

**MANAGEMENTUL
SECȚIEI DE SPITAL**

ALEXANDRU V. CIUREA

VASILE G. CIUBOTARU

EUGEN AVRAM

**MANAGEMENTUL
SECTIEI DE SPITAL**



**EDITURA UNIVERSITARĂ
București**

Cuvânt introductiv

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Prof. Dr. A.V. Ciurea

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

EDITORII:

Alexandru-Vlad Ciurea este medic primar neurochirurg, doctor în științe medicale, profesor de neurochirurgie la Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”. Este Vicepreședinte al Federației Mondiale a Societăților de Neurochirurgie (WFNS), Președintele Onorific al Societății Române de Neurochirurgie (RSN), Președintele Societății Române de Neuro-oncologie (SNOR), Membru titular al Academiei Române de Științe Medicale, șeful Clinicii I de Neurochirurgie a Spitalului Clinic de Urgență „Bagdasar-Arseni”.

Vasile Gh. Ciubotaru este medic primar neurochirurg, doctor în științe medicale. Este Șeful clinicii III Neurochirurgie de la Spitalul Clinic de Urgență „Bagdasar-Arseni”. Este Trezorier al Societății Române de Neurochirurgie din 1990. Este autor a numeroase premiere operatorii (din România) în domeniul neurochirurgiei. Opera sa academică cuprinde cărți și studii de neurochirurgie și managementul sănătății.

Eugen Avram este lector universitar, doctor în psihologie, titular în Catedra de Psihologie a Universității din București, psiholog specialist la Spitalului Clinic de Urgență „Bagdasar-Arseni”. Are pregătire în psihologia organizațională, managementul sănătății și psihoterapie cognitiv-comportamentală.

AUTORII:

Iuliana Bădulescu a absolvit Facultatea de Medicina „Carol Davila” București (1991) și Facultatea de Psihologie și Științele Educației, secția Psihologie a Universității București (2008). Actualmente este medic rezident în Psihiatrie (Spitalul Clinic de Psihiatrie „Prof. Dr. Al. Obregia”) și psiholog clinician în supervizare. A devenit medic specialist în Medicina de Familie (1995) și medic specialist în Sănătate Publică și Management (2004). Are competență în Planning Familial (1997).

Cary L. Cooper este profesor de psihologie organizațională și psihologia sănătății, Pro Vice-cancelar (pentru Relații Externe) la Lancaster University din Marea Britanie. Este fondator al Academiei Britanice de Management. În anul 2001 a fost distins „Commander of the Order of the British Empire – CBE) de către Regină pentru contribuțiile în psihologia sănătății ocupaționale. Este autor al unui număr impresionant de volume, având o largă recunoaștere internațională.

Mariana Ispas Cotigă este doctorand al Școlii Doctorale de Psihologie în cadrul Universității din București și expert accidente de muncă și boli profesionale. A absolvit Facultatea de Psihologie la Universitatea din București (2002), urmând Masterul de Psihologie Organizațională și Economică în cadrul aceleiași facultăți (2002-2004), și beneficiind de o bursă de studii Erasmus în Spania (2001).

Valentin Cismaru este psiholog practicant în resurse umane. A absolvit Facultatea de Psihologie și Științele Educației (secția psihologie) și masterul de psihologie organizațională la Universitatea din București.

Mădălina Duță este psiholog practicant, implicată în proiecte de psihologia sănătății. A absolvit Facultatea de Psihologie și Științele Educației (secția psihologie) și masterul de psihologie clinică la Universitatea din București.

Eva Gheorghită este medic primar ATI (anestezie și terapie intensivă), doctor în științe medicale, șef secție ATI la Spitalul Clinic de Urgență „Bagdasar-Arseni”.

Adrian Gorbănescu este specialist psihologia muncii și practician în managementul și evaluarea personalului. A absolvit Facultatea de Psihologie și Științele Educației (secția psihologie) și masterul de psihologia muncii la Universitatea din București.

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

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

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

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

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

Cristina Negoită este psiholog clinician specialist. A absolvit Facultatea de Psihologie și Științele Educației (secția psihologie) la Universitatea din București, masterul de psihoterapie cognitiv-comportamentală la Universitatea „Titu Maiorescu” și o serie de cursuri postuniversitare.

Mihai Popescu este medic primar neurochirurg, șef de secție la Spitalul Județean de Urgență Argeș. Este doctor în Științe Medicale și are două specializări în Chirurgie Vasculară. A absolvit Facultatea de Medicină Generală din Cluj-Napoca în anul 1982. Este absolvent al cursului de Management al Serviciilor de Sănătate.

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

Alexandru Tașcu este doctor în științe medicale, medic primar neurochirurg în secția I Neurochirurgie a Spitalului Clinic Bagdasar-Arseni, București. Este șef de lucrări la Catedra de Neurochirurgie Infantilă – UMF „Carol Davila”, București. Are competență în Managementul Serviciilor de Sănătate, masterat în Management Sanitar, specializări în Israel, Belgia, Franța.

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

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

CUPRINS

PARTEA I MANAGEMENT DEPARTAMENTAL

Capitolul 1

A.V. Ciurea

Managementul secției de spital în contextul provocărilor actuale din sistemul de sănătate românesc 11

Capitolul 2

Vasile G. Ciubotaru

Managementul prin obiective în clinica de neurochirurgie 35

Capitolul 3

Cornel Mihalache

Conducerea secției clinice 51

Capitolul 4

Cary L. Cooper, Gordon Tinline, Ivan Robertson

De la stres la bunăstare în contextul sistemului britanic de sănătate 73

Capitolul 5

Mariana Ispas Cotigă

Riscuri ale sănătății și securității la locul de muncă 85

PARTEA a II-a MANAGEMENTUL PERSONALULUI

Capitolul 6

Iuliana Bădulescu

Managementul resurselor umane în sănătate 111

Capitolul 7

Alexandru Tașcu

Modernizarea programelor de pregătire a personalului medico-sanitar 133

Capitolul 8

Valentin Cismaru, Mădălina Duță, Ioana Mihai

Principii ale politicilor de personal în departamentele spitalicești 153

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

<i>Capitolul 10</i>	
Eugen Avram, Adrian Gorbănescu	
Flexibilitatea și relocarea personalului medico-sanitar	189

PARTEA a III-a **RELAȚIA CU PACIENTUL**

<i>Capitolul 11</i>	
Valentin T. Grigorean	
Teoria încrederii în relația medic-pacient	207

<i>Capitolul 12</i>	
Mihai Popescu	
Încrederea în asistența medicală.....	223

<i>Capitolul 13</i>	
Eva Gheorghică	
Personalul medical și pacientul terminal.....	240

<i>Capitolul 14</i>	
Dumitru Mohan, Aurel G. Mohan	
Relația terapeutică cu pacientul vârstnic	257

<i>Capitolul 15</i>	
Cristina Negoită	
Aspecte psihologice în boala neoplazică la pacientul adult	280

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

Alexandru V. Ciurea

1. Introducere

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

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

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

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

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

2. Provocări actuale

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

2.1. Criza financiară, subfinanțarea

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

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

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

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

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

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

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

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

activităților sanitare prin controlul costurilor, ceea ce constă în analizarea oportunităților actelor medicale la nivelul asistenței ambulatorii și spitalicești prin calcularea costurilor efective și stabilirea evoluției acestora. Toate aceste acțiuni ar urma să fie efectuate prin utilizarea unor tehnici de calcul, care sunt apanajul economiștilor sau a altor specialiști care le cunosc (Alexandru, 2005). Cei care pledează pentru o altă variantă, susțin că prevederea de a consuma în limite fixe nu permite dezvoltarea, fiind necesare marje de limită. Dacă nu se acumulează datoriile nu se pot oferi servicii așa cum prevede legea (Cepoi, 2005, b). Problema este nu a cheltui cât mai puțin, ci a cheltui eficient” (*ibidem.*). Se pare că există și o viziune alternativă: orice soluție nu este funcțională decât în anumite condiții - costurile s-ar putea reduce dacă s-ar cunoaște foarte bine situația banilor, dacă ar exista comunicare între toți partenerii din sistem (*ibidem.*).

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

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

2.2. *Descentralizarea structurilor sistemului de sănătate*

Deși conducătorii reformelor au vehiculat intenția de creștere a rolului administrației și managementului sanitar local, inclusiv la nivelul spitalelor, măsurile întreprinse au îngădit capacitatea conducerii spitalelor de a practica un management bazat pe criterii de performanță, ajungându-se ca spitalele să fie mai puțin independente decât erau înainte de 1989 (Vlădescu et al., 2004).

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

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

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

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

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

Centralizarea asigură implementarea aceluiași politici în toată structura, previne mărirea nedorită a independenței subunităților, facilitează coordonarea și controlul, îmbunătățește economiile și reduce costurile, mărește gradul specializării, incluzând facilități și echipamente mai bune,

mărește viteza de luare a deciziilor și de difuzie a autorității. Centralizarea este eficientă când:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- *timpul*: când șefii sunt încărcăți recurg la delegare, optăm pentru participare când avem timp suficient pentru sarcină;

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

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

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

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

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

2.3. Competențele managerilor de spital și de secție

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

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