

CUPRINS

DESPRE AUTORI	5
MULȚUMIRI	7
CUVÂNT-ÎNAINTE	19
Capitolul 1 PROVOCĂRILE ȘI MIZELE SPITALULUI.....	23
1.1. Spitalul, un sistem complex.....	23
1.2. Provocările spitalului.....	26
1.3. Poziționarea spitalului față de complexitate.....	29
1.3.1. Evoluția așteptărilor și nevoilor pacienților	30
1.3.2. Administrarea eficientă și eficientă a resurselor	30
1.3.3. Multiplicarea regulilor de funcționare a spitalelor	32
1.3.4. Poziționarea personalului ca actor.....	33
1.4. Dezvoltarea sustenabilă a spitalului	34
1.4.1. Dezvoltarea sustenabilă versus dezvoltarea durabilă	34
1.4.2. Nevoia de parteneriat spital-comunitate locală.....	36
1.4.3. Integrarea dezvoltării sustenabile în strategia globală a spitalului.....	37
1.5. Generarea competențelor distinctive.....	39
1.5.1. Competența individuală	40
1.5.2. Competențele organizaționale.....	41
1.5.3. Identificarea competențelor distinctive.....	43
1.5.4. Competențele managerului de spital.....	47
1.6. Responsabilitatea socială și etica în mediul spitalicesc.....	49
1.6.1. Responsabilitatea socială a spitalului	50
1.6.2. Etica în mediul spitalicesc	53
BIBLIOGRAFIE	56
Capitolul 2 UNIVERSUL MANAGEMENTULUI RISCURILOR.....	59
2.1. Spitalele și riscurile	59
2.1.1. Percepția riscurilor în mediul spitalicesc	60
2.1.2. Etimologia și semantica noțiunii de risc.....	61
2.1.3. Modelele conceptuale ale riscului.....	64
2.1.3.1. Noțiunea de risc	64
2.1.3.2. Termenii și relațiile modelului conceptual al riscului	68
2.2. Managementul riscurilor.....	72
2.2.1. Evaluarea strategică a mediului spitalicesc.....	72
2.2.2. Strategii de răspuns la riscuri.....	74
2.2.3. Procesul de management al riscurilor	75
2.3. Managementul prin procese.....	78
2.3.1. Procesul - concept și tipologie	78
2.3.2. Miza interfețelor unui proces	82
2.3.3. Procesul și transversalitatea.....	85
2.4. Managementul integrat al cuplului procese-riscuri.....	86
2.5. Cartografia riscurilor	88

2.5.1. Cartografia riscurilor – concept, importanță	88
2.5.2. Cartografia riscurilor – caracteristici, obiective și mize	89
2.5.3. Elaborarea cartografiei riscurilor	90
BIBLIOGRAFIE	99
Capitolul 3 IDENTIFICAREA și ANALIZA RISCURILOR	102
3.1. Forțele procesului de management al riscurilor	102
3.2. Contextul riscului.....	104
3.2.1 Norma ISO/CE/27005.....	107
3.2.2. Stabilirea contextului riscului.....	108
3.3. Identificarea riscurilor	111
3.3.1. Metode de identificare ale riscurilor.....	112
3.3.2. Percepția și identificarea propriu-zisă a riscurilor	116
3.4. Analiza riscurilor	121
3.4.1. Procesul de analiză a riscurilor	121
3.4.2. Teorii și modele de analiză ale riscurilor	124
3.4.2.1. Analiza riscurilor <i>a posteriori</i>	124
3.4.2.2. Analiza riscurilor <i>a priori</i>	132
BIBLIOGRAFIE	137
Capitolul 4 EVALUAREA RISCURILOR	138
4.1. Pregătirea evaluării riscurilor	141
4.1.1. Definirea obiectivelor și mijloacelor evaluării	141
4.1.2. Organizarea participării actorilor la evaluare	143
4.1.3. Conceperea unui decupaj coerent de unități de evaluare a riscurilor	146
4.1.4. Planificarea evaluării riscurilor	148
4.2. Evaluarea propriu-zisă a riscurilor	150
4.2.1. Evaluarea calitativă și cantitativă	150
4.2.1.1. Evaluarea calitativă	150
4.2.1.2. Evaluarea cantitativă	152
4.2.1.3. Metode calitative versus metode cantitative	153
4.2.2. Parametrii evaluării riscurilor.....	156
4.2.3. Ierarhizarea și clasificarea riscurilor.....	160
4.2.4. Pragul de acceptabilitate a riscului	167
BIBLIOGRAFIE	174
Capitolul 5 TRATAREA RISCURILOR	175
5.1. Prevenirea riscurilor și protecția față de riscuri	177
5.1.1. Fundamentele prevenirii riscurilor.....	177
5.1.2. Demersul prevenirii riscurilor și protecției față de riscuri	179
5.1.3. Impactul prevenirii riscurilor asupra securității pacienților.....	183
5.2. Identificarea măsurilor potențiale.....	185
5.3 Evaluarea și selectarea măsurilor de tratare a riscurilor	187
5.3.1 Evaluarea măsurilor de tratare a riscurilor.....	187
5.3.2 Selectarea măsurilor de tratare a riscurilor	190
5.3.3 Eficacitatea etapei de tratare a riscurilor	193
5.4 Planificarea și implementarea măsurilor selectate.....	195
5.4.1. Planul de măsuri	195
5.4.2. Planul de substituire și fondurile pentru eventualități	196
BIBLIOGRAFIE	201

Capitolul 6 URMĂRIREA ȘI CONTROLUL RISCURILOR.....	202
6.1. Urmărirea riscurilor	203
6.1.1. Funcțiile urmăririi riscurilor	203
6.1.2. Structura programului de urmărire a riscurilor	209
6.1.3. Diagrama urmăririi riscurilor	211
6.2. Controlul riscurilor	212
6.2.1. Funcțiile dispozitivului de control al riscurilor	212
6.2.2. Secvențele fazei de control a riscurilor	215
6.2.3. Tabloul de bord al controlului riscurilor	217
6.2.4. Diagrama controlului riscurilor	222
6.3. Auditul procesului de management al riscurilor	224
BIBLIOGRAFIE	227
Capitolul 7 CERCETAREA RISCURILOR ÎN MEDIUL SPITALICESC	
PRIN GROUNDED THEORY	228
7.1. Introducere în grounded theory	228
7.2. Grounded theory – curente metodologice	235
7.3. Demersul cercetării bazat pe grounded theory	240
7.3.1. Grounded theory, o abordare inductivă	240
7.3.2. Metoda grounded theory	245
7.3.2.1. Colectarea datelor empirice	245
7.3.2.2. Analiza și compararea datelor colectate	247
7.3.2.3. Finalizarea cercetării	251
7.4. Analiza prin teoretizare ancorată	253
7.4.1. Codificarea	254
7.4.2. Categorizarea	255
7.4.3. Punerea în relație a categoriilor	258
7.4.4. Integrarea	260
7.4.5. Modelarea	261
7.4.6. Teoretizarea	263
7.5. Ghid de aplicare a grounded theory	264
7.5.1. Pregătirea cercetătorului pentru utilizarea grounded theory	265
7.5.2. Efectuarea cercetării folosind grounded theory	268
7.5.2.1. Prima reuniune	269
7.5.2.2. Colectarea datelor	270
7.5.2.3. Analiza și compararea datelor	270
7.5.2.4. Codificarea datelor și structurarea pe categorii	272
7.5.2.5. Redactarea notițelor	277
BIBLIOGRAFIE	278

CONTENTS

Chapter 1

CHALLENGES AND STAKES OF THE HOSPITAL	23
1.1. The hospital – a complex system	23
1.2. The hospital challenges	26
1.3. The hospital positioning towards complexity.....	29
1.3.1. Patients’ expectations and needs evolution.....	30
1.3.2. Effective and efficacious resources administration.....	30
1.3.3. Multiplication of the rules for hospitals operation.....	32
1.3.4. Positioning of the staff as an actor	33
1.4. Sustainable development of the hospital	34
1.4.1. Sustainable development versus durable development	34
1.4.2. The need of partnership between hospital and the local community.....	36
1.4.3. Integration of sustainable development in the global strategy of the hospital.....	37
1.5. Generation of distinctive competences	39
1.5.1. Individual competences.....	40
1.5.2. Organizational competences	41
1.5.3. Identification of distinctive competences.....	43
1.5.4. Competences of the hospital manager	47
1.6. Social and etic responsibility in the hospital environment.....	49
1.6.1. Social responsibility of the hospital.....	50
1.6.2. Ethics in the hospital environment.....	53
BIBLIOGRAPHY	56

Chapter 2

UNIVERSE OF RISKS MANAGEMENT	59
2.1. Hospitals and risks	59
2.1.1. Risks perception in the hospital environment.....	60
2.1.2. Etymology and semantics of the risk notion	61
2.1.3. Conceptual models of the risk.....	64
2.1.3.1. The notion of risk.....	64
2.1.3.2. Terms and relations of the risk conceptual model.....	68
2.2. Risks management	72
2.2.1. Strategic evaluation of the hospital environment.....	72
2.2.2. Risks answer strategy.....	74
2.2.3. The process of risks management.....	75
2.3. The management by processes.....	78
2.3.1. Process – concept and typology	78
2.3.2. The stake of the process interface.....	82
2.3.3. Process and cross-functionality	85
2.4. Integrated management of the couple processes-risks	86
2.5. Risks cartography	88
2.5.1. Risks cartography – concept, importance.....	88
2.5.2. Risks cartography – characteristics, objectives and stakes	89
2.5.3. Elaboration of risks cartography.....	90
BIBLIOGRAPHY	99

Chapter 3

RISKS IDENTIFICATION AND ANALYSIS	102
3.1. Forces of the risks management process	102
3.2. The context of risks.....	104
3.2.1. The standard ISO/CE/27005.....	107
3.2.2. Risks context establishment	108
3.3. Risks identification.....	111
3.3.1. Risks identification methods	112
3.3.2. The proper risks perception and identification	116
3.4. Risks analysis.....	121
3.4.1. Risks analysis process	121
3.4.2. Theories and models for risks analysis.....	124
3.4.2.1. <i>A posteriori</i> risks analysis	124
3.4.2.2. <i>A priori</i> risks analysis	132
BIBLIOGRAPHY	137

Chapter 4

RISKS ASSESSMENT	138
4.1. Preparation of the risks assessment	141
4.1.1. Defining objectives and means for assessment.....	141
4.1.2. Stakeholders participation organization at the assessment process	143
4.1.3. Conceiving of a coherent snip for risks assessment units.....	146
4.1.4. Planning the risks assessment	148
4.2. Proper evaluation of risks.....	150
4.2.1. Quantitative and qualitative assessment	150
4.2.1.1. Qualitative evaluation	150
4.2.1.2. Quantitative evaluation	152
4.2.1.3. Qualitative methods versus quantitative methods.....	153
4.2.2. Parameters of risks assessment.....	156
4.2.3. Risks ranking and classification.....	160
4.2.4. Acceptability threshold of the risks.....	167
BIBLIOGRAPHY	174

Chapter 5

RISKS TREATMENT	175
5.1. Risks prevention and risks protection	177
5.1.1. Basics of the risks prevention	177
5.1.2. Demarche of the risks prevention and protection	179
5.1.3. Impact of the risks prevention on the patients' security	183
5.2. Identification of potential measures	185
5.3. Evaluation and selection of measures for risks treatment.....	187
5.3.1. Evaluation of measures for risks treatment	187
5.3.2. Selection of measures for risks treatment	190
5.3.3. Efficacy of the risks treatment stage	193
5.4. Planning and implementation of the selected measures	195
5.4.1. Measures plan	195
5.4.2. Replacement plan and contingency funds.....	196
BIBLIOGRAPHY	201

Chapter 6

RISKS MONITORING AND CONTROL..... 202

- 6.1. Risks monitoring 203
 - 6.1.1. Risks monitoring operation 203
 - 6.1.2. The structure of the risks monitoring program 209
 - 6.1.3. Diagram of the risks monitoring 211
- 6.2. Risks control 212
 - 6.2.1. Functions of the operative part for risks control 212
 - 6.2.2. Sequences of the risks control stage 215
 - 6.2.3. The scoreboard of risks control 217
 - 6.2.4. Diagram of risks control 222
- 6.3. Audit of the risks management process 224
- BIBLIOGRAPHY 227

Chapter 7

RISKS RESEARCH IN THE HOSPITAL ENVIRONMENT

BY THE GROUNDED THEORY..... 228

- 7.1. Introduction in the grounded theory 228
- 7.2. Grounded theory - methodological currents 235
- 7.3. Research demarche based on grounded theory 240
 - 7.3.1. Grounded theory, an inductive approach 240
 - 7.3.2. Grounded theory method 245
 - 7.3.2.1. Collection of the empirical data 245
 - 7.3.2.2. Analysis and comparison of the collected data 247
 - 7.3.2.3. Research finalization 251
- 7.4. Analysis by grounded theorization 253
 - 7.4.1. Codification 254
 - 7.4.2. Categorization 255
 - 7.4.3. Categories relationship 258
 - 7.4.4. Integration 260
 - 7.4.5. Modelation 261
 - 7.4.6. Theorization 263
- 7.5. Grounded theory application guide 264
 - 7.5.1. Researcher preparation for using the grounded theory 265
 - 7.5.2. Performing research using grounded theory 268
 - 7.5.2.1. First reunion 269
 - 7.5.2.2. Data collection 270
 - 7.5.2.3. Data analysis and comparison 270
 - 7.5.2.4. Data codification and categorization 272
 - 7.5.2.5. Writing notes 277
- BIBLIOGRAPHY 278

SOMMAIRE

Chapitre 1

DÉFIS ET ENJEUX HOSPITALIERS	23
1.1. L'hôpital, un système complexe.....	23
1.2. Les défis de l'hôpital.....	26
1.3. Positionnement de l'hôpital face à la complexité.....	29
1.3.1. Evolution des attentes et des besoins des patients.....	30
1.3.2. Gestion efficace et efficacité des ressources.....	30
1.3.3. Multiplication des règles de fonctionnement des hôpitaux.....	32
1.3.4. Positionnement du personnel comme acteur.....	33
1.4. Développement soutenable de l'hôpital.....	34
1.4.1. Développement soutenable versus développement durable.....	34
1.4.2. Besoin du partenariat entre l'hôpital et la communauté locale.....	36
1.4.3. Intégration du développement soutenable dans la stratégie globale de l'hôpital.....	37
1.5. Génération des compétences distinctives.....	39
1.5.1. Compétences individuelles.....	40
1.5.2. Compétences organisationnelles.....	41
1.5.3. Identification des compétences distinctives.....	43
1.5.4. Compétences du manager de l'hôpital.....	47
1.6. Responsabilité sociale et éthique dans l'environnement hospitalier.....	49
1.6.1. Responsabilité sociale de l'hôpital.....	50
1.6.2. Etique dans l'environnement hospitalier.....	53
BIBLIOGRAPHIE.....	56

Chapitre 2

L'UNIVERSE DU MANAGEMENT DES RISQUES	59
2.1. Les hôpitaux et les risques.....	59
2.1.1. Perception des risques dans l'environnement hospitalier.....	60
2.1.2. Étymologie et sémantique de la notion de risque.....	61
2.1.3. Modèles conceptuels des risques.....	64
2.1.3.1. Notion de risque.....	64
2.1.3.2. Termes et relations du modèle conceptuel de risque.....	68
2.2. Management des risques.....	72
2.2.1. Evaluation stratégique de l'environnement hospitalier.....	72
2.2.2. Stratégies de réponse aux risques.....	74
2.2.3. Procès du management des risques.....	75
2.3. Management par processus.....	78
2.3.1. Processus - concept et typologie.....	78
2.3.2. Enjeu des interfaces d'un processus.....	82
2.3.3. Processus et transversalité.....	85
2.4. Management intégré du couple processus-risques.....	86
2.5. Cartographie des risques.....	88
2.5.1. Cartographie des risques – concept, importance.....	88
2.5.2. Cartographie des risques – caractéristiques, objectifs et enjeux.....	89
2.5.3. Elaboration de la cartographie des risques.....	90
BIBLIOGRAPHIE.....	99

Chapitre 3

IDENTIFICATION ET ANALYSE DES RISQUES..... 102

- 3.1. Les forces du processus de management des risques 102
- 3.2. Contexte du risque..... 104
 - 3.2.1. Norme ISO/CE/27005 107
 - 3.2.2. Etablissement du contexte du risque 108
- 3.3. Identification des risques..... 111
 - 3.3.1. Méthodes d'identification des risques 112
 - 3.3.2. Perception et identification appropriées des risques 116
- 3.4. Analyse des risques..... 121
 - 3.4.1. Processus d'analyse des risques 121
 - 3.4.2. Théories et modèles d'analyse des risques 124
 - 3.4.2.1. Analyse des risques *a posteriori* 124
 - 3.4.2.2. Analyse des risques *a priori*..... 132

BIBLIOGRAPHIE..... 137

Chapitre 4

EVALUATION DES RISQUES..... 138

- 4.1. Préparation de l'évaluation des risques 141
 - 4.1.1. Définition des objectifs et des moyens d'évaluation..... 141
 - 4.1.2. Organisation de participation des acteurs à l'évaluation..... 143
 - 4.1.3. Conception d'un découpage cohérent des unités d'évaluation des risques 146
 - 4.1.4. Planification d'évaluation des risques..... 148
- 4.2. Evaluation appropriée des risques 150
 - 4.2.1. Evaluation qualitative et quantitative 150
 - 4.2.1.1. Evaluation qualitative 150
 - 4.2.1.2. Evaluation quantitative 152
 - 4.2.1.3. Méthodes qualitatives versus méthodes quantitatives 153
 - 4.2.2. Paramètres d'évaluation des risques..... 156
 - 4.2.3. Classement et classification des risques..... 160
 - 4.2.4. Le seuil d'acceptabilité du risque 167

BIBLIOGRAPHIE..... 174

Chapitre 5

TRAITEMENT DES RISQUES 175

- 5.1. Prévention des risques et protection contre les risques 177
 - 5.1.1. Fondements de prévention des risques..... 177
 - 5.1.2. Démarche de prévention des risques et protection contre les risques 179
 - 5.1.3. Impact de prévention des risques sur la sécurité des patients 183
- 5.2. Identification des mesures potentielles..... 185
- 5.3. Evaluation et sélection des mesures de traitement des risques 187
 - 5.3.1. Evaluation des mesures de traitement des risques..... 187
 - 5.3.2. Sélection des mesures de traitement des risques 190
 - 5.3.3. Efficacité de l'étape de traitement des risques 193
- 5.4. Planification et implémentation de mesures sélectionnées..... 195
 - 5.4.1. Plan de mesures..... 195
 - 5.4.2. Plan de remplacement et fonds de prévoyance 196

BIBLIOGRAPHIE..... 201

Chapitre 6

SURVEILLANCE ET CONTROLE DES RISQUES	202
6.1. Surveillance des risques.....	203
6.1.1. Fonctionnements de la surveillance des risques.....	203
6.1.2. Structure du programme de la surveillance des risques.....	209
6.1.3. Diagramme de la surveillance des risques	211
6.2. Control des risques.....	212
6.2.1. Fonctionnements du dispositif de control des risques	212
6.2.2. Séquences de la phase du control des risques.....	215
6.2.3. Tableau de bord du control des risques	217
6.2.4. Diagramme du control des risques.....	222
6.3. Audit du processus de management des risques.....	224
BIBLIOGRAPHIE.....	227

Chapitre 7

RECHERCHE DES RISQUES DANS MILIEU/ENVIRONNEMENT HOSPITALIER

PAR GROUNDED THEORY	228
7.1. Introduction dans grounded theory	228
7.2. Grounded theory – courants méthodologiques.....	235
7.3. Démarche de la recherche basée sur grounded theory	240
7.3.1. Grounded theory, une approche inductive.....	240
7.3.2. Méthode grounded theory.....	245
7.3.2.1. Collection des dates empiriques.....	245
7.3.2.2. Analyse et comparaison des dates collectées	247
7.3.2.3. Finalisation de la recherche	251
7.4. Analyse par la théorisation ancrée.....	253
7.4.1. Codification.....	254
7.4.2. Catégorisation	255
7.4.3. La mise en relation des catégories	258
7.4.4. Intégration	260
7.4.5. Modélisation.....	261
7.4.6. Théorisation.....	263
7.5. Guide pour l'application de la «grounded theory».....	264
7.5.1. Préparation du chercheur pour utiliser grounded theory	265
7.5.2. Effectuer de la recherche utilisant grounded theory.....	268
7.5.2.1. La première réunion	269
7.5.2.2. Collection des données	270
7.5.2.3. Analyse et comparaison des données	270
7.5.2.4. Codification des données et catégorisation.....	272
7.5.2.5. Formulation des notes	277
BIBLIOGRAPHIE.....	278

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 impredictibil. 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 atât obiectul cât 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 specialiștii¹ care interacționează cu alți specialiști² se poate administra tratamentul pacientului pe traseul constituit în dosarul 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 a 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 la 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 prin prisma 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. În mod 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

¹ În continuare, prin termenul „specialiști” vom înțelege categoriile 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.

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 disfuncționalități. 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, disfuncționalităților și riscurilor. De aceea, când apare un eveniment indezirabil (eroare, disfuncționalitate, 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 afacere: 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 îngradi accesul la îngrijirea de sănătate?

Istoria îndelungată a existenței spitalelor în România, și, mai ales în lume, ne arată că rolul lor evoluează în permanență. Astăzi, atât specialiștii cât 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 diversificare a serviciilor medicale;
- cererea de servicii medicale oferite 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 sarcină 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, relevanța 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 definire 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