

Guvernanța spitalelor publice în contextul reformelor de sănătate: soluții pentru Republica Moldova

Andrei Mecineanu

Doctor în medicină, Coordonator programe Centrul PAS

Viorel Soltan

Doctor în medicină, Director Centrul PAS

Ghenadie Țurcanu

Coordonator programe Centrul PAS



Această lucrare a fost realizată de Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate (Centrul PAS) în cadrul mecanismului alternativ, independent de alte instrumente publice existente, care prevede punerea la dispoziție a informației despre cadrul de guvernare spitalicesc. Prezenta cercetare vine să sprijine Ministerul Sănătății în elaborarea politicilor publice în domeniul spitalicesc, prin oferirea informațiilor complete, relevante și valide despre guvernarea spitalelor. Studiul poate fi aplicat la evaluarea progresului în atingerea obiectivelor de implementare a Politicii Naționale de Sănătate, a Strategiei de dezvoltare a sistemului de sănătate pentru anii 2007-2018, a Programului de activitate al Guvernului „Integrarea Europeană: Libertate, Democrație, Bunăstare” pentru perioada 2013-2014, a Foii de parcurs „Accelerarea reformelor: abordarea necesităților din domeniul sănătății prin politici investiționale”, precum și a altor documente de politici destinate consolidării sistemului de sănătate din Moldova.



Analiza a fost realizată cu suportul Friedrich-Ebert-Stiftung (FES), o fundație politică germană non-profit, bazată pe valorile social-democrației, scopurile căreia sunt promovarea principiilor și a fundamentelor democrației, a păcii, a înțelegerii și a cooperării internaționale. FES își îndeplinește mandatul în spiritul democrației sociale, având ca obiectiv dezbaterea publică și găsirea, într-un mod transparent, a soluțiilor la problemele actuale și viitoare ale societății. Friedrich-Ebert-Stiftung a început să colaboreze cu Republica Moldova în anul 1994, prin intermediul Biroului Regional de la Kiev, iar din octombrie 2002, la Chișinău activează un birou permanent al fundației.

Acest produs apare în parteneriat cu Friedrich-Ebert-Stiftung.

Informațiile și concluziile expuse în această publicație aparțin în exclusivitate autorilor și nu sunt împărtășite neapărat de Friedrich-Ebert-Stiftung.

Descrierea CIP a Camerei Naționale a Cărții

Mecineanu, Andrei.

Guvernanța spitalelor publice în contextul reformelor de sănătate: soluții pentru Republica Moldova / Andrei Mecineanu, Viorel Soltan, Ghenadie Țurcanu ; Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate (Centrul PAS), Friedrich-Ebert-Stiftung. – Chișinău : S. n., 2014 (Tipogr. "Elan Poligraf"). – 72 p.

Bibliogr.: p. 71-72 (21 tit.). – 100 ex.

ISBN 978-9975-66-416-5.

351.773:614.2(478)

M 54

CUPRINS

4	Sumar executiv
9	Introducere
12	Terminologie și abordare generală
15	Sectorul spitalicesc din Moldova
20	Nivelul <i>macro</i> de guvernanță spitalicească
20	Repere generale și experiență internațională
25	Analiza situației din Republica Moldova
41	Nivelul <i>meso</i> de guvernanță spitalicească
41	Repere generale și experiență internațională
47	Analiza situației din Republica Moldova
58	Nivelul <i>micro</i> de guvernanță spitalicească
60	Concluzii
63	Recomandări
71	Bibliografie

Sumar executiv

Tranziția de la un stat centralizat la unul democratic și descentralizat a devenit una din prioritățile și condițiile de bază pentru procesul de apropiere de valorile general europene. Reformele guvernării centrale și locale trebuie sincronizate, deoarece administrarea treburilor publice se produce în două dimensiuni – la nivelul întregii țări și la nivelul colectivităților locale.

Spitalele continuă să joace un rol esențial în furnizarea serviciilor de sănătate, consumând o parte importantă a cheltuielilor pentru sănătate și modelând percepția publică a performanței sistemelor de sănătate. Aceste modele au determinat factorii de decizie politică, dezvoltatorii de politici publice, profesioniștii din sănătate, structurile de administrare a spitalelor, comunitățile să avanseze în prim planul agendei publice guvernanta și performanța spitalelor.

Expertiza existentă la nivel european a permis dezvoltarea unui cadru efectiv de reglementare în guvernanta spitalelor și crearea unor structuri de guvernanta eficiente.

Această analiză deschide perspectiva evaluării coerenței strategiilor, politicilor și a măsurilor noi care se vor aplica în perioada imediat următoare și, mai ales, a coerenței dintre scop și mijloace, resurse

și rezultate la nivelul funcționalității spitalelor și a structurilor de guvernanta a acestora.

Guvernanta nu trebuie confundată cu noțiunea și conceptul de guvernare, management, administrare sau reglementare. Guvernanta înseamnă sistemul de reguli ce organizează o instituție și sunt reflectate în acțiuni, măsuri, decizii, norme și legi.

Modelul de guvernanta eficace a spitalului include două dimensiuni, cea de realizare a obiectivelor politicii de sănătate la nivel național și de management operațional. Provocarea pentru guvernanta spitalului constă în integrarea acestor două dimensiuni într-o strategie coerentă și eficientă la nivel instituțional.

Cercetările recente în domeniu conchid că guvernanta spitalelor cuprinde trei nivele diferite de luare a deciziilor - *macro*, *meso* și *micro*, care prezintă caracteristici distincte și are propriul grup de factori de decizie, care interacționează după un model complex și definesc structurile de guvernanta ale spitalelor.

Distribuția geografică a spitalelor, asigurarea populației cu paturi, fondul de paturi și structura acestora în funcție de profil nu reflectă necesitățile populației, nu sunt fundamentate de standarde

operaționale, și, în continuare, păstrează aspectele desprinse din sistemul Semaško.

Problemele tradiționale ale sistemului spitalicesc (ineficiența tehnică și financiară, gradul redus de acces pentru populația săracă, etc.) și incapacitatea acestuia de a răspunde cererii pacienților constituie o provocare majoră pentru factorii de decizie politică. Paternele de ineficiență din sectorul spitalicesc public determină necesitatea identificării și a implementării altor formule de organizare a administrării spitalelor, la toate nivelele – *macro, meso, micro*, pentru a contracara alocarea nerațională a resurselor și obținerea unor rezultate inferioare în activitatea spitalicească.

Reforma propriu-zisă a guvernanței spitalicești în Republica Moldova a fost realizată odată cu introducerea asigurării obligatorii de asistență medicală, când spitalelor publice le-a fost atribuit statutul de instituție publică. După 2005, sectorul spitalicesc nu a suferit modificări esențiale și reforma acestui sector a intrat în declin.

Caracteristicile nivelului *macro* în guvernanța spitalelor variază considerabil de la o țară la alta. În mare parte acestea sunt determinate de politicile la nivel național sau regional, dar și internațional, care stabilesc structura și funcționarea sectorului spitalicesc în sistemele de sănătate.

Existența în Republica Moldova a unui număr considerabil de reglementări nu întotdeauna a însemnat și claritate în ceea ce privește guvernanța spitalelor și repartizarea efectivă a competențelor între diferite nivele de administrație publică și organe de conducere la nivelul spitalului.

Competențele autorităților publice locale, chiar și în situația în care s-a deviat de la norma constituțională și legislativă, capătă o importanță deosebită în contextul realizării reformei sectorului spitalicesc, care presupune instituirea zonelor de sănătate și crearea spitalelor regionale și zonale. Indubitabil, în aceste condiții, este și faptul că guvernanța spitalului public reprezintă aspectul central care trebuie definitivat.

Legislația, atât cea din domeniul sănătății cât și cea care prezintă reglementări aferente, conține reglementări insuficiente calitativ și cantitativ privind structura sectorului spitalicesc, organizarea acestuia ca serviciu public, însă oferă o bază pentru dimensiunea instituțională a spitalului public.

La nivel *macro* se atestă un grad sporit de ambiguitate privind regimul juridic al spitalului public - lipsa unui mecanism clar de guvernanță a spitalelor la nivel *macro*, repartizarea competențelor între autoritățile de nivel diferit, etc. Politicile Ministerului Sănătății în loc să aducă claritate în guvernanța spitalelor,

În realitate, creează mai multe confuzii. Ministerul Sănătății, nu centralizează competențe, dar subordonează procesul decizional și face uz de atribuții improprii acestuia. Practic, reglementările stabilite la nivelul *macro* sunt generatoare de blocaje ale guvernantei spitalului la nivel *meso*.

Nivelul *meso* este axat pe procesul de luare a deciziilor la nivel instituțional. Analiza și constatările obținute permit de a conchide că în cazul modelului de guvernanta aplicat în Republica Moldova, pentru toate dimensiunile nivelului intermediar, caracterul, forma și conținutul guvernantei este determinat de reglementările stabilite la nivelul *macro*. Astfel, deficiențele de ordin cantitativ și calitativ la nivelul *macro* se transpun și la nivelul *meso* de guvernanta spitalicească.

Competențele fondatorului, consiliului de administrație și directorului sunt afectate de intervențiile Ministerului Sănătății, care deseori poartă un caracter de obligativitate, prin prisma atribuțiilor de autoritate centrală de specialitate. Consiliul de administrare reprezintă veriga slabă în guvernanta spitalului public, fiind inefficient din punct de vedere organizatoric și funcțional, în realizarea responsabilităților de guvernanta, urmare a: (1) structurii acestora, prin reprezentativitatea extrem de redusă a fondatorului, cei 5-6 membrii având proveniență prestabilită și (2) atribuții extrem de reduse în administrarea spitalului.

Analiza, în ansamblu, al fenomenului existent permite de a conchide că la situația respectivă au concurat atât lipsa de expertiză în definitivarea modelului de guvernanta la nivel *meso* de guvernanta, cât și de acțiunile Ministerului Sănătății de a-și subordona procesul decizional, complementate de incompatibilitățile la nivel de acte normative.

Modelul de guvernanta aplicat oferă spitalului un grad redus de autonomie, neexistând o linie de demarcație dintre deciziile la nivel *macro*, ghidate de obiectivele sociale și politice, și guvernanta operațională ghidată de obiective de eficacitate, eficiență, productivitate, calitate și performanță.

Plecând de la premiza că nivelul *micro* de guvernanta acoperă gestionarea operațională zi de zi a personalului și a serviciilor de sănătate se avansează ideea unui cadru exhaustiv pentru analiză. În realitate, se atestă situația unui domeniu slab dezvoltat ca și concept. Acest vid este generat de caracteristicile guvernantei la nivel *macro* și *meso*, ceea ce nu a asigurat crearea unui mecanism clar de guvernanta a spitalelor la nivel *micro*. Competențele reduse ale structurilor de conducere complementate de intervenții destul de adânci ale Ministerului Sănătății face ca domeniul întregi ale managementului să nu fie acoperite, existând incertitudinea procesului decizional.

Nivelul *micro* fiind determinat de caracteristicile date guvernanței spitalului la nivelele *macro* și *meso* va putea fi supus unei analize de conținut doar după definitivarea modelului de guvernanță al spitalului public în Republica Moldova.

Evoluția guvernanței spitalelor are loc fără o corelare corespunzătoare a cadrului de reglementare din domeniul sănătății cu cel din domeniul descentralizării și administrației publice locale, condiție ce generează diferite interpretări și conflicte de competență. Această situație apare pe fundalul lipsei unui anumit model de guvernanță general acceptabil, care să cuprindă rolul, locul și esența guvernanței spitalicești în Republica Moldova.

Pentru realizarea unei guvernanțe efective a spitalelor publice sunt necesare trei elemente definitorii: (1) dreptul de proprietate asupra bunurilor instituțiilor; (2) surse de finanțare estimabile și previzibile; (3) instrumente juridice efective și adecvate ale cadrului de guvernanță.

Acum, aceste trei constituente nu asigură un fir roșu la toate nivele de guvernanță, cu toate că analiza efectuată demonstrează fără rezerve că cadrul regulator formulează explicit premisele necesare pentru definitivarea modelului de guvernanță a spitalului public.

Reformarea și restructurarea serviciilor de sănătate are o semnificație aparte. Fiind unul dintre puținele domenii ce își găsește reglementare constituțională, sănătatea este și unul din cele mai sensibile subiecte din punct de vedere al interesului public.

În aspect de guvernanță atât al sistemului de sănătate cât și al spitalelor în particular, putem afirma că soluțiile juridice pe care le cere reforma în sănătate și în domeniul administrației publice trebuie să aibă la origine conceptul cumulării tuturor competențelor de gestionare a serviciilor publice de sănătate sub gestiunea autorității publice centrale – Ministerul Sănătății.

Aceasta presupune modificarea corespunzătoare a actelor legislației sănătății. Având o bază legislativă explicită, Ministerul Sănătății ar putea interveni cu reglementări care ar specifica particularitățile organizării și funcționării serviciilor publice de sănătate.

În fond, situația este destul de clară și toate argumentele prezentate conchid univoc despre faptul că descentralizarea, ca procedură de transfer a competențelor de la centru la periferie, nu are incidență asupra domeniului sănătății.

Este necesară ajustarea și dezvoltarea politicii în domeniul guvernanței spitalului. Această condiție se prezintă imperios nu doar din perspectiva că cele în vigoare

conțin norme confuze și contradictorii realității, dar și din cauza că nu există prevederi clare cu referință la toate nivelele și dimensiunile guvernanței spitalicești.

Intervențiile prioritare identificate vizează:

- (a) Obținerea de către Ministerul Sănătății a calității de fondator/co-fondator pentru toate spitalele ce aparțin sectorului public, inclusiv al celor departamentale;
- (b) Revizuirea competențelor fondatorului spitalului public;

(c) Reducerea competențelor Ministerului Sănătății în guvernanța spitalului public;

(d) Reformarea consiliului de administrație al spitalului public.

Materialul expus demonstrează elocvent această necesitate. Judecând după tensiunea formată de coliziile dintre normele analizate, a apărut o masă critică ce impune anumite schimbări. În acest aspect, analizele efectuate și recomandările prezentate sunt suficiente pentru a putea sprijini încercarea de a realiza o schimbare.

Introducere

Sistemele de sănătate se confruntă cu multe provocări, în condițiile în care trebuie să facă față tranziției epidemiologice, care implică creșterea poverii bolilor cronice, a schimbărilor demografice, a noilor tendințe în guvernare și finanțare, precum și a cererii tot mai înalte pentru tehnologii medicale și pentru noi standarde de management clinic.

Acest context a determinat implementarea de măsuri direcționate spre consolidarea asistenței medicale primare, inclusiv dezvoltarea de programe de îngrijire la domiciliu [1,2]. În același timp, spitalele continuă să joace un rol esențial în furnizarea asistenței medicale specializate acute, consumând o parte importantă a cheltuielilor pentru sănătate și modelând percepția publică a performanței sistemelor de sănătate [1,2].

În consecință, factorii de decizie politică, dezvoltatorii de politici publice, profesioniștii din sănătate, structurile de administrare a spitalelor, comunitățile au avansat în prim planul agendei publice guvernarea și performanța spitalelor [OCDE, 2004; Quigley, Scott, 2004].

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) recomandă abordarea echitabilă a tuturor nivelurilor de asistență medicală, inclusiv integrarea și coordonarea dintre

acestea, pentru a face față provocărilor determinate de așteptările tot mai mari privind calitatea și siguranța serviciilor, dar și accesarea acestora [1]. Acțiunile demarate în context european sunt strâns legate de inițiativa globală lansată de biroul central OMS privind identificarea subiectelor-cheie care trebuie incluse într-o agendă a spitalelor la nivel mondial. Experiențele diferitor regiuni și țări pot fi utilizate pentru a iniția o dezbatere privind rolul și funcțiile spitalelor în contextul schimbărilor din sistemele de sănătate.

La nivel internațional sunt evidențiate priorități variate în ceea ce privește misiunea spitalelor, cum ar fi accesibilitatea, receptivitatea, calitatea, eficacitatea și eficiența, transparența, dar și responsabilitatea serviciului public. Totodată, eforturile sunt direcționate spre reorientarea de la modelele centrate pe spital, deoarece acestea creează presiuni atât asupra spitalelor, cât și asupra sistemelor de sănătate [Edwards, 2011], generate de:

(a) centralizarea, din raționamente economice, în detrimentul descentralizării, cu luarea în considerare a aspectelor privind autonomia spitalicească, transferul responsabilităților bugetare către nivelurile inferioare de management, activitatea în condiții concurențiale și de proprietate asupra patrimoniului;

(b) imperativul îmbunătățirii calității, a eficienței, a asigurării celei mai bune valori pentru bani, prin plasarea accentelor pe mecanismele de plată bazate pe performanță, pe transferul la spitalizarea de zi și reducerea duratei de spitalizare, pe reprojectarea proceselor clinice, pe implementarea standardelor și a protocoalelor clinice, pe evaluarea tehnologiilor medicale și pe controlul investițiilor;

(c) necesitatea plasării accentelor pe responsabilitate, prin dezvoltarea instrumentelor de acreditare, pe managementul bazat pe performanță și pe utilizarea preferențială a indicatorilor ce reflectă transparența și accesul deschis la datele privind performanța;

(d) sisteme spitalicești bazate pe supracapacitate, pe infrastructura ineficientă cu sectoare spitalicești paralele, pe distribuție geografică neargumentată, pe spitale monoprol.

Aceste condiții determină un șir de provocări pentru factorii de decizie politică și pentru furnizorii de servicii spitalicești. Deoarece soluțiile țin de gubernanța spitalelor se impune necesitatea de a elabora politici judicioase în acest domeniu. Discuțiile privind gubernanța spitalelor publice evidențiază existența a două abordări. Prima are ca element central rolul spitalului public în societate, ce a evoluat rapid în secolul trecut, și care

constituie astăzi o nouă serie de provocări. Cea de-a doua abordare se bazează pe teoria gubernanței și s-a dezvoltat în ultimele două decenii, fiind catalizată de căderea Uniunii Sovietice, când s-a impus completarea procesului de gubernanță în sectorul public cu o serie de prerogative de ordin financiar, tehnic și alocativ [3].

Ca răspuns la creșterea cheltuielilor pentru sănătate, asociate cu progresul tehnologic și în tratamentul maladiilor, cu îmbătrânirea populației, majoritatea statelor OCDE au implementat, în anii 1980, politicile noului management public [Acerete, 2011; Simonet, 2013].

Factorii de decizie politică au argumentat că tehnicile noului management public vor determina o sporire a eficienței în sectorul de sănătate, prin aplicarea unor principii de management din sectorul privat în administrarea publică tradițională [Mayston, 1999].

În ultimii ani au fost studiate tendințele și modelele în gubernanța spitalelor. Caracteristicile definitorii vizează trecerea de la abordarea centralizată la autonomie, ceea ce a oferit managerilor instrumente care anterior nu erau disponibile în sectorul public și care au asigurat funcționarea spitalelor într-un mediu concurențial, inclusiv aplicarea stimulentei financiare și de libertate managerială pe plan intern [Chinitz, 2011].

Expertiza existentă la nivel european a permis de a avansa în prim planul agendei de discuții dezvoltarea unui cadru efectiv de reglementare privind guvernanța spitalelor, crearea unor structuri de guvernanță eficiente, inclusiv a consiliilor de administrație, înțelegerea și identificarea în structura guvernancei spitalelor a elementelor ce prezintă un grad redus de eficacitate, asigurarea unui echilibru între structurile ierarhic superioare și cele inferioare, identificarea unui compromis dintre asistența medicală spitalicească, cost-eficiență și orientarea spre comunitate cu modele de îngrijire integrate [1].

Având în vedere importanța dimensiunii guvernancei în activitatea spitalului este oportun pentru factorii de decizie politică să abordeze modelele de guvernanță a spitalelor în contextul reformelor din sănătate, să evalueze în ce măsură acestea întrunesc criteriile de bună guvernare și care ar fi implicațiile bunei guvernări în contexte specifice ale diferitor organizații de sănătate.

În acest context, această lucrare are ca scop analiza modelului de guvernanță a spitalelor din Republica Moldova, pentru a stabili măsura în care acesta corespunde descrierilor teoretice, practicilor curente și modelelor de succes. Lucrarea prezintă o contribuție importantă pentru următoarele domenii:

- asigurarea unui nivel înalt de înțelegere și de cunoaștere a modelelor existente și a cadrului de guvernanță spitalicească în Republica Moldova;
- generarea dovezilor și elaborarea argumentelor pentru politicile publice în domeniul guvernancei spitalului, inclusiv fundamentarea măsurilor de reformă în acest sector;
- demonstrarea necesității de a aborda guvernanța spitalelor ca parte a reformei sectorului spitalicesc;
- guvernanța spitalului public;
- consolidarea capacităților în domeniul guvernancei spitalului și a evaluării modelelor aplicate.

Această analiză oferă o perspectivă evaluării coerenței strategiilor, politicilor și a măsurilor noi care se vor aplica în perioada imediat următoare și, mai ales, a coerenței dintre scop și mijloace, resurse și rezultate la nivelul funcționalității spitalelor și a structurilor de guvernanță a acestora.

Terminologie și abordare generală

O primă clarificare care este necesar de a fi adusă este aceea dintre guvernare și gubernanță. Guvernarea este o acțiune a Guvernului care este un mecanism de stat investit cu autoritatea și legitimitatea de acțiune prin cele trei puteri (legislativă, executivă și judiciară) și prin alte instituții oficiale ale statului care concentrează puterea și aplică deciziile.

Prin urmare, guvernarea se referă la intervenția centrată pe autoritate [Stoker, 1998]. Gubernanța reprezintă „o altfel de guvernare”, o alternativă la acțiunea guvernamentală, care vizează distribuirea puterii în spațiul public în baza negocierii autorității și abordarea incrementală a deciziei [Nugent, 1999]. Dintr-o perspectivă mai largă, gubernanța este contextul în care se desfășoară activitatea cetățenilor și a guvernanților, unde se implementează politicile publice și se exprimă identitățile și instituțiile civile [March, Olsen, 1995].

Gubernanța nu trebuie confundată cu noțiunea și conceptul de guvernare, management, administrare sau reglementare. Gubernanța înseamnă sistemul de reguli ce organizează o instituție, reflectat în acțiuni, măsuri, decizii, norme și legi. Prin prisma conceptului de gubernanță, membrii

comunității nu mai sunt considerați doar un obiect al aplicării deciziilor și măsurilor administrative, ci participanți, măcar până la un punct, la decizii și condiționează, prin reprezentanți, direct sau indirect, deciziile [18]. În orice caz, concepția, oarecum autoritară, legată de guvernare a fost înlocuită cu concepția mai curând funcționalistă, legată de gubernanță [Blendea, 2010]. Gubernanța oferă posibilitatea de a gestiona acțiunea colectivă, fără intervenția statului și fără implicarea instituțiilor și actorilor care nu aparțin sferei guvernamentale [ISE, 2010].

În Anglia s-a vorbit, în anii 1980, de un nou tip de management și de gubernanță corporatistă, ceea ce a semnalat o nouă abordare în conducerea întreprinderilor publice și private. Este vorba de abordarea axată pe interacțiunea sinergică a acționarilor/fondatorilor, a directorilor, a angajaților, de un management care corelează acțiunea diferitor factori umani și materiali într-o întreprindere de orice natură (industrială, financiară, culturală, educațională etc.), în vederea obținerii performanțelor în ceea ce privește atingerea scopurilor pe care și le-a propus.

Discuțiile privind gubernanța la nivel european au fost lansate de Comisia Europeană, în 2001, prin Carta Albă ce

acoperă normele, procedurile și practicile care influențează modul cum sunt exercitate puterile în cadrul comunității europene. Aceasta stabilește adoptarea unor noi forme de guvernare care să aducă instituțiile de guvernare mai aproape de cetățenii săi, să o facă mai eficientă și să consolideze legitimitatea instituțiilor.

Carta Albă a Guvernării Europene promovează idea negocierii colective a deciziei și fundamentează o nouă perspectivă asupra puterii, o dispersare a autorității publice prin rețele interactive și se bazează pe gestionarea acțiunii colective fără intervenția obligatorie, fără implicarea instituțiilor și a actorilor care nu aparțin sferei guvernelor.

O definiție general acceptată a noțiunii de guvernare este un proces de conducere de nivel superior partajat, de elaborare a politicilor și de luare a deciziilor [4]. Abordată în contextul spitalelor, guvernarea reprezintă un set de procese și de instrumente destinate luării deciziilor în gestionarea întregii activități organizaționale, înglobând mai multe aspecte: politice, financiare și manageriale, definitivând, totodată, relațiile complexe dintre multitudinea de actori implicați și care influențează, în special comportamentul organizațional, inclusiv dimensiunile de accesibilitate, calitate, siguranța pacientului și capacitatea de răspuns [3].

Prin urmare, guvernarea spitalului reprezintă un set de structuri și de procese care vizează direcțiile strategice ale organizației (misiune, valori, scop, obiective) și resursele (umane, financiare, de capital, tehnologice, etc.) alocate, pentru a îndeplini planurile strategice. Dintr-o perspectivă de abordare sintetică, înțelegerea guvernării spitalului presupune răspunsul la următoarele întrebări *Cine decide? Ce decide? Prin ce mijloace? Ce efect are decizia?*

Totodată, guvernarea spitalelor nu trebuie înțeleasă ca administrarea spitalului, ca performanța spitalului sau ca structurile administrative ale spitalului, acestea fiind părți componente ale guvernării spitalului. Modelul de guvernare eficientă a spitalului include două dimensiuni de bază ale sistemului de sănătate: de realizare a obiectivelor politicii de sănătate la nivel național și de management operațional al spitalului.

Dimensiunea ce ține de politici este subiectivă și bazată pe valori, cealaltă este de ordin tehnic și obiectivă, pasibilă de evaluarea performanței atât clinice cât și a celei financiare [3]. Provocarea pentru guvernarea spitalului constă în integrarea acestor două dimensiuni într-o strategie coerentă și eficientă la nivel instituțional.

Cercetările recente în domeniul guvernării spitalelor demonstrează schimbarea de la evaluarea axată pe

conținut, spre evaluarea impactului cadrului de governanță orientat pe proces, care este aplicabilă în contextul reformei din sănătate [Saltman, Durán, Dubois, 2011].

În prezent, nu există un model universal de governanță ce poate fi aplicat de toate spitalele, în special în cazul celor publice. Prin urmare, dezvoltarea unui model de governanță, cu adevărat potrivit, trebuie să ia în calcul nu numai particularitățile de organizare și funcționare ale sistemului de sănătate, dar și caracteristicile proprii spitalului.

Eficacitatea governanței unui spital trebuie să includă eficacitatea modelului de governanță selectat și obținerea efectului scontat în urma implementării acestuia.

În contextul Republicii Moldova, această analiza acoperă cele trei nivele de governanță, utilizate de OMS în cazul spitalelor, și anume – *macro*, *meso* și *micro*.

Lucrarea relevă specificul governanței spitalelor publice și se concentrează, în principal, pe nivelul intermediar. Aspectele importante ale governanței la nivel *macro* și *micro* sunt, de asemenea, discutate.

Sectorul spitalicesc din Moldova

Infrastructura spitalicească publică furnizează servicii pentru circa 15,5% din populația stabilă a Republicii Moldova.¹ Similar altor țări, sistemul spitalicesc din Republica Moldova consumă o parte semnificativă a cheltuielilor pentru sănătate. Analiza cheltuielilor executate demonstrează că în Fondul de bază, care reprezintă 94% din totalul fondurilor AOAM, ponderea majoritară revine serviciilor de asistență medicală spitalicească. Astfel, în anul 2004 acestea au reprezentat 59,7%, în 2005 – 57,0%, în 2006 – 54,1%, în 2007 – 52,2%, în 2008 – 49,9%, în 2009 – 49,9%, 2010 – 50,7% și în 2012 – 50,4%. Aceste date, cu toate că înregistrează o tendință descendentă, cu mici fluctuații, demonstrează într-o

manieră clară că vectorul în sistemul de sănătate este orientat spre asistența medicală spitalicească. Pe de altă parte, îmbătrânirea demografică și tranziția epidemiologică spre maladii cronice, asociate cu cererea sporită în servicii calitative, creșterea costurilor pentru intervenții de diagnostic și pentru tratament creează o presiune enormă asupra spitalelor publice, ceea ce determină reorganizarea și optimizarea acestora.

Republica Moldova a moștenit un sistem de sănătate centralizat și extrem de extensiv. În ceea ce privește sectorul spitalicesc, acesta a continuat să funcționeze în baza standardelor modelului Semașko, care

Tab. 1. Rețeaua instituțiilor spitalicești în Republica Moldova, 1993-2004

	Sistemul Ministerului Sănătății		Toate Ministerele	
	Număr instituții spitalicești	Capacitatea (paturi)	Număr instituții spitalicești	Capacitatea (paturi)
1993	312	51.700	339	54.275
1994	305	50460	334	53140
1995	302	50146	335	52986
1996	290	49557	325	52457
1997	260	47160	294	50101
1998	245	45665	276	48261
1999	123	32859	150	35089
2000	97	30126	132	32423
2001	65	22850	110	25044
2002	65	22194	110	24443
2003	65	21813	111	24097
2004	63	20752	116	23113

Sursa: CNMS, Anuarul Statistic 2011

¹ <http://statbank.statistica.md/pxweb/Dialog/Saveshow.asp>

pune accent pe aspectele cantitative - resursele sistemului de sănătate (număr mare de personal medical, spitale, resurse financiare, etc.), axându-se într-o măsură mai mică pe cele calitative [14].

Per ansamblu, în sectorul spitalicesc era caracteristic următorul tablou - în fiecare raion existau câteva spitale cu o structură fragmentară. Astfel, în 1993, în Republica Moldova erau înregistrate 339 de spitale cu o capacitate de 54.275 de paturi, dintre care 312 spitale cu o capacitate de 51.700 paturi se aflau în sistemul Ministerului Sănătății (Tabelul 1). Pentru o populație de 4,35 milioane de locuitori, rețeaua de instituții spitalicești din Republica Moldova era una dintre cele mai extinse din lume [15].

Acest număr excesiv de spitale s-a datorat numărului mare de spitale rurale care deserveau și localitățile urbane [15]. În perioada 1998-2001, numărul spitalelor a fost redus la 110 unități. Această optimizare a infrastructurii exagerate a vizat, în cea mai mare parte, închiderea spitalelor rurale, restructurarea profilurilor în spitalele raionale, dar nu a inclus și spitalele republicane, inclusiv cele monoprofil. Procesul de optimizare spitalicească din acea perioadă a fost mai mult un efect colateral al reformelor din alte sectoare, deși a vizat și anumite componente ale guvernancei spitalului. Această situație este condiționată de două aspecte.

În primul rând, în perioada respectivă s-a inițiat reforma descentralizării, prin atribuirea funcției de luare a deciziilor nivelurilor regionale (județene) și locale. Cadrul legislativ existent în acel moment (Legea cu privire la organizarea teritorial-administrativă, Legea privind administrația publică locală, Legea privind finanțele publice locale, etc.) acorda autonomie financiară bugetelor regionale/locale. Reforma descentralizării s-a axat doar pe dimensiunea financiară a descentralizării [15]. Totodată, atribuirea unor responsabilități autorităților locale nu a fost complementată de o divizare clară a funcțiilor între Ministerul Sănătății și autoritățile regionale și locale [16].

În al doilea rând, există o insuficiență a unor mecanisme clare de optimizare și restructurare a sectorului spitalicesc, care să vizeze atât guvernancea spitalului cât și instituționalizarea calității serviciilor medicale spitalicești, funcțiile de finanțare, de achiziționare, de gestionare și de prestare a serviciilor spitalicești, consolidarea resurselor umane, precum și dezvoltarea infrastructurii fizice bazate pe eficiență, pe performanță și pe necesitățile populației cu referire la serviciile de sănătate.

Reforma propriu-zisă a guvernancei spitalicești în Republica Moldova a fost înfăptuită odată cu introducerea asigurării obligatorii de asistență medicală. În anul 2004, spitalelor publice

li s-a atribuit statutul de instituție publică, ca formă juridică de organizare. Conform acesteia spitalele publice sunt constituite de un fondator (Ministerul Sănătății, autoritățile administrației publice locale sau autoritățile centrale de specialitate) pentru exercitarea unor funcții cu caracter non-comercial, în baza principiului autofinanțării non-profit, beneficiind de toate drepturile ce decurg din calitatea de persoană juridică de drept public. Totodată, introducerea asigurării obligatorii de asistență medicală a determinat separarea prestatorului de servicii de sănătate de finanțator – rol preluat de CNAM, instituirea sistemului de contractare pentru serviciile incluse în Programul Unic, aplicarea unor noi mecanisme de finanțare.

După 2005, sectorul spitalicesc nu a suferit modificări esențiale, de aceea reforma acestuia a intrat în declin. La începutul anului 2012, sistemul spitalicesc din Republica Moldova includea 86 de spitale, sectorul public spitalicesc fiind constituit

din 73 de spitale cu o capacitate de 21.734 paturi, dintre care 17 spitale republicane, 45 spitale raionale și municipale și 11 spitale departamentale. Din cauza tergiversării reformei structurale și a celei funcționale a rețelei de spitale publice, pe parcursul ultimului deceniu se înregistrează o denaturare a prestării serviciilor spitalicești. În continuare, o parte semnificativă din capacitatea spitalelor este orientată spre furnizarea unor servicii care nu ar trebui să fie prestate într-un cadru spitalicesc modern, deoarece trebuie transferate în sectorul specializat de ambulatoriu și AMP.

Distribuția geografică a spitalelor, asigurarea populației cu paturi, fondul de paturi și structura acestora în funcție de profil nu reflectă necesitățile populației, nu sunt fundamentate de standarde operaționale, și, în continuare, păstrează aspectele desprinse din sistemul Semașko. În consecință, se creează o situație în care se înregistrează costuri operaționale semnificative de întreținere a rețelei

Din totalul de 34 de spitale raionale, doar 9 spitale (26%) înregistrează o eficiență optimă prin prisma utilizării fondului de paturi. În fiecare al treilea spital raional, se atestă un număr excesiv de paturi asociat cu o necesitate redusă de spitalizare și cu o cerere scăzută de utilizare a patului. În 15% din spitale raionale se atestă spitalizări de lungă durată, care nu sunt necesare, iar în 23% - exces de paturi spitalicești și spitalizări ce nu corespund acestora.

Distribuția scorurilor de eficiență, obținute de spitalele raionale permite de a conchide că 22 de spitale (65%) sunt ineficiente din punct de vedere tehnic, 77% de spitale din acest grup înregistrând un nivel de eficiență tehnică mai mic decât media înregistrată de grup.

Aproximativ 32% din spitalele ineficiente prezintă diseconomii de scară, iar 68% de spitale au înregistrat economii de scară.

Evaluarea eficienței tehnice a spitalelor municipale demonstrează că doar 3 spitale (43%) din totalul de spitale încadrate în studiu (SCM „Sf. Arhanghel Mihail”, SCM „Sfânta Treime”, SCM pentru Copii Nr.1) înregistrează un nivel optim de eficiență în baza utilizării fondului de paturi. SCM Bălți și SCM Nr. 4 prezintă o eficiență tehnică joasă, din cauza numărului mare de paturi asociat cu o cerere scăzută de utilizare, iar SCM Nr. 1 și SCM pentru Copii „V. Ignatenco”, datorită numărului exagerat de paturi și spitalizărilor ce nu corespund acestora.

Analiza scorurilor de eficiență arată că SCM „Sfânta Treime”, SCM Bălți și SCM pentru Copii „V. Ignatenco” prezintă ineficiență tehnică prin prisma relației dintre resurse alocate – rezultate generate. Grupul de spitale municipale studiat prezintă, per ansamblu, un nivel de 10% de ineficiență tehnică care se atribuie capacității excesive, această valoare depășind-o de circa trei ori pe cea înregistrată de grupul de spitale raionale.

Din grupul spitalelor republicane analizat în baza utilizării fondului de paturi, doar 3 instituții spitalicești (Spitalul Clinic Republican, Institutul de Neurologie și Neurochirurgie, Centrul Național Științifico-Practic de Medicină de Urgență) prezintă un nivel optim de eficiență tehnică. IMSP Institutul de Cardiologie și IMSP Spitalul Clinic de Traumatologie și Ortopedie înregistrează un număr excesiv de paturi, necesitate redusă de spitalizare și o cerere scăzută de utilizare a patului. IMSP Institutul Oncologic și IMSP ICȘDOSMșiC prezintă spitalizări de lungă durată, care nu sunt necesare pentru maladiile respective, și înregistrează o utilizare insuficientă a serviciului de ambulatoriu.

O eficiență tehnică joasă se atestă și în cazul IMSP Spitalul Clinic Republican pentru Copii și IMSP Spitalul Clinic al Ministerului Sănătății, care prezintă un număr excesiv de paturi și spitalizări ce nu corespund acestora. Centrul Național Științifico-Practic de Medicină de Urgență, Institutul de Cardiologie, Spitalul Clinic Republican pentru Copii și Spitalul Clinic al MS au înregistrat un scor de eficiență tehnică egal cu 100%, prezentând cea mai adecvată capacitate de producție pentru mixajul resurse-rezultate utilizat. Per ansamblu, spitalele republicane pot genera cu 7% mai multe rezultate (internări, consultații de ambulatoriu, intervenții chirurgicale) utilizând același volum de resurse alocate.

de spitale publice, precum și prestare a serviciilor de sănătate la un nivel substandard. Agenda reformei din sănătate în Republica Moldova nu este finalizată. Progresele atinse până în prezent au vizat, în mare parte, componenta cantitativă, acum este nevoie de a lua în considerare și componenta calitativă: calitatea serviciilor de sănătate, eficiența și performanța instituțiilor, în particular, și a sistemului de sănătate, în general, condiție ce impune abordarea în contextul reformei a guvernantei în sistemul de sănătate.

Problemele tradiționale ale sistemului spitalicesc (ineficiența tehnică și financiară, gradul redus de acces pentru populația săracă, etc.) și incapacitatea acestuia de a răspunde cererii pacienților constituie o provocare majoră pentru factorii de decizie politică. Paternele de ineficiență din sectorul spitalicesc public determină necesitatea identificării și a implementării altor formule de organizare a administrării spitalelor, la toate nivelele – *macro*, *meso*, *micro*, pentru a contracara alocarea nerațională a resurselor și obținerea unor rezultate inferioare în activitatea spitalicească [17].

Aplicarea conceptelor de eficiență și performanță este strâns legată de redesign-ul instituțional al spitalelor publice prin implementarea unui sistem descentralizat de luare a deciziilor, în care alocarea resurselor și a responsabilităților de furnizare a serviciilor de sănătate să se realizeze în favoarea celei mai bune relații resurse alocate – rezultate generate.

Această transformare implică toate nivelele procesului decizional, și anume - noi practici manageriale ce pun accent pe controlul organizațional activ, vizibil și discreționar; standarde explicite și măsuri de obținere a eficienței și performanței prin identificarea și clarificarea obiectivelor și a indicatorilor de succes; descentralizarea unității de comandă publică; concurența în sectorul public, pentru diminuarea costurilor și îmbunătățirea standardelor de livrare a bunurilor și serviciilor publice.

Nivelul *macro* de guvernanță spitalicească

Repere generale și experiență internațională

Nivelul *macro* include deciziile administrației publice centrale care definesc organizarea și funcționarea sistemului de sănătate, inclusiv a sectorului spitalicesc ca parte integrantă a acestuia. Prin urmare, operarea în sistemul de sănătate a spitalelor private sau publice, cu statut de instituție publică, fundație sau societăți pe acțiuni cu capital de stat, reprezintă caracteristici de nivel *macro* în guvernarea spitalelor. Politicile de succes în domeniul guvernării spitalelor sunt determinate de condiția că piața de prestare a serviciilor de sănătate nu are caracter monopolist, iar mecanismele de finanțare sunt

ajustate la obiectivele organizaționale ale spitalului [Harding, Preker, 2003]. La nivel *macro* sunt identificate cinci caracteristici care determină activitatea spitalelor: (a) atribuirea drepturilor de decizie; (b) gradul de expunere pe piață; (c) distribuirea profitului; (d) responsabilitatea instituțională; (e) rambursarea costurilor aferente funcțiilor sociale ale statului [5].

Aplicarea acestor cinci caracteristici permite de a clasifica spitalele conform tipului de guvernare [Harding, Preker, 2000]:

Instituții bugetare – spitalele beneficiază de autonomie și de expunere pe piață redusă; autoritățile publice centrale și cadrul normativ asigură cadrul decizional, atât strategic cât și tactic, în ceea ce privește finanțarea, producția și prestarea serviciilor de sănătate; autoritățile publice centrale și politicile publice aliniază sectorul spitalicesc la obiectivele declarate ale sistemului de sănătate; activitatea organizațională este centrată pe responsabilitatea pentru resursele alocate și pentru finanțare.

Instituții autonome – spitalele beneficiază de autonomie marginală destinată să îmbunătățească eficiența organizației și calitatea serviciilor prin aplicarea responsabilității manageriale pentru deciziile de ordin tactic; organele de conducere pot reține din venitul net pentru stimulentele pentru îmbunătățirea performanței; funcția de control este focalizată pe atingerea obiectivelor specifice, care pot fi economice, fiscale sau sociale.

Instituții private – spitale în proprietate privată, indiferent dacă sunt non-profit sau pentru-profit; reprezintă subiecți ai pieței concurențiale; înregistrează profituri și pierderi în legătură cu controlul costurilor; succesul în atingerea obiectivelor sociale este dependent în mare măsură de reformele sistemice și de intervențiile de reglementare.

Instituții publice cu guvernanță corporativă – spitalele beneficiază de autonomie managerială extinsă în scopul de a asigura un control al resurselor alocate și de a oferi servicii pentru a imita unele modele de activitate ale organizațiilor private, păstrând, în același timp, obligațiile pentru realizarea obiectivelor sociale; independența privind organizarea spitalului și responsabilitatea pentru performanța financiară; activitatea sub anumite presiuni ale pieței și în condiții concurențiale; responsabilitatea instituției poate fi stabilită printr-o combinare a atribuțiilor ierarhice pentru anumite domenii de activitate, împuternicirea Consiliului de Administrație sau anumite acorduri între administrația publică centrală și spital; costurile aferente funcțiilor sociale ale statului sunt de obicei returnate sub formă de subsidii.

Caracteristicile nivelului *macro* în guvernanța spitalelor variază considerabil de la o țară la alta, în mare parte, acestea fiind determinate de politicile la nivel național sau regional, dar și internațional, care stabilesc structura și funcționarea sectorului spitalicesc în sistemele de sănătate.

Studiu de caz: Spania

În 1996, guvernul spaniol a aprobat Decretul Regal 10/1996 pentru a permite utilizarea modelelor noului management public în sectorul spitalicesc în scopul implementării formulelor de organizare mai flexibile pentru a răspunde cerințelor de eficiență și profit social a resurselor publice².

Ulterior, în baza prevederilor Legii 15/1997 a fost stabilită condiția că furnizarea și managementul serviciilor de sănătate pot fi realizate în baza

convențiilor cu organizații private și publice. Aceasta a asigurat intrarea prestatorilor privați în furnizarea serviciilor publice de sănătate [6]. Implementarea politicilor noului management public în sectorul de sănătate a început cu nivelul regional. Procesul a vizat două dimensiuni în guvernanța spitalelor, și anume: (a) introducerea mecanismelor de piață prin separarea cumpărătorului de furnizor, scopul fiind transformarea rețelei de spitale publice prin existența unui număr mare de spitale mici, cu un grad mai mare de autonomie, cu propriul statut juridic și în concurență cu alte spitale; (b) contractarea unui număr sau a tuturor serviciilor spitalicești [6].

Ca urmare a reformei, în prezent, există cinci modele distincte de management în spitalele din rețeaua SERMAS, inclusiv private sau semi-private, suplimentar

²Decretul Regal 10/1996 cu privire la implementarea modelelor noului management în sistemul public de sănătate

la modelul tradițional de management: întreprindere/instituție publică; fundație; Inițiativele de Finanțare Privată (IFP) în cadrul căreia partea publică gestionează serviciile clinice și externalizează serviciile non-clinice entităților private; parteneriate publice-privat (PPP) cu management privat integral; contractarea spitalelor private. Spitalele aflate sub managementul tradițional direct sunt în gestiunea administrației regionale și, în majoritatea cazurilor, nu dețin un statut juridic și activează în baza legislației cu privire la instituțiile bugetare. Spitalele ce funcționează după modelele noului management includ ambele forme de prestare a serviciilor - direct (public) și non-direct (*privat*) (Tabelul 2).

Din prima categorie fac parte spitalele care au statut juridic de instituție/întreprindere publică și fundațiile. Acestea sunt create

și activează ca personalități juridice, guvernate de dreptul privat, însă pot fi și subiecți ai legislației muncii, în condițiile în care în statutul lor este stipulat acest lucru.

Spitalele din cel de-al doilea grup reprezintă entitățile private sau cele create în bază de PPP. Activitatea acestora este guvernată de un contract de tip administrativ, prin care serviciile publice de sănătate sunt furnizate de entități private. De exemplu, în Madrid sunt aplicate două modele, cel tradițional IFP și unul „indigen”, denumit modelul Alzira. Modelul IFP prevede un acord pe termen lung între sectorul public și cel privat, în baza căruia sectorul privat finanțează construcția spitalului și prestarea serviciilor non-clinice pentru o perioadă de 30 de ani [Hellowell, Pollock, 2009; Acerete, 2011].

Tab. 2. Caracteristicile modelelor de gubernanță a spitalelor din Spania

Modelul	Forma juridică de realizare	Furnizarea serviciilor	Cadrul de reglementare	Managementul staff-ului
Managementul Administrativ Direct	Entități clinice fără statut juridic	Public (direct)	Drept public	Regim statutar
Model de Nou Management	Întreprindere/instituție publică	Public (direct)	Drept privat	Legislația muncii
Model de Nou Management	Fundație	Public (direct)	Drept privat	Legislația muncii
Model de Nou Management	Contractare	Privat (indirect)	Drept privat	Legislația muncii
Model de Nou Management	Inițiativă de Finanțare Privată	Mixt (indirect)	Drept privat	Legislația muncii
Model de Nou Management	modelul Alzira	Privat (indirect)	Drept privat	Legislația muncii

Implementarea modelelor noului management în sectorul spitalicesc spaniol a avut ca scop sporirea eficienței sectorului spitalicesc și a sistemului de sănătate, în general.

Principalele obstacolele identificate au fost reprezentate de activitatea spitalelor în baza reglementărilor instituțiilor bugetare și managementul resurselor umane, fiind invocate caracterul rigid al cadrului normativ, pentru a promova și a implementa instrumente pentru sporirea eficienței și a productivității, a remunerării bazate pe performanță etc. [Martin, 2003].

Separarea funcțiilor de furnizor și de cumpărător a fost aplicată din necesitatea de a face transferul de la organizații „monolit” și supra-birocratizate spre organizații mai flexibile în funcționare și conduse de manageri profesioniști [Andrews, 2013].

Studiu de caz: Cehia

În anii 1990, spitalele au fost în proprietatea administrației centrale, dar gestionate de autoritățile publice locale [Ditzel, Strach, Pirozek, 2006]. Instituirea Biroului General de Asigurări în Sănătate, finanțat din fonduri publice, a stabilit separarea cumpărătorului de furnizor și organizarea spitalelor ca structuri juridice independente. Adoptarea unui nou model

de governanță a spitalelor; la nivel *macro*, a fost determinată de ineficiența sectorului public în gestionarea spitalelor [Massaro et al., 1994; Forster et al., 1999].

Transferul dreptului de proprietate și a calității de fondator al spitalelor de la administrația publică centrală la cea locală și identificarea unor noi modele de organizare juridică au constituit două măsuri de politici cruciale în asigurarea governanței spitalelor [7].

Politicele de governanță ale spitalelor, la nivel *macro*, au fost determinate de reforma descentralizării în administrarea publică. Anularea atribuțiilor administrației publice centrale la nivel regional și instituirea sistemului de guverne regionale au impus atât transferul dreptului de proprietate, cât și al gestiunii spitalelor către autoritățile regionale și cele municipale, de rând cu reorganizarea acestora în societăți cu răspundere limitată, societăți pe acțiuni sau instituții semi-bugetare [Bryndova, 2009].

Studiu de caz: Estonia

Estonia, până în 1996, a redus numărul de spitale la 78, în baza actelor administrative privind neîndeplinirea noilor cerințe de licențiere. Spitalelor li s-a atribuit statutul juridic de organizație semi-autonomă și drepturi depline în managementul

resurselor umane, inclusiv angajarea și concedierea personalului [8]. Începând cu 1992, personalul medical nu mai deține statutul de angajat al instituției bugetare/ publice, activitatea și salarizarea fiind în baza reglementărilor privind relațiile de muncă în mediul privat. Ineficiența spitalelor, și în cazul Estoniei, a fost factorul declanșator care a determinat implementarea noului model de guvernare a spitalelor. Astfel, în 1999, guvernul estonian, a elaborat cadrul de politici pe termen lung privind sectorul spitalicesc (Master Plan al Spitalelor). Acesta prevedea acordarea autonomiei spitalelor, inclusiv drepturi și obligații depline în managementul spitalului și oferirea oportunității de a beneficia de stimulente pentru o activitate eficientă.

Noile reglementări pentru instituțiile din sănătate, adoptate în 2001 în baza Hotărârii cu privire la organizarea serviciilor de sănătate, au stabilit că spitale fie obțin statutul de fundație (deținută de instituție publică), fie de societate pe acțiuni (deținută de administrația publică centrală sau locală) [3].

Conform modelului pus în aplicare, spitalele activau în sectorul public, însă după regulile sectorului privat, dețineau drepturi depline manageriale și de proprietate asupra infrastructurii spitalului, dreptul de distribuire a profitului și de acces la piața financiară.

Studiu de caz: provincia Ontario

Spitalele, în conformitate cu Hotărârea cu privire la spitalele publice, sunt societăți autonome, ce dețin dreptul de a-și stabili structura de conducere și sunt responsabile de calitatea serviciilor prestate.

Până în 2006, spitalele au fost subordonate și finanțate de Ministerul Sănătății și Îngrijirilor pe Termen Lung. Începând cu 2007, odată cu adoptarea Legii privind integrarea la nivel local a serviciilor de sănătate, calitatea de fondator, planificarea și finanțarea serviciilor spitalicești au fost trecute în responsabilitatea Rețelelor Locale pentru Integrarea Serviciilor de Sănătate, subordonate ministerului.

Nivelul *macro* de guvernanță spitalicească

Analiza situației din Republica Moldova

Pe parcursul ultimilor 20 ani, în domeniul sănătății a fost elaborat un cadru legal numeros, care sistematic a fost modificat, completat după necesitate și în funcție de politicile promovate de Guvern. Totodată, numărul considerabil de reglementări nu întotdeauna a însemnat că există claritate în ceea ce privește guvernanța spitalelor și repartizarea efectivă a competențelor între diferite nivele de administrație publică și organe de conducere la nivelul spitalului.

Analiza sistemului de guvernanță a spitalului public în Republica Moldova pleacă de la premiza că în sectorul public spitalicesc niciodată nu a fost declarat un anumit model de guvernanță, care să fie evaluat și dezvoltat. În acest sens, principala problemă fiind, pe de o parte, lipsa unor concepte și viziuni clare privind rolul, locul, esența și modelele acceptabile ale guvernanței spitalicești.

Pe de altă parte, în cadrul procesului normativ din Republica Moldova, cel puțin în domeniul guvernanței spitalelor, a lipsit o corelare corespunzătoare a cadrului special de reglementare din domeniul sănătății cu cel din domeniul descentralizării și al administrației publice locale, condiție ce a generat și creează până în prezent diferite interpretări și chiar conflicte de competență. Respectiv,

în vederea creării unei imagini actuale și obiective asupra guvernanței spitalului, în special la nivel *macro*, datorită faptului că acesta furnizează reglementările cele două nivele – *meso* și *micro*, trebuie luate în considerație în primul rând: (1) cadrul legal al descentralizării și competențele administrației publice locale în administrarea serviciilor de sănătate (2) cadrul legal general și special din domeniul guvernanței spitalelor.

Legea privind descentralizarea administrativă stabilește o distribuție suficient de clară a domeniilor de activitate ce revin autorităților publice locale. Această normă poate fi interpretată ca o definiție a competențelor autorităților publice locale. În contextul guvernanței spitalelor, este extrem de necesară abordarea aspectelor privind aplicarea principiilor descentralizării și de distribuție a competențelor.

Această relație, în interpretarea legii, este relevantă cu condiția că se cunoaște cine și cu ce trebuie să se ocupe, urmând a aplica mecanismele manageriale și financiare. Prin urmare, descentralizarea reprezintă două dimensiuni. Prima se referă la stabilirea domeniilor de care se vor ocupa autoritățile publice. A doua - capacitățile pe care le vor avea autoritățile

publice în administrarea domeniilor sale de activitate. Prima dimensiune își găsește o reflectare explicită directă și completă în legislație³, a doua doar se deduce prin raportarea principiilor privind instrumentarul administrativ de care dispune autoritatea publică⁴ – competența efectivă deținută.

Legislația privind descentralizarea conține și o detaliere a anumitor parametri ai procesului de atribuire a competențelor pe care trebuie să le dețină autoritățile publice, pentru a administra domeniile aflate în jurisdicție, și anume – delegarea de competențe, care intervine cu o formulă auxiliară de rearanjare a competențelor. Totodată, legislația definește clar domeniile de unde pot fi deduse competențele. Este necesar însă de a menționa că competențele delegate pot fi doar atribuții manageriale⁵.

Legislația în domeniul descentralizării conține câteva norme de natură univocă și explicită, care au relevanță directă pentru esența problemei, și anume: delimitarea juridică clară a serviciilor publice desconcentrate de cele descentralizate și stabilirea autorității care va asigura coordonarea generală în activitatea serviciilor publice desconcentrate. Un alt

element pozitiv îl constituie stipularea expresă a principiului corespunderii resurselor cu competențele – transferul competențelor o dată cu transferul finanțelor.⁶

Totodată, este necesar a trece în revistă, în special în contextul identificării unui model acceptabil și aplicabil de governanță a spitalelor publice, faptul că legislația intervine expres cu interdicția de a descentraliza și a trece din responsabilitatea statului în cea a autorităților publice locale serviciile publice reglementate constituțional⁷.

Analiza governanței spitalelor publice, în același context sau separat de cel al descentralizării, presupune abordarea instituției proprietății. Hotarele oricărei competențe sunt definite în principal de doi parametri – proprietate și surse de finanțare. Prin urmare, elucidarea situației privind delimitarea clară a proprietății aduce o bună înțelegere a governanței spitalelor publice, dar și o condiție primordială a reușitei procesului de reformă spitalicească, care în mod obligatoriu trebuie să acopere governanța spitalului.

³ În baza art. 4 al Legii privind descentralizarea administrativă nr. 435 din 28.12.2006

⁴ În baza art. 3 al Legii privind descentralizarea administrativă nr. 435 din 28.12.2006

⁵ Legea 436 din 28.12.2006 privind administrația publică locală, în articolele 14 „Competențele de bază ale oficiilor teritoriale”, și 43 „Competențele consiliului raional”, stipulează expres și exact ce pot face autoritățile publice locale în raport cu domeniilor proprii de activitate.

⁶ Art. 3 lit. e) și art. 6 al. 4) al Legii privind descentralizarea administrativă nr. 435 din 28.12.2006

⁷ Art. 9 al. 5) al Legii privind descentralizarea administrativă nr. 435 din 28.12.2006

Normele ce guvernează statutul proprietății unităților administrativ-teritoriale sunt prevăzute în mai multe acte legislative, principalul fiind Legea cu privire la proprietatea publică a unităților administrativ-teritoriale. Astfel, proprietate publică a unității administrativ-teritoriale sunt declarate toate bunurile mobile și imobile, aflate în teritoriul lor până la intrarea în vigoare a legii privind organizarea administrativ-teritorială a Republicii Moldova, cu excepția bunurilor ce se aflau în proprietatea statului și în proprietatea privată⁸.

În interpretarea legii, în principiu, identificarea bunurilor ce aparțin unităților administrativ-teritoriale apare numai după identificarea celor care aparțin statului, deoarece determinarea bunurilor care se află în proprietate privată nu prezintă nici o dificultate.

Totodată, este necesar a aduce în discuție un aspect ce ar putea prezenta o serie de riscuri în înfăptuirea unei reforme mai ample a sistemului de sănătate, care va include și componenta structurală a sistemului, precum instituirea zonelor de sănătate, crearea spitalelor regionale și zonale.

Acesta este reprezentat de inexistența unei baze de date care să conțină informația

completă privind proprietatea statului. Această situație creează premise pentru divergențe de păreri și conflicte de interese. Totuși, într-un context îngust de organizare și de funcționare a sistemului de sănătate, legislația face unele precizări, și anume – Obiectele dreptului de proprietate a unităților administrativ-teritoriale, se trec în revistă unele bunuri specifice, cum ar fi, bunurile instituțiilor de ocrotire a sănătății⁹.

Chiar și în aceste condiții, norma respectivă nu aduce claritate deplină în contextul guvernanței spitalelor publice, deoarece determinarea exactă a obiectelor ce se află în proprietatea unităților administrativ-teritoriale este în corelație și în dependență directă cu domeniile de activitate și cu competențele autorităților publice locale, proprietatea fiind condiția primordială pentru realizarea competenței autorității.

Potrivit obiectivelor urmărite în lucrare, este important că legislația în vigoare a stabilit în mod expres, deși nejustificat, că bunurile instituțiilor de ocrotire a sănătății sunt în proprietatea publică a unităților administrativ-teritoriale. Această normă a cauzat o confuzie în legătură cu regimul juridic al instituțiilor publice din domeniul sănătății, la care ne vom referi mai târziu. Deci, Legea cu privire la proprietatea

⁸ Art. 1 al. 5 al Legii cu privire la proprietatea publică a unităților administrativ-teritoriale nr. 523 din 16.07.1999

⁹ Art. 3 al Legii cu privire la proprietatea publică a unităților administrativ-teritoriale nr. 523 din 16.07.1999

publică a unităților administrativ-teritoriale a consacrat expres dreptul unităților administrativ-teritoriale la bunurile instituțiilor din domeniul sănătății, astfel transformându-le de jure în proprietari ai acestor instituții. De fapt, legislația existentă până la data intrării în vigoare a acestei legi era interpretată în același fel, cum a hotărât Legea cu privire la proprietatea publică a unităților administrativ-teritoriale obiectele.

Majoritatea instituțiilor medico-sanitare erau deja recunoscute ca proprietate a unităților administrativ-teritoriale și se subordonau autorităților publice locale. Unele dintre autoritățile publice locale au înțeles că acest drept de proprietate poate fi realizat inclusiv prin înstrăinarea bunurilor ce făceau parte din patrimoniul instituțiilor medico-sanitare.

De menționat că Legea cu privire la privatizare, în varianta ei originală, nu conținea o prevedere clară privind faptul că normele acesteia se referă și la înstrăinarea bunurilor ce se află în proprietatea unităților administrativ-teritoriale; astfel, era interpretat că acțiunea acesteia nu se răsfrânge asupra autorităților publice locale.

Doar din 2003 prin modificarea și prin completarea Legii cu privire la privatizare, a fost stipulat că Legea cu privire la privatizare guvernează și mecanismul înstrăinării proprietății unităților administrativ-teritoriale.¹⁰

În consecință, deși nici una din legile prin care au fost aprobate programele de privatizare nu conținea în lista obiectelor supuse privatizării bunuri ale instituțiilor medico-sanitare publice, autoritățile publice locale, făcând uz de formulările din Legea cu privire la privatizare, au înstrăinat mai multe obiecte ale instituțiilor medico-sanitare publice.

Drept temei pentru aceasta au servit anumite prevederi din legile care reglementau activitatea autorităților publice locale în acea perioadă. De exemplu, art. 70. din Legea privind administrația publică locală nr. 310 din 07.12.1994¹¹ stipula „Consiliile decid asupra concesiunii și închirierii bunurilor din patrimoniul municipal, precum și asupra vânzării lor”; art. 82 din Legea nr. 186 din 06.11.1998 privind administrația publică locală stipula „Consiliile locale ...decid, în condițiile legii, cu privire la cumpărarea și la vânzarea bunurilor ce fac parte din patrimoniul public”.

¹⁰ Legea nr. 100-XV din 07.03.2003

¹¹ În vigoare până la 06.11.1998

Analiza, în continuare, a caracteristicilor nivelului *macro* de guvernare al spitalului public, furnizate de cadrul specific de reglementare în domeniul sănătății, implică necesitatea abordării conceptului servicii publice.

Noțiunea în cauză este aplicată în actele normative: în textele legilor și în alte acte inferioare. Chiar și Constituția țării menționează expres acest termen (Art. 109). Nu există o normă echivocă care ar defini această noțiune. Dimpotrivă, se pot găsi formule care creează confuzii. Astfel, la singular termenul serviciu public este explicat în Legea cu privire la serviciul public. Această noțiune se definește astfel: totalitatea autorităților publice și activitatea persoanelor ce ocupă posturi în aparatul acestor organe. Deși s-ar părea că termenul nu poate fi confundat cu ceea ce se înțelege, în virtutea tradiției, prin servicii publice, totuși nu se poate nega faptul că formulele de exprimare utilizate în lege sunt controversate și predispun la interpretări eronate.

Chiar și încercarea de a explica termenul prin analogie, pornind de la definiția serviciilor publice, inclusă în Legea serviciilor publice de gospodărie comunală. Aceasta definește serviciile publice de gospodărie comunală ca fiind servicii scoase din subordinea autorităților publice centrale și constituite ca structuri autonome gestionare; atribuindu-li-se patrimoniul propriu în unitatea

administrativ-teritorială respectivă nu va aduce la vreun rezultat.

Legislatorul utilizează un criteriu nespecific, general pentru a defini o noțiune specifică. Întrucât acestea sunt structuri autonome și sunt excluse din gestiunea autorităților publice centrale, atribuirea patrimoniului propriu unității administrativ-teritoriale nu numai că nu relevă în ce mod ele se referă la gospodăria comunală, dar nici nu putem identifica criteriul de bază, pentru a evidenția serviciile publice în calitate de concept generic, or, calitățile descrise în lege țin de formă, nu și de conținut.

Posibilitatea de a introduce claritate e legată de abordarea doctrinară. Tradițional, prin serviciile publice sunt înțelese astfel de activități, prestații, precum și entitățile care le livrează, ce au un rol deosebit pentru colectivitate, fără de ele funcționarea normală a societății ar fi imposibilă de a se realiza la standardele contemporane.

Două caracteristici esențiale – importanța pentru societate și imposibilitatea existenței fără un astfel de serviciu. Desigur, diferite servicii publice au un grad diferit de importanță pentru societate, iar impactul provocat de absența lor va fi diferit. Putem spune că, în raport cu acest impact, poate fi dedus și un criteriu cantitativ, și anume – gradul de importanță pentru public.

Acest raționament este valoros, de aceea trebuie luat în considerare în procesul de politici publice privind administrarea serviciilor publice, inclusiv în domeniul guvernanței spitalelor publice.

Semnificația acestuia constă în faptul că, în funcție de gradul de importanță socială, urmează să fie aplicat și tratamentul juridic al serviciilor publice, în special în procesul de guvernanță a spitalului public. Această concluzie se bazează pe norma care interzice descentralizarea serviciilor publice garantate de stat și se explică în alt mod de ce legislația a proclamat garanțiile statului pentru unele drepturi. Rațiunea aceasta o vom păstra drept punct de referință pentru analizele ulterioare.

Legislația ce guvernează sistemul sănătății se axează pe norma din Constituția Republicii Moldova. Astfel, în art. 36 „Dreptul la ocrotirea sănătății” prevede că dreptul la ocrotirea sănătății este garantat. Aceasta este norma ce pune piatra de temelie a întregului cadru de reglementare al domeniului sănătății și urmează să fie stabilit prin lege organică. Statul, fără echivoc, direct și necondiționat, prin norma constituțională își asumă

responsabilitatea pentru ocrotirea sănătății cetățenilor săi. Norma respectivă este definitorie pentru organizarea sistemului sănătății, spiritul ei urmează să fie reflectat și detaliat în toate actele normative succesive. Deoarece înțelegerea corectă a acesteia este crucială pentru prezenta lucrare, vom insista mai detaliat asupra ei.

În raport cu alte drepturi, care nu sunt consfințite în Constituție, dreptul la ocrotirea sănătății are un regim special de realizare, ceea ce semnifică, în termeni practici, și existența unui mecanism deosebit de asigurare a acestuia. E vorba, mai întâi de toate, de crearea bazei normative. Pentru a formula legislația respectivă trebuie să existe o înțelegere clară despre ce presupune garantarea dreptului la ocrotirea sănătății și cine este responsabil de aceasta.

Opiniile exprimate anterior au dovedit, în principiu, că obligația aceasta nu poate fi transmisă altor subiecți ai puterii publice. Acum ne vom referi la alt aspect, și anume, cine este responsabil să asigure acest drept în numele statului.

Statul este un subiect de drept ideal. Doctrina se referă la stat din mai multe perspective. În senul larg, acesta este o colectivitate organizată de oameni, având ca suport națiunea. Într-un sens mai restrâns, prin „stat” se înțelege puterea publică în opoziție față de subiecții cărora li se aplică, adică guvernării în opoziție față de guvernați. Într-un sens și mai restrâns, termenul este utilizat pentru a desemna puterea centrală față de caracter-

isticile la nivel teritorial ale puterii publice. Referindu-ne la îndatoririle statului, trebuie să înțelegem acest concept în sensul cel mai restrâns, adică puterea publică centrală.

Potrivit Constituției, Guvernul este puterea publică centrală, organul executiv suprem al țării. Acesta, conform Legii cu privire la Guvern, are sarcina de a executa legile și de a gestiona treburile în țară. Guvernul reprezintă statul în raporturile civile și administrative. Guvernul semnează contracte în numele statului și este chemat în instanță pentru nerespectarea obligațiilor asumate de stat. O parte dintre atribuțiile Guvernului sunt exercitate de ministere și de alte organe ale puterii publice centrale. Prin aceste instrumente sunt puse în practică politicile statului, ele fiind responsabile pentru îndeplinirea, în special, a obligațiilor statului.

Respectiv, Guvernul și Ministerul Sănătății sunt exponenții statului în raport cu obligația de a asigura dreptul la ocrotirea sănătății. Această concluzie este susținută și prin raționamentul *a contrario*.

Să admitem că altă putere publică este responsabilă de asigurarea dreptului la ocrotirea sănătății. În Republica Moldova, exponenți ai puterii publice sunt Guvernul și autoritățile publice locale. Să presupunem că responsabili de asigurarea dreptului la ocrotirea sănătății sunt autoritățile publice locale.

Garantarea unui drept înseamnă a crea condiții necesare ca acest drept să fie asigurat în orice circumstanțe. Nici o autoritate publică locală nu-și poate depăși capacitățile puterii și înfăptui dreptul general și necondiționat la ocrotirea sănătății. Acest drept trebuie să fie asigurat oriunde se extinde puterea statului, iar puterea autorității publice încetează la hotarul unității teritorial-administrative care o reprezintă. Or, fiecare dintre

autoritățile publice locale are o jurisdicție teritorială limitată. Mai mult decât atât, autoritatea publică locală are o jurisdicție limitată în ceea ce privește instrumentele de executare a puterii pe care o deține și din cauza capacității financiare reduse.

Această caracteristică definitorie capătă o importanță deosebită în contextul realizării reformei sectorului spitalicesc, care presupune instituirea zonelor de sănătate și crearea spitalelor regionale și zonale. Indubitabil, în aceste condiții, este și faptul că guvernanța spitalului public reprezintă aspectul central care trebuie definitivat.

Sistemul sănătății este reglementat de o lege organică – Legea ocrotirii sănătății. Aprobat în anul 1995, acest act legislativ, deși a fost modificat și completat de multe ori, nu s-a schimbat în mod esențial. Până în prezent se observă o serie de lacune. Actul este în disonanță cu prevederile constituționale și cu legislația ce guvernează regimul juridic al autorităților publice locale.

În raport cu norma din Carta europeană a autonomiei locale, care stabilește „propria răspundere” pentru soluționarea unor chestiuni importante din treburile publice, garantarea dreptului la ocrotirea sănătății este o povară care, evident, depășește cadrul posibilităților trecute sub prevederile celor „care pot fi rezolvate sub propria răspundere” a autorităților publice locale. Împovărarea autorităților publice locale cu anumite elemente ale managementului serviciilor medicale vine și în contradicție cu prevederile legislației ce guvernează funcționarea autorităților publice locale.

Norma constituțională stabilește că Legea ocrotirii sănătății trebuie să decodifice aspectul juridic al următoarelor compartimente: (a) structura sistemului sănătății; și (b) mijloacele de protecție a sănătății fizice și psihice a persoanei. În contextul acestei analize, un rol important îl are cadrul de reglementare a organizării sistemului de sănătate, deoarece este necesar de a asigura o înțelegere corectă privind locul și rolul spitalului, precum și de a identifica punctele forte și slabe ale modelului existent de gubernanță a spitalului.

În ceea ce privește structura sistemului constatăm că Legea ocrotirii sănătății nu conține reglementări explicite. Nu este clară structura sistemului, ce elemente include și cum funcționează mecanismul

în ansamblu. Anumite prevederi ale legii mai degrabă îngreunează cadrul de reglementare, decât să clarifice diverse aspecte. Astfel, legea stipulează că „sistemul de ocrotire a sănătății este constituit din unități curativ-profilactice, sanitaro-profilactice, sanitaro-antiepide-mice, farmaceutice și de altă natură, având la bază următoarele principii”, mai departe urmând principiile. De fapt, avem o listă incompletă a tipurilor de instituții medicale, ce poate fi completată. Respectiv, nu se soluționează nici măcar cerința de divizare pe categorii a instituțiilor medicale. În continuare legea nu explică cum aceste instituții se îmbină într-o schemă și cum funcționează relațiile dintre elementele schemei și stat.

Legea stabilește în calitate de principii ale sistemului sănătății: (a) conducerea descentralizată și (b) responsabilitatea autorităților publice locale, pe lângă cele centrale, pentru promovarea politicii statului în domeniu. În cazul în care statul garantează prin Constituție un drept, acesta urmează să construiască, să finanțeze și să mențină funcțional un mecanism adecvat de executare a dreptului garantat. Normele care vin să concretizeze acest mecanism urmează să fie formulate în prevederilor constituționale, pe când ceea ce stipulează Legea ocrotirii sănătății este în contradicție cu norma constituțională, deoarece transferă o parte din responsabilitatea statului autorităților publice locale.

Reglementările privind competența autorităților publice locale în domeniul asigurării sănătății populației demonstrează elocvent inconsecvența legii în abordarea subiectului.

Dacă e să analizăm evoluțiile pe care le-a avut acest articol, vom observa că de la varianta originală care prevedea printre atribuțiile autorităților publice locale, nici mai mult nici mai puțin organizarea asigurării financiare și materiale, numirea și revocarea conducătorilor instituțiilor medico-sanitare (lit. a), legea trece prin câteva metamorfoze. Modificată consistent prin Legea nr. 268-XVI din 28.07.2006 se propune o formulă de coparticipare a autorităților publice locale la ocrotirea sănătății, după cum urmează „îndrumă, în limitele competenței, subdiviziunile de sănătate de interes local, numesc și eliberează din funcție conducătorii acestora în condițiile art.4”. Trecând cu vederea întrebările ce apar în legătură cu definirea „subdiviziunilor de sănătate”, precum și „îndrumarea” (de fapt, este termenul rămas încă din redacția legii din 1995), vom constata că ceea ce prevede art. 4, care se referă la norma examinată constituie o mostră a unei colaborări defectuoase între autoritățile publice locale și cele centrale privind numirea conducătorilor în „subdiviziunile de sănătate”, stipulate în art. 4 drept „instituții medico-sanitare”.

Interesul de a analiza este plasat în zona explicării reglementărilor ce vizează guvernanta spitalelor. Unul dintre aspectele care face obiectul preocupărilor este interferența competențelor autorităților centrale cu cele ale autorităților publice locale.

Analiza prin prisma acestor aspecte ne permite a conchide că normele din Legea ocrotirii sănătății nu au fost racordate la prevederile legislației autorităților publice (în vigoare la acel timp). Astfel, Legea privind administrația publică locală nr. 310 din 07.12.94, în vigoare de la 14.01.1995 până la 12.02.99, nu conține vreo prevedere ce s-ar referi direct la obligația autorităților publice de a finanța, de a organiza sau de a conduce în alt mod instituțiile medico-sanitare. La acel moment exista un vid legislativ, din

cauza lipsei experienței și a cunoștințelor despre modalitatea de funcționare a corelației dintre elementele mecanismului de reglementare a serviciilor publice. În asemenea circumstanțe, actul de guvernare se produce în urma compilării disponibilităților juridice și financiare foarte modeste, interpretate în funcție de necesitate.

Spitalele publice, ca formă juridică de organizare, sunt organizații necomerciale (al căror scop este altul decât obținerea de venit) cu statut de instituție publică. În conformitate cu prevederile Codului Civil al Republicii Moldova, instituția publică reprezintă o organizație necomercială constituită, în baza unui act emis de autoritatea publică (unul sau mai mulți fondatori), pentru exercitarea unor

funcții cu caracter necomercial. Ea este finanțată parțial sau integral din bugetul autorităților publice. Legislația civilă prezintă reglementări care definesc aspecte importante la nivelul *macro* de guvernanță a spitalelor, și indică anumite limite privind competențele structurilor la nivel *meso*. În opinia noastră, sunt aduse clarificări importante în ceea ce privește dreptul de proprietate asupra patrimoniului spitalului public. Astfel, patrimoniul se consideră transmis de fondator (autoritatea publică) spitalului public cu drept de proprietate, dacă actul de constituire al acestora nu prevede altfel. Un alt aspect este cel al răspunderii fondatorului. Astfel, responsabilitatea fondatorului pentru obligațiile spitalului se va institui atunci când patrimoniul acestuia nu va fi suficient pentru stingerea lor.

Legislația civilă prezintă modalitatea de realizare a conducerii, a administrării și a reprezentării spitalului public, ca organizație necomercială. Astfel, aceste norme sunt definite și stabilite la nivel de lege și de statut. În continuare, legislația delimitează conținutul guvernantei la

nivel *meso*, în baza reflectării obligatorii în statutul spitalului a scopului și a obiectului de activitate, modul de constituire și de lichidare a filialelor, modul și condițiile de reorganizare, modul de lichidare (*dimensiunea instituțională*); modul de formare a patrimoniului (*dimensiunea financiară*); organele de conducere, desemnarea și revocarea membrilor (*dimensiunea de responsabilitate*).

Un alt aspect important, prevăzut de legislația civilă este cel al conflictului de interese în activitatea spitalului public. Reglementările prezente sunt norme cu caracter general, dar care e necesar să fie detaliate și dezvoltate prin statut. Astfel, spitalul public trebuie să evite conflictul de interese în activitatea sa, care se consideră că are loc în cazul încheierii unei convenții cu privire la patrimoniul spitalului,¹² la care participă conducătorul spitalului, membrii organelor de conducere și de control, angajații, precum și orice altă persoană care, datorită relațiilor specifice poate influența luarea de decizii despre încheierea actelor juridice.

Legislația, atât cea din domeniul sănătății, cât și cea care reprezintă reglementări aferente, conține reglementări insuficiente calitativ și cantitativ în ceea ce privește structura sectorului spitalicesc, organizarea acestuia ca serviciu public, însă oferă o bază pentru dimensiunea instituțională a spitalului public, asigurând condiția dezvoltării și a aplicării cadrului de reglementare prin alte acte normative și prin statut.

¹² În conformitate cu legislația civilă, patrimoniul unei instituții, ca formă de organizare a organizației necomerciale, este totalitatea drepturilor și obligațiilor care pot fi evaluate în bani

În acest context, este necesar a accentua un aspect ce vizează guvernanța spitalelor la nivel *macro*. Modificările și completările ce s-au făcut în legislația ocrotirii sănătății au stabilit dreptul Parlamentului de a reorganiza sistemul de sănătate, deci și sectorul spitalicesc. Această normă, în esență, vizează componenta structurală a sectorului spitalicesc și organizarea acestuia ca serviciu public.

Cât privește guvernanței spitalului, este necesar a concretiza suplimentar în ce constă reorganizarea, acțiune care se supune anumitor reguli stipulate în legislația civilă și presupune transmiterea unor drepturi și obligații. În cazul dat, nu se poate desluși ce componente ale nivelului *macro* cad sub incidența acestei norme și dacă este vizat nivelul *meso* de guvernanță a spitalului.

Legea ocrotirii sănătății prevede că spitalul public se instituie prin decizia Ministerului Sănătății sau a administrației publice locale, iar în cazul celui departamental, prin decizia autorității centrale de specialitate. Guvernanța spitalului, după cum a fost prezentat, include și aspectele ce țin de stabilirea serviciilor spitalicești prestate la nivelul diferitor tipuri de instituții spitalicești, în funcție de obiectivele politicii naționale în sănătate, sociale, etc. În această ordine de idei, nivelul *macro* de reglementare trebuie să prevadă norme clare privind delimitarea competențelor, și anume când

Ministerul Sănătății este fondator și în ce situație autoritatea publică locală. Aceasta creează și mai multe confuzii, mai ales că reglementările privind subordonarea unităților din sistemul sănătății, din Legea ocrotirii sănătății, precizează că spitalele, fără a menționa categoria și tipul acestora, se subordonează Ministerului Sănătății și autorităților publice locale [19].

În consecință, Legea ocrotirii sănătății, în loc să aducă claritate și să dezvolte cadrul de reglementare a spitalului la nivel *macro*, sporește gradul de ambiguitate privind regimul juridic al spitalului public – cum se instituie un spital, în funcție de categorie și de tip și, în consecință, cui i se subordonează.

De fapt, ultimul aspect este de prisos în Legea ocrotirii sănătății, deoarece, conform principiului general al dreptului, fondatorul este și cel care stabilește regulile de funcționare a entității fondate. Deși aceasta constituie o axiomă a dreptului, în continuare se observă că în domeniul guvernanței spitalelor se derogă și de la ea. Normele neclare și ambigue, conținute în Legea ocrotirii sănătății, cauzează amestecul competențelor și ridică un șir de întrebări privind regimul juridic al instituțiilor spitalicești publice, în special la nivel *macro*.

Astfel, Ministerului Sănătății îi este atribuită funcția de a aproba regulamentul spitalelor și lista serviciilor prestate,

indiferent de tipul de proprietate și de forma juridică de organizare. Analiza acestui aspect al guvernanței spitalului prezintă dificultăți, din cauza necorespunderii termenilor în diferite acte legislative.

Nu este clar ce se are în vedere prin regulamente – acte de constituire sau reguli de prestare a serviciilor. În cazul în care e vorba de actul de organizare și funcționare a spitalului public - statutul, atunci constatăm o normă ce contravine principiilor de bază ale legislației civile.

În virtutea dispozițiilor Codului civil, actele de fondare și funcționare se aprobă de către fondatorul persoanei juridice. Dar

nicidecum invers, atunci când se aprobă de Ministerul Sănătății și se coordonează de către fondator.

Pe de altă parte, dacă ele se referă la regulile de prestare a serviciilor spitalicești, atunci și la acest capitol sunt identificate neclarități. Ministerul Sănătății vine să reglementeze sistemul de calitate a serviciilor spitalicești – aceasta înseamnă crearea instituției calității în sistemul de sănătate sau implementarea standardelor de siguranță a pacientului? Aceste aspecte, de asemenea, sunt parte integrantă a guvernanței spitalului, de aceea legislația trebuie să concretizeze ce se supune reglementării, să stabilească normele ce se aplică.

Regulamentul cu privire la instituțiile medico-sanitare publice încadrate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală prevede că instituția medico-sanitară publică va include în capitalul statutar (social) patrimoniul achiziționat. Instituția nu are capital statutar (social), iar patrimoniul este totalitatea drepturilor și a obligațiilor care pot fi evaluate în bani. De asemenea, Regulamentul menționează care sunt organele de administrare a instituției: fondatorul, consiliul administrativ, Ministerul Sănătății și medicul-șef (director). În continuare, Regulamentul descrie care sunt atribuțiile fondatorului, ale consiliului administrativ și ale medicului-șef, în schimb nu prezintă nici o atribuție a Ministerului Sănătății. În plus, referindu-se la atribuțiile fondatorului, care se califică drept exclusive, regulamentul specifică că fondatorul are dreptul de a aproba și a modifica statutul instituției, precum și dreptul de a stabili scopul, obiectivul și organizarea activității instituției.

Analiza în continuare a competențelor atribuite nivelului *macro* impune clarificarea categoriilor de spitale din sectorul public de sănătate. Legislația din domeniul sănătății în lipsa definirii

structurii sistemului de sănătate, nu prezintă claritate nici la capitolul organizarea sectorului public spitalicesc. Categoriile spitalelor pot fi identificate din normele ce reglementează alte

aspecte ale regimului juridic a spitalelor. Astfel, din reglementările ce țin de numirea conducătorilor instituțiilor medico-sanitare publice se poate conchide că în sectorul public există spitale republicane, municipale și raionale¹³. În continuare, actele normative ce vin să pună în aplicare legislația stabilesc alte categorii de instituții medico-sanitare, în care se includ și spitalele, deoarece, în lipsa unor definiții clare, nu sunt indicate caracteristici ce ar exclude spitalele. Astfel, apar spitale de nivel național¹⁴ și spitale care activează în sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală¹⁵.

Ațiunile Ministerului Sănătății în loc să aducă claritate în ceea ce privește gubernanța spitalelor, în realitate, creează mai multe confuzii. Ministerul Sănătății, nu centralizează competențe, dar subordonează procesul decizional la nivelul *macro* al gubernanței spitalicești și

face uz de atribuții improprii acestuia. În primul rând, este vorba despre încălcarea dreptului exclusiv al fondatorului de a aproba și de a modifica statutul și serviciile prestate. Modificarea celor din urmă poate avea implicații în scopul, în obiectivele și în organizarea spitalului. În al doilea rând, confuziile sunt cauzate și de existența mai multor regulamente pentru aceleași categorii de spitale – Regulamentul-cadru al instituției medico-sanitare publice, Spitalul Raional, aprobate prin ordinul nr.404 din 30.10.2007; Regulamentul cu privire la instituțiile medico-sanitare publice, încadrate în sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală nr.03/20-99 din 06.04.2006 / nr.321 din 26.04.2006; Regulamentul-cadru al instituției medicale republicane, aprobat prin ordinul nr.646 din 21.09.2010; Regulamentul-cadru al instituției medico-sanitare publice de nivel național, aprobat prin ordinul

Astfel, un spital, indiferent de categoria acestuia, în baza unui anumit regulament, poate avea în calitate de organe de conducere – fondator, consiliul administrativ, Ministerul Sănătății și directorul sau – fondator, consiliul administrativ, directorul, și după caz vicedirectorul medical, vicedirectorul de asistență consultativă și metodică, șef serviciu economie. În acest context apare întrebarea: totuși, care sunt organele de conducere ale unui spital public? Nu este indicat, ca și uzanță, ca o autoritate responsabilă de gubernanța spitalului la nivel macro – Ministerul Sănătății – să fie responsabilă și de gubernanța operațională și să facă managementul la nivel intermediar, în condițiile când toate atribuțiile Ministerului Sănătății decurg din calitatea de autoritate publică centrală, responsabilă de politicile publice în domeniul sănătății.

¹³ În sistemul Ministerului Sănătății

¹⁴ Regulamentul-cadru al instituției medico-sanitare publice de nivel național, aprobat prin ordinul nr.391 din 19.10.2007

¹⁵ Regulamentul cu privire la instituțiile medico-sanitare publice încadrate în sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală nr.03/20-99 din 06.04.2006 / nr.321 din 26.04.2006

nr.391 din 19.10.2007. Or, din punct de vedere juridic, nu poate fi vreo diferență dintr-un spital republican și unul național, iar toate spitalele publice sunt instituții încadrate în sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală. Astfel, aceste reglementări, care în mod firesc sunt și trebuie stabilite la nivelul *macro*, generează blocaje ale guvernantei spitalului la nivel *meso*.

Un alt aspect al guvernantei spitalului public este cel al conducătorului. Nivelul *macro* stabilește condițiile privind selectarea, numirea și eliberarea din funcție a directorului spitalului, precum și termenul mandatului.

Procedura de organizare și de desfășurare a concursului se bazează pe principiul transparenței (informarea amplă privind posturile vacante și condițiile pentru ocuparea lor, asigurarea accesului pentru participarea la concurs, punerea

la dispoziție tuturor persoanelor interesate a informațiilor despre modul de organizare și desfășurare a concursului)¹⁶; al obiectivității (crearea condițiilor egale pentru candidații la ocuparea funcțiilor vacante; asigurarea selectării pe baza unor criterii clar definite și a unei metodologii unice de evaluare a nivelului de competență al candidaților); al meritocrației (selectarea, pe baza rezultatelor obținute, a celor mai competente persoane).

Criteriile pe care trebuie să le întrunească candidatul la funcția de director al spitalului nu asigură capacitatea și abilitatea, dar și dovada de a administra un spital public într-un cadru al performanței și al eficienței.

Autoritatea publică s-a referit doar la criteriile considerate a fi de triere: cetățenia Republicii Moldova, studii superioare, lipsa antecedentelor penale, vechimea în muncă

Comisia desemnată de Ministerul Sănătății are următoarea componență: președinte - ministru/ viceministru al sănătății; secretar - șef de direcție al Ministerului Sănătății; membri: - patru reprezentanți ai Ministerului; trei reprezentanți ai autorităților administrației publice locale (pentru conducătorii instituțiilor raionale și municipale); trei reprezentanți ai colectivului instituției; trei cadre didactice de la instituții de învățământ superior; un reprezentant al Academiei de Științe a Moldovei (pentru conducătorii instituțiilor medico-sanitare publice având componentă științifică); un reprezentant al organizației profesionale a corpului medical din Republica Moldova; un reprezentant al sindicatului "Sănătatea".

¹⁶ Concurusul se anunță prin intermediul mijloacelor de informare în masă, inclusiv, în mod obligatoriu, prin publicare în presa republicană, afișare pe avizierul instituției și plasare pe pagina web a Ministerului, cu cel puțin 20 zile înainte de data începerii concursului. Anunțul conține în mod obligatoriu: denumirea și sediul autorității organizatoare a concursului; denumirea funcției vacante; condițiile de participare la concurs; documentele ce urmează a fi prezentate; data-limită de depunere a documentelor; numărul de telefon, adresa electronică și poștală pentru obținerea informațiilor suplimentare, persoana responsabilă de primirea documentelor.

în domeniul sănătății de cel puțin cinci ani, în cazul spitalelor raionale, sau șapte ani, în cazul celor republicane, criteriile privind experiența în management sanitar, etc. fiind unele opționale. Organizarea și desfășurarea concursului se află în sarcina unei comisii, create de Ministerul Sănătății. Aceasta evaluează candidații în conformitate cu metodologia elaborată și aprobată de Ministerul Sănătății în fiecare caz în parte, ținându-se cont de particularitățile și de domeniul de activitate a spitalului.

Mecanismul de selectare al directorului unui spital public ridică mari semne de îngrijorare, nu atât din punctul de vedere al modelului aplicat și al autorității/organului desemnat, cât din motivul că asemenea practici sporesc favoritismul și influența politicului în desemnarea conducătorului.

O comisie pentru organizarea concursului de selecție, oricât de reprezentativă ar fi (acesta este un alt aspect al guvernanței spitalului ce va fi abordat), poate fi influențată, în mod indirect, de conținutul metodologiei de selecție „individualizate”,

care, indiscutabil, va încadra procesul decizional într-un alt context. Spitalul public, prin esență, va avea întotdeauna aceleași obiective sociale și același scop indiferent de categoria acestuia, va aplica aceleași principii de management spitalicesc. Acest fapt înseamnă că față de un manager al spitalului nu trebuie să fie înaintate cerințe individuale.

Directorul spitalului public gestionează instituția în baza unui contract încheiat cu fondatorul pe un termen de 5 ani. Contractul individual de muncă trebuie să includă în mod obligatoriu indicatorii de performanță, care se evaluează anual de minister în comun cu fondatorul. În cazul indicatorilor de performanță nesatisfăcători, Ministerul este în drept să rezilieze contractul individual de muncă, încheiat cu directorul unui spital republican sau să solicite desfacerea de către fondator a contractului individual de muncă cu directorul spitalului municipal sau raional.

În acest context, trebuie relevate două aspecte. Primul, ca și în cazul altor componente ale guvernanței la nivel

Pe parcursul activității sale, conducătorul este obligat să promoveze un management orientat spre gestionarea eficientă a finanțelor și a altor resurse disponibile, spre asigurarea transparenței în activitatea instituției, spre îmbunătățirea permanentă a indicatorilor de calitate, spre implicarea colectivului în luarea deciziilor, spre asigurarea condițiilor pentru perfecționarea profesională a angajaților.

macro, se înregistrează condiția când o bună parte dintre competențele de administrare ale fondatorului sunt afectate de intervențiile Ministerului Sănătății.

Acestea, însă, nu vin să elucideze situația, dar mențin gestiunea spitalului public în limitele unor norme vagi, în condițiile în care acestea nici nu își găsesc reflectare în statutul spitalului sau al procedurilor operaționale.

În continuare, aceste intervenții lipsite de o bază juridică, în cazul în care legislația civilă aduce alte reglementări la acest capitol, sunt generatoare de litigii între Ministerul Sănătății, fondator și director. Acest fenomen este destul de frecvent în

Republica Moldova, în special în spitalele raionale – cele mai vulnerabile, din punctul de vedere al guvernanței la acest capitol.

În concluzie, din argumentările anterioare observăm, chiar și în situația în care s-a deviat de la norma constituțională și legislativă, că nu s-a purces la crearea unui mecanism clar și precis de guvernanță a spitalelor la nivel *macro*, cu parametri funcționali ce se conțin exact și univoc în lege, ce ar fi distribuit în mod explicit și sistemic competențele între autoritățile de nivel diferit. Mai degrabă, se constată o abordare eclectică și nesistematizată, care s-a materializat prin norme izolate ce nu pot fi coagulate într-un aparat regulator deslușit.

Nivelul *meso* de guvernanță spitalicească

Repere generale și experiență internațională

Nivelul *meso* reprezintă nivelul intermediar de guvernanță a spitalului, axându-se pe procesul de luare a deciziilor la nivel instituțional. Caracterul și forma procesului decizional la nivelul *meso* sunt determinate de reglementările stabilite la nivelul *macro*.

Importanța nivelului *meso*, ca etapă în procesul de guvernanță a spitalelor, este condiționată de două aspecte. Cel dintâi, reprezintă zona de luare a deciziilor de management și determină o percepție asupra procesului de guvernanță a spitalului în general. Cel de-al doilea, nivelul intermediar, în tot mai multe cazuri, este obiectul reformelor, cu caracter inovator, din sectorul spitalicesc [3].

În acest context, la nivel internațional se observă un interes deosebit față de reformele spitalicești structurale, care au vizat nivelul intermediar de guvernanță [3]. Cercetătorii, dezvoltatorii de politici și factorii de decizie sunt axați, pe de o parte, pe evaluarea reformelor implementate și pe evidențierea bunelor practici, pe de altă parte [3].

Literatura de specialitate în domeniu relevă patru aspecte, în raport cu gradul de autonomie, care influențează nivelul *meso* de guvernanță a spitalelor,

și anume: dimensiunea instituțională, dimensiunea financiară, dimensiunea de responsabilitate și corespunderea dintre responsabilitate și capacitatea decizională [3].

Dimensiunea instituțională este un aspect central al guvernanței spitalului, caracteristicile definitorii fiind forma juridică de organizare a spitalului, obiectivele declarate (de politică, sociale etc.), domeniile de luare a deciziilor la nivel intermediar (serviciile de sănătate prestate, stabilirea prețurilor, etc.), relațiile cu beneficiarii [3].

Dimensiunea financiară este cel de-al doilea aspect-cheie al guvernanței spitalicești la nivel intermediar și nu vizează doar procesele bugetare curente, ci în mod obligatoriu, și cele legate de capital și de infrastructură (drepturile depline de proprietate asupra bunurilor mobile și imobile), de investiții, de împrumut și de distribuire a profitului, etc.

Majoritatea măsurilor de reformă a guvernanței spitalelor au vizat acest component [Saltman et al., 2011]. Astfel, chiar dacă procesul decizional privind infrastructura spitalicească se menține în limitele modelului centralizat, procesele bugetare curente prezintă tendințe clare de

În Noua Zeelandă spitalele publice sunt împărțite în zone geografice, denumite Consilii Regionale de Sănătate, care activează în bază de statut, au obiective concrete de performanță și proceduri operaționale cu privire la funcția de administrare.

În provincia Ontario (Canada), Hotărârea privind spitalele publice stabilește cadrul de organizare și de funcționare a instituțiilor spitalicești, inclusiv cerințele referitoare la structura și responsabilitățile Consiliilor de Administrație, standardele de calitate a serviciilor de sănătate prestate. Funcțiile de control, de organizare a serviciilor de sănătate și de reglementare sunt atribuite Ministerului Sănătății și Îngrijirilor pe termen lung.

activități orientate spre piață (finanțarea bazată pe performanță, proceduri de achiziții publice, externalizarea/contractarea serviciilor clinice și non-clinice de sectorul privat, etc.) [9].

Dimensiunea financiară a guvernării spitalelor, în special aspectele privind dreptul de proprietate, în țările cu sisteme de sănătate finanțate din sistemul general de taxe sau de asigurări sociale, reprezintă un subiect sensibil de politică publică datorită raționamentelor sociale și electorale despre riscurile accesului universal la serviciile spitalicești [Saltman et al., 2011].

În Europa, spitalele aflate în proprietate publică, în majoritatea cazurilor, activează într-un cadru bine definit, care nu le oferă posibilitatea de a decide de sine stătător asupra planurilor de investiții capitale sau să-și asume riscuri financiare, aspecte decise politic [Saltman et al., 2011].

În acest context, reforma spitalicească și identificarea modelului de guvernare

trebuie să ia în considerare realitățile existente - necesitățile sporite privind calitatea și siguranța serviciilor, asigurarea cu tehnologii medicale, eficiența și performanța organizației, etc., și să ofere acestui nivel de luare a deciziilor un grad mai extins de autonomie pentru dimensiunea financiară.

Dimensiunea de responsabilitate, cel de-al treilea aspect al guvernării la nivel intermediar, vizează, într-o abordare mai sintetică, structura guvernării și cea organizațională a spitalului - organele de conducere a spitalului (consiliul de administrație, biroul executiv, comitetul director, directorul general, etc.), participarea pacienților și cetățenilor în procesul decizional, etc.

Sistemul de guvernare și structura organizațională a spitalului trebuie stabilite astfel, încât serviciile și obiectivele de performanță financiară să poată fi îndeplinite, măsurate și realizate [Davies, 1999; Taylor, 2000].

Politicul și autoritățile publice au un rol complex și în cazul noilor modele de guvernare [Ettelt et al., 2008]. În majoritatea sistemelor de sănătate, cu spitalele ce aparțin sectorului public, controlul politic sau subordonarea față de autorități publice de nivel central este concepută ca fiind o condiție esențială în axa sistemului de guvernare [Ettelt et al., 2008; Saltman et al., 2011].

Modele de guvernare „inovatoare” sunt proiectate pentru reducerea atribuțiilor autorităților centrale și locale, precum și a influenței și a politicului în procesul decizional al spitalelor publice sau a celor care operează în sectorul public. Argumentele privind integrarea acestor „sisteme de protecție” în noile modele de guvernare sunt insuficient documentate [Bartlett, 1994; Saltman 1995; Ranade,

1998; Powell 1999; Mossialos, 2002; Figueras, 2005].

Consiliul de administrație joacă un rol vital în conducerea spitalului asigurând condiția că instituția oferă cea mai bună îngrijire pacientului, atinge obiectivele stabilite și are o activitate eficientă. Cercetările din SUA în domeniul guvernării spitalelor au stabilit existența unei legături directe între organizarea și funcționarea consiliilor de administrație și nivelele mai înalte ale performanței spitalului, atât în ceea ce privește componenta clinică, cât și cea financiară.

Rolurile și funcțiile consiliului de administrație sunt diferite, în funcție de categoria și de tipul spitalelor, fiind condiționate de misiunea și de scopul stabilite de politicile de sănătate, de

Consiliile Regionale de Sănătate (autoritățile ce dețin spitalele publice din Noua Zeelandă) sunt formate din 11 directori, șapte dintre care sunt aleși printr-un sistem de alegeri publice pe un termen de trei ani, iar patru sunt numiți de Ministerul Sănătății. Consiliul este un organ colegial, hotărârile fiind luate prin vot după un șir de dezbateri, în cadrul ședințelor formale. Hotărârile sunt puse în aplicare conform principiului de sus în jos. Directorul general al spitalului este numit de consiliu.

Consiliul de administrație/consiliul de supraveghere al spitalelor publice din Cehia este desemnat de administrația regională și, de obicei, are în componență sa reprezentanți din partea personalului medical al spitalului și politicieni de la nivelul local. Directorul de spital este numit pentru un mandat de trei sau cinci ani de către fondatorul spitalului.

În Estonia, consiliile de administrație ale spitalelor sunt desemnate de către fondatori, iar asociațiile pacienților nu sunt reprezentate. Consiliile de administrație numesc comitetul executiv, în cazul spitalelor cu statut de societate pe acțiuni, și directorul general, în cazul spitalelor cu statut de fundație.

obiectivele de activitate, etc. [Lee et al., 2008]. Consiliul de administrație asigură legătura dintre managementul spitalului și fondator, față de care se subordonează și este responsabil. Rolurile general acceptate pentru consiliile de administrație sunt cele legate de elaborarea politicilor instituționale (definitivarea cadrului de activitate pentru persoanele responsabile de managementul operațional), luarea deciziilor (alegerea dintre alternativele existente, opțiunea care este în concordanță cu misiunea și cu obiectivele spitalului), supravegherea (monitorizarea și evaluarea proceselor și a rezultatelor).

Spitalele, indiferent de tipul și de categoria acestora, sunt organizații complexe.

Din aceste considerente, consiliul de administrație ar trebui să aibă următoarele responsabilități: stabilirea obiectivelor (aprobarea planurilor operaționale și strategice, monitorizarea performanțelor, etc.); asigurarea managementului excelent (stabilirea planurilor și a normativelor privind resursele umane, desemnarea structurilor executive, monitorizarea performanțelor structurilor executive, etc.); asigurarea programelor de eficacitate și de calitate; asigurarea sustenabilității financiare; asigurarea eficacității activității proprii. În acest context, mărimea și structura consiliului, frecvența întrunirilor, remunerarea membrilor sunt identificate ca fiind factori determinanți ai performanței consiliilor de administrație [10].

Spitalele din Sistemul Național de Sănătate (Regatul Unit) trebuie să-i includă în consiliul de administrație pe directorul clinic și pe directorul pentru nursing. Membrii consiliului de administrație ai spitalelor publice din provincia Ontario (Canada) au datoria „de a acționa corect și de a evita conflictele dintre interesele personale și cele ale organizației”. Unii membri desemnați din oficiu obțin acest statut prin prisma poziției deținute în cadrul spitalului sau al altei instituții, precum ar fi: fundații, organizație de voluntari sau religioasă, municipalitate, etc. În majoritatea cazurilor, acești membri au aceleași drepturi ca și ceilalți membri din consiliu.

Hotărârea privind spitalele publice stabilește obținerea din oficiu a calității de membru al Consiliului de administrație pentru director sau pentru medicul-șef, pentru vicedirectorul medical (în cazul anumitor spitale). Modificările operate în cadrul normativ au prevăzut cauza conform căreia „nicio persoană desemnată sau angajată de spital nu poate fi membru al consiliului de administrație al spitalului”. S-a argumentat faptul că membrii din oficiu din partea spitalului ar putea avea dificultăți în ceea ce privește asigurarea obiectivității în procesul decizional, iar consultările privind anumite aspecte specifice din domeniul medical ar putea fi oferite de structuri specializate din afară.

Numărul de membri în consiliul de administrație al spitalului trebuie să asigure un echilibru între necesitatea în competențele adecvate și capacitatea numerică pentru discuții productive și de luare a deciziilor [20]. Experții în domeniul guvernării spitalelor prezintă opinii diferite cu privire la numărul optim de membri ai consiliului de administrație. Cu toate acestea, componența optimală variază între 13 și 20 de membri [20].

Desemnarea medicilor în consiliul de administrație al spitalului este un aspect comun multor modele de guvernare [Molinari et al., 1995]. Reglementările normative ce stabilesc obligativitatea includerii medicilor în consiliul de administrație al spitalului nu sunt o practică frecventă, iar cercetările efectuate, timp de două decenii în acest domeniu, au fost în mare parte neconcludente [Denis, 2001].

Spitalele care au în structura consiliilor de administrație membri atât din interiorul cât și din exteriorul organizației desfășoară o activitate mai eficace, inclusiv cea financiară, comparativ cu cele ale căror consiliu are doar membri desemnați din afara instituției [11, 12]. Mai mult decât atât, asemenea practici diminuează favoritismul sau influența politicului în desemnarea membrilor Consiliului de administrație [13].

Desemnarea în consiliul de administrație al spitalului a reprezentanților comunității sau a asociațiilor pacienților, ca o formă

de participare a cetățenilor în procesul de luare a deciziilor, poate contribui la activitatea spitalului doar în comunitățile unde există o cultură privind participarea politică activă [Lee, 2004]. Participarea comunității ar putea fi realizată, de asemenea, prin desemnarea membrilor fără drept de vot [Ham, 1994; Ministerului Sănătății și Îngrijirilor pe Termen Lung (Ontario), 2008].

Eficacitatea modelului de guvernare presupune capacitatea organizației de a promova dezvoltarea organizațională și atingerea obiectivelor stabilite. Plecând de la premiza că spitalul, ca o organizație care prestează servicii, trebuie să-și încadreze activitatea atât în context economic, cât și în cel al politicilor de sănătate și sociale, evaluarea performanței nu reflectă eficacitatea modelului de guvernare.

În consecință, identificarea unui sistem de evaluare a eficienței modelului de guvernare a spitalului, are atât valoare teoretică, cât și practică. În aceste circumstanțe, spitalele au adoptat în activitatea lor practicile de bună guvernare.

Acestea stabilesc că eficacitatea consiliilor de administrație este determinată de: (a) abilitatea, angajamentul și independența membrilor în îndeplinirea atribuțiilor; (b) reprezentativitate, competențe și cunoștințe/expertiză în realizarea atribuțiilor, ca organ colectiv; (c) existența unui sistem de desemnare a membrilor

bazat pe principii de transparență și de echitate [20].

Cele mai bune practici în materie de guvernanță demonstrează faptul că membrii consiliului de administrație au responsabilitatea de a înțelege atribuțiile și obligațiile de membru al Consiliului, inclusiv în domeniul administrării spitalului și în activitatea consiliului. Rolul și atribuțiile membrilor consiliului sunt stipulate în statutul fiecărui spital, care, de asemenea, descrie și atribuțiile, funcționarea consiliului ca organ, codul de conduită, precum și reglementările privind confidențialitatea și conflictul de interese.

Coresponderea între responsabilitate și capacitatea decizională se referă la posibilitatea de a pune în aplicare hotărârile consiliului de administrație și ale altor organe de conducere de la nivelul *meso* de guvernanță, pentru asigurarea gestionării spitalului - guvernanța operațională [3]. Această dimensiune a guvernanței la nivel *meso*, din punct de vedere practic, este „foaia de turnesol” al autonomiei spitalului. Înțelegerea acestei componente este importantă, deoarece permite, în definirea modelului de guvernanță, separarea de controlul politicului, or, tragerea liniei dintre deciziile la nivel *macro*, bazat pe obiective sociale și politice, și managementul operațional, bazat pe obiective de eficacitate, eficiență, receptivitate, calitate și performanță [Pierre, 2000].

Nivelul *meso* de guvernanță spitalicească

Analiza situației din Republica Moldova

Nivelul *meso*, după cum este descris anterior, cuprinde procesul decizional la nivel instituțional. Analiza și constatările obținute ne permit a conchide că în cazul modelului de guvernanță aplicat în Republica Moldova, pentru toate dimensiunile nivelului intermediar – instituțional, financiar, de responsabilitate, de corespondere între responsabilitate și capacitatea decizională – caracterul, forma și conținutul guvernanței sunt determinate de reglementările stabilite la nivelul *macro*.

Această practică este una pe larg aplicată în diferite sisteme spitalicești. Totodată, aceste principii reprezintă niște elemente definitorii care trebuie înțelese și luate în considerare atât la analiza, cât și la dezvoltarea modelului de guvernanță. Argumentul rezidă în faptul că, în cazul Republicii Moldova, deficiențele de ordin cantitativ și calitativ la nivelul *macro* se resimt și la nivelul *meso* de guvernanță spitalicească.

Competențele guvernanței operaționale sunt distribuite, în acest moment, între fondator, consiliu de administrație și director. Cercetarea se limitează la analiza respectivelor structuri având la bază următoarele raționamente: (a) sunt identificate ca fiind organe de conducere ale spitalului public de acte normative

specifice; (b) argumentarea în capitolul precedent a neclarităților și a incompatibilităților între diferite acte normative care definesc regimul juridic de activitate a spitalului și includ în categoria organelor de conducere Ministerul Sănătății; (c) excluderea sau analiza separată a structurilor managementului spitalicesc curent (*nivel micro*), precum – vicedirector medical, vicedirector pentru știință, vicedirectorul asistență consultativă și metodică, șef serviciu economie, etc.

Analiza guvernanței la nivel *meso* prin prisma dimensiunii instituționale ne permite a conchide că sunt aduse caracteristicile suplimentare privind forma juridică de organizare a spitalului public.

Astfel, spitalul beneficiază de toate drepturile ce rezultă din calitatea de persoană juridică de drept public, are conturi proprii în bancă, inclusiv valutar, dispune de ștampilă și de formular cu siglă de antet și își desfășoară activitatea necomercială pe principiul autofinanțării, de non-profit, în conformitate cu legislația în vigoare și potrivit statutului. Scopul declarat al spitalelor publice este fortificarea sănătății populației Republicii Moldova prin organizarea și dezvoltarea asistenței medicale, bazate pe tehnologii medicale de performanță și de prestare

Fondatorul spitalului are următoarele atribuții:

- a) adoptarea deciziei de fondare, de reorganizare sau de lichidare a spitalului conform Nomenclatorului instituțiilor medico-sanitare publice aprobat de Ministerul Sănătății;
- b) numirea în bază de contract, pe un termen de cinci ani, ales prin concurs organizat de Ministerul Sănătății și eliberarea din funcție a directorului spitalului;
- c) aprobarea organigramei și a statelor de personal ale spitalului, potrivit normativelor aprobate de Ministerul Sănătății;
- d) coordonarea devizului de venituri și cheltuieli (business-plan), a modificărilor acestuia, precum și a contractului de prestare a serviciilor medicale dintre spital și Compania Națională de Asigurări în Medicină;
- e) transmiterea, în baza contractului de comodat, a bunurilor autorității administrației publice (fondatorului) în gestiunea economică a spitalului;
- f) aprobarea tranzacțiilor cu persoane terțe, a căror sumă depășește 25% din suma mijloacelor financiare planificate, pentru a fi acumulate de spital pe parcursul anului curent de activitate;
- g) aprobarea contractelor de locațiune/comodat a bunurilor și a încăperilor, a trecerii la cheltuieli a mijloacelor fixe și a vânzării mijloacelor fixe neutilizate în activitatea spitalului;
- h) aprobarea, cu acordul Ministerului Sănătății, a creării și a lichidării filialelor și a aderării spitalului uniuni sau asociații, conform Nomenclatorului instituțiilor medico-sanitare, aprobat în modul stabilit;
- i) alocarea mijloacelor financiare pentru construcția, reconstrucția, reparația capitală a edificiilor, pentru procurarea utilajului costisitor și a transportului sanitar;
- j) controlul activităților curente ale spitalului, inclusiv prin solicitarea de informații, acte, explicații, rapoarte de activitate, etc.
- k) aprobarea, modificarea și completarea Regulamentului instituției cu respectarea prevederilor Regulamentului – cadru.

a serviciilor medicale cost-eficiente și calitative. Acesta capătă particularități suplimentare în cazul spitalelor republicane, care își propun să realizeze și cercetări în domeniul medicinei.

O bună parte dintre competențele fondatorului sunt afectate de intervențiile Ministerului Sănătății, începând cu actul de aprobare a regulamentului (statutului) și terminând cu cele ce au un caracter de obligativitate, prin prisma atribuțiilor

de autoritate centrală de specialitate, în activitatea consiliului de administrație, a directorului și a altor persoane cu funcții de conducere ale spitalului.

În cazul spitalelor republicane, unde Ministerul Sănătății deține calitatea de fondator, numirea și eliberarea din funcție a vicedirectorilor este o atribuție exclusivistă a fondatorului; pe când, în cazul spitalelor raionale, aceste atribuții revin directorului spitalului. Situația de atribuire a competențelor selective fondatorului în funcție de categoria spitalului este cazuistică.

Astfel, dacă e vorba de spitalele raionale, fondatorul are atribuții exclusiviste în aplicarea sancțiunilor disciplinare persoanelor cu funcții de conducere. Totodată, este necesar a menționa un aspect comun tuturor categoriilor de spitale, și anume limitarea atribuțiilor

fondatorului doar la cele stipulate în statutul spitalului.

Acest lucru reprezintă o zonă de risc în gubernanța spitalului la nivel *meso*, deoarece apar modalități și mecanisme de intervenție de pe poziții de favoritism și implicarea politicului.

Analiza competențelor consiliului de administrație, inclusiv prin raportarea la bunele practici la nivel internațional și la principiile de bună guvernare, permite a conchide că această structură de conducere constituie veriga slabă în gubernanța spitalului public, fiind ineficient din punct de vedere organizatoric și funcțional, urmare a: (1) structurii consiliului, prin reprezentativitatea extrem de redusă a fondatorului, cei 5-6 membrii având proveniență prestabilită și (2) atribuțiilor extrem de reduse în administrarea spitalului.

Consiliul administrativ are următoarele atribuții:

- a) examinarea și aprobarea planurilor de activitate ale spitalului;*
 - b) examinarea și aprobarea rapoartelor trimestriale și anuale privind activitatea spitalului și prezentarea lor pentru informare Fondatorului;*
 - c) examinarea și prezentarea pentru coordonare cu Fondatorul a devizelor de venituri și cheltuieli (business-plan) și a modificărilor la acestea, precum și a contractului de prestare a serviciilor medicale dintre spital și Compania Națională de Asigurări în Medicină;*
 - d) aprobarea listelor de tarifare ale salariaților spitalului;*
 - e) aprobarea planurilor de achiziția a bunurilor, serviciilor și lucrărilor.*
-

Fenomenul atribuțiilor cazuistice poate fi observat și la nivelul consiliului de administrație, în funcție de categoria spitalelor, care nu au la bază principiile managementului spitalicesc. Așa cum sunt definite la această etapă competențele fondatorului și ale consiliului de administrare, dar și cele ale directorului putem conchide că: (a) atribuțiile organelor de conducere și prioritățile de politică în acest domeniu sunt foarte puțin sau chiar deloc nu sunt îndreptate spre realizarea unei legături între scopul și obiectivele spitalului; (b) atribuțiile organelor de conducere păstrează preponderent aspectele istorice specifice unui sistem centralizat de luare a deciziilor și nu aplică principiile noilor modele de guvernare în sectorul public; (c) în procesul de relaționare sunt înregistrate o serie de paradoxuri - pe de o parte, acestea sunt limitate în atribuțiile, care ar trebui să le revină conform statutului său de organ de conducere, dar și în baza normelor legale, iar pe de altă parte, au sarcini care ar trebui să se refere la managementul nivelului inferior.

Analiza, în ansamblu, a fenomenului existent ne permite a conchide că situația respectivă a fost creată atât din cauza de lipsă de expertiză în definitivarea modelului de guvernare la nivel *meso* de guvernare, cât și de acțiunile Ministerului Sănătății de a-și subordona procesul decizional, complementate de incompatibilități la nivel de acte normative.

Astfel, se atestă situația unui consiliu de administrație ca organ de conducere fictiv, iar analiza în continuare a permis a evidenția deficiențe de ordin cantitativ și calitativ în toate domeniile de activitate. Consiliul de administrație nu deține un set necesar de competențe, pentru a participa pe deplin la realizarea responsabilităților de guvernare.

O simplă analiză a competențelor consiliului de administrație prezentate demonstrează că acesta nu asigură legătura firească între fondator și managementul spitalului, căruia i se subordonează și este responsabil. În continuare, acesta nu bifează atât la capitolul funcțiilor general acceptate pentru asemenea structuri - elaborarea politicilor instituționale, luarea deciziilor și supravegherea, cât și în cazul responsabilităților general acceptate - stabilirea obiectivelor, asigurarea managementului excelent, a programelor de eficacitate și de calitate; a sustenabilității financiare; a eficacității activității proprii.

De fapt, din cauza competențelor inadecvate se creează un cerc vicios în organizarea și în funcționarea acestei structuri de conducere a spitalului, în special în ceea ce privește înțelegerea coerentă a rolurilor și a responsabilităților consiliului atât ca organ de conducere al spitalului, cât și a membrilor acestuia, datorită participării individuale.

Președintele consiliului convoacă și conduce ședințele consiliului de administrație. În absența președintelui, atribuțiile acestuia sunt exercitate de vicepreședinte.

Ședințele consiliului de administrație pot fi ordinare și extraordinare.

Ședințele ordinare ale consiliului de administrație se țin nu mai rar de o dată în trimestru.

Ședințele extraordinare ale consiliului de administrație se convoacă de către președintele consiliului: (a) din inițiativă proprie; (b) la cererea a cel puțin 3 membri ai consiliului administrativ; (c) la solicitarea fondatorului; (d) la solicitarea directorului.

Cvorumul necesar pentru a desfășura ședința consiliului de administrație constituie patru persoane din membrii consiliului.

La ședințele consiliului de administrație fiecare membru deține un vot. Nu se admite transmiterea votului de către un membru al consiliului administrativ altui membru al consiliului sau altei persoane.

În această ordine de idei, este necesar a menționa încă un aspect destul de critic, și anume lipsa unor politici clare de activitate, care să instituie mecanismele menite să îndeplinească rolurile și responsabilitățile consiliului.

Această situație poate fi interpretată și ca o imperfecțiune a dezvoltării reglementărilor în acest sens odată

ce legislația civilă definește cadrul de reglementare, inclusiv modalitatea de realizare.

Consiliul de administrație este constituit de fondator pe un termen de cinci ani, format din 5-6 membri ce au o proveniență prestabilită: reprezentantul fondatorului (președintele consiliului), reprezentantul CNAM (vicepreședinte),

Directorul este persoana responsabilă și abilitată cu dreptul de gestionare economică și de conducere operativă a spitalului și are următoarele atribuții:

a) reprezintă interesele spitalului, fără procură, în relațiile cu persoane terțe;

b) asigură executarea actelor legislative și normative în vigoare, a ordinelor și a deciziilor fondatorului, a Ministerului Sănătății și ale consiliului de administrație;

c) elaborează strategia de dezvoltare și planurile anuale de activitate ale spitalului;

d) întocmește organigrama și statele de personal ale spitalului, conform normativelor aprobate de Ministerul Sănătății și le prezintă fondatorului spre aprobare;

e) elaborează rapoartele trimestriale și anuale privind activitatea spitalului și le prezintă pentru examinare și aprobare consiliului de administrație;

- f) semnează contracte, eliberează procuri, deschide conturi în bănci, gestionează mijloacele financiare ale spitalului;*
 - g) delegă, în bază de procură, unele împuterniciri și ale altor angajați ai instituției, potrivit obligațiilor stipulate în regulamentele subdiviziunilor;*
 - h) încheie, modifică, suspendă, reziliază contracte individuale de muncă cu angajații spitalului, cu respectarea procedurilor stabilite de Codul muncii;*
 - i) aprobă devizul de venituri și cheltuieli (business-plan) și modificările acestuia, cu prezentarea spre examinare consiliului de administrație;*
 - j) prezintă fondatorului propuneri despre reprofilarea, reconstrucția, extinderea, reutilizarea tehnică, trecerea la cheltuieli a bunurilor spitalului;*
 - k) asigură folosirea eficientă a bunurilor spitalului;*
 - l) emite ordine și dispoziții, în limita competenței, obligatorii pentru toți salariații spitalului.*
-

reprezentantul colectivului de muncă, ales la adunarea generală a colectivului prin votul majorității celor prezenți, sau delegat de comitetul sindical al instituției, reprezentantul unei organizații non-guvernamentale din domeniul sănătății, directorul spitalului, reprezentantul clinicii universitare (după caz).

Examinarea mai atentă a acestui aspect ne permite a conchide că structura consiliului provoacă situații de conflict de interese, precum includerea reprezentantului CNAM în calitate de membru din oficiu și atribuirea funcției de vicepreședinte, care va conduce consiliul în lipsa președintelui. CNAM este în relații contractuale cu spitalul, prin procurarea serviciilor de la acesta, și reprezintă interesele pacientului asigurat, având obligația legală de a verifica calitatea serviciilor procurate.

Totodată, membrul consiliului, desemnat din partea CNAM, se va afla în postura de a examina contractul negociat dintre spital și CNAM. Această situație mai este complementată de faptul că nici statutul spitalului și nici orice alt document elaborat în baza statutului nu vine să reglementeze managementul conflictului de interese având la bază normele generale, stabilite de legislația civilă.

În continuare, analiza relevă faptul că lipsa unor politici clare, inclusiv în ceea ce privește capitolul transparență și echitate, regimul juridic al consiliului (modul de constituire a consiliului, pierderea calității de membru, etc.) permite retragerea calității de membru a consiliului de către fondator, indiferent de instituția pe care o reprezintă.

Acest lucru creează un context favorabil pentru desemnarea membrilor, prin favoritism și implicarea politicului. O structură prestabilită a consiliului de administrație nu asigură dezideratul că acest organ este unul reprezentativ, iar membrii acestuia dețin competențele și cunoștințele/expertiza necesară în realizarea atribuțiilor, ca organ colectiv.

Abordarea ulterioară a dimensiunii de reprezentativitate din cadrul consiliului de administrație a spitalului public trebuie făcută în mod obligatoriu în contextul revizuirii rolului și a competențelor actuale ale consiliului de administrație, luând, totodată, în considerare decizia privind modelul de guvernanță al spitalului, particularitățile de organizare și de funcționare ale sistemului, precum și cultura politică a societății.

Lipsa unei concordanțe între funcțiile, responsabilitățile consiliului și modalitățile de organizare ale activității acestuia face imposibilă orice tentativă de analiză a cadrului de eficacitate și performanță a structurilor de conducere, precum și raportarea la eficacitatea, eficiența și performanța generală a spitalului.

Reglementările existente în acest sens nu aduc nici o claritate cu referire la frecvența ședințelor, la structura acestora, la procedura decizională, etc., limitându-se la stabilirea condițiilor minime.

Rezumând analizele și raționamentele expuse mai sus conchidem că actele ce determină regimul juridic al consiliului de administrație al spitalului public nu sunt relevante situației și nici modelului de guvernanță definit la nivel *macro*.

Consiliul de administrație se consideră o verigă instituționalizată între fondator și managementul spitalului, iar ca activitate – între guvernanță și management. Înfăptuirea acestor măsuri nu trebuie să plece de la premiza unei singure abordări „corecte”, dar prin aplicarea celor precedente sau a modelelor care îndeplinesc cel mai bine necesitățile definite.

Conturarea unor asemenea realități în regimul juridic al organelor de conducere ale spitalului determină următorul tablou: competențele directorului sunt stabilite pe principii istorice, fondatorul deține atribuții care din punct de vedere juridic îi sunt improprii și subordonarea față de Ministerul Sănătății, care participă în managementul spitalului.

Un alt aspect al guvernanței spitalului care trebuie discutat este cel al guvernanței activității științifice. Incluzerea în analiză este determinată de faptul că aceasta reproduce elementele unui sistem de guvernanță, având o bază de reglementare, structuri de conducere, etc.

Acest model de governanță a activității științifice include caracteristicile de organizare ale vechiului sistem, ceea ce condiționează, de fapt, existența unor sisteme paralele de governanță la nivel *meso*. Analiza acestor aspecte de governanță, chiar și într-un context mai larg, cel al științei și al inovării, nu prezintă argumentele de eficacitate, eficiență și productivitate, în cazul unui spital public de nivel republican, atât în ceea ce privește furnizarea asistenței medicale cât și realizarea activității științifice.

Plecând de la misiunea unui spital public, determinat de obiectivele de politică sanitară și de cele sociale, scopul primordial este reprezentat de furnizarea serviciilor de sănătate pentru a ameliora sănătatea populației. Or, activitatea în domeniul științei și al inovării, spre deosebire de organizațiile specifice din sfera cercetării și inovării, este una secundară. Cu toate acestea, modelul de governanță științifică în cadrul unui spital public reproduce principiile de governanță ale unei organizații din sfera cercetării și inovării.

Activitatea științifică în cadrul instituției este organizată și coordonată de consiliul științific. Acesta este un organ consultativ, se alege, prin vot secret, de adunarea personalului științific al instituției pe un termen de 5 ani, din rândurile cercetătorilor științifici cu grad și cu titlu științific ai instituției, precum și din exterior.

Numărul reprezentanților personalului de conducere al instituției în consiliul științific nu trebuie să depășească o treime din numărul total al membrilor acestuia. Consiliul științific trebuie să includă membri titulari și membri corespondenți ai Academiei de Științe, care activează în instituție, președintele sindicatului și președintele consiliului tinerilor savanți. Calitatea de președinte al consiliului științific revine, de regulă, vicedirectorul pentru știință al instituției.

Atribuțiile principale ale consiliului științific sunt:

- a) stabilește direcțiile principale ale activității științifice în baza priorităților din cadrul sistemului sănătății și a Programelor Naționale din domeniu, conform ordinului Ministerului Sănătății;*
- b) examinează planurile anuale și de perspectivă ale cercetătorilor științifici, de pregătire a cadrelor științifice, de implementare a investigațiilor științifice în practica medicală din țară, ale conferințelor și ale consfătuirilor;*

- c) înaintează propuneri Consiliului Național pentru Acreditare și Atestare pentru a conferi titluri științifice cercetătorilor;*
- d) examinează proiectele de cercetare înaintate la concurs, organizat de Academia de Științe a Moldovei, realizarea lor și rezultatele preventive;*
- e) recomandă lucrările științifice, descoperirile și intervențiile cercetătorilor pentru decernarea premiilor de Stat ale Republicii Moldova, propune candidaturi pentru decernarea titlurilor de onoare savanților;*
- f) organizează congrese și conferințe în probleme științifice, examinează rapoarte despre realizările importante ale activității științifice;*
- g) aprobă tema tezelor de doctor/doctor habilitat, conducătorii și consultanții lor științifici.*

Ședințele consiliului științific sunt deliberative, la prezența a cel puțin 2/3 din membri. Hotărârile consiliului științific se aprobă cu votul majorității (50%+1) din membrii prezenți la ședință.

Vicedirectorul pentru știință este numit de fondator la propunerea directorului spitalului.

În continuare, reglementările în vigoare stabilesc o serie de obligații pentru spitalul public în ceea ce privește managementul economico-financiar și al resurselor umane.

Pentru desfășurarea activității științifice, spitalul:

- a) creează și asigură condiții optime pentru realizarea proiectelor științifice;*
 - b) procură în limitele bugetului, aparataj medical și reactive pentru cercetările științifice;*
 - c) asigură utilizarea oportună a aparatajului medical în scopuri științifice;*
 - d) creează condiții optime de muncă pentru cercetătorii științifici;*
 - e) asigură implementarea cercetărilor științifice în practică;*
 - f) asigură pregătirea cadrelor științifice și sporirea sistematică a calificării științifice a salariaților, perfecționarea profesională a specialiștilor atât în instituțiile naționale, cât și peste hotarele Republicii Moldova;*
 - g) asigură examinarea și implementarea oportună a invențiilor și propunerilor de raționalizare, elaborate de cercetătorii științifici ai instituției.*
-

Având la bază principiile stabilite de Codul cu privire la știință și inovare, activitatea științifică în cadrul spitalelor publice trebuie să se desfășoare în bază de proiecte de cercetare, o practică pe larg aplicată la nivel internațional. Astfel, dreptul de a realiza activitate științifică în domeniul medical va putea avea orice spital public în condițiile în care acesta va face dovada resurselor umane în domeniul cercetării (personal cu grad științific, experiență în domeniu, etc.), standardelor minime față de infrastructura de cercetare, alte capacități stabilite de reglementările în vigoare. Atribuțiile consiliului științific, în aceste condiții, pot fi preluate de consiliul de administrație și de director.

Analiza dimensiunii financiare a guvernantei la nivel *meso* prezintă unele detalieri privind patrimoniul spitalului

public. După cum am menționat anterior, nivelul *macro* stabilește că patrimoniul se consideră transmis de către fondator (autoritatea publică) spitalului cu drept de proprietate, dacă actul de constituire al acestora nu prevede altfel. Există o regulă generală, stabilită și în statutul spitalelor, patrimoniul este transmis de către fondator spitalului în baza contractului de comodat pentru gestiune economică.

Întregul patrimoniu al spitalului este folosit exclusiv pentru realizarea obiectivelor statutare.

Totodată, spitalul poate desfășura o activitate economico-financiară din cont propriu și poartă responsabilitate patrimonială proprie, în conformitate cu legislația și cu actele normative în vigoare. Responsabilitatea spitalului față

Patrimoniul spitalului se formează din:

- a) bunuri transmise instituției de către Fondator în gestiune economică;*
- b) bunuri obținute în proprietate sau procurate pe parcursul activității;*
- c) mijloacele financiare obținute în urma prestării serviciilor medicale, inclusiv contra plată;*
- d) mijloacele bugetului de stat;*
- e) mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală și asigurărilor facultative de sănătate;*
- f) credite bancare;*
- g) venituri obținute din darea în locațiune a echipamentului și încăperilor;*
- h) mijloacele provenite de la sponsori și din fondurile de binefacere;*
- i) alte surse de venit permise de legislația în vigoare.*

de terți însă, nu se va răsfrânge asupra bunurilor obținute de la fondator, în baza contractului de comodat.

Mijloacele financiare care, la sfârșitul anului bugetar, constituie o depășire a veniturilor asupra cheltuielilor spitalului, se utilizează pentru atingerea scopurilor statutare ale spitalului în anul următor de gestiune, în conformitate cu prevederile legale, fiind incluse în devizele de venituri și cheltuieli (business-plan).

Spitalul formează rezerve în modul stabilit de actele normative în vigoare, transferând în acest fond până la 10% din mijloacele financiare, obținute anual, dar care nu poate depăși cota de 25% din volumul cheltuielilor anuale.

După examinarea raționamentelor expuse mai sus putem conchide că guvernanța la nivelul *meso* nu asigură o aliniere dintre responsabilitatea structurilor de conducere ale spitalului și capacitatea

decizională a acestora. Această situația este cauzată de intervențiile autorităților publice centrale (i.e. Ministerului Sănătății) în scopul de a subordona procesul decizional. Acest fapt contribuie la menținerea caracteristicilor istorice ale guvernanței spitalului, la existența contradicțiilor și a lacunelor în actele normative din domeniu.

În consecință, modelul de guvernanță aplicat oferă spitalului un grad redus de autonomie, fără a fi o linie de demarcație între deciziile la nivel *macro*, ghidate de obiectivele sociale și politice, și guvernanța operațională ce ține cont de obiectivele de eficacitate, de eficiență, de productivitate, de calitate și de performanță.

Respectiv, o caracteristică de ansamblu a guvernanței spitalelor este reprezentată de deficiențele cantitative și calitative ale cadrului normativ, la nivel *macro*, și de cele privind competențele, la nivel *meso*.

Nivelul *micro* de governanță spitalicească

Nivelul *micro* al governanței spitalului vizează gestionarea operațională zi de zi a personalului și a serviciilor în interiorul organizației.

Acest nivel al governanței este cunoscut în mod tradițional sub denumirea de management spitalicesc și include domeniile resurselor umane, asigurarea calității, governanța clinică, serviciile non-clinice, managementul financiar [3].

Plecând de la premisa că nivelul *micro* de governanță acoperă gestionarea operațională zi de zi a personalului și a serviciilor de sănătate – managementul resurselor umane, asigurarea calității, governanța clinică, managementul serviciilor non-clinice, managementul financiar, etc., se avansează ideea unui cadru de analiză exhaustiv pentru analiză.

În realitate, se atestă o situație a unui domeniu slab dezvoltat ca și concept. Acest vid este generat de caracteristicile governanței la nivel *macro* și *meso*, ceea ce nu a asigurat crearea unui mecanism clar și precis de governanță a spitalelor la nivel *micro*.

Competențele reduse ale structurilor de conducere, complementate de intervenții destul de adânci ale Ministerului Sănătății, face ca domenii întregi ale

managementului să nu fie acoperite, existând incertitudinea procesului decizional.

Exemplificările vizează managementul resurselor umane, managementul calității, governanța clinică, iar domeniile pot continua.

Nu se poate discuta, în contextul governanței, despre asigurarea calității serviciilor la nivel de spital (sistem al calității, indicatori, valori țintă ale indicatorilor, raportare, etc.) atâta timp cât nu avem instituția calității în sistemul de sănătate. Instituția calității ar permite spitalelor să se raporteze la anumite standarde, unanim aplicabile la întregul sector spitalicesc și nu la implementarea propriului management al calității. Astăzi, nu este o politică clară în acest sens.

O situație similară se atestă și în managementului resurselor umane. Pe de o parte, normativele de personal sunt stabilite de Ministerul Sănătății, iar, pe de altă parte, eficiența spitalului (care vizează în mod direct personalul medical ca resursă alocată în procesul de generare a serviciilor de sănătate) se află exclusiv în sarcina administrației instituției.

Numirea șefilor subdiviziunilor spitalului nu este stabilită că are loc prin concurs

(reglementări statutare și de altă natură), dar Ministerul Sănătății a elaborat un Regulament privind numirea în bază de concurs a conducătorilor de subdiviziuni a instituțiilor medico-sanitare publice.¹⁷

Un alt exemplu elocvent este cel al salarizării personalului medical. Un director de spital, deși conduce o instituție autonomă, care beneficiază de toate drepturile ce decurg din acest statut, nu poate salariza personalul medical în funcție de performanța realizată. Acest domeniu al managementului instituției este dominat de intervențiile de nivel *macro*, fiind stabilite modul, mărimea și condițiile de retribuire a muncii salariaților din spitalele publice, în raport

cu răspunderea și cu complexitatea sarcinilor, cu volumul și calitatea muncii, precum și cu nivelul de pregătire profesională și cu rezultatele activității economico-financiare a instituției [21].

Mai mult decât atât, Ministerul Sănătății, CNAM și Sindicatul „Sănătatea” din Republica Moldova stabilesc anual cotele maxime ale cheltuielilor pentru salarizarea angajaților din spitalele publice.

Nivelul *micro* fiind determinat de caracteristicile date guvernantei spitalului la nivelele *macro* și *meso* va putea fi supus unei analize de conținut doar după definitivarea modelului de guvernanță al spitalului public în Republica Moldova.

¹⁷ Ordinul Ministerului Sănătății nr. 1143 din 14.11.2012

Concluzii

Vectorul în cadrul sistemului de sănătate din Republica Moldova rămâne să fie direcționat spre sectorul de asistență medicală spitalicească, care se confruntă cu probleme de ineficiență tehnică și financiară și nu este capabil să răspundă cerințelor crescânde ale populației.

Îmbătrânirea demografică și tranziția epidemiologică spre maladii cronice, cererea sporită în servicii calitative și creșterea costurilor pentru intervenții de diagnostic și de tratament determină necesitatea de reorganizare și de optimizare a spitalelor publice din Moldova.

Reforma sectorului spitalicesc implică atât cadrul de eficiență, de performanță, cât și de governanță al spitalelor pentru a răspunde mai bine la necesitățile populației din Republica Moldova. Reforma propriu-zisă a governanței spitalicești în Moldova a început odată cu introducerea asigurărilor obligatorii de asistență medicală în anul 2004.

Aceasta a avut la bază pilonii și caracteristicile definatorii atât ale noului management public cât și ale bunei guvernări, reflectând tendințele internaționale.

După 2004 și până astăzi, governanța spitalelor în Republica Moldova s-a aflat în curs de dezvoltare, având perioade de

intensitate diferită și constituind caracteristicile unei guvernante ad hoc, unde deficiențele cantitative și calitative ale cadrului normativ și ale competențelor sunt acoperite de anumite intervenții inconsistente.

Evoluția guvernantei spitalelor are loc fără o corelare corespunzătoare a cadrului de reglementare din domeniul sănătății cu cel din domeniul descentralizării și al administrației publice locale, ceea ce cauzează diferite interpretări și conflicte de competență.

Această situație apare pe fundalul lipsei unui anumit model de governanță general acceptabil care să cuprindă rolul, locul și esența guvernantei spitalicești în Republica Moldova.

Pentru realizarea unei guvernante efective a spitalelor publice sunt necesare trei elemente definatorii: (1) dreptul de proprietate asupra bunurilor instituțiilor; (2) surse de finanțare estimabile și previzibile; (3) instrumente juridice efective și adecvate ale cadrului de governanță.

Actualmente, între aceste trei constituențe nu asigură o legătură indisolubilă la toate nivelele de governanță, cu toate că analiza efectuată demonstrează fără rezerve că cadrul regulator formulează explicit

premisele necesare pentru definitivarea modelului de guvernanță a spitalului public în Republica Moldova.

Legea descentralizării reprezintă un pas înainte în direcția clarificării situației ce ține de distribuirea competențelor între autoritățile publice centrale și cele locale.

Legea delimitează domeniile de activitate a autorităților publice locale și statuează expres faptul că domeniile garantate de stat nu pot fi descentralizate: în consecință, domeniul sănătății nu este atribuit autorităților publice locale. Acest element important formează piatra de temelie pentru toate politicile publice ce urmează să fie promovate în cadrul definitivării guvernanței spitalicești și al realizării reformei din sănătate.

Cel mai mare impediment în calea consolidării guvernanței spitalului public este că gestionarea instituțiilor este separată de dreptul de proprietate asupra bunurilor utilizate.

Dreptul de proprietate asupra patrimoniului este elementul definitoriu al competenței, respectiv, al capacității de a administra și trebuie să fie transmis spitalelor. În ceea ce privește spitalul public, nu este necesar să fie elaborat un mecanism general sau să aibă loc o altă intervenție legislativă: legislația civilă deja stipulează faptul că patrimoniul se consideră transmis spitalului public cu

drept de proprietate de către fondator, dacă actul de constituire nu prevede altfel. Prin urmare, este necesară o voință politică de recunoaștere a acestui fapt.

Pentru garantarea că patrimoniul se folosește în scopul asigurării eficacității, eficienței, a calității serviciilor și a performanței spitalului, există mecanisme de control din partea fondatorului sau prin extinderea competențelor consiliului de administrație.

Prin introducerea sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală, finanțarea serviciilor de sănătate a devenit pentru spitalele publice un proces dirijabil și previzibil. A fost eliminată, deși parțial, dependența de subvențiile statului și a fost pusă temelia unui nou context managerial. Spitalele publice obțin mijloace pentru activitate, încheind contracte cu asigurătorul, ceea ce schimbă în esență formula de administrare.

Pe de o parte, managementul spitalelor publice capătă autonomia necesară, pe de altă parte, statul nu mai poartă pe umerii săi povara în legătură cu finanțarea sănătății.

În acest context, implicarea autorităților publice centrale și locale în procesul de administrare al spitalului reprezintă o intervenție improprie care nu este sprijinită nici de raționamente juridice, nici financiare și nici operaționale.

Competențele administrative, fiind o componentă a guvernanței, se sprijină pe proprietate și pe resursele financiare. În prezent, aceste competențe sunt dispersate între Ministerul Sănătății și autoritățile publice locale. De fapt, Ministerul Sănătății, prin intervențiile sale, și-a subordonat,

neargumentat și contrar modelului de guvernanță care s-a dorit a fi implementat, administrarea spitalului public. Acestea ne permit a întocmi un șir de măsuri pentru a definitiva un model adecvat al guvernanței în contextul reformei sectorului spitalicesc din Republica Moldova.

Recomandări

Tranziția de la un stat centralizat la unul democratic și descentralizat a devenit una dintre prioritățile și condițiile fundamentale pentru procesul de apropiere de valorile general europene. Reformele guvernării centrale și locale urmează a fi sincronizate: administrarea treburilor publice se produce în două dimensiuni – la nivelul întregii țări și la nivelul colectivităților locale. Principiul de autonomie atrage după sine descentralizarea; autonomia fiind un drept, iar descentralizarea - un sistem prin care competențele se repartizează în așa fel, încât ele trebuie să conducă la autonomie.

Astfel, descentralizarea serviciilor publice, conform prevederilor legale, trebuie abordată din perspectiva beneficiului public și să existe doar atunci când sunt satisfăcute două obiective:

(a) descentralizarea se produce spre binele locuitorilor unităților administrativ-teritoriale;

(b) descentralizarea nu afectează societatea la nivel național.

Cadrul normativ trebuie să proiecteze mecanisme și să găsească formule de soluționare a situațiilor sociale, pornind de la anumite repere, interesul individului este finalitatea ce le reprezintă aceste repere.

Reformarea și restructurarea serviciilor de sănătate are o semnificație aparte. Fiind unul din puținele domenii ce își găsește reglementare constituțională, sănătatea este și unul dintre cele mai sensibile subiecte din punct de vedere al interesului public.

Cât despre guvernanța sistemului de sănătate, în general, și a spitalelor în particular, putem afirma că soluțiile juridice pe care le cere reforma în domeniul sănătății și cel al administrației publice trebuie să aibă la origine conceptul de cumulare a tuturor competențelor de gestionare a serviciilor publice de sănătate sub conducerea autorității publice centrale – Ministerul Sănătății. Aceasta presupune modificarea corespunzătoare a actelor legislației din sfera sănătății. Având o bază legislativă explicită, Ministerul Sănătății ar putea interveni cu reglementări care ar determina particularitățile organizării și ale funcționării serviciilor publice de sănătate.

În fond, situația este destul de clară, iar toate argumentele prezentate sunt în susținerea că descentralizarea, ca procedură de transfer a competențelor de la centru la periferie, nu are incidență asupra domeniului sănătății.

Mai întâi de toate, Constituția stabilește garanția statului pentru asigurarea

dreptului la ocrotirea sănătății, ceea ce exclude orice transfer, de la autoritățile centrale la cele locale, a responsabilităților pentru gestionarea domeniului și asigurarea serviciilor medicale. Apoi, Legea descentralizării prevede expres prohibiția de descentralizare și de transfer a serviciilor publice autorităților locale, reglementate constituțional, acestea fiind garantate direct și exclusiv de stat.

Legislația în vigoare nu include sănătatea în domeniile de activitate ale autorităților publice locale, ceea ce înseamnă excluderea din jurisdicția acestora a competențelor de gestionare a serviciilor de sănătate. În plus, din punct de vedere operațional, gestionarea serviciilor de sănătate de autoritățile publice locale este ineficientă, deoarece fluxurile financiare constau preponderent din mijloacele asigurărilor medicale, iar statul, actualmente, este asiguratul principal. În plus, legislația actuală nu prevede norme care ar putea fi interpretate în sensul că autoritățile publice locale trebuie să aibă competența de gestionare a serviciilor de sănătate.

Mai mult ca atât, nu pot fi invocate nici argumente de alta natură – socială, economică și de gubernanță, care ar conduce la concluzia că pentru binele comun, administrația publică locală urmează să preia, total sau parțial, asigurarea populației cu servicii de sănătate. Din momentul adoptării

Constituției, urma să se pună pe rol setul de reglementări privind gubernanța în sistemul de sănătate, excluzând implicarea autorităților publice locale. Din păcate, inerția și lipsa unei viziuni clare asupra gubernanței a determinat o abordare confuză, manifestată prin politici de moment, prin ajustări particulare și prin controverse de natură juridică.

Constatând că serviciile de sănătate nu se supun descentralizării, elucidăm doar o variabilă a ecuației. În prezent, instituțiile din sănătate, inclusiv spitalele, sunt formate astfel încât autoritățile publice locale să participe la gestionarea acestora. Pentru că legislația în vigoare prevede altă modalitate de organizare a serviciilor publice de sănătate, situația urmează a fi redresată. În acest sens, prima acțiune ce trebuie întreprinsă este modificarea cadrului normativ, astfel încât să corespundă cerințelor constituționale. În baza acestor modificări, trebuie să fie ajustate actele privind regimul juridic al instituțiilor medico-sanitare, inclusiv a spitalelor. Bineînțeles că aceasta se poate produce doar în contextul restructurărilor generale ale raporturilor de competență între autoritățile publice centrale și cele locale.

Descentralizarea nu trebuie să fie percepută ca un procedeu obligatoriu ce va prelua anumite competențe de la autoritățile centrale și le va transfera celor locale. Aceasta este o înțelegere

simplistă și mecanică, care nu poate valorifica potențialul acestui mecanism. Descentralizarea nu este doar un transfer de competențe, ci și un mecanism de guvernanță optimă a acestora. În acest sens, putem constata că, urmărind ajustarea optimă a guvernanței spitalelor la necesitățile publice, trebuie să se recurgă la centralizare și nu la descentralizare.

Pentru a dezvolta în continuare modelul de guvernanță al spitalului public în Republica Moldova, este necesar, la o primă etapă, o acțiune de centralizare – obținerea calității de fondator a spitalelor publice de Ministerul Sănătății. Ulterior, se asigură descentralizarea competențelor de la fondator spre structurile de conducere a spitalului, așa cum sunt definite la nivelul *meso*.

Argumentele pentru această intervenție sunt furnizate de relația de finanțare. Raportul de subordonare clasic presupune finanțare. Finanțarea este un element determinant, deoarece instituția se creează cu un scop – desfășurarea activităților îndreptate spre îndeplinirea atribuțiilor autorităților publice care le-au fondat – și finanțarea din bugetul fondatorului constituie veriga ce leagă în modul cel mai direct instituția de fondatorul său. Finanțarea periodică sau sistematică din partea fondatorului reprezintă sursa principală de existență a instituției, astfel creând o dependență directă.

Această finanțare justifică controlul activității și exercitarea unei influențe speciale asupra instituției. Dacă activitatea instituției e susținută din altă parte cu mijloace, atunci ea obține o anumită autonomie care, deși nu se reflectă asupra regimului ei juridic, se reflectă asupra interesului și obligației de a controla și a dirija, pe care le are fondatorul într-o situație obișnuită.

În cazul spitalelor publice, în care majoritatea absolută a sursele de finanțare sunt formate din mijloacele asigurărilor medicale, rolul de administrator al fondatorului se diminuează considerabil și dispare orice implicare a autorităților publice centrale. În plus, cu cât mai devreme se va înțelege acest adevăr, cu atât mai bine va putea fi dirijată dinamica proceselor, ajustându-le la condițiile formale ale guvernanței spitalicești.

În continuare, vom prezenta o listă de intervenții prioritare care vin să soluționeze deficiențele existente în actualul sistem de guvernanță spitalicească. Recomandările vor reflecta doar subiectele, care fiind soluționate, vor exclude celelalte probleme elucidate în această lucrare. Intervențiile propuse sunt simple, ca urmare a conținutului modelului de guvernanță și se bazează pe reformularea problemelor, a cauzelor și a efectelor, construind un arbore pozitiv ce reflectă în oglindă arborele problemelor.

INTERVENȚIA 1

Obținerea de Ministerul Sănătății a calității de fondator/co-fondator pentru toate spitalele ce aparțin sectorului public, inclusiv celor departamentale

Această măsură necesită o simplă intervenție de ordin normativ. Implementarea acesteia va aduce modelul de guvernare „într-o albie a normalității”, bazate pe norma constituțională și care va fi transpusă în actele normative de rang inferior. Astfel, se va asigura, pe de o parte,

transferul de competențe către structurile de conducere ale spitalului, pentru a asigura guvernarea operațională, iar, pe de altă parte, vor dispărea intervențiile neargumentate ale Ministerului Sănătății, datorită faptului că nu ar exista motive pentru aceasta.

INTERVENȚIA 2

Revizuirea competențelor fondatorului spitalului public

Competențele fondatorului spitalului public trebuie să fie exclusive și în conformitate cu legislația civilă. După cum am discutat, dezvoltarea unui model de guvernare ce are la temelie atât principiile noului management public, cât și ale buneii guvernări, presupune menținerea în cazul fondatorului, ca organ de conducere al spitalului, doar a următoarelor competențe:

- *crearea, reorganizarea și lichidarea spitalului public;*
- *aprobarea statutului spitalului și operarea modificărilor și completărilor la acesta;*
- *constituirea Consiliului de administrație a spitalului;*

- *asigurarea controlului spitalului public.*

Procesul de revizuire a competențelor, nicidecum, nu poate și nu trebuie, să fie înțeles ca o limitare a competențelor fondatorului, condiție ce ar leza capacitatea acestuia de a participa la administrarea spitalului public.

În realitate, competențele descrise trebuie să evidențieze rolul fondatorului în guvernarea spitalului, iar delegarea de competențe, cu menținerea controlului deplin asupra acestora, va asigura excluderea unor responsabilități inadecvate, care, după cum am văzut, creează blocaje la nivelul guvernării operaționale și al managementului spitalicesc.

INTERVENȚIA 3

Reducerea competențelor Ministerului Sănătății în guvernanța spitalului public

Participarea Ministerului Sănătății la procesul de guvernanță al spitalului trebuie să se bazeze pe calitatea de autoritate centrală de specialitate responsabilă de procesul de politici în domeniul sănătății. În această ordine de idei, Ministerul Sănătății trebuie să elaboreze cadrul general în domeniul guvernanței spitalelor în limitele și în conformitate cu competențele stabilite de lege.

Prin urmare, Ministerul Sănătății trebuie să reglementeze un domeniu deficitar ale guvernanței spitalicești. Spre exemplu, am demonstrat deficiențe de ordin cantitativ și calitativ privind statutul spitalelor. În acest caz, intervențiile Ministerului Sănătății trebuie să se rezume la elaborarea unor cerințe și condiții obligatorii privind statutul, ca document juridic, pentru a elucida aspectele pe care trebuie să le reglementeze acesta.

Această măsură reprezintă o completare a cadrului normativ stipulat în legislația civilă, asigurând o definiție exactă a anumitor aspecte ale regimului juridic al spitalului public. Prin urmare, evident că nu mai sunt oportune și nici necesare elaborarea și aprobarea statutului spitalelor.

Un alt exemplu este cel al instituirii unui cadru de eficacitate, de eficiență și de performanță al spitalului public, ce are la bază prioritățile de politică națională de sănătate și cele sociale. Ministerul Sănătății trebuie să stabilească standarde minime și valori-țintă, dar nicidecum cum trebuie să fie atinse acestea.

Astfel, un spital zonal va fi obligat să presteze un anumit tip de servicii, deci, să aibă anumite specializări, determinate de interesul public și obiectivele sociale, însă el va putea decide câte paturi să desfășoare, cât personal să angajeze pentru a asigura prestarea acestui serviciu în condiții de eficiență și de performanță.

Un efect benefic al acestei abordări este declanșarea unei „reacții în lanț” de reglementări. Astfel, se va impune modificarea actualului mecanism de salarizare a personalului și instituirea unui bazat pe performanță, aplicat la nivel de spital și nu de sus. În așa mod se va asigura reglementarea tuturor domeniilor ale managementului spitalicesc.

INTERVENȚIA 4

Reformarea Consiliului de administrație al spitalului public

Reforma consiliului de administrație al spitalului trebuie să realizeze dezideratul relației de responsabilitate în cadrul unei instituții publice: a fondatorului față de autoritatea publică responsabilă de domeniu (în cazul în care sunt diferiți), a consiliului de administrație în raport cu fondatorul și a directorului, precum și a altor structuri executive în raport cu consiliul de administrație. Un asemenea cadru de relaționare asigură că obiectivele sunt stabilite și îndeplinite în funcție de zona de responsabilitate, iar structura ierarhic superioară asigură controlul executării acestora.

Acest lucru presupune transferul către consiliul de administrație a competențelor fondatorului, cu excepția celor descrise anterior, și celor ale Ministerului Sănătății, care vizează nivelul *meso*, dar și completarea acestora astfel încât să fie asigurată capacitatea acestei structuri de a garanta guvernanța operațională a spitalului public.

Efectiv, competențele consiliului de administrație trebuie suplimentate în așa mod, încât să existe o concordanță dintre responsabilități și capacitatea decizională, precum și o acoperire a următoarelor domenii de activitate – elaborarea politicilor instituționale, luare a deciziilor și de supraveghere, iar în

cazul responsabilităților general acceptate – stabilirea obiectivelor, asigurarea managementului excelent, a programelor de eficacitate și calitate a sustenabilității financiare, a eficacității activității proprii.

Consiliul de administrație este un organ de conducere constituit de fondator. Această condiție presupune o serie de mecanisme și de proceduri, menite să asigure organizarea și funcționarea. La această etapă ne vom limita doar la structura consiliului de administrație, restul fiind discutate mai jos.

În cazul Republicii Moldova trebuie să se plece de la premiza că nu există vreun model ideal sau care poate fi ajustat la condițiile actuale. Deci, trebuie să se țină cont, cel puțin pe termen scurt și mediu, de realitățile existente (cultura politică a societății etc.) și de particularitățile de organizare și de funcționare a sistemului. Structura vizează componența și numărul de membri ai consiliului.

Componența consiliului de administrație nu trebuie să fie una prestabilită. Au fost prezentate și discutate dezavantajele unui asemenea model. Fondatorul (sau fondatorii) trebuie să decidă cine sunt membrii, deoarece această este competența lor exclusivă.

Desigur, este obligatoriu ca fondatorul să-și plaseze procesul decizional în limite bine cunoscute și care satisfac totalmente cerințele față de această procedură. Firește rolul Ministerului Sănătății, în acest sens, este unul evident și indispensabil. Numărul de membri ai Consiliului este un alt aspect care necesită abordat. Un consiliu de administrație, constituit din 13 - 20 membri, conform recomandărilor de bună practică, nu este acceptabil pentru Republica Moldova din raționamente manageriale, economice, sociale, etc. Prin urmare, menținerea numărului actual de membri, cu condiția respectării imparității – 5 sau 7 membri, ar fi o opțiune aproape ideală.

O cerință care nu trebuie neglijată este cea față de președintele consiliului de administrație al spitalului. Toate recomandările existente vizează alegerea președintelui de către membrii desemnați în defavoarea numirii acestuia de către fondator. În așa mod se reduc favoritismul și implicarea politicului în procesul de guvernare.

În competența consiliului de administrație va fi și gestiunea patrimoniului spitalului. În baza analizelor și a argumentelor prezentate, este necesar ca spitalul să dețină dreptul de proprietate asupra întregului patrimoniu și, în consecință, să decidă asupra lui în context de investiții capitale, de eficiență, etc. Experiența internațională demonstrează că un

asemenea mod de gestiune a patrimoniului spitalului asigură o mai bună transparență, activități raportate strict la necesități, etc.

Indispensabil, în sarcina consiliului de administrație va intra și numirea structurilor executive ale spitalului – directorul și alți manageri de subdiviziuni conform organigramei, cu menținerea obligativității selectării în bază de concurs. Guvernanța la nivel mediu trebuie să fie susținută de proceduri operaționale, stabilite la nivel *macro*, care să asigure în detaliu diverse aspecte privind:

- *rolul și responsabilitățile consiliului de administrație;*
- *structura consiliului de administrație;*
- *modul de desemnare și excludere a membrilor consiliului de administrație, inclusiv cerințele privind competențele și cunoștințele/expertiza necesară în realizarea atribuțiilor;*
- *rolul și responsabilitățile membrilor consiliului de administrație;*
- *organele de conducere, modul de alegere și competențele acestora;*
- *frecvența ședințelor și modul de luare a deciziilor;*
- *procedura de numire și demitere a directorilor și a managerilor de subdiviziuni;*
- *regimul conflictului de interese;*
- *procedurile de activitate ale consiliului de administrație.*

Sunt necesare ajustarea și dezvoltarea politicii în domeniul guvernanței spitalului. Această cerință e importantă nu numai din perspectiva că cele în vigoare conțin norme confuze și contradictorii realității, dar și din cauza că nu există prevederi clare cu referire la toate nivelele și dimensiunile guvernanței spitalicești.

Materialul expus demonstrează elocvent această necesitate. Având în vedere tensiunea creată de coliziile dintre normele analizate, a apărut o masă critică ce impune anumite schimbări. De aceea, analizele efectuate și recomandările prezentate sunt suficiente pentru a putea susține încercarea de a realiza o schimbare.

Bibliografie

1. World Health Organization. Regional Office for Europe. Modern health care delivery systems, care coordination and the role of hospitals. Compiled Report, 2012.
2. Marian M. Opțiuni de dezvoltare a serviciilor de asistență medicală primară. Management In Health. Vol. 15. No. 3, 2011.
3. Richard B. Saltman, Antonio Durán, Hans F.W. Dubois. Governing Public Hospitals.Reform strategies and the movement towards institutional autonomy. World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. 2011.
4. Alexander J.A., Lee S-Y., Bazzoli G.J. Governance in health systems and health networks. Health Care Management Review, No. 28.2003. p. 228-243.
5. Richard J. Bogue, Claude H. Hall, Jr., and Gerard M. La Forgia.Hospital Governance in Latin America. Results from a Four Nation Survey.World Bank. 2007.
6. José M. Alonso, Judith Clifton, Daniel Diaz-Fuentes. The impact of new public management on efficiency: an analysis of Madrid's hospitals. COCOPS Working Paper No. 12. 2013.
7. Elizabeth Ditzel, Pavel Strach, Petr Pirozek. An inquiry into good hospital governance: A New Zealand-Czech comparison. Health research Policy and Systems, Vol.4. 2006.
8. Fidler AH, Haslinger RR, Hofmarcher MM, Jesse M, Palu T. Incorporation of public hospitals: a "silver bullet" against overcapacity, managerial bottlenecks and resource constraints? Case studies from Austria and Estonia. Health Policy, No. 81. 2007.
9. Ettelt S. et al. Capacity planning in health care. A review of the international experience. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Policy Brief, No. 13. 2008.
10. Gage L., Rice J. Dynamic Governance. An analysis of board structure and practices in a shifting industry. Governance Institute Biennial Survey of Hospitals and Healthcare systems. 2011.
11. Saltman RB. Balancing state and market in health system reform. European Journal of Public Health. No. 7. 1997.
12. Molinari C, Morlock L, Alexander J, Lyles CA. Hospital board effectiveness: Relationships

between governing board composition and hospital financial viability. Health Services Research, No. 28.1993.

13. Hashi I. The legal framework for effective corporate governance: Comparative analysis of provisions in selected transition economies. Working Paper 268. Centre for Social and Economic Research. Warsaw, Poland. 2003.

14. Atun R, Richardson E, Shishkin S, Kacevicius G, Ciocanu M, Sava V and Ancker S. Moldova: Health system review. Health Systems in Transition.2008;10(5): 1–138.

15. World Bank. Moldova Health Policy Note: The Health Sector in Transition. 2003.

16. Soltan V., Moșneaga A., Țurcanu Gh. Studiul politicii privind gradul descentralizării administrative în domeniul sănătății. Monitorul Sănătății, Nr. 2. Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate. 2010.

17. Mecineanu A., Soltan V. Eficiența spitalelor publice din Republica Moldova. Monitorul Sănătății. Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate. 2012. <http://pas.md/ro/Studies/Download/12>

18. European Governance. A White Paper. Commission of the European Communities. Brussels. 2001. http://aei.pitt.edu/1188/1/european_governance_wp_COM_2001_428.pdf

19. Legii ocrotirii sănătății nr. 411 din 28.03.95. Monitorul Oficial al Republicii Moldova, Nr.34. 1995

20. Hospital Board Governance. Annual Report of the Office of the Auditor General of Ontario. 2008 www.auditor.on.ca/en/reports_en/en08/311en08.pdf

21. Hotărârea Guvernului nr. 1593 din 29.12.2003 despre aprobarea Regulamentului privind salarizarea angajaților din instituțiile medico-sanitare publice încadrate în sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală. Monitorul Oficial al Republicii Moldova, Nr. 6-12. 2004.