

DUMITRU CONSTANTINESCU LAURA DINCĂ

MANAGEMENTUL RISCURILOR ÎN MEDIUL SPITALICESC

Capitolul 1	
PROVOCĂRILE ȘI MIZELE SPITALULUI	5
1.1. Spitalul, un sistem complex	6
1.2. Provocările spitalului	10
1.3. Poziționarea spitalului față de complexitate	17
1.3.1. Evoluția așteptărilor și a rolurilor	17
1.3.2. Administrația eficientă și eficientă	18
1.3.3. Multiplicarea serviciilor	19
1.4. Dezvoltarea spitalului	20
1.4.1. Dezvoltarea spitalului	20
1.4.2. Noțiunea de dezvoltare	21
1.4.3. Integrarea dezvoltării sustenabile în strategia globală a spitalului	22
1.5. Generarea competențelor distinctive	23
1.5.1. Competența individuală	23
1.5.2. Competențele organizaționale	24
1.5.3. Identificarea competențelor distinctive	25
1.5.4. Competențele managerului de spital	26
1.6. Responsabilitatea socială și etica în mediul spitalicesc	28
1.6.1. Responsabilitatea socială a spitalului	28
1.6.2. Etica în mediul spitalicesc	30
BIBLIOGRAFIE	32
Capitolul 2	
UNIVERSUL MANAGEMENTULUI RISCURILOR	36
2.1. Spitalele și riscurile	36
2.1.1. Percepția riscurilor în mediul spitalicesc	37
2.1.2. Etimologia și semnificația noțiunii de risc	38
2.1.3. Modelele conceptuale ale riscului	40
2.1.3.1. Noțiunea de risc	40
2.1.3.2. Elementii și relațiile modelului conceptual al riscului	44
2.2. Managementul riscurilor	49
2.2.1. Evaluarea strategică a mediului spitalicesc	49
2.2.2. Strategii de răspuns la riscuri	71
2.2.3. Procesul de management al riscurilor	72
2.3. Managementul prin procese	75
2.3.1. Procesul - concept și tipologie	75
2.3.2. Miza meritoriei unui proces	80
2.3.3. Procesul și transversalitatea	82
2.4. Managementul încadrat al unității	83
BIBLIOGRAFIE	85

CUVÂNT-ÎNAINTE	17
-----------------------------	----

Capitolul 1

PROVOCĂRILE ȘI MIZELE SPITALULUI	21
1.1. Spitalul, un sistem complex.....	21
1.2. Provocările spitalului.....	24
1.3. Poziționarea spitalului față de complexitate.....	27
1.3.1. Evoluția așteptărilor și nevoilor pacienților.....	27
1.3.2. Administrarea eficace și eficientă a resurselor.....	28
1.3.3. Multiplicarea regulilor de funcționare a spitalelor.....	29
1.3.4. Poziționarea personalului ca actor.....	30
1.4. Dezvoltarea sustenabilă a spitalului.....	32
1.4.1. Dezvoltarea sustenabilă versus dezvoltarea durabilă.....	32
1.4.2. Nevoia de parteneriat spital-comunitate locală.....	33
1.4.3. Integrarea dezvoltării sustenabile în strategia globală a spitalului.....	34
1.5. Generarea competențelor distinctive.....	36
1.5.1. Competența individuală.....	37
1.5.2. Competențele organizaționale.....	38
1.5.3. Identificarea competențelor distinctive.....	40
1.5.4. Competențele managerului de spital.....	44
1.6. Responsabilitatea socială și etica în mediul spitalicesc.....	46
1.6.1. Responsabilitatea socială a spitalului.....	46
1.6.2. Etica în mediul spitalicesc.....	50
BIBLIOGRAFIE	52

Capitolul 2

UNIVERSUL MANAGEMENTULUI RISCURILOR	56
2.1. Spitalele și riscurile.....	56
2.1.1. Percepția riscurilor în mediul spitalicesc.....	57
2.1.2. Etimologia și semantica noțiunii de risc.....	58
2.1.3. Modelele conceptuale ale riscului.....	61
2.1.3.1. Noțiunea de risc.....	61
2.1.3.2. Termenii și relațiile modelului conceptual al riscului.....	64
2.2. Managementul riscurilor.....	69
2.2.1. Evaluarea strategică a mediului spitalicesc.....	69
2.2.2. Strategii de răspuns la riscuri.....	71
2.2.3. Procesul de management al riscurilor.....	72
2.3. Managementul prin procese.....	75
2.3.1. Procesul - concept și tipologie.....	75
2.3.2. Miza interfețelor unui proces.....	80
2.3.3. Procesul și transversalitatea.....	82
2.4. Managementul integrat al cuplului procese-riscuri.....	83
BIBLIOGRAFIE	85

IDENTIFICAREA ȘI ANALIZA RISCURILOR	89
3.1. Forțele procesului de management al riscurilor	89
3.2. Contextul riscului	91
3.2.1 Norma ISO/CE/27005	93
3.2.2. Stabilirea contextului riscului	94
3.3. Identificarea riscurilor	98
3.3.1. Metode de identificare a riscurilor	99
3.3.2. Percepția și identificarea propriu-zisă a riscurilor	104
3.4. Analiza riscurilor	109
3.4.1. Procesul de analiză a riscurilor	109
3.4.2. Teorii și modele de analiză a riscurilor	112
3.4.2.1. Analiza riscurilor a posteriori	112
3.4.2.2. Analiza riscurilor a priori	121
BIBLIOGRAFIE	125

Capitolul 4

EVALUAREA RISCURILOR	127
4.1. Pregătirea evaluării riscurilor	130
4.1.1 Definirea obiectivelor și mijloacelor evaluării	130
4.1.2 Organizarea participării actorilor la evaluare	132
4.1.3. Conceperea unui decupaj coerent de unități de evaluare a riscurilor	135
4.1.4. Planificarea evaluării riscurilor	137
4.2 Evaluarea propriu-zisă a riscurilor	139
4.2.1 Evaluarea calitativă și cantitativă	139
4.2.1.1. Evaluarea calitativă	139
4.2.1.2. Evaluarea cantitativă	141
4.2.1.3 Metode calitative versus metode cantitative	142
4.2.2. Parametrii evaluării riscurilor	144
4.2.3. Ierarhizarea și clasificarea riscurilor	149
4.2.4. Pragul de acceptabilitate a riscului	157
BIBLIOGRAFIE	163

Capitolul 5

TRATAREA RISCURILOR	165
5.1. Prevenirea riscurilor și protecția față de riscuri	167
5.1.1. Fundamentele prevenirii riscurilor	167
5.1.2. Demersul prevenirii riscurilor și protecției față de riscuri	169
5.1.3. Impactul prevenirii riscurilor asupra securității pacienților	173
5.2. Identificarea măsurilor potențiale	175
5.3 Evaluarea și selectarea măsurilor de tratare a riscurilor	178
5.3.1 Evaluarea măsurilor de tratare a riscurilor	178
5.3.2 Selectarea măsurilor de tratare a riscurilor	180
5.3.3 Eficacitatea etapei de tratare a riscurilor	184
5.4 Planificarea și implementarea măsurilor selectate	186
BIBLIOGRAFIE	191

URMĂRIREA ȘI CONTROLUL RISCURILOR	192
6.1. Urmărirea riscurilor	193
6.1.1. Funcționările urmăririi riscurilor	193
6.1.2. Structura programului de urmărire a riscurilor	199
6.1.3. Diagrama urmăririi riscurilor.....	201
6.2. Controlul riscurilor	202
6.2.1. Funcțiile dispozitivului de control al riscurilor.....	202
6.2.2. Secvențele fazei de control a riscurilor.....	205
6.2.3. Tabloul de bord al controlului riscurilor.....	207
6.2.4. Diagrama controlului riscurilor	213
6.3. Auditul procesului de management al riscurilor.....	214
BIBLIOGRAFIE	217

Capitolul 7

CERCETAREA RISCURILOR ÎN MEDIUL SPITALICESC

PRIN GROUNDED THEORY	219
7.1. Introducere în grounded theory	219
7.2. Grounded theory– curente metodologice.....	226
7.3. Demersul cercetării bazat pe grounded theory	230
7.3.1. Grounded theory, o abordare inductivă	230
7.3.2. Metoda grounded theory.....	236
7.3.2.1. Colectarea datelor empirice	236
7.3.2.2. Analiza și compararea datelor colectate	238
7.3.2.3. Finalizarea cercetării.....	242
7.4. Analiza prin teoretizare ancorată.....	244
7.4.1. Codificarea.....	245
7.4.2. Categorizarea.....	246
7.4.3. Punerea în relație a categoriilor	248
7.4.4. Integrarea	251
7.4.5. Modelarea	252
7.4.6. Teoretizarea	253
7.5. Ghid de aplicare a grounded theory.....	255
7.5.1. Pregătirea cercetătorului pentru utilizarea grounded theory.....	255
7.5.2. Efectuarea cercetării folosind grounded theory	258
7.5.2.1. Prima reuniune.....	260
7.5.2.2. Colectarea datelor	261
7.5.2.3. Analiza și compararea datelor	262
7.5.2.4. Codificarea datelor și structurarea pe categorii	264
7.5.2.5. Redactarea notițelor	269
BIBLIOGRAFIE	269

Chapter 1

CHALLENGES AND STAKES OF THE HOSPITAL	21
1.1. The hospital – a complex system.....	21
1.2. The hospital challenges	24
1.3. The hospital positioning towards complexity.....	27
1.3.1. Patients' expectations and needs evolution	27
1.3.2. Effective and efficacious resources administration	28
1.3.3. Multiplication of the rules for hospitals operation	29
1.3.4. Positioning of the staff as an actor.....	30
1.4. Sustainable development of the hospital	32
1.4.1. Sustainable development versus durable development	32
1.4.2. The need of partnership between hospital and local community.....	33
1.4.3. Integration of sustainable development in the global strategy of the hospital	34
1.5. Generation of distinctive competences	36
1.5.1. Individual competence.....	37
1.5.2. Organizational competences.....	38
1.5.3. Identification of distinctive competences	40
1.5.4. Competences of the hospital manager	44
1.6. Social and etic responsibility in the hospital environment	46
1.6.1. Social responsibility of the hospital.....	47
1.6.2. Ethics in the hospital environment	50
BIBLIOGRAPHY	52

Chapter 2

RISKS MANAGEMENT UNIVERSE	56
2.1. Hospitals and risks.....	56
2.1.1. Risks perception in the hospital environment.....	57
2.1.2. Etymology and semantics of the risk notion.....	58
2.1.3. Conceptual models of the risk	61
2.1.3.1. The notion of risk.....	61
2.1.3.2. Terms and relations of the risk conceptual model	64
2.2. Risks management.....	69
2.2.1. Strategic evaluation of the hospital environment	69
2.2.2. Risks answer strategy	71
2.2.3. The process of risks management.....	72
2.3. The management by processes	75
2.3.1. Process – concept and typology.....	75
2.3.2. The stake of the process interface.....	80
2.3.3. Process and cross-functionality	82
2.4. Integrated management of the couple processes-risks.....	83
BIBLIOGRAPHY	85

Chapter 3

RISKS IDENTIFICATION AND ANALYSIS	89
3.1. Forces of the risks management process	89
3.2. The context of risk	91
3.2.1. The standard ISO/CE/27005	93
3.2.2. Risk context establishment	94
3.3. Risks identification	98
3.3.1. Risks identification methods	99
3.3.2. The proper risks perception and identification	104
3.4. Risks analysis	109
3.4.1. Risks analysis process	109
3.4.2. Theories and models for risks analysis	112
3.4.2.1. <i>A posteriori</i> risks analysis	112
3.4.2.2. <i>A priori</i> risks analysis	121
BIBLIOGRAPHY	125

Chapter 4

RISKS ASSESSMENT	127
4.1. Preparation of the risks assessment	130
4.1.1. Defining objectives and means for assessment	130
4.1.2. Stakeholders participation organization at the assessment process	132
4.1.3. Conceiving of a coherent snip for risks assessment units	135
4.1.4. Planning the risks assessment	137
4.2. Proper evaluation of risks	139
4.2.1. Quantitative and qualitative assessment	139
4.2.1.1. Qualitative evaluation	139
4.2.1.2. Quantitative evaluation	141
4.2.1.3. Qualitative methods versus quantitative methods	142
4.2.2. Parameters of risks assessment	144
4.2.3. Risks ranking and classification	149
4.2.4. Acceptability threshold of the risk	157
BIBLIOGRAPHY	163

Chapter 5

RISKS TREATMENT	165
5.1. Risks prevention and risks protection	167
5.1.1. Basics of the risks prevention	167
5.1.2. Demarche of the risks prevention and protection	169
5.1.3. Impact of the risks prevention on the patients' security	173
5.2. Identification of potential measures	175
5.3. Evaluation and selection of measures for risks treatment	178
5.3.1. Evaluation of measures for risks treatment	178
5.3.2. Selection of measures for risks treatment	180
5.3.3. Efficacy of the risks treatment stage	184
5.4. Planning and implementation of the selected measures	186
BIBLIOGRAPHY	191

Chapter 6

RISKS MONITORING AND CONTROL

6.1. Risks monitoring	192
6.1.1. Risks monitoring operation	193
6.1.2. The structure of the risks monitoring program	199
6.1.3. Diagram of the risks monitoring.....	201
6.2. Risks control.....	202
6.2.1. Functions of the operative part for risks control.....	202
6.2.2. Sequences of the risks control stage	205
6.2.3. The scoreboard of risks control	207
6.2.4. Diagram of risks control	213
6.3. Audit of the risks management process	214
BIBLIOGRAPHY	217

Chapter 7

RISKS RESEARCH IN THE HOSPITAL ENVIRONMENT BY THE GROUNDED THEORY

7.1. Introduction in the grounded theory	219
7.2. Grounded theory – methodological currents	226
7.3. Research demarche based on grounded theory.....	230
7.3.1. Grounded theory, an inductive approach.....	230
7.3.2. Grounded theory method.....	236
7.3.2.1. Collection of the empirical data.....	236
7.3.2.2. Analysis and comparison of the collected data.....	238
7.3.2.3. Research finalization	242
7.4. Analysis by grounded theorization	244
7.4.1. Codification	245
7.4.2. Categorization.....	246
7.4.3. Categories relationship	248
7.4.4. Integration.....	251
7.4.5. Modelation.....	252
7.4.6. Theorization.....	253
7.5. Grounded theory application guide	255
7.5.1. Researcher preparation for using the grounded theory	255
7.5.2. Performing research using grounded theory.....	258
7.5.2.1. First reunion.....	260
7.5.2.2. Data collection	261
7.5.2.3. Data analysis and comparison	262
7.5.2.4. Data codification and categorization	264
7.5.2.5. Writing notes	269
BIBLIOGRAPHY	269

Chapitre 1

DÉFIS ET ENJEUX HOSPITALIERS	21
1.1. L'hôpital, un système complexe	21
1.2. Les défis de l'hôpital	24
1.3. Positionnement de l'hôpital à complexité.....	27
1.3.1. Evolution des expectations et des besoins des patients	27
1.3.2. Gestion efficace et efficient des ressources	28
1.3.3. Multiplication des règles de fonctionnement des hôpitaux	29
1.3.4. Positionnement du personnel comme acteur	30
1.4. Développement soutenable de l'hôpital.....	32
1.4.1. Développement soutenable versus développement durable	32
1.4.2. Besoin de partenariat entre l'hôpital et la communauté locale.....	33
1.4.3. Intégration du développement soutenable dans la stratégie globale de l'hôpital... 34	
1.5. Génération des compétences distinctives	36
1.5.1. Compétence individuelle	37
1.5.2. Compétences organisationnelles.....	38
1.5.3. Identification des compétences distinctives.....	40
1.5.4. Compétences du manager de l'hôpital.....	44
1.6. Responsabilité sociale et étiue dans l'environnement hospitalier	46
1.6.1. Responsabilité sociale de l'hôpital	47
1.6.2. Etique dans l'environnement hospitalier	50
BIBLIOGRAPHIE	52

Chapitre 2

L'UNIVERSE DU MANAGEMENT DES RISQUES	56
2.1. Les hôpitaux et les risques.....	56
2.1.1. Perception des risques dans l'environnement hospitalier	57
2.1.2. Étymologie et sémantique de la notion de risque	58
2.1.3. Modelés conceptuelles des risques	61
2.1.3.1. Notion de risque.....	61
2.1.3.2. Termes et relations du modelé conceptuel de risque	64
2.2. Management des risques.....	69
2.2.1. Evaluation stratégique de l'environnement hospitalier	69
2.2.2. Stratégies de réponse aux risques	71
2.2.3. Procès du management des risques.....	72
2.3. Management par processus.....	75
2.3.1. Processus - concept et typologie.....	75
2.3.2. Enjeu des interfaces d'un processus	80
2.3.3. Processus et transversalité	82
2.4. Management intégré du couple processus-risques	83
BIBLIOGRAPHIE	85

IDENTIFICATION ET ANALYSE DES RISQUES	88
3.1. Les forces du processus de management des risques	89
3.2. Contexte du risque	91
3.2.1. Norme ISO/CE/27005	93
3.2.2. Etablissement du contexte du risque	94
3.3. Identification des risques	98
3.3.1. Méthodes d'identification des risques	99
3.3.2. Perception et identification appropriées des risques	104
3.4. Analyse des risques	109
3.4.1. Processus d'analyse des risques	109
3.4.2. Théories et modèles d'analyse des risques	112
3.4.2.1. Analyse des risques <i>a posteriori</i>	112
3.4.2.2. Analyse des risques <i>a priori</i>	121
BIBLIOGRAPHIE	125

Chapitre 4

EVALUATION DES RISQUES	127
4.1. Préparation de l'évaluation des risques	130
4.1.1. Définition des objectifs et des moyens d'évaluation	130
4.1.2. Organisation de participation des acteurs à l'évaluation	132
4.1.3. Conception d'un découpage cohérent des unités d'évaluation des risques ..	135
4.1.4. Planification d'évaluation des risques	137
4.2. Evaluation appropriée des risques	139
4.2.1. Evaluation qualitative et quantitative	139
4.2.1.1. Evaluation qualitative	139
4.2.1.2. Evaluation quantitative	141
4.2.1.3. Méthodes qualitatives versus méthodes quantitatives	142
4.2.2. Paramètres d'évaluation des risques	144
4.2.3. Classement et classification des risques	149
4.2.4. Le seuil d'acceptabilité du risque	157
BIBLIOGRAPHIE	163

Chapitre 5

TRAITEMENT DES RISQUES	165
5.1. Prévention des risques et protection contre les risques	167
5.1.1. Fondements de prévention des risques	167
5.1.2. Démarche de prévention des risques et protection contre les risques	169
5.1.3. Impact de prévention des risques sur la sécurité des patients	173
5.2. Identification des mesures potentielles	175
5.3. Evaluation et sélection des mesures de traitement des risques	178
5.3.1. Evaluation des mesures de traitement des risques	178
5.3.2. Sélection des mesures de traitement des risques	180
5.3.3. Efficacité de l'étape de traitement des risques	184
5.4. Planification et implémentation des mesures sélectionnés	186
BIBLIOGRAPHIE	191

SURVEILLANCE ET CONTROLE DES RISQUES	192
6.1. Surveillance des risques	193
6.1.1. Fonctionnements de la surveillance des risques	193
6.1.2. Structure du programme de la surveillance des risques	199
6.1.3. Diagramme de la surveillance des risques	201
6.2. Control des risques	202
6.2.1. Fonctionnements du dispositif de control des risques	202
6.2.2. Séquences de la phase du control des risques	205
6.2.3. Tableau de bord du control des risques	207
6.2.4. Diagramme du control des risques	213
6.3. Audit du processus de management des risques	214
BIBLIOGRAPHIE	218

Chapitre 7

RECHERCHE DES RISQUES DANS L'ENVIRNEMENT HOSPITALIER

PAR GROUNDED THEORY	219
7.1. Introduction dans grounded theory	219
7.2. Grounded theory – courants méthodologiques	226
7.3. Démarche de la recherche basée sur grounded theory	230
7.3.1. Grounded theory, une approche inductive	230
7.3.2. Méthode grounded theory	236
7.3.2.1. Collection des dates empiriques	236
7.3.2.2. Analyse et comparaison des dates collectées	238
7.3.2.3. Finalisation de la recherche	242
7.4. Analyse par la théorisation ancrée	244
7.4.1. Codification	245
7.4.2. Catégorisation	246
7.4.3. La mise en relation des catégories	248
7.4.4. Intégration	251
7.4.5. Modélisation	252
7.4.6. Théorisation	253
7.5. Guide pour l'application de la «grounded theory»	255
7.5.1. Préparation du chercheur pour utiliser grounded theory	255
7.5.2. Effectuer de la recherche utilisant grounded theory	258
7.5.2.1. La première réunion	260
7.5.2.2. Collection des données	261
7.5.2.3. Analyse et comparaison des données	262
7.5.2.4. Codification des données et catégorisation	264
7.5.2.5. Formulation des notes	269
BIBLIOGRAPHIE	269

„Sănătatea este o comoară pe care puțini știu să o prețuiască, deși aproape toți se nasc cu ea”.

HIPOCRATE

Capitolul 1

PROVOCĂRILE ȘI MIZELE SPITALULUI

1.1. Spitalul, un sistem complex

Spitalul este un *sistem socio-tehnic și cultural complex*. Fiind un sistem complex, spitalul se caracterizează printr-un comportament emergent, ceea ce ne dezvăluie că, *a priori*, este imprevizibil. Complexitatea unui spital generează posibilități relativ limitate de descriere a comportamentului resurselor sale umane. Mai mult, complexitatea limitează înțelegerea și cunoașterea largă a configurațiilor sale fizice și relaționale.

Spitalul este un sistem de îngrijire a sănătății oamenilor în care oricare configurație procesuală (luarea în sarcină a pacientului, circuitul medicamentului etc.) sau structurală (secția chirurgie, imagistică etc.), privită independent, poate fi considerată un sistem complex. De observat, că natura complexă a unui spital este multiplicată de fiecare din dimensiunile procesuale și structurale: socială, tehnică și culturală. Între dimensiunile amintite se dezvoltă o rețea densă, pe alocuri hiperdensă, de interrelaționări. Aceasta înseamnă că între subsistemele și elementele fiecărui subsistem se stabilesc legături foarte strânse. Schimbarea produsă într-un subsistem sau element influențează ansamblul sistemului. Din acest punct de vedere, un spital trebuie să fie interesat de obiective cum sunt: flexibilitatea, reactivitatea și proactivitatea, calitatea și performanța serviciilor prestate pacienților. Realizarea obiectivelor este dependentă de modul cum un spital își pune în valoare rolul său în cadrul unui perimetru supus modificărilor permanente de mediu intern și extern.

În sistemul socio-tehnic și cultural complex al spitalului, omul, privit ca una dintre componentele sistemului global, devine preponderent. Ducq (2005) consideră că „un spital este o întreprindere prestatoare de servicii speciale destinate unui client, numit pacient”. Așadar, într-un spital, pacientul va fi, în același timp, obiectul și beneficiarul unui serviciu furnizat de mai mulți specialiști care îi influențează direct situația sa fizică și mentală. Într-adevăr, de la luarea în sarcină a pacientului și până la ieșirea (externarea) sa, mai multe discipline sunt organizate și coordonate pentru a putea îndeplini misiunea spitalului. Această considerație ne susține să apreciem că misiunea spitalului constă în a asigura securitatea pacientului și calitatea îngrijirilor de sănătate pe întregul act medical. Prin acțiuni și interacțiuni între pacient și specialiști¹ care interacționează cu alți specialiști² se poate administra tratamentul pacientului pe traseul constituit în dosarul

¹ În continuare prin termenul „specialiști” vom înțelege categorii de resurse umane care se referă la medicii interniști, medicii chirurgi, fizioterapeuți, farmaciști etc. Acești specialiști compun corpul medical.

² Economisti, informaticieni, personalul serviciului logistic etc. Acești „alți specialiști” lucrează într-un spital, interacționează cu cei din corpul medical.

medical. Toată această traversare, trecând prin internare, radiologie, diagnostic și farmacie este marcată de caracteristicile socio-tehnice și culturale ale spitalului.

Cercetarea dinamicilor spitalelor ne dezvăluie cel puțin trei aspecte. Primul aspect constă în aceea că obiectivele de flexibilitate, reactivitate și calitate ale serviciilor prestate clienților de o organizație producătoare de bunuri materiale nu pot fi integrate direct într-un spital. Din acest punct de vedere, un spital este un sistem socio-tehnic și cultural cu particularități mult diferite de cele ale unei organizații producătoare de bunuri materiale. Spitalul angajează resurse materiale, umane și financiare pentru a obține rezultate clinice folosind o tipologie de competențe și proceduri de îngrijire a sănătății specifice fiecărei patologii. Desigur, o serie de principii și instrumente utilizate de organizațiile producătoare de bunuri materiale și experiențele lor acumulate nu pot fi luate în considerare pentru a satisface nevoile de evoluție ale spitalelor. Epstein și Hundert (2002) menționează că, deși specialiștii spitalelor doresc să apeleze principiile și acumulările organizațiilor producătoare de bunuri materiale, cultura organizațională care se dezvoltă în domeniul sănătății respinge transferul lor. Motivul respingerii constă în necesitatea de a realiza o profundă adaptare a principiilor și acumulărilor acestor organizații la particularitățile lumii medicale.

Al doilea aspect se referă la poziția spitalelor față de managementul riscurilor. Referitor la acest aspect, distingem două situații: o insuficientă stăpânire a riscurilor și, acolo unde este implementat managementul riscurilor, un pilotaj imperfect. Insuficienta stăpânire a riscurilor generează o pierdere de performanță, de stabilitate în timp și de integritate. Pierderea performanței spitalului trebuie înțeleasă în privința disponibilității serviciului, a respectării constrângerilor și satisfacției pacientului. De exemplu, un risc cauzat de tratamentul medicamentos poate antrena invaliditatea pacientului sau, chiar, decesul. Un astfel de risc afectează negativ funcționarea spitalului sau generează un nivel de insatisfacție care prejudiciază reputația și imaginea sa. Asemănător, pierderea de stabilitate în timp pune spitalul în situația de a deveni inapt să furnizeze un serviciu dat în condiții de calitate, siguranță și securitate. Pierderea de stabilitate în timp este sinonimă cu modul anormal de funcționare a spitalului care ajunge să perenizeze o situație de disfuncționare. În sfârșit, o pierdere de integritate descrie situația în care resursele spitalului devin incapabile să asigure, total sau în parte, misiunea sa. În această ipostază, spitalul poate manifesta incoerență într-un caz de urgență sau de excepție. Un pilotaj imperfect al riscurilor reflectă o situație culpabilă în care se află persoanele care dețin responsabilități în managementul riscurilor. Pilotajul imperfect al riscurilor se concretizează în afectarea negativă a așteptărilor și nevoilor pacienților. Pilotajul imperfect se transformă într-un important factor inhibitor în înțelegerea și anticiparea riscurilor. Efectele pilotajului imperfect al riscurilor sunt multiple. În general, spitalul se confruntă cu o creștere a neîncrederii diferiților actori în capacitatea sa de a identifica, analiza, evalua, trata, urmări și controla riscurile.

Cel de-al treilea aspect este o trimitere la noțiunea de „cultura pozitivă a erorii” (Rouet, 2006, p. 17). Mediul spitalicesc este, și astăzi, o lume foarte interesată de caracteristicile socio-tehnice ale spitalului și mai puțin de ceea ce se cheamă cultura pozitivă a erorii. Această situație induce o anumită rezervă față de disfuncționări și riscuri. Se întâmplă așa pentru că în mediul spitalicesc se confundă evaluarea și judecata valorii. Cei care compun corpul medical și paramedical cred că este vorba de cercetarea

vinovaților de erori sau de disfuncționări. Adevăratul sens al evaluării și judecării valorii este tocmai invers. Sensul corect al evaluării și judecării valorii constă în „a deconecta eroarea de actor sau de echipa pluridisciplinară și de a cerceta vulnerabilitățile în profunzime” (Ellenberg, 2004, p. 26). Obiectivul evaluării este, desigur, să genereze cadrul corect, real pentru cercetarea erorilor. În acest scop, trebuie acționat în amonte spitalului pentru diminuarea frecvenței riscurilor, pentru trecerea lor din zona riscurilor majore (inacceptabile) în zona riscurilor minore (acceptabile). Cercetarea riscurilor în amonte spitalului este un demers proactiv. Printr-un astfel de demers sunt reperate vulnerabilitățile spitalului. Totodată, abordarea spitalului din punctul de vedere al erorii permite actorilor săi să învețe cultura pozitivă a erorii. În urma unui proces de învățare, actorii spitalului dețin o mai bună înțelegere a erorilor, disfuncționărilor și riscurilor. De aceea, când apare un eveniment indezirabil (eroare, disfuncționare, risc) este necesar ca acesta să fie cercetat cu prioritate „din ce cauză” și „cum” și nu „care”.

Serviciul medical de îngrijire a sănătății este realizat în spitale publice și spitale private. După anul 1990, în România, se reia tradiția de structurare a serviciului medical în unități sanitare publice și private. Astăzi, și unitățile sanitare private pot implementa unul sau mai multe aspecte ale serviciului medical: îngrijirea sănătății, învățământ preuniversitar, universitar și post universitar, cercetare etc. Totuși, de regulă, portofoliul activităților medicale în spitalele private este mai restrâns decât cel al spitalelor publice.

Din punctul de vedere al caracteristicilor procesuale și structurale, spitalele private se încadrează în două modele de afaceri: modelul afacerii familiale și modelul afacerii societare. «Modelul afacerii familiale» este specific clinicilor medicale cu proprietate individuală. În această categorie se includ centrele medicale de talie mică și mijlocie profilate pe o singură specializare sau pe un număr redus de specializări de îngrijire a sănătății. «Modelul afacerii societare» prezintă drept caracteristică esențială asocierea, iar principalul său element este capitalul. Clinicile medicale societare pot fi organizate sub următoarele forme: societate de persoane, societate de capitaluri și societate intermediară. Modelul clinicilor medicale societare include unitățile sanitare private de talie mare și, chiar, foarte mare. Aceste clinici au un profil al serviciului medical foarte apropiat de cel al spitalului public.

Apropierea progresivă a regulilor care acționează în cele două categorii de spitale - publice și private - pune întrebarea despre rolurile lor: Ce misiuni se cuvin de drept fiecăruia? De la această întrebare se poate ajunge la alte două întrebări: Pacienții și Ministerul Sănătății se pot baza, în aceeași măsură, pe clinicile private pentru a garanta accesul la îngrijirea sănătății atunci când riscurile de faliment există doar în clinicile private? Practicile de depășire a orarelor, mai importante în clinicile private, pot îngriji accesul la îngrijirea de sănătate?

Istoria lungă a spitalului în România, și, mai ales în lume, ne arată că rolul său evoluează în permanență. Astăzi, specialiștii și nespecialiștii constată că progresele medicinei sunt rapide și prezintă o importantă dinamică. Progresele înregistrate au permis spitalului să realizeze în continuu adaptări în termeni de resurse umane, echipament și de împărțire între specialiști a procesului de îngrijire medicală. Formarea continuă a fost orientată către noi domenii. Așa au apărut radiofizicienii și specialiștii în circulația extracorporală. Noii specialiști s-au dovedit indispensabili pentru a menține un bun nivel de competență într-un domeniu unde cunoștințele evoluează foarte repede. În ceea ce

privește echipamentele vom observa că spitalul **utilizează** tehnologii tot mai sofisticate. Roboții chirurgicali, dispozitivele implantabile și telemedicina își pun amprenta asupra regândirii, de exemplu, a procesului de luare în sarcină a pacienților. Printr-o formare continuă adecvată, prin utilizarea de echipamente sofisticate a fost posibil, de pildă, ca dezvoltarea endoscopiei să treacă în gastroenterologie înainte ca pacienții să fie tratați în chirurgie viscerală. Așadar, progresele medicinei sunt dovezi evidente care ne permit să susținem că rolul spitalului se înscrie pe o spirală ascendentă.

1.2. Provocările spitalului

Urmărind evoluția condițiilor în care se efectuează serviciile medicale, se poate constata că spitalul prezintă un interes major față de unele *provocări*, cum sunt:

- lucrul în echipe pluridisciplinare;
- managementul echipelor;
- cererea pacienților de servicii medicale;
- cererea de servicii medicale a populației îmbătrânite;
- presiunea economică;
- proximitatea accesului la îngrijirea sănătății;
- exigențele pacienților în domeniul securității îngrijirii sănătății;
- clarificarea rolului spitalului public.

Exercițiul medical bazat, din ce în ce mai mult, pe echipamente care utilizează tehnologii tot mai sofisticate determină medicii să lucreze în *echipe pluridisciplinare*. Din acest punct de vedere, luarea în sarcina a cancerului este ilustrarea cea mai elocventă. Cancerul este o maladie care impune concertarea mai multor discipline medicale. Există, în acest caz, provocarea pentru reuniuni de concertare pluridisciplinară care evoluează spre analize terapeutice intim legate asociind chirurghi, radioterapeuți și oncologi. Firește, nu doar cancerul este o maladie care impune ca serviciul medical să fie efectuat de o echipă pluridisciplinară. Iată și un alt exemplu: organizarea permanenței îngrijirilor de sănătate. Prezența unei echipe este, în acest caz, esențială atât pentru recrutarea tinerilor medici, cât și pentru organizarea în sine a permanenței îngrijirilor de sănătate. Tinerii medici au, la rândul lor, privilegiul de a face alegerea de a lucra în echipă, ceea ce complică recrutarea lor în structurile spitalelor de talie mică. La fel, permanența îngrijirilor de sănătate este o importantă constrângere pentru exercițiul medical într-un spital. Un bun răspuns la această constrângere este lucrul într-o echipă pluridisciplinară.

Exercițiul medical efectuat de o echipă pluridisciplinară necesită schimbări și în *managementul echipelor*. Sunt de fapt două schimbări: dezvoltarea cooperării între membri și responsabilizarea întregii echipe pentru a lua decizii. Ambele schimbări sunt dependente de cultura spitalului pentru acceptarea coordonării serviciilor medicale în spiritul managementului transversal. Acest tip de management se structurează în jurul proceselor centrale și de suport. Managementul transversal urmează o logică a serviciilor medicale, astfel încât pacientul devine centrul de interes al spitalului. Obiectivul principal al managementului transversal este o mai bună concertare a eforturilor diferitelor servicii medicale și o comunicare transversală care să atenueze lipsa de coerență interfuncțională. Într-o echipă pluridisciplinară, membrii săi comunică informal și, mai ales, nonverbal. Prin dezvoltarea managementului transversal, membrii echipei pluridisciplinare sunt

responsabilizați în luarea de decizii atunci când intervin în cadrul serviciului medical. Oricare membru al echipei pluridisciplinare acționează atât din poziția sa de specialist, cât și de susținător al celorlalți membri. În consecință, membrii echipei pluridisciplinare sunt responsabilizați să realizeze în comun un serviciu medical.

Mișcările populației, azi către zonele urbane și periurbane, au un real impact asupra ofertei spitalului. Oferta poate deveni supradimensionată sau, din contră, insuficientă. Ambele tipuri de ofertă redau fenomenul de inadecvare a ofertei medicale. Inadecvarea poate fi globală sau doar specifică unui segment de activitate al spitalului. O ofertă chirurgicală foarte importantă pe un teritoriu dat care nu satisface nevoile în medicină este un caz de inadecvare a ofertei specifice. Inadecvarea este o sursă generatoare de riscuri. Cercetarea inadecvării ofertei spitalului ne poate dezvălui cunoașterea parțială sau chiar totală a *cererii pacienților de servicii medicale*. De aceea, mișcarea populației trebuie investigată de spital. În condițiile mișcării populației, rolul pacientului este determinant în aprecierea ofertei medicale. În caz de inadecvare a ofertei medicale, pacientul cere să fie asociat în reflecția corpului medical al unui spital; pacientul devine parte interesată (stakeholder). Totodată, inadecvarea ofertei medicale este necesar să fie percepută de către spital ca o amenințare a mediului extern. De această dată, prin management strategic se poate cerceta în profunzime amenințarea izvorâtă din cererea pacientului de servicii medicale. Investigarea strategică poate surprinde că pacientul este doritor, de exemplu, de modul de luare în sarcină care privilegiază sau nu menținerea lui la domiciliu. În acest fel, presiunea exercitată de pacienți determină spitalul să înțeleagă mai bine nevoile lor și să vină cu o ofertă medicală adecvată.

Investigarea provocărilor și mizelor spitalului ne solicită să avem o raportare la *cererea de servicii medicale a populației îmbătrânite*. Nevoile de îngrijire a sănătății persoanelor în vârstă sunt multiple și necesită o bună coordonare a activităților realizate de corpul medical al spitalului. În efortul de bună coordonare a tuturor activităților efectuate în perimetrul spitalului este nevoie să menționăm că acesta nu trebuie să fie singur actor. Firește, spitalul este principalul actor în luarea în sarcină a populației îmbătrânite. Totuși, cererile sale de servicii medicale sunt diverse și impun ca și alte instituții să susțină spitalul cu informații despre alte modalități de acțiune. Ne întrebăm: Există în spitale cultura comunicării transversale? Care este cunoașterea spitalelor în domeniul managementului riscurilor? Ce rol va juca spitalul în viitor? Răspunsul nostru pe cele trei zone de interes ale spitalului îl vom da în această lucrare. În mod concret, noi sperăm să susținem spitalul din România cu informații utile din zona managementului riscurilor.

Presiunea economică asupra spitalului din România este enormă. Sunt prea multe probleme care „se adună” în perimetrul spitalului. Principala preocupare a spitalului este de a realiza o ameliorare a eficienței recurgând, de regulă, la o singură soluție: o mai bună utilizare a resurselor existente. Pentru ca spitalul să fie eficient trebuie să compare mai multe alternative de creștere a eficienței și să aleagă cea mai bună alternativă. Și mai aproape de succes ar fi dacă selectează, conform unor evaluări de ierarhizare, câteva alternative. O profundă transformare în sfera eficienței este posibilă printr-o mai bună adecvare a formei de luare în sarcină a pacientului în raport cu evoluția răspunsului la tratamentul medical urmat. În Franța, de exemplu, se întâlnesc trei forme de luare în sarcină a pacienților: sejur complet de spitalizare, sejur scurt de spitalizare și ofertă ambulatorie de proximitate de tratare a pacienților. În aceste condiții, pertinenta selectării

unei forme de luare în sarcină a pacientului determină managementul spitalului (la propunerea corpului medical) să opteze, mai întâi, pentru un sejur scurt de spitalizare. Alegerea generează cel puțin două efecte: diminuarea cheltuielilor de spitalizare și influențarea culturii colectivității spitalului (corp medical, corp paramedical și pacienți). În plus, alegerea sejurului scurt de spitalizare are consecințe asupra suprafețelor și arhitecturii spitalului. Acest ultim aspect poate conduce, la rândul său, la o diminuare importantă a posturilor de noapte cu impact asupra costurilor de spitalizare.

Proximitatea accesului la îngrijirea sănătății este o noțiune nedefinită în perimetrul spitalului din România. De aceea, pentru spitalele din România apare provocarea de a defini proximitatea îngrijirii sănătății. O definiție este, între altele, un prilej de a lua în considerare evoluțiile induse prin constrângerea de mijloace necesare luării în sarcină a pacienților. Dacă ne referim la activitatea chirurgicală, vom constata că această activitate necesită a regrupare de echipe pluridisciplinare și de echipamente. Pentru realizarea acestui scop, uneori puțin înțeles, se impune un efort constant de educare a colectivității spitalului și a reprezentanților săi aleși. Evident, educarea acestor actori în spiritul proximității accesului la îngrijirea sănătății este un exemplu de realizare a acțiunilor în domeniul îngrijirii sănătății care cere o interogare asupra rolului unui spital.

Exigențele pacienților în domeniul securității sănătății determină spitalul să implementeze forme de organizare din ce în ce mai structurate pe imperativele securității serviciilor medicale. Din această perspectivă, exemplul infecțiilor contactate de pacienți în timpul sejurului de spitalizare ilustrează această exigență. Desigur, atunci când spitalul este preocupat de riscul de contaminare a pacienților va găsi o soluție de reducere și chiar de evitare a manifestării acestui risc. Prin urmare, instituționalizarea managementului riscurilor este de natură să sporească încrederea populației în spital. Pe de altă parte, instituționalizarea managementului riscurilor provoacă spitalul să asigure echilibrul între respectarea normelor privind securizarea îngrijirilor de sănătate și autonomia spitalului fără de care nu există o adevărată securitate.

Spitalul - sistem socio-tehnic și cultural complex - răspunde unor nevoi multiple și, în parte, contradictorii. Un spital public este necesar să fie deschis pentru că deține un loc considerabil în sistemul îngrijirilor de sănătate.

În spitalul public se manifestă tehnicile cele mai avansate de îngrijire a sănătății. Spitalul public trebuie să fie aproape și sigur. Totuși, așteptarea legitimă a apropierii spitalului trebuie privită diferit, conform nevoilor pacienților.

În acest sens, spitalul public trebuie organizat sub forma unui platou tehnic complet apt să asigure îngrijiri de sănătate de calitate, cu o performanță cel puțin apropiată de medie și o spitalizare când o cer pacienții. Spitalul public, platou tehnic complet, satisface nevoile pacienților pentru că este un sistem complex care oferă echipe medicale complete, îngrijiri de sănătate diversificate și o permanență a serviciilor medicale. Pentru toate aceste atuuri, *rolul spitalului public se impune să fie clarificat*. Deși spitalul public este indispensabil cu ocazia luării în sarcină a pacientului, rolul său este uneori contestat. Se uită faptul că o structură de spital are o vocație de a lua în sarcină urgențele vitale și de a diagnostica și trata fazele acute ale patologiei. Pentru a face aceasta, spitalul dispune de medici competenți care asigură pacienții că vor primi servicii medicale de înaltă calitate.

Contextul operațional, dinamic și evolutiv determină spitalul să se schimbe permanent, să presteze servicii medicale de cea mai înaltă calitate și să se adapteze sub

presiunea mediului. Prestigiul spitalului depinde, între altele, de capacitatea sa de răspuns la noile mize strategice, cum ar fi:

- poziționarea față de complexitate;
- dezvoltarea sustenabilă;
- generarea competențelor distinctive;
- responsabilitatea socială și etică.

1.3. Poziționarea spitalului față de complexitate

O cât mai bună poziționare față de complexitate este o miză căreia spitalul trebuie să îi răspundă prin articularea părților într-un tot unitar și flexibil. Un astfel de răspuns cere managementului spitalului să opteze pentru abordarea sistemică a complexității mediului. Viziunea sistemică favorizează cercetarea globală a interacțiunilor sistemului (întregului) și, pe această bază, cunoașterea legăturilor între subsisteme, între elemente. Mai mult, abordarea sistemică, în accepțiunea globală, permite o articulare a părților fără să denatureze sensul general al sistemului numit complexitatea mediului.

Importanța investigării *complexității mediului* decurge din necesitatea depășirii dificultăților sale de înțelegere. Pentru aceasta, va fi nevoie de stimularea gândirii creative. Constantinescu, ș.a., (2011, pp. 224-226) susțin că mixul de gândire analitică-gândire creativă permite o abordare a complexității mediului în două planuri: al logicii și al imaginației. Mixul gândirii contribuie la lărgirea spectrului soluțiilor de înțelegere a complexității mediului. Înțelegerea complexității mediului trebuie să ia în considerare și faptul că diversitatea, incertitudinea și instabilitatea nu se comportă ca variabile independente. Complexitatea mediului trebuie înțeleasă atât din punctul de vedere al transformării sale din element exogen în element endogen, cât și al factorilor favorizanți ai creșterii complexității mediului. Pornind de la această ultimă idee, noi ne alăturăm celor care opinează că se manifestă mai mulți factori de creștere a complexității mediului.

Miza spitalului față de complexitatea mediului său ne inspiră să folosim în investigația noastră opinia cercetătorului francez Joelle Rouet. În principal, Rouet (2006, p. 5) identifică, pentru spitalele publice din Franța, patru factori de creștere a complexității mediului;

- „evoluția așteptărilor pacienților;
- nevoia de administrare eficace și eficientă a resurselor;
- multiplicarea regulilor de funcționare a spitalelor;
- poziționarea personalului spitalelor ca actor”.

1.3.1. Evoluția așteptărilor și nevoilor pacienților

Factorul evoluția așteptărilor pacienților trebuie să conțină, pentru a fi o formulare mai completă, și cuvântul *nevoi*. Orice investigare de marketing în sistemul de sănătate este interesată, mai întâi, de nevoile pacienților. Desigur, în cazul spitalului, managementul introduce în prioritățile sale cunoașterea în profunzime a nevoilor de îngrijire a sănătății exprimate de pacienți și rezultate în urma diagnosticului medicilor. Pentru o mai bună organizare a procesului de îngrijire a sănătății, spitalul se raportează atât la așteptările, cât și la nevoile pacienților.