

ABORDĂRI METODICE ÎN APRECIEREA CALITĂȚII SERVICIILOR MEDICALE

Larisa SPINEI,

Școala de Management în Sănătate Publică
a USMF Nicolae Testemițanu

Summary

Methodical approaches for assessing health care quality

This article presents the methodological approaches for assessing health care quality. The article provides definitions of the term medical care quality. An important factor for ensuring a continuous qualitative medical care is to assess the quality of health using quality indicators.

Quality indicators evaluate the process and the results of medical care services, as well as Public Health Care Institution's structure and network. Therefore a three-dimensional model based on structure, process and results is used when describing health care quality.

Key words: medical services quality; medical care's structure, process and results.

Резюме

Методические подходы в определении качества медицинских услуг

В данной статье представлены методические подходы в определении качества медицинских услуг, а также определения качества этих услуг. Важным моментом в обеспечении качества медицинских услуг является разработка показателей качества. Показатели качества оценивают результаты медицинской помощи, процесс оказания медицинской помощи, и структуру медицинского учреждения. Таким образом, для того чтобы описать качество должна быть использована трехмерная модель, которая включает структуру, процесс и результат.

Ключевые слова: качество медицинских услуг; структура, процесс и результат медицинской помощи.

„Să faci ceea ce trebuie, cum trebuie și când trebuie”.

(W. Edwards Deming)

În literatura științifică sunt multe definiții ale calității asistenței medicale. Unii savanți consideră că ea se referă la conformitatea față de specificație, costul cât mai mic față de o unitate dată, satisfacerea în totalitate a cerințelor beneficiarilor [1, 2].

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) definește calitatea ca fiind „caracteristica unui proces sau serviciu care determină nivelul de excelență” [8].

După A. Donabedian (1992), calitatea asistenței medicale este „asistență ce asigură buna stare a pacientului, după care el poate judeca între beneficiul sperat și riscul inerent actului medical” [3, 4, 5].

Asociația Medicală Americană (AMA) a definit calitatea asistenței medicale ca „o asistență ce contribuie la ameliorarea sau menținerea calității și/sau duratei vieții”. Definiția internațională a calității în standardele ISO este următoarea: „Ansamblul caracteristicilor unei entități ce conferă atitudinea de a satisface necesitățile exprimate și subînțelese” [4].

Dezvoltarea procesului de măsurare a calității a cunoscut diferite teorii. Inițial în sectorul public accentul a fost transferat de la furnizor la client. Mai apoi apar conceptele „valorii maxime” și „cartei consumatorului”, și în sfârșit – „managementul calității totale”

În anii '80 ai sec. XX a apărut noțiunea de *conducere prin obiective pentru coordonarea eforturilor profesionale*. Ea este o parte importantă a conceptului de management. Esența este următoarea: dacă punând în aplicare instrumentele de control se reduce posibilitatea producerii riscului, atunci obiectivul va fi atins. Conducerea prin obiective se bazează pe următoarele principii:

- Stabilirea unui șir de scopuri strategice de înalt nivel.
- Crearea unor scopuri organizatorice, care sunt sprijinite de obiective complete și planuri de acțiuni de nivel mai scăzut.
- Stabilirea principalelor rezultate și standarde de performanță pentru fiecare obiectiv.
- Evaluarea periodică a gradului de atingere a scopului.

Este dificil să realizezi ceva, dacă nu știi exact ce anume încerci să realizezi. Această situație cere introducerea obiectivelor SMART [10, 11], și anume:

S - Specific

M - Măsurabil

A - Atins

R - Realist

T - Timp

Noțiunea „specific” reprezintă o formulare specifică, care trebuie să fie lipsită de ambiguități, nu trebuie să ofere prea multe detalii, să fie suficientă pentru a comunica și să aibă o cerință clară.

„Măsurabil” înseamnă o modalitate explicită de a evalua rezultatul. Indicatorul este măsurabil dacă conține 4 elemente ale variabilei de gestionare, și anume: cantitatea, calitatea, costul și timpul.

„Atins” înseamnă că poate fi realizat cu adevărat. Indicatorul trebuie să fie deci suficient de atins și nu trebuie stabilit la un nivel care nu poate fi atins în mod realist.

„Realist”: obiectivul respectiv trebuie să fie comparabil cu alte obiective, relevant pentru rezultatele dorite, necesar și important, ce dă posibilitatea stabilirii obiectivelor prioritare.

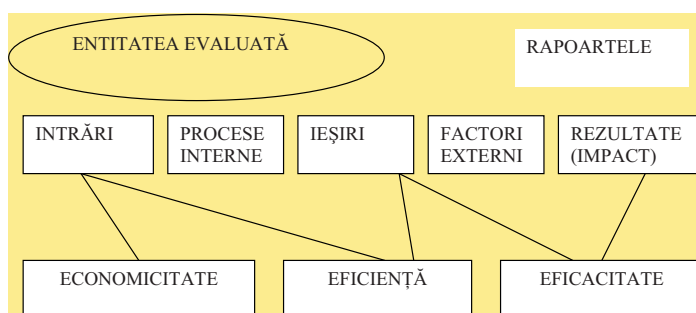
„Timpul” este o caracteristică foarte importantă pentru un indicator. Dacă nu se stabilește o limită de timp specifică de la început, cerința de realizare devine deschisă și nu va exista nici o modalitate eficace de evaluare a progresului.

Un element important în asigurarea îmbunătățirii continue a calității asistenței medicale este evaluarea calității cu ajutorul indicatorilor de calitate. Apare o întrebare: „Ce este un indicator al calității asistenței medicale?”. Indicatorii calității asistenței medicale evaluează rezultatele asistenței medicale, procesul de acordare a acestei asistențe, precum și structura IMSP și a rețelei acestora [1, 6].

Evaluarea calității asistenței medicale este influențată de lucrările lui Avedis Donabedian, care a fost condus de principiul că probabilitatea de a obține cel mai bun rezultat este garantată de livrarea asistenței medicale de cea mai bună calitate. Calitatea necesită o structură și organizare corectă. Acordarea asistenței medicale trebuie să fie realizată de profesioniști calificați într-o structură adecvată. Pentru analiza asistenței medicale, A. Donabedian adoptă trei nivele [5]:

- intrarea în procesul de asistență medicală (input): acestea sunt structura și resursele;
- procesul de asistență medicală însuși;
- rezultatele asistenței medicale.

Modelul INPUT-OUTPUT



Sunt descrise două tipuri de rezultate: pe termen scurt sau intermediare (output) și pe termen lung (outcome), care sunt modificările stării de sănătate și consecințele asupra calității vieții [7, 8].

Așadar, pentru descrierea calității trebuie să fie utilizat **modelul tridimensional**, care cuprinde **structura, procesul și rezultatul**.

Indicatorii structurii sunt utilizați mai mult la elaborarea procedurilor de acreditare și licențiere. Indicatorii sunt de două categorii: primii evaluează accesul insuficient sau lipsa resurselor:

- numărul insuficient de personal
- aprovizionarea insuficientă cu materiale și medicamente
- echipamentul întreținut necorespunzător.

A doua categorie determină corespunderea resurselor (activitățile personalului). De exemplu:

- proporția de cardiologi antrenați în utilizarea noilor PC IMA
- constituirea Consiliilor calității în IMSP
- elaborarea și implementarea PC instituționale în baza PC naționale
- introducerea autoevaluărilor personalului IMSP
- sondajele în rândurile pacienților inițiate de IMSP respectivă.

Indicatorii procesului sunt utilizați atunci când există o dovadă clară despre corelarea anumitor procese ale asistenței medicale cu anumite rezultate. Acești indicatori pot să clarifice dacă asistența medicală a fost acordată corespunzător și la timp și au fost respectate proceduri clinice definite în standardele medicale stabilite (Protocoalele Clinice Naționale). Indicatorii procesului sunt deosebit de importanți pentru bolile cronice, ale căror rezultate pot să nu fie finale timp de mai mulți ani.

Indicatorii rezultatului evaluează starea sănătății pacientului în urma asistenței medicale acordate:

- satisfacția pacientului de serviciile medicale acordate
- proporția pacienților care au supraviețuit un an după spitalizarea cu infarct miocardic acut.

Calitatea asistenței medicale are următoarele dimensiuni:

- componența profesională a furnizorilor
- accesibilitatea serviciilor de sănătate
- eficacitatea serviciilor
- eficiența serviciilor
- relațiile interpersonale furnizor – pacient
- continuitatea serviciilor
- siguranța pacientului
- infrastructura fizică și confortul
- alegerea liberă de către pacient.

Aceste dimensiuni includ trei componente ale performanței: **economicitatea**, **eficiența** și **eficacitatea**. Instrumentele acestor „3E” sunt:

- **Costul:** banii cheltuiți pentru achiziționarea resurselor
- **Intrările:** resursele (angajații, materialele și clădirile) utilizate pentru a furniza servicii
- **Rezultatul:** serviciile furnizate clienților
- **Realizările:** impactul real și valoarea furnizării serviciului.

Tipuri de instrumente în măsurarea „3E”

Aspect	Cantitate	Cost	Calitate	Timp
Organizație	<ul style="list-style-type: none"> • Număr de angajați • Distribuirea angajaților 	Costuri: <ul style="list-style-type: none"> • Financiare • Operaționale • Strategice 	<ul style="list-style-type: none"> • Productivitate • Fiabilitate • Credibilitate • Competență 	<ul style="list-style-type: none"> • Timp de reacție • Flexibilitate • Mobilitate • Viteză
Procese	<ul style="list-style-type: none"> • Nr. de unități produse • Cantitatea • re-prelucrată 	<ul style="list-style-type: none"> • Intrări • Costurile activității 	<ul style="list-style-type: none"> • Standarde • Conformitate • Rezultate 	<ul style="list-style-type: none"> • Flexibilitate • Mobilitate față de schimbare • Viteza de livrare
Resurse umane	<ul style="list-style-type: none"> • Echilibrul dintre personal administrativ și cel productiv 	<ul style="list-style-type: none"> • Remunerare • Abilități • Motivație 	<ul style="list-style-type: none"> • Fiabilitate • Credibilitate • Competență 	<ul style="list-style-type: none"> • Timp de reacție • Mobilitate de idei noi

Economicitatea presupune că un obiectiv trebuie atins prin minimizarea costurilor, dar cu condiția respectării calității. Formula măsurării economicității poate fi exprimată prin următoarea relație:

$E_c = (M_r / R_r) : (M_p / R_p)$, unde:

E_c – economicitate, M_r – resurse consumate efectiv,

R_r – rezultatul obținut efectiv,

M_p – resurse programate pentru consum,

R_p – rezultatul programat.

Situația este favorabilă când rezultatul < 1.

Eficiența este definită ca „producerea maximului de rezultate, folosind un anumit ansamblu de resurse sau folosirea minimului de resurse pentru obținerea unui rezultat de o anumită cantitate și la un anumit nivel calitativ al serviciului furnizat”. Ea reprezintă raportul dintre costuri (intrări) și rezultate (ieșiri).

Eficacitatea este definită ca „Satisfacerea de către organizație a cerințelor cetățenilor prin folosirea unui program sau a unei activități pentru atingerea scopurilor planificate”. Ea presupune maximizarea rezultatelor (ieșirilor) comparativ cu intențiile și obiectivele propuse. Este o evaluare a realizării sau a scopului pentru care a fost creat serviciul respectiv. Aprecierea poate fi făcută în funcție de raportul dintre rezultatele obținute și cele programate

$E_f = R_r / R_p$, unde:

E_f – eficacitate, R_r – rezultate obținute,

R_p – rezultate programate.

Raportul este favorabil atunci când rezultatul este supra-unitar (>1).

Pentru medicină este important și al patrulea “E” – **egalitate/echitate**, care indică gradul în care accesul la servicii este echitabil și dacă serviciile corespund nevoilor tuturor celor care trebuie să le utilizeze.

Cercetătorii descriu patru tipuri de calitate [56, 114, 116].

- **Calitatea așteptată** – nivelul calității ce corespunde așteptărilor și necesităților clienților, nivelului calității dorite de client.
- **Calitatea prevăzută** – calitatea pe care instituția medicală dorește să o atingă ținând cont de așteptările pacienților săi,

în funcție de resursele interne și dificultățile întâlnite.

- **Calitatea furnizată** – calitatea real furnizată de instituția medicală.
- **Calitatea percepută** – calitatea percepută de client în realitate.

Una dintre sarcinile Ministerului Sănătății al Republicii Moldova este asigurarea îmbunătățirii continue a calității asistenței medicale acordate populației. Pentru respectarea acestei cerințe este necesar de a elabora și a implementa un set de indicatori de calitate.

Bibliografie

1. Balle M., Champion Daviller M., *Organiser les services des soins. Le management par la qualité*, Edition Masson, Paris, 2000, p. 24-39.
2. Crasiuc I., Russu Gh., *Calitatea serviciilor medicale*, în *Curier medical*, nr. 5, Chișinău, 2003, p. 47-53.
3. Donabedian A., *Guide to Medical Care Administration*. American Public Health Association. Washington, 1969, p. 230-240.
4. Donabedian A., *Evaluating the quality of medical care*. Health Services Research on Anthology, 1992, p. 134-139.
5. Donabedian A., *Evaluating the quality of medical care*. Milbank Memorial Fund Quarterly, 1996, p. 44, 166-206.
6. Ețco C., *Management în sistemul de sănătate*, Editura Epigraf, Chișinău, 2006, 864 p.
7. Kahn J., *Gestion de la qualité dans les établissements de santé*, Edition Agence d' Arc inc., Montréal, 1987, p. 43- 45, 69-98.
8. Unicef România, *Managementul calității – îmbunătățirea continuă a calității serviciilor de sănătate*, România, 2000.
9. Vilcot C., Leclot H., *Les indicateurs de la qualité en santé*, AFNOR pratique-collection, Edition Afnor, 2001, p. 25-30.
10. Vilcot M., *Qualité dans les établissements de Santé*, Edition Afnor, 2002, p. 10-15.
11. Warner M., *Implementing Health Care Reforms through Substitution*, Welsh Institute for Health and Social Care, 1996.

Prezentat la 17.06.2010