măsura în care acestea au fost corect elaborate și implementate, în concordanță cu cerințele specificate în domeniu.

Obiectivele auditului calității:

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

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

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

Auditul intern

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

Auditul extern

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

Auditul extern este de două feluri:

- a. efectuat de un “beneficiar” al organizației respective (*second-part audit*) – prin care acesta analizează sistemul calității pentru a se convinge că va putea obține serviciile sau produsele cu nivelul de calitate dorit; este eficient în cazul unui furnizor strategic, cu care se încheie acorduri pe termen lung (în sistemele de sănătate, de exemplu, de către CAS);
- b. efectuat de un organism neutru, la solicitare organizației auditate, a beneficiarilor sau a unor organizații neutre (*third-part audit*); garantează și verifică posibilitățile organizației auditate de a realiza produse sau servicii

care răspund unor cerințe sau specificații.

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

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

6.1.2. Peer Review

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

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

6.2. Monitorizarea calității

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

Indicatorii de calitate

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

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

Indicatorul trebuie să îndeplinească câteva atribute fundamentale (OMS):

- să fie valid – să măsoare ceea ce trebuie să măsoare;
- să fie relevant – pentru necesitățile comunității sau pentru problema definită;
- să fie reproductibil – să măsoare de fiecare dată ceea ce trebuie să măsoare;
- să fie realist, aplicabil, fezabil și ușor de utilizat în practică;
- să fie măsurabil și observabil – sub formă de frecvențe, medii, rate;
- să fie cunoscut și agreat de echipa a cărei performanță se măsoară;

- să fie folosit în evaluare în mod continuu în timp.

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

6.3. Evaluarea externă a calității

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

6.3.1. Evaluarea satisfacției pacientului

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

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

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

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

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

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

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

- legate de dotarea tehnico-materială – corespund nevoilor organice primare de securitate, deoarece pacientul, atins la nivel somatic sau psihic, așteaptă o rezolvare a suferinței sale și o restabilire parțială sau totală a funcției normale a organismului său;
- psihosociologice – cele ale contactului social cu noul mediu; pacientul este neliniștit datorită rupturii de mediul său și așteaptă informații și relații care să îi permită familiarizarea și integrarea în noul mediu;
- materiale și intelectuale – dorința de a nu fi devalorizat și lipsit de stimă, chiar și, sau mai ales în prezența bolii.

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

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

Aspecte ale satisfacției pacientului care trebuie luate în considerare:

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

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

Caracteristicile chestionarului de satisfacție a pacientului sunt:

1. determinarea precisă a eșantionului,
2. stabilirea datelor indispensabile analizei,
3. selecția surselor de informare,
4. forma fiecărei întrebări,
5. concizia,
6. alternanța întrebărilor,
7. existența unei introduceri,
8. instrucțiuni precise,
9. plic, acolo unde e cazul,

10. facilitarea biroctică,
11. pre-testare.

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

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

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

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

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

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

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

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

În România, nucleele de calitate din spitale au rolul să evalueze satisfacția pacienților prin aplicarea chestionarelor create de către CNAS, însă practica a dovedit, în anumite cazuri, pe de o parte, tratarea cu superficialitate a acestui aspect (chestionarele sunt completate nu de către pacienți, ci de către personalul medical mediu, acordându-se calificative maxime, ceea ce duce la distorsiuni foarte mari în momentul analizei datelor), pe de altă parte, nevoia îmbunătățirii acestui chestionar și adaptării lui la diversele tipuri de secții spitalicești. Chestionarul de satisfacție a pacienților aplicat în spitalele din România poate fi vizualizat în anexa VI.7.

6.3.2. Auditul extern

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

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

6.3.3. Benchmarking

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

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

7. INDICATORI DE CALITATE

dr. Cristina Pavel

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

7.1. Ce sunt indicatorii de calitate?

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

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

Indicatorul se definește printr-un raport numărător–numitor. Numărătorul reprezintă

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

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

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

P = proporția/indicatorul.

$$\frac{\text{Numărător: } a}{\text{Numitor: } b} = P$$

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

7.2. Cum se construiește un indicator de calitate?

Pentru construirea unui indicator sunt necesari următorii pași:

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

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

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

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

GRAFIC	TIP DE DATE	UTILIZĂRI
--------	-------------	-----------

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

Sursa: IMSS, 2000

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

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

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

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

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

Indicatorii de proces evaluează un serviciu de sănătate furnizat unui pacient. De obicei se referă la complianța pacienților la medicație sau recomandări, putând identifica și mai bine nivelul la care sunt necesare intervențiile (de ex: procent de pacienți satisfăcuți de tratament, procent de pacienți ce au necesitat schimbarea tratamentului, nașteri prin cezariană fără indicație etc.).

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

Printre criticile aduse acestor indicatori sunt:

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

7.4. Cum se selectează un indicator de calitate?

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

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

7.5. Cum se utilizează indicatorii de calitate?

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

7.5.1. Îmbunătățirea calității

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

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

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

7.5.2. Evaluarea performanțelor

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

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

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

7.5.3. Cercetare

Indicatorii de calitate sunt utilizați în cercetare pentru dezvoltarea sau producerea de noi informații privind sistemul de sănătate ce pot fi generalizate la un număr mare de

organizații și determină baza de dezvoltare a politicilor de sănătate. Cercetarea calității este adesea necesară în evaluarea programelor, a impactului schimbărilor generate de diferitele politici de sănătate asupra calității îngrijirilor de sănătate. Utilizarea indicatorilor de calitate în scop de cercetare, în comparație cu utilizarea lor în alte scopuri, necesită obținerea de date pe loturi mari și analize complexe. Totuși, utilizarea indicatorilor de calitate și pentru alte scopuri devine extrem de utilă și pentru cercetare.

8. ACREDITAREA SPITALELOR

Constanța Mihăescu-Pinția

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

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

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

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

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

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

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

acreditare format din:

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

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

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

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

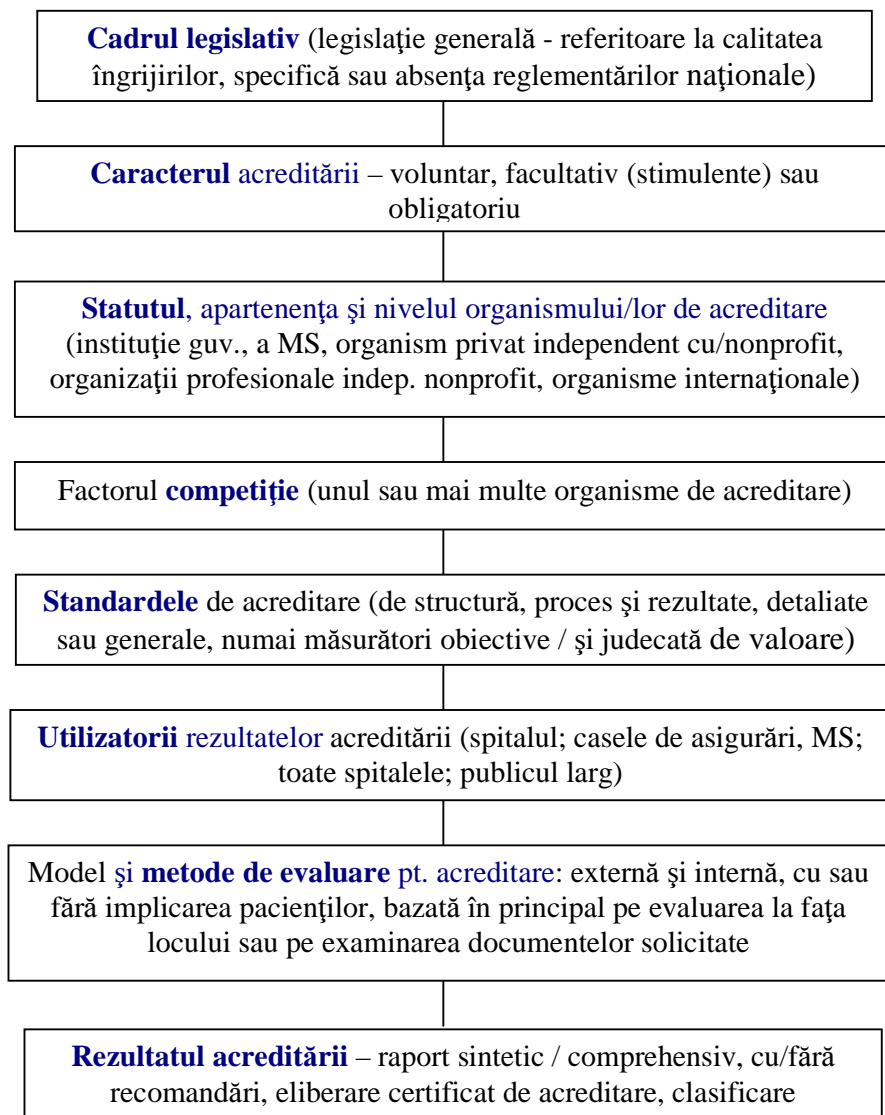
- accesul la îngrijiri și continuitatea îngrijirilor,
- drepturile pacientului și aparținătorilor,
- evaluarea pacienților,
- îngrijirea pacienților,
- educația pentru sănătate a pacientului și familiei,
- îmbunătățirea calității și siguranța pacientului,
- prevenirea și controlul infecțiilor,
- leadership,

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

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

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

Figura VI.4. Componentele sistemului de acreditare



Sursa: după D.Hindle, 2006

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

costurile estimative ale procesului.

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

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

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

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

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

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

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

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

Pentru realizarea programului național au fost parcurse următoarele faze:

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

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

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

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

- solicitarea acreditării (completarea unui chestionar și plata taxei de 300 dolari SUA);

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

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

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

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

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

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

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

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

- proces voluntar, cu stimulente pentru spital;
- încurajarea spitalelor să participe la un studiu inițial de pregătire pentru acreditare
- stabilirea legislației *după* faza de pilotare;

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

9. DREPTURILE PACIENȚILOR

dr. Ingrid Laura Gheorghe

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

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

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

Există două tipuri mari de drepturi ale pacientului:

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

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

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

Capitolele majore ale drepturilor pacientului cuprind referiri la următoarele drepturi:

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

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

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

BIBLIOGRAFIE

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

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

VII. AUDITUL INTERN

1. AUDITUL PUBLIC INTERN

Elena Badea

1.1. Conceptul de audit intern

Termenul de audit provine din limba latină, de la cuvântul audit-auditare, care are înțelesul de "a asculta". Despre audit se vorbește din timpuri străvechi (ale egiptenilor,

asirienilor), accețiunea termenului fiind însă alta.

O utilizare mai intensă a termenului de audit se constată în perioada crizei economice din 1929, de atunci rolul și necesitatea auditului intern crescând continuu, fapt ce a condus la organizarea și standardizarea activității practice de audit, prin înființarea în anul 1941 în Orlando, Florida, SUA, a Institutului Auditorilor Interni (IIA), căruia, în prezent, îi sunt afiliate peste 120 de țări.

Auditul intern este o profesie care s-a redefinit mereu de-a lungul anilor, din dorința de a răspunde necesităților în continuă schimbare ale întreprinderilor. În timp, a avut loc o deplasare a obiectivelor auditului de la axarea pe problemele financiar-contabile ale întreprinderilor la identificarea riscurilor și evaluarea controlului intern.

Profesia de audit se bazează pe un cadru de referință flexibil, recunoscut în întreaga lume, care se adaptează la particularitățile legislative și de reglementare ale fiecărei țări, cu respectarea regulilor specifice ce guvernează diferite sectoare de activitate și cultura organizației respective.

Cadrul de referință al auditului intern cuprinde (IIA, 2002):

- conceptul de audit intern, care precizează câteva elemente indispensabile:
 - auditul intern efectuează misiuni de asigurare și consiliere;
 - domeniile sale de responsabilitate sunt riscul, controlul intern și administrarea organizației;
 - finalitatea auditului intern este aceea de a adăuga valoare organizațiilor;
- codul deontologic, care furnizează auditorilor interni principiile și valorile ce le permit să-și orienteze practica profesională în funcție de contextul specific;
- normele (standardele) profesionale pentru practica auditului intern, care îi ghidează pe auditori în vederea îndeplinirii misiunilor și în gestionarea activităților;
- modalitățile practice de aplicare, care comentează și explică normele (standardele) și recomandă cele mai bune practici;
- sprijinul pentru dezvoltarea profesională, constituit în principal din lucrări și articole de doctrină, din documente ale colocviilor, conferințelor și seminariilor.

În România, activitatea de audit este de dată relativ recentă și se înscrie în procesul de reformă a managementului public, a cărui cerință este îmbunătățirea performanțelor activității entităților publice, creșterea eficacității și eficienței în utilizarea resurselor alocate.

O primă încercare de înscriere în acest proces s-a făcut prin elaborarea Ordonanței Guvernului nr.119/1999 privind auditul intern și controlul financiar preventiv, termenul de audit intern fiind legat de domeniul controlului financiar, creându-se astfel unele confuzii între conceptul de control intern și audit intern. Dacă în ceea ce privește definirea conceptelor s-a reușit decantarea celor doi termeni, în prezent, există o problemă în înțelegerea sistemului de control intern care, fiind obiect al auditului intern, înglobează toate activitățile de control intern realizate în interiorul entității și riscurile asociate acestora. Auditul intern își va atinge obiectivele, dacă există un sistem de control intern

organizat, formalizat, constând din proceduri, ghiduri procedurale, coduri deontologice.

Din acest punct de vedere activitatea de audit intern oferă siguranța că operațiunile desfășurate, deciziile luate sunt sub control și, în acest fel contribuie la realizarea obiectivelor instituției.

În România, introducerea auditului intern ca activitate a entităților publice, în baza prevederilor Ordonanței Guvernului nr.119/1999 a fost urmată de dezbateri și clarificări, reorganizări ale controlului intern și separarea acestuia de audit.

Conturarea auditului intern a impus definirea și a auditului extern. În prezent, auditul extern, după mai multe restructurări, este realizat de următoarele structuri:

- expertize contabile, efectuate de Corpul Experților Contabili și Contabililor Autorizați din România - CECCAR;
- auditul financiar, oferit de Camera Auditorilor Financiari din România CAFR;
- auditul performanței, realizat de Curtea de Conturi a României, concomitent cu controalele efectuate în sectorul public;
- auditul financiar – fiscal, efectuat de firmele de consultanță românești și internaționale recunoscute în domeniu.

1.2. Definiția auditului intern

Se cunosc mai multe definiții date noțiunii de audit. Din analiza critică a acestora, în literatura de specialitate (M Ghiță, 2004) se apreciază că există trei elemente, necontrovertate și unanim acceptate care definesc implicarea auditului intern în activitatea unei entități :

- consilierea acordată managerului; Noțiunea de asistență acordată managerului distinge auditul intern de orice acțiune de control sau inspecție, evoluând spre o mai mare implicare a auditorilor în organizație de pe poziția unui consilier, a unui specialist care dispune de atuurile pe care managementul nu le are și anume:

- standardele profesionale internaționale;
- buna practică recunoscută în domeniu, care îi dă autoritate;
- tehnici și instrumente care-i garantează eficacitatea;
- independența de spirit, care îi asigură autonomia în conceperea de ipoteze și formularea de recomandări;
- cercetarea și gândirea lui sunt detașate de constrângerile și obligațiile unei activități permanente de gestionare zilnică a unui serviciu.

- ajutorul acordat salariaților fără a-i judeca - trebuie privit prin prisma faptului că misiunea de audit poate să evidențieze ineficiențe în sistem sau posibilități de îmbunătățire a activităților, dar există mai multe motive pentru care managementul nu trebuie să fie pus direct în discuție: obiectivele auditului intern au în vedere analiza, examinarea activităților care să conducă la îmbunătățirea performanței existente și nu la judecarea acestuia; analiza cauzelor unor nereguli evidențiază existența unor puncte slabe care își au originea în insuficiențe asupra cărora responsabilul structurii auditate nu are un bun control, soluțiile de rezolvare trebuind să vină pe cale ierarhică sau chiar de la nivelul organizației; totodată este de subliniat că ajutorul dat salariaților nu înseamnă că recomandările auditului intern nu ar putea avea efecte asupra salariaților, dar este clar că nu trebuie să existe nume de persoane în raportul de audit.

- independența și obiectivitatea totală a auditorilor; standardele profesionale de audit intern definesc principiul independenței sub două aspecte:

- independența compartimentului în cadrul organizației, de aceea el trebuie să fie subordonat celui mai înalt nivel ierarhic;

- independența auditorilor interni, ceea ce le va asigura obiectivitatea .

Pentru respectarea standardului privind independența, se impun unele reguli cum sunt:

- auditul intern nu trebuie să aibă în subordine vreun serviciu operativ;

- auditorul intern trebuie să poată avea acces în orice moment la persoanele de la toate nivelurile ierarhice, la bunuri, la informații, la sistemele electronice de calcul;

- recomandările pe care le formulează trebuie să nu constituie în nici un caz măsuri obligatorii pentru management.

Ultima definiție oficială a auditului intern a fost adoptată de Institutul Auditorilor Internaționali (IIA) în anul 1999 și este următoarea:

Auditul intern este o activitate independentă și obiectivă, care dă unei organizații asigurări în ceea ce privește gradul de control deținut asupra operațiunilor, o îndrumă pentru a-i îmbunătăți operațiunile și contribuie la adăugarea unui plus de valoare.

Auditul intern ajută această organizație să-și atingă obiectivele, evaluând, printr-o abordare sistematică și metodică procesele sale de management al riscurilor, de control și de conducere a întreprinderii și făcând propuneri pentru a le consolida eficacitatea.

Definiția este preluată în textul Legii nr.672/2002 privind auditul intern public în România.

1.3. Caracteristicile auditului intern

Auditul intern, ca funcție în cadrul unei organizații, prezintă următoarele caracteristici:

- este o funcție nouă;

- este o funcție universală;

- este o funcție periodică;

- este o funcție independentă.

Așa cum s-a arătat, activitatea de audit este una relativ recentă în cadrul entităților. În România, funcția de audit a devenit practic operațională din anul 2002, după adoptarea Legii nr. 672/2002 privind auditul public intern în România.

Auditul intern reprezintă o funcție universală, atât pentru că se aplică tuturor tipurilor de entități, indiferent de mărime sau de natura acestora cât și datorită faptului că se aplică tuturor funcțiilor specifice entității. Însăși funcția de audit trebuie să fie supusă auditului.

Auditul intern este o funcție periodică pentru cei auditați, în raport cu ansamblul organizației funcția fiind permanentă, periodicitatea funcției de audit este invers proporțională cu nivelul riscurilor asociate funcțiilor, operațiunilor și activităților auditate.

1.4. Cadrul legal de organizare și funcționarea a auditului public intern în entitățile publice

Cadrul legal de reglementare a activității de audit public intern la entitățile publice cuprinde:

- Legea nr. 672/2002 privind auditul public intern și Ordonanța Guvernului nr.37/2004 pentru modificarea și completarea reglementărilor privind auditul intern;
- Normele generale privind exercitarea activității de audit public intern (Ordinul ministrului finanțelor publice nr. 38/2003);
- Ordinul ministrului sănătății nr.840/2003 pentru aprobarea Normelor metodologice de organizare și exercitare a auditului public intern în cadrul Ministerului Sănătății.

Potrivit legii auditului intern termenul de “ entitate publică”se refera la autorități publice, instituții publice, regii autonome, companii naționale, societăți comerciale la care statul sau o unitate administrativ – teritoriala este acționar majoritar și care are personalitate juridică.

Spitalul public, potrivit prevederilor legii nr. 95/2006 privind reforma în sănătate, Titlul VII- Spitalele, este instituție publică, finanțat integral din venituri proprii și funcționează pe principiul autonomiei financiare. Activitatea de audit public intern a spitalului se organizează și se desfășoară în conformitate cu reglementările generale în domeniu și cele specifice domeniului sanitar.

Reglementările cuprind prevederi referitoare la obiectivele și sfera de activitate a auditului public intern, structurile de organizare și atribuțiile acestora, derularea misiunilor de audit precum și normele și principiile aplicabile compartimentului de audit public intern și auditorului intern.

Auditul intern al entităților economice din domeniul privat este reglementat, prin Legea nr.133/2002 pentru aprobarea Ordonanței de urgență a guvernului nr.75/1999, republicată, privind activitatea de audit financiar.

1.4.1. Obiectivele și sfera de activitate a auditului public intern

Obiectivele auditului public intern, potrivit prevederilor art. 3 din Legea nr. 672/2002 sunt:

- asigurarea obiectivă și consilierea, destinate să îmbunătățească sistemele și activitățile entității publice;
- sprijinirea îndeplinirii obiectivelor entității publice printr-o abordare sistematică și metodică, prin care se evaluează și se îmbunătățește eficacitatea sistemului de conducere bazat pe gestiunea riscului, a controlului și a proceselor administrării.

Sfera auditului public intern cuprinde:

- a) activitățile financiare sau cu implicații financiare desfășurate de entitatea publică din momentul constituirii angajamentelor până la utilizarea fondurilor de către beneficiarii finali, inclusiv a fondurilor provenite din asistență externă;
- b) constituirea veniturilor publice, respectiv autorizarea și stabilirea titlurilor de creanță, precum și a facilităților acordate la încasarea acestora;

c) administrarea patrimoniului public, precum și vânzarea, gajarea, concesiunea sau închirierea de bunuri din domeniul privat/public al statului ori al unităților administrativ-teritoriale;

d) sistemele de management financiar și control, inclusiv contabilitatea și sistemele informatice aferente.

1.4.2. Tipurile de audit definite de legea privind auditul public intern

Tipurile de audit definite de lege sunt:

a) auditul de sistem care reprezintă o evaluare de profunzime a sistemelor de conducere și control intern, cu scopul de a stabili dacă acestea funcționează economic, eficiente și eficiente, pentru identificarea deficiențelor și formularea de recomandări pentru corectarea acestora;

b) auditul performanței, care examinează dacă criteriile stabilite pentru implementarea obiectivelor și sarcinilor entității publice sunt corecte pentru evaluarea rezultatelor și apreciază dacă rezultatele sunt conforme cu obiectivele;

c) auditul de regularitate, care reprezintă examinarea acțiunilor asupra efectelor financiare pe seama fondurilor publice sau a patrimoniului public, sub aspectul respectării ansamblului principiilor, regulilor procedurale și metodologice care le sunt aplicabile

1.4.3. Organizarea auditului public intern

Structura de organizare a auditului public intern este formată din:

a) Comitetul pentru Audit Public Intern (CAPI);

b) Unitatea Centrală de Armonizare pentru Auditul Public Intern (UCAAPI);

c) Compartimentele de audit public intern din entitățile publice.

Comitetul pentru Audit Public Intern este un organism cu caracter consultativ, având competențe în definirea strategiei și îmbunătățirea activității de audit intern în sectorul public iar UCAAPI este organizat în cadrul Ministerului Finanțelor Publice (MFP), în subordinea ministrului finanțelor publice, cu atribuții de coordonare, evaluare, sinteză în domeniul activității de audit public intern la nivel național, care efectuează și misiuni de audit intern de interes național cu implicații multisectoriale.

Compartimentele de audit public intern din entitățile publice sunt structuri funcționale de bază în domeniul auditului public, care exercită efectiv funcția de audit public intern.

La spitale, potrivit prevederilor Legii nr. 95/2006 privind reforma în sănătate, Titlul VII – Spitalele, auditul intern se exercită de către structura deconcentrată a Ministerului Sănătății Publice pentru spitalele cu mai puțin de 400 de paturi, iar pentru spitalele cu peste 400 de paturi de către un compartiment funcțional de audit la nivelul spitalului. În cazul spitalelor aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie se exercită în conformitate cu dispozițiile legale și reglementările specifice ale acestora.

Compartimentul de audit public intern, potrivit prevederilor legale se organizează în subordinea directă a conducerii spitalului și, prin atribuțiile sale, nu trebuie să fie implicat în elaborarea procedurilor de control intern și în desfășurarea activităților supuse auditului public intern.

Conducătorul compartimentului de audit public intern constituit la nivelul spitalului este numit/destituit de către conducătorul acestuia, cu avizul autorității de sănătate publică județene sau al Ministerului Sănătății Publice, după caz, în funcție de subordonarea spitalului.

Conducătorul compartimentului de audit public intern este responsabil pentru organizarea și desfășurarea activităților de audit.

Funcția de auditor intern este incompatibilă cu exercitarea acestei funcții ca activitate profesională orientată spre profit sau recompensă.

Compartimentul de audit public intern din cadrul spitalelor își desfășoară activitatea în conformitate cu Normele privind exercitarea activității de audit public intern specifice Ministerului Sănătății Publice, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 840/2003.

În conformitate cu prevederile art.11 din Legea nr.672/2002 privind auditul public intern, atribuțiile compartimentului de audit sunt următoarele:

- elaborează proiectul planului anual de audit public intern.

Planul de audit public intern se întocmește anual de către compartimentul de audit public intern. Selectarea misiunilor de audit public intern se face în funcție de următoarele elemente de fundamentare:

- evaluarea riscului asociat diferitelor structuri, activități, programe/proiecte sau operațiuni;
- criteriile semnal/sugestiile conducătorului entității publice, respectiv: deficiențe constatate anterior în rapoartele de audit; deficiențe constatate în procesele-verbale încheiate în urma inspecțiilor; deficiențe consemnate în rapoartele Curții de Conturi; alte informații și indicii referitoare la disfuncționalități sau abateri; aprecieri ale unor specialiști, experți etc. cu privire la structura și dinamica unor riscuri interne sau de sistem; analiza unor trenduri pe termen lung privind unele aspecte ale funcționării sistemului; evaluarea impactului unor modificări petrecute în mediul în care evoluează sistemul auditat;
- temele defalcate din planul anual al UCAAPI. Conducătorii entităților publice sunt obligați să ia toate măsurile organizatorice pentru ca tematicile ordonate de UCAAPI să fie introduse în planul anual de audit public intern al entității publice, realizate în bune condiții și raportate în termenul fixat;
- respectarea periodicității în auditare, cel puțin o dată la 3 ani;
- tipurile de audit convenabile pentru fiecare entitate subordonată;
- recomandările Curții de Conturi.

Proiectul planului anual de audit public intern este întocmit până la data de 30 noiembrie a anului precedent anului pentru care se elaborează.

Conducătorul entității publice aprobă proiectul planului anual de audit public intern până la 20 decembrie a anului precedent.

Planul anual de audit public intern reprezintă un document oficial. El este păstrat în arhiva instituției publice împreună cu referatul de justificare în conformitate cu prevederile Legii Arhivelor Naționale.

Proiectul planului anual de audit public intern este însoțit de un referat de justificare a modului în care sunt selectate misiunile de audit cuprinse în plan. Referatul de justificare trebuie să cuprindă pentru fiecare misiune de audit public intern rezultatele analizei riscului asociat (anexă la referatul de justificare), criteriile semnă și alte elemente de fundamentare, care au fost avute în vedere la selectarea misiunii respective.

Planul anual de audit public intern are următoarea structură:

- scopul acțiunii de auditare;
- obiectivele acțiunii de auditare;
- identificarea/descrierea activității/operațiunii supuse auditului public intern;
- identificarea/descrierea entității/entităților sau a structurilor organizatorice la care se va desfășura acțiunea de auditare;
- durata acțiunii de auditare;
- perioada supusă auditării;
- numărul de auditori proprii antrenați în acțiunea de auditare;
- precizarea elementelor ce presupun utilizarea unor cunoștințe de specialitate, precum și a numărului de specialiști cu care urmează să se încheie contracte externe de servicii de expertiză/consultanță (dacă este cazul);
- numărul de auditori care urmează să fie atrași în acțiunile de audit public intern din cadrul structurilor descentralizate.

La spitalele care derulează programe de sănătate se va urmări:

- a) modul în care au fost respectate scopul și obiectivele fiecărui program de sănătate;
- b) cheltuielile efectuate în cadrul fiecărui program de sănătate;
- c) încadrarea în bugetul aprobat;
- d) modul de cunoaștere de către personalul implicat a responsabilităților legate de programul de sănătate respectiv.

Planul anual de audit aprobat poate, în cursul anului, să fie actualizat dacă au loc modificări legislative sau organizatorice, care schimbă gradul de semnificație a auditării anumitor operațiuni, activități sau acțiuni ale sistemului sau la solicitările organului ierarhic superior de a introduce/înlocui/elimina unele misiuni.

Actualizarea planului de audit public intern se realizează prin întocmirea unui Referat de modificare a planului de audit public intern, aprobat de conducătorul entității publice.

- efectuează activități de audit public intern pentru a evalua dacă sistemele de management financiar și control ale spitalului sunt transparente și sunt conforme cu normele de legalitate, regularitate, economicitate, eficiență și eficacitate;

- informează organul ierarhic superior despre recomandările neînsușite de către conducătorul spitalului, precum și despre consecințele acestora;

- raportează periodic, la cererea organului ierarhic superior asupra constatărilor, concluziilor și recomandărilor rezultate din activitățile lor de audit;

- elaborează raportul anual al activității de audit public intern;

Rapoartele se transmit astfel: spitalele ai căror conducători funcționează ca ordonatori terțieri transmit rapoartele organelor ierarhice superioare până la 5 ianuarie; unitățile

deconcentrate cu personalitate juridică ale Ministerului Sănătății Publice ai căror conducători funcționează ca ordonatori secundari de credite transmit rapoartele anuale privind activitatea de audit public intern la structurile teritoriale ale UCAAPI până la 15 ianuarie; compartimentul propriu de audit public intern din cadrul Ministerului Sănătății transmite la UCAAPI raportul anual privind activitatea de audit public intern până la 25 ianuarie.

- în cazul identificării unor iregularități sau posibile prejudicii, raportează imediat conducătorului spitalului și structurii de control intern abilitate.

În situația în care în timpul misiunilor de audit public intern se constată abateri de la regulile procedurale și metodologice, respectiv de la prevederile legale, aplicabile structurii/activității/operațiunii auditate, auditorii interni trebuie să înștiințeze conducătorul entității publice și structura de inspecție sau o altă structură de control intern stabilită de conducătorul entității publice, în termen de 3 zile.

În cazul identificării unor iregularități majore auditorul intern poate continua misiunea sau poate să o suspende cu acordul conducătorului entității care a aprobat-o, dacă din rezultatele preliminare ale verificării se estimează că, prin continuarea acesteia nu se ating obiectivele stabilite (limitarea accesului, informații insuficiente etc.).

Auditul public intern se exercită asupra tuturor activităților desfășurate în spitalele publice, cu privire la formarea și utilizarea fondurilor publice, precum și la administrarea patrimoniului public. Se va urmări de asemenea modul în care au fost respectate scopul și obiectivele fiecărui program de sănătate, cheltuielile efectuate în cadrul fiecărui program de sănătate, încadrarea în bugetul aprobat și modul de cunoaștere de către personalul implicat a responsabilităților legate de programul de sănătate respectiv.

De asemenea, trebuie avut în vedere faptul că, potrivit prevederilor Legii nr. 672/2002 privind auditul public intern compartimentul de audit public intern auditează, cel puțin o dată la 3 ani, fără a se limita la acestea, următoarele:

- a) angajamentele bugetare și legale din care derivă direct sau indirect obligații de plată, inclusiv din fondurile comunitare;
- b) plățile asumate prin angajamente bugetare și legale, inclusiv din fondurile comunitare;
- c) vânzarea, gajarea, concesiunea sau închirierea de bunuri din domeniul privat al statului ori al unităților administrativ-teritoriale;
- c) concesiunea sau închirierea de bunuri din domeniul public al statului ori al unităților administrativ-teritoriale;
- d) constituirea veniturilor publice, respectiv modul de autorizare și stabilire a titlurilor de creanță, precum și a facilităților acordate la încasarea acestora;
- f) alocarea creditelor bugetare;
- g) sistemul contabil și fiabilitatea acestuia;
- h) sistemul de luare a deciziilor;
- i) sistemele de conducere și control, precum și riscurile asociate unor astfel de sisteme;
- j) sistemele informatice.

1.5. Principii aplicabile compartimentului de audit public intern și auditorilor interni

În organizarea și desfășurarea activității de auditare trebuie să se respecte și să se aplice următoarele principii fundamentale:

- independență și obiectivitate. Aceasta înseamnă că activitatea de audit nu trebuie să fie supusă ingerințelor (imixtiunilor) externe, începând de la stabilirea obiectivelor auditabile, realizarea efectivă a lucrărilor și până la comunicarea rezultatelor acesteia. Auditorii interni nu pot fi desemnați să efectueze misiuni de audit la o structură dacă sunt soți, rude sau afini până la gradul al patrulea inclusiv, cu conducătorul acesteia sau cu membrii organului de conducere colectivă. Auditorii interni nu trebuie implicați în vreun fel în îndeplinirea activităților pe care în mod potențial le pot audita și nici în elaborarea și implementarea sistemelor de control intern ale entității publice și nu trebuie să li se încredințeze misiuni de audit intern în sectoarele de activitate în care aceștia au deținut funcții sau au fost implicați în alt mod. Această interdicție se poate ridica după trecerea unei perioade de 3 ani.

- competența și conștiința profesională. Pregătirea și experiența auditorilor interni constituie un element esențial în atingerea eficacității activității de audit. De aceea compartimentul de audit trebuie să dispună de toată competența și experiența necesară în realizarea misiunilor de audit. Acestea trebuie să fie încredințate acelor persoane cu o pregătire corespunzătoare nivelului de complexitate al sarcinii. Compartimentul de audit trebuie să dispună de metodologii, sisteme IT moderne, de metode de analiză, eșantioane statistice și instrumente de control a sistemelor informatice.

De asemenea, potrivit legii, se impune organizarea unor sisteme de pregătire profesională permanentă, de minimum 15 zile pe an.

- programul de asigurare și îmbunătățire a calității. Șeful compartimentului de audit public intern trebuie să elaboreze un program de asigurare și îmbunătățire a calității sub toate aspectele activității de audit public intern. Programul trebuie să asigure că normele și codul etic sunt respectate de auditorii interni și de compartiment. În acest scop, are loc un proces de supraveghere și evaluare a eficacității programului de calitate prin:

- evaluarea internă - presupune atât controale permanente privind buna funcționare a auditului intern cât și periodice efectuate de auditorii înșiși;
- evaluarea externă – este efectuată de către UCAAPI prin - verificarea respectării normelor, instrucțiunilor și a Codului privind conduita etică a auditorului intern, cel puțin o dată la cinci ani, inițiindu-se măsurile corective necesare în colaborare cu conducătorul entității publice în cauză și prin avizarea numirii/ destituirii șefilor compartimentelor de audit public intern din entitățile publice.

2. METODOLOGIA DE DERULARE A MISIUNII DE AUDIT PUBLIC INTERN

Delia Bărbuță

Etaplele de derulare a misiunii de audit public intern :

Pregătirea (planificarea) misiunii de audit intern

Intervenția la fața locului

Raportul de audit public intern

Urmărirea recomandărilor

2.1 Pregătirea misiunii de audit intern

2.1.1. Inițierea auditului

În această etapă structura auditată este informată de începerea misiunii de audit și se întocmesc documente care autorizează desfășurarea misiunii și creează premisele de independență a auditorilor față de structura auditată.

Înștiințarea structurii auditate privind declanșarea misiunii de audit intern se efectuează prin transmiterea unei notificări.

Notificare = document prin care structura auditată este informată asupra misiunii și principalelor obiective care urmează a fi auditate, duratei misiunii, intervențiile la fața locului ce vor fi efectuate și prin care se solicită materialele necesare a fi puse la dispoziție.

Notificarea trebuie transmisă cu 15 zile înainte de începerea misiunii prevăzute în planul anual de audit public intern și cu cel puțin 3 zile înainte de începerea misiunii ad-hoc.

Autorizarea misiunii se realizează prin întocmirea ordinului de serviciu.

Ordin de serviciu = mandat de intervenție dat auditorilor care vor desfășura misiunea de către compartimentul de audit intern, reprezentat prin coordonatorul acesteia (care îl întocmește).

Ordinul de serviciu este elaborat pe baza planului anual de audit intern, aprobat de conducătorul unității. De aceea, în cazul misiunilor ad-hoc, ordinul de serviciu trebuie să fie aprobat și de conducătorul unității, misiunea nefiind cuprinsă în Planul anual de audit intern.

Asigurarea independenței față de structura auditată se verifică prin completarea de către auditorii participanți la misiune a declarației de independență.

Declarație de independență = document prin care se verifică incompatibilitățile personale ale auditorilor față de entitatea/structura auditată (ex: funcții deținute în ultimii 3 ani în activitatea entității, interese financiare la entitatea auditată, soț/soție, rudă sau afin până la gradul al patrulea inclusiv cu conducătorul entității sau cu membrii organului de conducere colectivă).

2.1.2. Colectarea și prelucrarea informațiilor

În această etapă, auditorii pregătesc informațiile necesare pentru efectuarea analizei de risc și se familiarizează cu domeniul auditabil prin:

- identificarea și studierea legilor ce reglementează activitatea structurii/entității auditate;
- discuții cu conducerea instituției;
- solicitarea principalelor documente de funcționare a entității : organigramă, regulament de organizare și funcționare, regulament intern, fișe post;
- solicitarea procedurilor, normelor interne, circularelor;
- solicitarea rapoartelor anterioare ale organelor de control și ale auditorilor externi, dacă este cazul;
- solicitarea contractelor ce pot avea un impact semnificativ asupra operațiunilor;
- dosarele de corespondență.

2.1.3. Analiza riscurilor

Realizarea analizei riscurilor presupune parcurgerea următoarelor etape :

- identificarea operațiilor auditabile;
- identificarea amenințărilor și riscurilor asociate operațiilor;
- stabilirea criteriilor de analiză a riscurilor și a nivelurilor de apreciere a acestora;
- stabilirea nivelului riscului pe criterii de apreciere;
- determinarea punctajului total al riscului;
- clasarea operațiilor pe baza analizei riscurilor;
- elaborarea tematicii în detaliu a obiectelor auditabile selectate.

2.1.4. Elaborarea programului de audit

Programul cuprinde planificarea desfășurării celor 4 etape ale misiunii de audit, stabilind timpul necesar efectuării fiecărei activități și repartizarea sarcinilor auditorilor implicați.

Programul celei de-a doua etape, intervenția la fața locului, se elaborează în baza tematicii în detaliu a obiectelor auditabile selectate, realizată în etapa de analiză a riscurilor. Sunt stabilite acțiunile concrete de efectuat pentru atingerea fiecărui obiectiv selectat în tematică și repartizarea acestor activități pe auditori. Se încearcă prezentarea cât mai detaliată a procedurilor de audit, inclusiv tehnicile de sondaj și eșantionare utilizate.

Pe parcursul desfășurării misiunii de audit intern, programul se modifică în funcție de timpul necesar pentru realizarea activităților prevăzute.

O planificare corectă, realizată în aceasta etapă, facilitează pregătirea raportului final.

2.1.5. Ședința de deschidere

Ședința de deschidere a intervenției la fața locului se desfășoară în scopul clarificării scopului și obiectivelor misiunii de audit, prezentării tematicii în detaliu a obiectelor auditabile, a modalității de lucru și stabilirii unui calendar al întâlnirilor. La ședință participă auditorii interni, conducătorul și personalul structurii auditate.

2.2 Intervenția la fața locului

În această etapă auditorii studiază activitatea/sistemul/procesul auditate și procedurile aferente (continuare a etapei de colectare și prelucrare a informațiilor), interviuează personalul structurii auditate, analizează datele și informațiile obținute, evaluează eficiența controalelor interne, verifică înregistrările contabile, efectuează testările necesare pentru formularea constatărilor, concluziilor și recomandărilor, revizuiesc documentele de lucru și elaborează proiectul de raport. Etapa de intervenție la fața locului se finalizează cu ședința de închidere.

2.2.1. Tehnici și instrumente

Tehnicile specifice folosite de auditori sunt:

- Verificarea – asigură validarea, confirmarea, acuratețea înregistrărilor, documentelor, declarațiilor, concordanța cu legile și regulamentele, precum și eficacitatea controalelor interne.

Tehnicile de verificare folosite sunt :

- comparația – confirmă identitatea unei informații după obținerea acesteia din două sau mai multe surse diferite;

Exemplu: în cadrul misiunii de audit „Inventarierea patrimoniului”, obiectivul „Evidența obiectelor de inventar”, se compară datele privind cantitatea și descrierea bunurilor din facturi, note interne de recepție și bonuri de consum.

- examinarea – presupune urmărirea în special a detectării erorilor sau a iregularităților;

- recalcularea – presupune verificarea calculelor matematice;

Exemplu: în cadrul misiunii de audit „Auditul deplasărilor”, se recalculează valoarea deconturilor.

- confirmarea – solicitarea informației din cel puțin două surse independente, în scopul validării acesteia;

Exemplu: compararea soldului contului de trezorerie din contabilitate cu soldul din extrasul de cont de la trezorerie.

- punerea de acord – procesul de potrivire a două categorii diferite de înregistrări;

- garantarea – verificarea realității tranzacțiilor înregistrate prin examinarea documentelor, de la articolul înregistrat spre documentele justificative;

Exemplu: se verifică anumite înregistrări contabile ale aprovizionărilor cu facturile ce au stat la baza lor; se verifică dacă toate activele fixe din listele de inventariere există fizic.

- urmărirea – verificarea procedurilor de la documentele justificative spre articolul înregistrat.

Exemplu: se alege prin eșantionare un număr de 10 facturi aprovizionare și se verifică înregistrările din contabilitate aferente; se verifică dacă toate activele fixe ale unui spital sunt înregistrate.

- Observarea fizică – modul prin care auditorii își formează o părere proprie. Este mijlocul cel mai eficient de verificare a existenței activelor. În cazul misiunii de audit Inventarierea patrimoniului și valorificarea rezultatelor este o tehnică importantă, ce îi poate asigura pe auditori că procedurile de inventariere au fost respectate.

- Interviul – presupune o discuție între cel care aplică interviul, denumit intervint și subiectul interogată, denumit interviuat. Interviurile pot fi libere sau direcționate. Interviurile direcționate sunt axate pe o anumită temă și au un anumit scop, ambele stabilite în cadrul unui program precis elaborat, cu ajutorul unor reguli adaptate domeniului investigat, denumite „chestionare”. Informațiile primite în cadrul interviurilor sunt consemnate în foi de lucru și trebuie confirmate cu documente.

- Analiza – procedurile analitice de audit cuprind, de exemplu:

- compararea informațiilor din perioada în curs cu informațiile similare din perioadele precedente sau cu previziunile;

- studiul raporturilor existente între informațiile financiare și informațiile nefinanciare corespunzătoare (de exemplu, valorile contabilizate din cadrul plății salariilor cu evoluția numărului mediu de salariați);
- compararea informațiilor sectoriale de același fel. (IIA, 2002)

Instrumentele specifice folosite de auditori sunt:

- Chestionarele:
 - chestionare de luare la cunoștință;
 - chestionare de control intern;
 - chestionar listă de verificare.
- Pista de audit – tablou de prezentare a circuitului auditului, care stabilește fluxurile informațiilor, atribuțiilor și responsabilităților, stabilește documentația justificativă și reconstituie operațiunile.
- Formularele de constatare:
 - fișe de identificare și analiză a problemelor (FIAP) – pentru fiecare problemă constatată, este prezentat rezumatul acesteia, cauzele și consecințele, precum și recomandările pentru rezolvare;
 - formulare de constatare și raportare a iregularităților (FCRI) – se întocmesc în cazul constatării unor iregularități.

2.2.1. Elaborarea proiectului de raport de audit public intern

Proiectul de raport de audit public intern prezintă cadrul general, obiectivele, constatările, concluziile și recomandările auditorilor interni. Proiectul se întocmește în baza FIAP elaborate și a celorlalte instrumente de lucru.

Proiectul de raport de audit public intern are următoarea structură:

1. Date de identificare a misiunii de audit – se menționează componența echipei de auditori, ordinul de serviciu și legislația în baza căreia s-a realizat misiunea, durata acțiunii de auditare, perioada supusă auditării și structurile auditate, scopul acțiunii de auditare, obiectivele misiunii, tipul de audit efectuat, metodele și tehnicile utilizate, materialele întocmite în timpul misiunii de audit.

Tot în această secțiune, auditorii fac o scurtă prezentare a structurilor auditate (organizare și funcționare, activități desfășurate) și a documentelor examinate.

2. Constatări – pentru fiecare obiectiv auditabil sunt prezentate problemele identificate, cauzele, consecințele acestora și recomandările pentru rezolvare.

3. Încheiere – se precizează documentația care stă la baza proiectului de raport (lista obiecte auditabile, program de audit și program de intervenție la fața locului, FIAP și FCRI).

Proiectul de raport se transmite la structura auditată, care poate trimite în maxim 15 zile punctele sale de vedere.

2.2.3. Ședința de închidere

Ședința de închidere se organizează în termen de 10 zile de la primirea punctelor de vedere de la structura auditată. În cadrul acestei ședințe se analizează constatările și concluziile din proiectul de raport, în vederea acceptării recomandărilor formulate. Se discută planul de acțiune pentru rezolvarea problemelor constatate, însoțit de un calendar de implementare a recomandărilor.

2.3 Raportul de audit public intern

În această etapă, proiectul raportului de audit intern este prelucrat în vederea redactării finale, fiind incluse modificările discutate și convenite în cadrul ședinței de închidere. Auditorii revăd conținutul raportului, urmărind prezentarea sintetică a constatărilor și elaborarea concluziilor în baza constatărilor. Recomandările trebuie să fie fezabile și economice. Raportul trebuie să contribuie la îmbunătățirea activității structurii auditate și a instituției din care face parte și la creșterea performanței managementului.

Raportul final este transmis spre analiză și avizare conducătorului entității care a aprobat misiunea. Raportul trebuie să fie însoțit de o sinteză a constatărilor și recomandărilor.

Raportul de audit public intern este întocmit în baza dosarelor de audit: dosarul permanent și dosarul documentelor de lucru.

Dosarul permanent conține raportul de audit și anexele acestuia (ordinul de serviciu, declarația de independență, proiectul raportului, fișele de identificare și analiză a problemelor, formularele de constatare a iregularităților, programul de audit), documentația administrativă a misiunii (notificarea, minutele ședințelor, corespondența) și documentația misiunii (strategii și proceduri interne, legislație, informații financiare, regulament de organizare și funcționare, ștat funcții, fișe post).

Dosarul documentelor de lucru conține copii xerox ale documentelor justificative, care confirmă concluziile auditorilor interni.

2.4. Urmărirea recomandărilor

Auditorii trebuie să informeze structurile auditate de responsabilitățile ce le revin:

- elaborarea planului de acțiune, însoțit de calendarul implementării recomandărilor;
- stabilirea responsabililor pentru fiecare recomandare;
- punerea în practică a recomandărilor;
- comunicarea periodică a stadiului progresului acțiunilor;
- evaluarea rezultatelor obținute.

Auditorii verifică implementarea recomandărilor la termenele stabilite, întocmind fișe de urmărire a recomandărilor. Auditorii trebuie să se asigure că, pentru deficiențele constatate, au fost întreprinse acțiuni corective și că acestea și-au atins rezultatele scontate. În caz contrar, trebuie să obțină acceptul conducerii asupra riscului de a nu realiza acțiuni corective cu privire la observațiile din raport. (Institut de l’Audit Interne, Norme profesionale ale auditului intern, 2002)

3. MANAGEMENTUL RISCURILOR

3.1 Noțiuni teoretice

Riscul reprezintă posibilitatea de a se produce un eveniment care ar putea avea un impact asupra îndeplinirii obiectivelor. (IIA, 2002)

În cadrul unei instituții publice apar mai multe categorii de riscuri:

- riscuri de organizare;
- riscuri operaționale;
- riscuri financiare;
- riscuri generate de schimbări legislative, structurale, manageriale.

Analiza riscurilor reprezintă o componentă importantă a procesului de audit public intern, fiind efectuată în perioada de planificare a activității anuale de audit, pentru elaborarea planului de audit și în etapa de pregătire a misiunii de audit public intern, în vederea elaborării programului de audit al misiunii.

Riscul se măsoară în funcție de consecințele generate și probabilitatea de apariție.

Impactul consecințelor reprezintă efectele riscului în cazul producerii sale și se exprimă pe o scară valorică de trei niveluri:

- impact scăzut;
- impact moderat;
- impact ridicat.

Probabilitatea de apariție a riscului se măsoară folosind drept criterii aprecierea vulnerabilității entității și aprecierea controlului intern și se exprimă pe o scară de valori pe trei niveluri:

- probabilitate mică;
- probabilitate medie;
- probabilitate mare.

Pentru a aprecia vulnerabilitatea instituției, auditorii țin seama de toți factorii cu incidență asupra domeniului auditabil (resurse umane, complexitatea prelucrării operațiilor, mijloace tehnice existente). Vulnerabilitatea se exprimă pe trei niveluri:

- vulnerabilitate redusă;
- vulnerabilitate medie;
- vulnerabilitate mare.

Pentru a aprecia controlul intern, auditorii fac o analiză a calității acestuia. Aprecierea asupra controlului intern se exprimă pe trei niveluri:

- control intern cu lipsuri grave;
- control intern insuficient;
- control intern corespunzător.

3.2. Metodologia analizei riscurilor

Analiza riscurilor efectuată în perioada de pregătire a misiunii de audit pentru elaborarea programului misiunii de audit presupune parcurgerea următorilor pași:

- identificarea obiectelor auditabile;
- identificarea amenințărilor, riscurilor asociate obiectelor auditabile;
- stabilirea criteriilor de analiză a riscului, a ponderii acestora și a scărilor de valori asociate fiecărui criteriu;
- stabilirea nivelului riscului pentru fiecare obiect auditabil, pentru criteriile stabilite, prin utilizarea scării de valori;
- stabilirea punctajului total al criteriului utilizat:

$$T = \sum_{i=1}^n P_i * N_i$$

Unde : P_i = ponderea riscului pentru fiecare criteriu;

N_i = nivelul riscului pentru fiecare criteriu utilizat.

- clasarea riscurilor, pe baza punctajelor calculate, în risc mic, mediu, mare;
- ierarhizarea activităților ce urmează a fi auditate;
- elaborarea tematicii în detaliu.

Exemplu practic privind elaborarea analizei riscurilor pentru fundamentarea programului misiunii de audit : Achiziții publice

3.2.1. Identificarea obiectelor auditabile

Obiectul auditabil reprezintă activitatea elementară a domeniului auditat, ale cărei caracteristici pot fi definite teoretic și comparate cu realitatea practică. Auditorii identifică, prin studiul detaliat al activităților desfășurate de structura auditată, obiectele auditabile și elaborează lista centralizatoare a acestora, care stă la baza analizei riscurilor.

În cadrul misiunii de audit „Achiziții publice”, echipa de auditori a identificat următoarele obiecte auditabile :

1. elaborarea Programului anual al achizițiilor publice;
2. întocmirea referatului de necesitate;
3. alegerea și aplicarea procedurilor de achiziție publică;
4. cererea de ofertă:

selecția furnizorilor invitați;

transmiterea invitațiilor de participare;

numirea comisiei de evaluare;

evaluarea și selecția ofertelor;

5. licitație:
întocmirea documentației pentru elaborarea și prezentarea ofertei;
publicarea anunțului de participare;
numirea comisiei de evaluare;
evaluarea și selecția ofertelor;

6. negociere competitivă:
transmiterea invitațiilor de participare;
numirea comisiei de evaluare;
evaluarea documentelor de calificare;
consultarea și negocierea;
evaluarea și selecția ofertelor;

7. încheierea contractului;
8. recepția bunurilor și serviciilor;
9. înregistrările în contabilitate;
10. efectuarea plăților.

3.2.2. Identificarea riscurilor asociate obiectelor auditabile

Auditorii asociază fiecărui obiect auditabil riscuri posibile, a căror apariție poate duce la nerespectarea legislației în vigoare și a procedurilor interne și la nefuncționarea controlului intern.

Nr. crt.	Obiecte auditabile	Riscuri identificate
1.	Elaborarea Programului anual al achizițiilor publice	- achiziții planificate mai mari decât limitele bugetare; - semnăturile să nu fie cele autorizate;
2.	Întocmirea referatului de necesitate	- stabilirea eronată a cantităților de aprovizionat; - neîntocmirea referatului pentru fiecare achiziție; - neavizarea și neaprobarea referatului de persoanele competente;
3.	Alegerea și aplicarea procedurilor de achiziție	- nerespectarea pragurilor valorice neprevăzute de lege;

- publică
4. Cererea de ofertă :
- selecția furnizorilor invitați;
 - transmiterea invitațiilor de participare;
 - numirea comisiei de evaluare;
 - evaluarea și selecția ofertelor.
5. Licitația :
- întocmirea documentației pentru elaborarea și prezentarea ofertei;
 - publicarea anunțului de participare;
 - numirea comisiei de evaluare;
 - evaluarea și selecția ofertelor.
6. Negocierea competitivă:
- transmiterea invitațiilor de participare;
 - numirea comisiei de evaluare;
 - evaluarea documentelor de calificare;
 - consultarea și negocierea;
 - evaluarea și selecția ofertelor.
7. Încheierea contractului
- divizarea achizițiilor în scopul evitării aplicării procedurii legale;
 - inexistența unor informații suficiente (bază date furnizori, cataloage prețuri);
 - achiziții de rutină, de la același furnizor;
 - lipsa informațiilor privind capacitatea financiară, de producție și de calitate a furnizorului;
 - membrii comisiei nu au pregătirea profesională adecvată și experiența în domeniu;
 - incompatibilități între membrii comisiei și ofertanți;
 - nerespectarea termenelor de depunere a ofertelor;
 - stabilirea în mod eronat a ofertei câștigătoare (calcul greșite, neluarea în considerare a tuturor cerințelor prevăzute)
 - documentația nu este în conformitate cu prevederile legale;
 - nepublicarea anunțului de participare;
 - nerespectarea termenelor de transmitere și publicare a anunțului;
 - membrii comisiei nu au pregătirea profesională adecvată și experiența în domeniu;
 - incompatibilități între membrii comisiei și ofertanți;
 - nerespectarea termenelor legale pentru depunerea ofertelor;
 - stabilirea în mod eronat a ofertei câștigătoare (calcul greșite, neluarea în considerare a tuturor cerințelor prevăzute);
 - membrii comisiei nu au pregătirea profesională adecvată și experiența în domeniu;
 - incompatibilități între membrii comisiei și ofertanți;
 - nerespectarea termenelor de depunere a documentelor de calificare și a ofertelor;
 - selectarea unor participanți fără respectarea condițiilor impuse;
 - stabilirea în mod eronat a ofertei câștigătoare (calcul greșite, neluarea în considerare a tuturor cerințelor prevăzute);
 - neîncheierea contractului cu furnizorul câștigător;
 - încheierea contractului fără avizurile și aprobările necesare;
 - nerespectarea termenelor de încheiere a contractului în perioada de valabilitate a ofertei;
 - nepreluarea în contract a termenilor de referință;
 - livrările nu au fost efectuate, serviciile nu au fost
8. Recepția bunurilor și

serviciilor	prestate;
	- neefectuarea recepțiilor cantitative și calitative;
	- stocurile scriptice nu sunt egale cu cele faptice;
9. Înregistrările în contabilitate	- nu sunt înregistrate toate bunurile achiziționate și serviciile prestate;
	- neînregistrarea cronologică a facturilor;
	- înregistrări eronate (valori eronate, conturi greșite);
10. Efectuarea plăților	- neexercitarea CFP;
	- efectuarea de plăți duble;
	- plăți în numerar prin casierie.

3.2.3. Stabilirea criteriilor de analiză a riscului și a ponderii acestora

Se stabilesc următoarele criterii de apreciere a riscului:

- aprecierea cantitativă – pentru măsurarea impactului consecințelor. Ponderea acestui criteriu este de 50%. În cazul misiunii de audit „Achiziții publice” se consideră următoarele niveluri :

- impact financiar scăzut < 10.000 lei, pe scara de valori i se atribuie 1;
- impact financiar moderat < 15.000 lei, pe scara de valori i se atribuie 2;
- impact financiar ridicat > 20.000 lei, pe scara de valori i se atribuie 3;

- aprecierea vulnerabilității (sau calitativă) – pentru măsurarea probabilității de apariție a riscului. Ponderea acestui criteriu este de 10%. Se consideră 3 niveluri :

- vulnerabilitate mare, pe scara de valori i se atribuie 1;
- vulnerabilitate medie, pe scara de valori i se atribuie 2;
- vulnerabilitate redusă, pe scara de valori i se atribuie 3;

- aprecierea controlului intern – pentru măsurarea probabilității de apariție a riscului. Ponderea acestui criteriu este de 40%. Se consideră următoarele niveluri :

- control intern cu lipsuri grave – nu există proceduri interne, pe scara de valori i se atribuie 1;
- control intern insuficient – există proceduri, dar nu se aplică, nu acoperă toate activitățile sau nu conțin suficiente elemente de control intern, pe scara de valori i se atribuie 2;
- control intern corespunzător – există proceduri, se aplică și conțin elemente suficiente de control intern, pe scara de valori i se atribuie 3.

3.2.4. Stabilirea nivelului riscului pentru fiecare obiect auditabil și a punctajului total

Auditorii atribuie riscurilor identificate, pentru fiecare criteriu stabilit, un număr de puncte din scara de valori. Calculul punctajului total se face conform formulei menționate mai sus.

Exemplu: pentru riscul ca achizițiile planificate să depășească limitele bugetare, punctajul total va fi :

$$\text{Punctaj total} = 50\% * 2 + 10\% * 2 + 40\% * 2 = 2$$

Nr. crt.	Riscuri	Aprecierea cantitativă (50%)	Aprecierea vulnerabilității (10%)	Aprecierea controlului intern (40%)	Punctaj total
1	achiziții planificate mai mari decât limitele bugetare;	2	2	2	2
	semnăturile să nu fie cele autorizate;	3	2	2	2,5
	stabilirea eronată a cantităților de aprovizionat;	2	1	1	1,5
2	neîntocmirea referatului pentru fiecare achiziție;	2	3	3	2,5
	nevizarea și neaprobarea referatului de persoanele competente;	3	2	2	2,5
3	nerespectarea pragurilor valorice neprevăzute de lege;	3	2	2	2,5
	divizarea achizițiilor în scopul evitării aplicării procedurii legale;	3	3	3	3
4	inexistența unor informații suficiente (bază date furnizori, cataloage prețuri);	2	1	1	1,5
	achiziții de rutină, de la același furnizor;	2	1	1	1,5
	lipsa informațiilor privind capacitatea financiară, de producție și de calitate a furnizorului;	3	3	2	2,6
	membrii comisiei nu au pregătirea profesională adecvată și experiența în domeniu;	3	2	2	2,5
	incompatibilități între membrii comisiei și ofertanți;	2	2	3	2,4
	nerespectarea termenelor de depunere a ofertelor;	1	1	2	1,4
	stabilirea în mod eronat a ofertei câștigătoare (calcul greșite, neluarea în considerare a tuturor cerințelor prevăzute)	3	2	3	2,9
5	documentația nu este în conformitate cu prevederile legale;	3	2	3	2,9
	nepublicarea anunțului de participare;	2	2	3	2
	nerespectarea termenelor de transmitere și publicare a anunțului;	2	2	3	2
	membrii comisiei nu au pregătirea profesională adecvată și experiența în domeniu;	3	2	2	2,5
	incompatibilități între membrii comisiei și ofertanți;	2	2	3	2
	nerespectarea termenelor legale pentru depunerea ofertelor;	1	1	2	1,4
	stabilirea în mod eronat a ofertei câștigătoare (calcul greșite, neluarea în considerare a tuturor cerințelor prevăzute);	3	2	3	2,9
6	membrii comisiei nu au pregătirea profesională adecvată și experiența în domeniu;	3	2	2	2,5

	incompatibilități între membrii comisiei și ofertanți;	2	2	3	2,4
	nerespectarea termenelor de depunere a documentelor de calificare și a ofertelor;	2	1	2	1,9
	selectarea unor participanți fără respectarea condițiilor impuse;	2	1	3	2,3
	stabilirea în mod eronat a ofertei câștigătoare (calcul greșite, neluarea în considerare a tuturor cerințelor prevăzute);	3	2	3	2,9
7	neîncheierea contractului cu furnizorul câștigător;	1	1	2	1,4
	încheierea contractului fără avizele și aprobările necesare;	3	2	3	2,9
	nerespectarea termenelor de încheiere a contractului în perioada de valabilitate a ofertei;	2	1	2	1,9
	nepreluarea în contract a termenilor de referință;	1	1	1	1
8	livrările nu au fost efectuate, serviciile nu au fost prestate;	3	2	3	2,9
	neefectuarea recepțiilor cantitative și calitative;	2	1	2	1,9
	stocurile scriptice nu sunt egale cu cele factice;	2	2	2	2
9	nu sunt înregistrate toate bunurile achiziționate și serviciile prestate;	3	2	3	2,9
	neînregistrarea cronologică a facturilor;	3	2	3	2,9
	înregistrări eronate (valori eronate, conturi greșite);	2	1	2	1,9
	neexercitarea CFP;	3	2	3	2,9
10	efectuarea de plăți duble;	2	1	2	1,9
	plăți în numerar prin casierie.	2	3	3	2,5

3.2.5. Clasarea riscurilor, pe baza punctajelor calculate, în risc mic, mediu, mare și ierarhizarea activităților ce urmează a fi auditate

Pe baza punctajelor totale obținute se realizează clasarea riscurilor identificate în riscuri mici, medii și mari și se ierarhizează activitățile ce vor fi auditate.

Spre exemplificare, în cazul prezentat mai sus, riscurile pentru care s-au obținut punctaje între 2 și 3 vor fi considerate riscuri mari, cele pentru care s-au obținut punctaje între 1,5 și 2 riscuri medii iar pentru punctaje mai mici de 1,5, riscuri mici.

În baza acestei analize se va elabora tematica în detaliu a misiunii de audit și programul de audit.

4. CONTROLUL INTERN

Elena Badea

4.1. Conceptul de control intern

Expresia “control intern” provine din traducerea expresiei englezești ”internal control”, care are accepțiunea “de a deține controlul/a ține sub control” și abia în subsidiar a verifica. În accepțiunea sa largă, controlul intern este răspunsul la întrebarea “ce se poate

face pentru a deține un control cât mai bun asupra activităților”.

În practică, se întâlnesc mai multe definiții ale controlului intern formulate de diverse instituții (Institutul American al Contabililor Publici Certificați, 1978, Ordinul Experților Contabili din Franța, 1977, Comitetul Consultativ de Contabilitate din Marea Britanie, 1978, Institutul Canadian al Contabililor Autorizați, 1995, Carta Alba a reformei manageriale în cadrul serviciilor Comisiei Europene).

Din definițiile date se evidențiază faptul că prin controlul intern se înțelege ansamblul elementelor implementate de către responsabilii de la toate nivelurile pentru a deține controlul asupra funcționării activităților organizației, în raport cu obiectivele fixate.

În România, controlul intern este definit astfel: ”ansamblul formelor de control exercitate la nivelul entității publice, inclusiv auditul intern, stabilite de conducere în concordanță cu obiectivele acesteia și cu reglementările legale în vederea asigurării administrării fondurilor în mod economic, eficient și eficace: acesta include, de asemenea, structurile organizatorice, metodele și procedurile” (Ordonanța Guvernului nr. 119/1999, republicată în 2003).

Din definiția de mai sus se desprind obiectivele generale ale controlului intern ale oricărei organizații, care pot fi grupate în trei categorii:

- eficacitatea și eficiența funcționării; cuprinde obiectivele legate de misiunea entității și de utilizarea, în condiții de economicitate, eficiență și eficacitate, a resurselor; de asemenea, tot aici se includ și obiectivele privind protejarea resurselor entității de utilizare inadecvata sau de pierderi, ca și identificarea și gestionarea pasivelor;
- fiabilitatea informațiilor interne și externe; include obiectivele legate de ținerea unei contabilități adecvate, ca și de fiabilitatea informațiilor utilizate în cadrul entității sau difuzate către terți;
- conformitatea cu legile, regulamentele și politicile interne; privește obiective legate de asigurarea că activitățile entității se desfășoară în conformitate cu obligațiile impuse de legi și de regulamente, precum și cu respectarea politicilor interne.

Aceste obiective generale reprezintă țintele spre care își va orienta activitatea fiecare persoană, din vârful până la baza piramidei ierarhice. Construirea unui bun sistem de control intern este un proces de durată, ce reclamă importante eforturi colective și individuale.

Desfășurarea acestui proces se poate finaliza cu realizarea scopului propus, dacă sunt respectate următoarele principii generale ale controlului intern:

- a) adaptat dimensiunii, complexității și mediului specific entității publice;
- b) vizează toate nivelurile de conducere și toate activitățile/operațiunile;
- c) este construit cu același “instrumentar” în oricare entitate publică;
- d) finalitatea sa constă în asigurarea rezonabilă că obiectivele vor fi atinse;
- e) costurile aplicării controlului intern nu trebuie să depășească beneficiile rezultate din acesta;
- f) este guvernat de regulile minimale de management, cuprinse în standardele de control intern.

Concluziile formulate în „Strategia dezvoltării controlului financiar public intern” care a stat la baza negocierilor, cu Comisia Europeană a Capitolului 28 “Control financiar” impun ca, în vederea pregătirii pentru aderare să se acorde atenție, în mod special întăririi responsabilității manageriale și capacității administrative de a implementa sisteme de management/control, în concordanță cu principiile de bună practică, acceptate pe plan internațional.

Acționând pentru punerea în practică a acestor cerințe, în cadrul Ministerului Finanțelor Publice a fost înființată Unitatea Centrală de Armonizare a Sistemelor de Management Financiar și Control ale cărei atribuții sunt direcționate în principal către formularea de propuneri privind perfecționarea cadrului normativ, procedural și organizațional cu privire la controlul financiar.

Ca urmare a recomandărilor Comisiei Europene, a fost elaborat și aprobat Codul controlului intern, cuprinzând standarde de management/control intern la entitățile publice și pentru dezvoltarea sistemelor de control managerial (Ordinul ministrului finanțelor publice nr. 946/2006). Acesta prevede:

- obligația pentru conducătorii entităților publice de a lua măsurile necesare pentru elaborarea și/sau dezvoltarea sistemelor de control managerial, inclusiv a procedurilor, formalizate pe activități;
- elaborarea de programe de dezvoltare a sistemelor de control care să conțină obiectivele, acțiunile, responsabilitățile, termenele și alte componente ale măsurilor respective;
- cuprinderea în programe, în mod distinct, a acțiunilor de perfecționare profesionale;
- constituirea, prin act de decizie internă, de structuri cu atribuții de monitorizare, coordonare și îndrumare metodologică privind sistemele proprii de control intern.

De asemenea, a fost elaborat manualul “Îndrumar metodologic pentru dezvoltarea controlului intern la instituțiile publice” care definește instrumentarul cu care operează sistemul de control intern și metodologia cadru de proiectare și implementare a sistemului de control intern în entitățile publice.(www.mfinante.ro)

4.2. Instrumentarul cu care operează sistemele de control intern

Disfuncțiile, punctele slabe sau erorile întâlnite în activitatea unei instituții își găsesc cauza în defectul unuia din instrumentele de control intern implementate de conducere sau în neimplementarea altuia Prin urmare este necesar ca responsabilii care au sarcina construirii sistemului de control intern să creeze sau să dezvolte, după caz, acele instrumente care permit și asigură un bun control asupra funcționării instituției, în ansamblul ei și a fiecărei activități în parte.

Potrivit îndrumarului metodologic, instrumentarul de control intern poate fi grupat în 6 grupe omogene, după cum urmează:

- 1) obiectivele
- 2) mijlocele
- 3) sistem informațional

- 4) organizarea
- 5) procedurile
- 6) controlul.

În continuare prezentăm succint fiecare dintre cele 6 grupe în care se califică, din punctul de vedere al naturii și rolului, instrumentele de control cuprinse în Manualul "Îndrumar metodologic pentru dezvoltarea controlului intern în entitățile publice".

1) Obiectivele

Sunt definite ca efectele pozitive pe care conducerea încearcă să le realizeze sau efecte negative pe care conducerea încearcă să le evite.

Având în vedere obiectivele generale ale controlului intern, conducătorul entității publice va stabili obiectivul general, iar fiecare persoană cu funcție de conducere stabilește obiectivele derivate, specifice activităților din compartimentul pe care îl conduce, asigurând ca obiectivele stabilite:

- să fie realiste și în deplină concordanță cu misiunea și atribuțiile compartimentului;
- să fie repartizate în interiorul compartimentului pe sub-obiective individuale, încredințate personalului de execuție;
- să fie măsurabile, adică exprimate în indicatori cantitativi sau, după caz, calitativi;
- să poată fi monitorizate prin sistemul de informare existent/necesar a fi creat la dispoziția managementului și care trebuie să fie construit în funcție de natura indicatorilor proprii obiectivelor/sub-obiectivelor încredințate fiecăruia;
- să aibă prevăzut un termen calendaristic realist de realizare.

2) Mijloacele

Prin mijloace se înțelege, de regulă, ansamblul resurselor umane, financiare și materiale, privite în corelație cu realizarea obiectivelor. În consecință, conducătorul entității publice, precum și fiecare dintre persoanele care ocupă o funcție de conducere, trebuie să își pună următoarea întrebare: mijloacele efectiv disponibile permit realizarea obiectivelor fixate?

2.1. Mijloacele umane

În acest caz, instrumentele de control intern vizează recrutarea și selecția, și perfecționarea pregătirii profesionale a personalului.

Recrutarea și selecția impun: identificarea necesităților de recrutare, introducerea unor criterii specifice nediscriminatorii în recrutare și selecție, elaborarea unui plan/grafic anual de realizare, realizarea și utilizarea unui ghid pentru interviuri, stabilirea unei liste de verificare (*check-list*) pentru controlul respectării procedurilor legale de recrutare și selecție, aplicabile în entitatea publică, comunicarea, în deplină transparență, a politicii și procedurilor de recrutare și selecție.

Perfecționarea pregătirii profesionale poate conduce la compensarea eventualelor deficiențe ale recrutării, dar, mai ales, la dezvoltarea cunoștințelor personalului, potrivit cerințelor specifice ale posturilor și promovării interne, dacă acest proces este precedat sau, după caz, urmat de:

- realizarea unui chestionar pentru identificarea nevoilor de instruire a personalului;
- analiza nevoilor de instruire, din perspectiva entității publice, la nivelul compartimentelor și la nivelul angajaților;
- prioritizarea nevoilor de instruire identificate;
- elaborarea politicii de instruire și comunicarea acesteia într-o declarație clară, care să definească ce intenționează conducerea entității publice în domeniul perfecționării pregătirii profesionale a personalului propriu;
- stabilirea listei de verificare (*check-list*) pentru controlul planificării și desfășurării etapelor de instruire a personalului;
- stabilirea procedurii de inițiere profesională a noilor angajați;
- instituirea practicii “conducător la nevoie”, ca o condiție de bază pentru dezvoltarea abilităților manageriale, la toate nivelele de conducere;
- elaborarea chestionarelor pentru evaluarea anuală a dezvoltării cunoștințelor profesionale.

2.2. Mijloacele financiare

Realizarea permanentei adecvări între obiectivele entității publice și mijloacele sale financiare reclamă recurgerea la o multitudine de instrumente de control intern specifice etapelor de elaborare, aprobare (în cazul anumitor entități publice) și execuție a bugetului.

De exemplu, în cazul spitalelor, pentru sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate, primite de la bugetul de stat și bugetele locale principalele instrumente de control intern destinate acestui scop privesc: elaborarea documentelor de fundamentare a sumelor solicitate pe programe, acțiuni de sănătate și investiții și pe categorii de cheltuieli și transmiterea acestora organului ierarhic, în vederea cuprinderii în propunerile proiectului de buget; analiza documentelor de fundamentare și a bugetelor în cadrul secțiilor și a celorlalte compartimente; elaborarea documentelor de fundamentare pe total spital și pe secții a indicatorilor prevăzuți în normele de aplicare a contractului-cadru în vederea contractării cu casele de asigurări de sănătate iar, în execuție concordanța necesară între obiectivele programelor, proiectelor, acțiunilor și mijloacele financiare (creditele bugetare aferente, în principal cheltuielile curente și de capital, dimensionate și structurate potrivit clasificăției bugetare) poate fi realizată prin: organizarea evidenței și monitorizării programelor, inclusiv a realizării indicatorilor aferenți acestora, precum și organizarea contabilității costurilor aferente programelor aprobate ca anexe la bugetul ordonatorului principal de credite; efectuarea periodică a operațiunilor de actualizare a programului anual de achiziții publice, care vizează atât expresia sa valorică, cât și structura sa, în forma naturală (produse, servicii și lucrări), aceasta din urmă modificându-se în funcție de prioritățile stabilite de autoritatea contractantă cu privire la achizițiile necesare de realizat; ținerea unei riguroase evidențe a angajamentelor bugetare și legale; efectuarea, în condițiile legii, a virărilor de credite bugetare pentru care există o temeinică fundamentare a necesității și oportunității; solicitarea deschiderii de credite bugetare, în limita creditelor aprobate, pe capitole, subcapitole, titluri de cheltuieli sau alte subdiviziuni ale clasificăției bugetare, după caz, în raport cu gradul de folosire a fondurilor puse la dispoziție anterior, temeinica fundamentare a obligațiilor de plată scadente în perioada respectivă, precum și în condițiile respectării dispozițiilor legale care reglementează efectuarea cheltuielilor în cauză.

2.3. *Mijloacele materiale*

Prin mijloace materiale înțelegem întreaga diversitate de produse, servicii și lucrări necesare funcționării entității publice și realizării obiectivelor sale.

Ca principale instrumente de control intern pot fi utilizate:

- analiza riguroasă a gradului de acoperire a nevoilor reale, la nivelul entității publice și la nivelul fiecărui compartiment, cu mijloacele materiale existente;
- identificarea și stabilirea precisă a naturii, volumului, structurii și caracteristicilor mijloacelor materiale, necesar a fi procurate în limita fondurilor disponibile;
- elaborarea și aprobarea unui program anual detaliat al achizițiilor publice, cuprinzând, cel puțin: valoarea estimată, fără TVA, exprimată în euro și în lei, a fiecărui viitor contract de furnizare produse, prestare de servicii sau execuție de lucrări; procedura de atribuire ce urmează a fi aplicată în cazul fiecărui viitor contract în parte, precum și durata legală maximă a acesteia în zile; calendarul de realizare a programului de achiziții publice, stabilit în funcție de priorități și duratele legale ale procedurilor de atribuire;
- aplicarea riguroasă a listei de verificare (*check-list*), pentru controlul respectării procedurilor de atribuire a contractelor de achiziție publică.

3) *Sistemul informațional*

Constituie cea de-a treia grupă de instrumente de control intern. Acestea se regăsesc la nivelul fiecărei activități din cadrul entității publice, ansamblul lor reprezentând un subsistem fundamental al sistemului de management intern.

Vizând toate activitățile din entitatea publică, sistemul informațional și, în particular, sistemul informatic pentru conducere, trebuie să fie astfel construite, încât să permită un bun control asupra acestora, în vederea atingerii obiectivelor prestabilite.

4) *Organizarea*

Sub această denumire generică se grupează instrumentele de control intern prin care se poate realiza, în mod practic, o funcție esențială a managementului oricărei entități publice: organizarea internă.

Organizarea, ca funcție managerială, constituie un ansamblu de măsuri, metode, tehnici, mijloace și operațiuni, prin care conducerea stabilește - în conformitate cu anumite principii, reguli, norme și criterii - componentele procesuale și structurale ale entității publice, în vederea realizării obiectivelor propuse.

În organizarea unei instituții se recomandă respectarea următoarelor principii:

- adaptarea - organizarea trebuie să fie “adaptată” mărimii, naturii activității, obiectivelor, cadrului legal aplicabil, modulului de finanțare. Organizarea trebuie să fie subordonată exigențelor obiective, interne și externe entității.
- obiectivitatea - componentele procesuale și structurale ale unei organizări obiective nu pot fi construite în funcție de anumite interese personale sau private de grup; organizarea trebuie să fie subordonată exigențelor obiective, interne și externe entității. Asigurarea practică a coerenței de sistem devine obiectiv necesară, între organizare și celelalte funcții manageriale: previziune, coordonare, antrenare și evaluare-control.
- separarea atribuțiilor - aplicarea acestui principiu decurge din cerința elementară ca nici o persoană sau verigă organizatorică din entitatea publică să nu dețină controlul

exclusiv asupra tuturor etapelor importante ale unei tranzacții, activități sau operațiuni.

În administrația publică s-a instituit prin lege că “Execuția bugetară se bazează pe principiul separării atribuțiilor persoanelor care au calitatea de ordonator de credite de atribuțiile persoanelor care au calitatea de contabil”, iar în cadrul oricărei entități publice “persoana care exercită controlul financiar preventiv propriu nu trebuie să fie implicată, prin sarcinile de serviciu, în efectuarea operațiunii supuse controlului financiar preventiv propriu”.

Trei funcții fundamentale sunt incompatibile în cadrul entității publice;

- funcția de autorizare (sau de decizie), care aparține managerului general/ordonatorului de credite, având la dispoziție un buget și competența de a angaja entitatea publică, în limitele care i-au fost atribuite sau cele prevăzute de lege, în condițiile asumării responsabilității pentru actele sale;

- funcția de înregistrare contabilă, prin care orice operațiune economico-financiară, consemnată, în momentul efectuării ei, într-un document, se înregistrează cronologic și sistematic în conturile corespunzătoare, potrivit normelor contabile; această funcție de înregistrare nu poate fi exercitată decât de către contabili;

- funcția financiară constă, în esență, în actul de plată sau de încasare, prin care are loc stingerea obligației debitorului și, în mod corelativ, încetarea creanței creditorului, materializată în variate forme: semnarea sau încasarea de cecuri, plățirea sau încasarea de numerar, ordine de virament etc.;

Pe lângă aceste trei funcții permanente și incompatibile, există alte două, pe care le întâlnim în mod sistematic:

- funcția de control, aici cuvântul “control” având înțelesul exclusiv de verificare, ca activitate exercitată în temeiul normelor legale de către persoane sau structuri specializate;

- funcția de deținere, specifică persoanelor care dețin în gestiune bunuri fizice sau alte valori, cum ar fi: magazionerii, gestionarii de stocuri sau casierii, în cazul acestora din urmă aproape nemaexistând incompatibilitate între deținerea de valori și funcția financiară.

În cadrul entităților publice mici și mijlocii, unde personalul nu este prea numeros, stabilirea unei separări a sarcinilor poate pune, uneori, probleme dificil de soluționat. În astfel de împrejurări, se recomandă utilizarea a două metode: rotirea sarcinilor și rotirea persoanelor.

- analiza și restructurarea componentelor procesuale și structurale ale organizării entității publice

Pentru a proiecta o organizare eficientă, este necesară, mai întâi, o bună cunoaștere a elementelor sale componente, care, în majoritatea lor, constituie, în același timp, și instrumente de control intern cu care operează această funcție managerială.

Orice sistem de organizare are două forme de concretizare: o forma procesuală, care constă în delimitarea funcțiilor entității publice și în stabilirea ,separarea și gruparea activităților, atribuțiilor și sarcinilor și o forma structurală ,care transpune rezultatele organizării procesuale în structuri organizatorice – departamente, direcții, compartimente, servicii, stabilind totodată și posturile în cadrul acestora.

În realizarea acestui proces este necesară parcurgerea, într-o succesiune logică și cronologică, a următoarelor etape:

- analiza obiectivelor entității publice;

- definirea activităților necesare și stabilirea conținutului acestora;
- crearea compartimentelor;
- stabilirea propriu-zisă a structurii organizatorice și evaluarea funcționalității acesteia

Principalele documente în care se reflectă organizarea formală a entității publice sunt organigramele, regulamentul de organizare și funcționare și fișele posturilor.

5) *Procedurile*

Procedura este definită ca totalitatea pașilor ce trebuie urmați, metodelor de lucru stabilite și regulilor de aplicat, în vederea executării activității, atribuției sau sarcinii.

Procedurile de control intern pot fi grupate, în funcție de obiectivul lor, în trei categorii:

- operaționale, care privesc aspectul procesual;
- decizionale, care se referă la exercitarea competenței;
- jurisdicționale, care vizează angajarea răspunderii. În cazul primelor două categorii, procedurile pot fi formalizate sau nu, în funcție de complexitatea obiectului lor și a gradului nevoii de reglementare.

6) *Controlul*

Constituie cea de-a șasea și ultima grupă a instrumentelor de control intern, aplicabile în cadrul unei entități publice.

Controlul este *feedback*-ul procesului managerial și constă în compararea rezultatelor cu obiectivele, depistarea cauzelor care determină abaterile (pozitive sau negative) constatate și luarea măsurilor cu caracter corectiv sau preventiv necesare.

4.3. Metodologia - cadru de proiectare și implementare a sistemului de control intern în entitatea publică

Metoda propusă de proiectare și implementare a sistemului de control intern propusă este, în esență, o abordare în funcție de riscuri, care seamănă cu metodologia de management al riscului, dar nu se identifică cu aceasta.

Aplicarea metodologiei-cadru de proiectare/reproiectare și implementare a sistemului de control intern în entitatea publică presupune parcurgerea următoarelor etape:

- evaluarea instrumentelor generale de control intern;
- evaluarea instrumentelor specifice de control intern, la nivelul fiecărei activități;
- analiza raportului între costurile suplimentare și efectele așteptate, generate de implementarea noului sistem de control intern;
- elaborarea și aprobarea programului de implementare a noului sistem de control intern al entității publice.

Procesul de proiectare și implementare a sistemului de control intern al oricărei entități publice trebuie să aibă la bază, potrivit prevederilor legale în vigoare (Ordinul ministrului finanțelor publice nr.964/2006), standardele de management/control intern, definit ca ansamblu integrat al instrumentelor concrete de control intern, implementate la un moment dat în entitatea publică, în scopul realizării obiectivelor stabilite.

Constituind un ansamblu de reguli minimale de management, pe care toate entitățile publice trebuie să le urmeze, standardele reprezintă atât un model general de

control managerial, cât și tot atâtea criterii în raport cu care se evaluează calitatea sistemelor de control intern ale entităților publice.

De asemenea, trebuie avut în vedere legătura strânsă existentă între cele trei mari grupe de obiective generale ale controlului intern, menționate la începutul acestui capitol și cele cinci elemente-cheie, componente ale controlului intern, în cadrul cărora sunt grupate standardele de management/control intern, și anume:

- mediul de control (în care sunt grupate standarde privind: etica, integritatea; atribuții, funcții, sarcini; competența, performanța; funcțiile sensibile; delegarea; structura organizatorică);
- performanțe și managementul riscului (cuprinzând standarde referitoare la: obiective; planificare; coordonare; monitorizarea performanțelor; managementul riscului; ipoteze, reevaluări);
- informarea și comunicarea (conținând următoarele standarde: informarea, comunicarea; corespondența; semnalarea neregularităților);
- activități de control (reunind standardele: proceduri; separarea atribuțiilor; supravegherea; gestionarea abaterilor; continuitatea activității; strategii de control; accesul la resurse);
- auditarea și evaluarea (din care fac parte standardele: verificarea și evaluarea).

Realizarea primei etape a metodologiei-cadru, evaluarea instrumentelor generale de control intern constă în parcurgerea următoarelor faze de execuție:

- elaborarea chestionarelor de control intern;
- formularea răspunsurilor la chestionarele de control intern;
- identificarea riscurilor și estimarea nivelului de risc;
- evaluarea propriu-zisă a instrumentelor generale de control intern;
- întocmirea fișelor analitice și sintetice, conținând rezultatele fazelor anterioare.

Etapă a doua a metodologiei constă în evaluarea instrumentelor specifice de control intern la nivelul fiecărei activități .

În realizarea integrală a acestei etape, potrivit metodei propuse, este necesară parcurgerea următoarelor faze de lucru:

Faze premergătoare evaluării, constând în delimitarea și definirea activităților entității și stabilirea misiunii, identificarea resurselor necesare și precizarea regulilor/normelor ce trebuie respectate.

Faze de evaluare la nivelul unei activități, constă în divizarea activității în sarcini elementare și în identificarea și evaluarea riscului/riscurilor proprii fiecărei sarcini elementare;

Evaluarea instrumentelor specifice de control intern, corespunzătoare riscului/riscurilor proprii sarcinilor elementare;

- Întocmirea fișei sintetice a evaluării aferente unei activități.

Finalizarea fazelor premergătoare creează premisele necesare pentru a se trece la următoarele faze care constau în: analiza raportului între costurile suplimentare și efectele așteptate, generate de implementarea noului sistem de control intern, elaborarea și aprobarea programului de implementare a noului sistem de control intern și, ultima etapă, monitorizarea execuției programului de implementare a noului sistem de control intern.

BIBLIOGRAFIE :

- 1) Ghiță, Marcel - Auditul intern, Editura Economică, București, 2004
- 2) Auditul intern in sistemul public, Tribuna Economică, 2006
- 3) Ghiță, Marcel, Mareș, Valerică - Auditul performanței finanțelor publice, Editura CECCAR, București, 2002
- 4) Renard, Jacques - Teoria și practica auditului intern, Ministerul Finanțelor Publice, 2002
- 5) Boulescu, Mircea - Audit și control financiar, Editura FRM, București, 2005
- 6) Boulescu, Mircea, Bârnea, Corneliu - Control financiar intern și audit intern la entitățile publice, Editura Economică, București, 2004
- 7) Chițu-Gisberto Alberta, Ioanăș Corina - Auditul în instituțiile publice, Editura CECCAR, București, 2005
- 8) Norme profesionale ale auditului intern elaborate de Institutul Audit Intern, Ministerul Finanțelor Publice, 2002
- 9) Legea nr. 672/2002 privind auditul public intern, M.Of. nr. 953/2002
- 10) Ordonanța Guvernului nr. 37/2004 pentru modificarea și completarea reglementărilor privind auditul intern, M. Of. nr. 91/2004
- 11) OMFP nr. 38/2003 pentru aprobarea Normelor generale privind exercitarea activității de audit public intern, M. Of. nr. 130bis/2003
- 12) OMFP nr 423/2004 pentru modificarea și completarea Normelor generale privind exercitarea activității de audit public intern, aprobate prin OMFP nr. 38/2003
- 13) OMS nr. 840/2003 pentru aprobarea Normelor metodologice de organizare și exercitare a auditului public intern în cadrul Ministerului Sănătății
- 14) OMFP nr. 252/2004 pentru aprobarea Codului privind conduita etică a auditorului intern, M. Of. nr. 128/2004
- 15) Manual „Îndrumar metodologic pentru dezvoltarea controlului intern în entitățile publice – 2005”, www.mfinante.ro
- 16) Ghid practic – misiunea de audit intern pentru activitatea de achiziții publice, www.mfinante.ro
- 17) Standarde de audit intern elaborate de Institutul de Audit Intern, ediția 2004, www.cafr.ro

