

20 mai 2010

Monitorul sănătății

Studiul politicii privind gradul descentralizării administrative în domeniul sănătății

Colectivul de autori:

Viorel Soltan

Andrei Moșneaga

Ghenadie Țurcanu

Această publicație este editată cu sprijinul Fundației Soros-Moldova

Introducere

1. În prezent, termenul de descentralizare este utilizat pe larg în toate sferele vieții sociale, economice, și culturale din Republica Moldova. Tranziția de la un stat centralizat la unul democratic și descentralizat, a devenit una din prioritățile și condițiile de bază în cadrul procesului de aderare la Uniunea Europeană și valorile general europene. În acest sens, principiul descentralizării este prezent în Constituție și în practic majoritatea actelor legislative și normative, inclusiv în diverse strategii și programe ce prevăd modernizarea și reformarea sistemului de sănătate. Pentru următorii ani, Programul de activitate al Guvernului „Integrarea Europeană: Libertate, Democrație, Bunăstare” 2009-2013 stabilește că, *„Guvernul va recurge la demontarea „verticalei puterii” și va aplica principiile și normele europene în domeniul administrației publice”*. Guvernul conștientizează că *„apropierea Republicii Moldova de Uniunea Europeană se poate produce doar în condițiile unui stat în care structurile puternic ierarhizate sunt înlocuite cu structuri descentralizate, transparente și flexibile, întemeiate pe supremația drepturilor și libertăților civile”*. Totodată Guvernul se angajează să *„asigure corelarea reformei administrației publice centrale cu cea a administrației publice locale și transferul de competențe către autoritățile publice locale, inclusiv în domeniul finanțelor publice”*. Prin urmare, realizarea acestor obiective, necesită elaborarea unor politici în diferite domenii social-economice, care să se bazeze pe analize ample al fiecărui domeniu în aspect de descentralizare.

2. Sănătatea reprezintă unul din cele mai importante domenii din cadrul unei societăți actuale. De aceea, orice transformare, reformă sau modificare din cadrul acestui domeniu întotdeauna a prezentat un mare interes public și a constituit un subiect foarte sensibil din punct de vedere politic, social, economic, financiar etc. Pe parcursul ultimilor decenii, în Republica Moldova are loc un proces destul de anevoios de reformă a sistemului sănătății în scopul eficientizării și ajustării lui la cerințele și standardele de performanță actuale general recunoscute. În cadrul acestui proces cu diferit grad de succes au fost folosite diferite mijloace, mecanisme și metode, care au contribuit la stabilizarea situației și stoparea declinului sistemului sănătății. Totuși, în pofida progreselor înregistrate, în prezent se constată o anumită stagnare în domeniul dat, fapt care se datorează printre alte cauze – lipsei de abordări noi și neutilizării adecvate a potențialului unor actori importanți în cadrul procesului de reformare a sistemului sănătății. În acest sens, pe de o parte, nu există o abordare adecvată privind descentralizarea, utilizarea diferitor forme ale ei în cadrul sistemului sănătății și implicării adecvate a autorităților locale în acest proces. Pe de altă parte, nu este utilizat în modul corespunzător nici potențialul sectorului privat, care potrivit experienței altor țări ar putea juca un rol mult mai activ și utili în vederea creșterii calității serviciilor medicale.

3. Astăzi, printre cele mai importante probleme și provocări cu care se confruntă în continuare sistemul sănătății din Republica Moldova, în contextul descentralizării administrative, se evidențiază lipsa unui sistem administrativ descentralizat sau desconcentrat efectiv la nivel local. În acest sens, anumite structuri administrative specializate există doar în câteva unități administrativ-teritoriale: mun. Chișinău, Bălți și UTA Găgăuzia și lipsa unei delimitări clare și statutul incert al rolului și competențelor autorităților publice locale în domeniul sănătății. Astfel până în prezent nu există o

certitudine și definire clară a naturii juridice a competențelor administrației publice locale în domeniul sănătății: proprii, delegate sau partajate.

4. În rezultatul analizei efectuate, au fost elaborate o serie de concluzii și recomandări, care sunt destinate tuturor actorilor interesați și implicați în procesul de reformă a sistemului de sănătate din Republica Moldova și ar putea fi luate în considerație la elaborarea unor documente de politici sau adoptării unor decizii ce vizează domeniul dat. Analiza reformelor în sănătate face parte din inițiativa mai largă a Centrului pentru Politici și Analize în Sănătate de implementare a Monitorului Sănătății în Moldova - un mecanism de monitorizare a situației din domeniul sănătății prin aplicarea unei metodologii comprehensive. Monitorul Sănătății își propune a fi un instrument alternativ, independent de alte instrumente publice existente, care ar pune la dispoziție informația necesară despre starea sănătății populației, despre calitatea și accesibilitatea serviciilor de sănătate, despre problemele existente de echitate, dar și impactul politicilor și intervențiilor din domeniu. Monitorul Sănătății este văzut și ca un instrument de conlucrare în parteneriat a sectorului public și cel neguvernamental îndreptat spre îmbunătățirea situației în domeniul sănătății și social. În cadrul prezentului document este analizat domeniul descentralizării în sănătate și urmărește stimularea unui dialog largit al Ministerului Sănătății cu societatea civilă, instituțiile internaționale multilaterale și bilaterale, precum și alți parteneri.

Context

5. În perioada 8-19 aprilie 2010, Cancelaria de Stat a organizat prima rundă de consultări preliminare privind organizarea procesului participativ de elaborare a strategiei de descentralizare. Aceste activități au fost organizate în contextul priorității asumate de Guvernul Republicii Moldova pentru perioada 2009-2013 privind descentralizarea puterii și asigurarea autonomiei locale. În cadrul ședinței consultative din 19 aprilie curent, la care au participat reprezentanții societății civile și a mediului academic a fost menționată **importanța asigurării unui proces eficient, cât mai larg și mai transparent de participare a tuturor partenerilor cu scop de a realiza un schimb activ de idei privind procesul, cât și de mobilizare a participării partenerilor din mediul administrației publice de toate nivelurile, societății academice și civile.**

6. În această ordine de idei, actualul număr al Monitorului Sănătății oferă, în baza cadrului conceptual și legal la zi, precum și a experienței naționale și internaționale existente, o sinteză și o imagine generală privind descentralizarea în general, dar și posibilitatea de aplicare a diferitor forme de decentralizare în cadrul sistemului de sănătate din Republica Moldova. *Studiul politicii privind gradul descentralizării administrative în domeniul sănătății publice* [10] a fost realizat de către Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate la solicitarea Ministerului Sănătății în anul 2009 cu suportul financiar din partea Biroului de Cooperare al Elveției în Republica Moldova.

Descentralizarea și sistemul sănătății în Moldova

7. În accepțiunea actuală, *descentralizarea* reprezintă un proces de distribuire și partajare a puterii, responsabilității și resurselor între autoritățile publice centrale și locale în scopul asigurării unei administrări eficiente. Scopul principal al descentralizării este de a asigura cu servicii publice adecvate colectivitățile locale cu participarea lor nemijlocită. Printre caracteristicile principale ale descentralizării se menționează: a) un transfer de putere și funcții publice de la Guvern către autoritățile publice locale (regionale) sau sectorul privat; b) un mijloc care asigură participarea colectivităților și autorităților locale în administrarea problemelor de interes local; c) este un regim juridic în care rezolvarea problemelor de interes local nu se face de funcționarii numiți de Guvern dar de cei aleși de Administrația Publică Locală (APL); d) recunoașterea personalității juridice a unităților administrativ-teritoriale, existența APL care le reprezintă și care nu fac parte dintr-un sistem ierarhic subordonat centrului, precum și transferarea unor servicii publice din competența autorităților centrale către cele locale. *Centralizarea* înseamnă un sistem bazat pe subordonarea ierarhică a autorităților publice locale către cele centrale. În cadrul acestui sistem numirea funcționarilor publici din administrația publică locală are loc în exclusivitate de către cele centrale.

8. În orice stat există un anumit grup de servicii (interese, competențe) publice de o importanță generală deosebită, conducerea cărora poate fi efectivă și realizată în exclusivitate de către autoritățile centrale. Conform accepțiunii actuale asupra unui stat democratic și descentralizat, numărul serviciilor coordonate de autoritățile centrale trebuie să descrească și să se limiteze în principal la următoarele: armată, securitate, politică externă, justiție etc. Centralizarea în sine nu este un fenomen negativ, iar în unele cazuri chiar necesar și util; însă, ea devine un fenomen negativ atunci când este excesivă și nefundamentată economic, financiar și social, astfel devenind o frână în procesul de dezvoltare a țării.

Tabelul 1. Avantajele și dezavantajele centralizării administrative [10]

Avantajele centralizării	Dezavantajele centralizării
<ul style="list-style-type: none">• funcționarea coordonată, promptă și eficientă a serviciilor publice;• înlăturarea suprapunerilor precum și a paralelismelor;• control administrativ mai eficient care oferă garanții suplimentare pentru cei administrați;• unele succese pe termen scurt.	<ul style="list-style-type: none">• desconsiderarea intereselor locale;• necunoașterea din partea autorităților publice centrale a problemelor reale locale;• supraaglomerarea și birocratizarea autorităților centrale;• excluderea din procesul decizional a cetățenilor și lipsirea lor de inițiativă;• ineficiență și inefectivitate pe termen lung.

9. Descentralizarea este promovată din mai multe motive: tehnice, politice și financiare. Dacă să vorbim de motive tehnice, atunci descentralizarea este frecvent recomandată ca un instrument pentru îmbunătățirea eficienței administrative și de prestare a serviciilor. Politic, descentralizarea contribuie la creșterea participării locale și asigură autonomia, redistribuie puterea și reduce tensiunile etnice și/sau regionale. Din aspect financiar, descentralizarea este recomandată ca un instrument de creștere a cost-eficienței datorită unui control local mai mare asupra resurselor și veniturilor, dar și raportării mai transparente. În același timp, în situații de criză sau limitare economică, ea

poate fi utilizată (deschis sau închis) de către autoritățile centrale pentru a scăpa de responsabilitatea financiară și a o transfera autorităților locale.

10. Descentralizarea administrativă cunoaște 3 forme principale: desconcentrare, delegare și devoluțiune. *Desconcentrarea* reprezintă transferarea de competențe, responsabilități și resurse către structurile teritoriale ale autorităților publice centrale special create pentru prestarea anumitor servicii publice de interes național. În cadrul procesului de desconcentrare anumite servicii de stat sunt dispersate și reamplasate teritorial pentru o mai bună funcționare. Raporturile între autoritățile publice desconcentrate și autoritățile centrale se bazează pe subordonare ierarhică strictă și totală. Autoritățile (serviciile) desconcentrate teritorial rămân parte integrantă în sistemul ierarhiei centrale. În acest sens, reprezentanții autorităților teritoriale desconcentrate nu sunt aleși de colectivitățile locale, nu sunt supuse controlului din partea lor și răspund doar în fața organelor ierarhic superioare, nu și în fața autorităților locale. În prezent, conform Hotărârii Guvernului Nr. 735/16.06.2003 în Republica Moldova există 26 de servicii desconcentrate teritorial.

11. *Delegarea* reprezintă transferul de anumite competențe decizionale și responsabilități de interes național ale autorităților publice centrale, către autoritățile publice locale și alte structuri (întreprinderi și agenții) care posedă autonomie funcțională și decizională. În cadrul procesului de delegare, transferul de competențe și responsabilități, în mod obligator, este însoțit de transferul de resurse și capacități materiale, financiare și umane adecvate și suficiente. Spre deosebire de desconcentrare, în cadrul delegării, subiectele cărora le-au fost transferate anumite competențe și resurse posedă un grad sporit de libertate și autonomie decizională privind modul de realizare a competențelor transferate și nu sunt controlate în întregime de autoritățile publice centrale. În Republica Moldova, conceptul competențelor delegate menționat mai sus poate fi dedus în mare parte din art. 6 al Legii nr. 435 din 28.12.2006(4) privind descentralizarea administrativă.

12. *Devoluțiunea* reprezintă transferul integral al anumitor competențe decizionale, a responsabilităților și resurselor către structuri cu o largă autonomie (de regulă, autorități publice locale deliberative sau executive). De obicei sunt transferate servicii de interes local (municipal, regional). Devoluțiunea reprezintă cea mai avansată formă a descentralizării în cadrul căreia autoritățile publice locale sunt independente în luarea deciziilor privind gestionarea serviciilor publice respective și nu se subordonează ierarhic autorităților centrale, care nu pot emite ordine obligatorii pentru APL. Descentralizarea nu este o obligațiune în sine. Ca regulă, sistemele administrative combină componentele de centralizare și descentralizare într-un mod complex. Formula exactă de combinare a controlului central cu managementul local depinde de o varietate de factori politici, tehnici și instituționali.

13. Descentralizarea este promovată ca și parte a reformelor cu scopul de a mări performanța sectorului sănătății. Aceste reforme sunt dependente de obiectivele politice și de obiectivele de guvernare. Argumentul principal pentru promovarea descentralizării în domeniul sănătății este mărirea potențialului pentru îmbunătățirea calității și acoperirii cu servicii medicale. Mulțimea de factori specifici ale sectorului sănătății fac descentralizarea în acest domeniu mult mai complexă și eventual mai dificilă decât în alte sectoare. Din motivul că descentralizarea în domeniul sănătății este un proces de cel mai

dese ori utilizat de politic, beneficiile teoretice tind să prevaleze asupra altor dovezi bazate pe experiențele din alte țări. Fără o planificare bună și cunoașterea anumitor lecții învățate de alte țări, descentralizarea în domeniul sănătății, în cel mai bun caz, poate decepționa; în cel mai rău caz, poate fi și în detriment.

14. În același timp, descentralizarea în domeniul sănătății este atrăgătoare din mai multe motive. Teoretic, descentralizarea poate include potențial pentru: (1) crearea unui sistem unificat și rațional de prestare a serviciilor medicale; (2) îmbunătățirea implementării programelor de sănătate publică; (3) micșorarea duplicării serviciilor medicale deoarece grupul țintă este mai bine definit; (4) reducerea inechităților dintre zonele rurale și urbane; (5) menținerea cheltuielilor eficiente prin orientarea spre programe de sanatate bazate pe necesități; (6) creșterea finanțării prin implicarea autorităților locale și comunitate; (7) sporirea integrării activităților diferitor agenții, guvernamentale și neguvernamentale; și (8) îmbunătățirea coordonării intersectoriale, în special la nivelul autorităților publice locale [14].

15. La moment nu există dovezi convingătoare pentru a confirma că toate aceste beneficii potențiale pot fi realizate în practică. Experiențele din trecut arată că atingerea beneficiilor ca urmare a descentralizării depinde în mare măsură de politicile publice elaborate. În general, este nevoie de o atenție sporită asupra necesităților și priorităților serviciilor medicale pentru a decide care funcții și programe pot fi transferate la nivel local sau controlate central. **Dacă o funcție este critică pentru a atinge scopuri de nivel central și nu există modalități durabile de susținere la nivel local, atunci această funcție nu trebuie să fie descentralizată.** Tabelul 2 prezintă un sumar general pentru stabilirea anumitor responsabilități la nivel local sau central.

Tabelul 2. Argumente pentru centralizarea/descentralizarea diferitor funcții [14]

Funcția	Responsabilități/Argumente	
	Nivel central	Nivel local
Design programe	Diseminarea informației și parametrilor pentru programele prioritare de nivel național (ex. planificarea familiei, programul vaccinări etc.)	Stabilirea anumitor mecanisme de prestare a serviciilor
Finanțare	Transferarea resurselor pentru asigurarea abilității autorităților locale de a prelua responsabilitățile. În acest context se stabilește un set minim de cerințe pentru cheltuieli legate de mentenanță și instruire cu scop de asigurare a calității și durabilității.	Stabilirea mărimii co-plăților, mecanismelor de recuperare a costurilor, planificarea cheltuielilor în cadrul anumitor parametri stabiliți de legislație.
Stabilirea standardelor	Așa funcții ca licențierea personalului medical, înregistrarea și controlul calității medicamentelor și altele trebuie să fie prioritatea Guvernului.	
Responsabilități juridice	Implicările juridice și/sau regulatorii ale descentralizării asupra muncii lucrătorilor medicali trebuie să fie luate în considerație pentru a minimaliza riscurile.	

16. Există o mulțime de momente pentru a fi luate în considerație atunci când vorbim despre descentralizare. Libertatea APL pentru adaptarea la condițiile locale trebuie să fie

balansată de o viziune comună asupra scopurilor sectorului sănătății și rolului descentralizării în atingerea acestor scopuri. Politicile de descentralizare trebuie să includă în sine și anumite mecanisme de coordonare dintre puterea locală și centrală. În plus, finanțarea adecvată și delimitarea clară a mecanismelor de flux financiar sunt esențiale. Experiența altor țări recomandă următoarele:

- a) alocările de venituri trebuie să fie bazate pe cheltuielile anterioare legate de responsabilitățile autorităților publice locale precum și resursele proprii;
- b) libertatea locală de alocare a finanțelor trebuie temperată prin regulamente minime naționale;
- c) toate politicile centrale trebuie să ia în considerație condițiile și capacitățile locale.

17. Gradul limitat de capacitate managerială nu trebuie să fie ignorat nici la nivel local și nici la cel central. Ignorarea constrângerilor de capacitate la nivelul local sau central, sau oferirea unei atenții mici asupra necesității instruirii personalului de a face față noilor condiții sunt omiteri serioase cu efecte negative asupra serviciilor medicale în general. Descentralizarea plasează o povară managerială considerabilă, în special asupra nivelelor regionale/locale. Descentralizarea schimbă rolurile personalului ministerial din cel managerial/organizațional spre cel de formulare de politici, asistență tehnică și monitorizare programe. Managerii de nivel central necesită și ei instruire continuă, care, uneori poate fi trecută cu vederea. În unele țări, reducerile masive de personal la nivel central au fost așa de mari că au pus la îndoială capacitatea de funcționare efectivă a lor.

18. Pentru ca procesul de descentralizare să fie realizat, se impun a fi respectate următoarele condiții: (1) un cadru legal coerent și transparent, prin care să fie stabilite clar competențele și responsabilitățile decizionale între diferite nivele ale AP, mecanismele de realizare a lor precum și resursele financiare necesare acoperirii exercițiului lor efectiv; (2) voința politică și interesul din partea autorităților publice centrale de a implementa în deplină măsură procesul de descentralizare, în calitate de atribut al statului de drept; (3) stabilirea unui set de scopuri și obiective realiste și coerente în domeniile cheie prin care să fie implementate politicile de descentralizare; (4) pregătirea personalului calificat și motivat în conformitate cu responsabilitățile ce-i revin în cadrul procesului de descentralizare; (5) existența unei ambianțe favorabile și de facilitare care să asigure crearea unor parteneriate între diferiți actori din cadrul procesului de descentralizare.

19. În anul 2009, Centrul PAS a efectuat Studiul politicii privind gradul descentralizării administrative în domeniul sănătății publice; raportul final al studiului a fost prezentat Ministrului Sănătății, precum și altor parteneri naționali și internaționali, pe data de 11 ianuarie 2010. Considerări și concluzii principale evidențiate în rezultatul studiului sunt prezentate mai jos.

- a) Termenul de descentralizare este utilizat pe larg în toate sferele vieții sociale, economice, și culturale. Tranziția de la un stat centralizat la unul democratic și descentralizat, a devenit una din prioritățile și condițiile de bază pentru procesul de aderare la Uniunea Europeană și valorile general europene. Formularea „descentralizarea serviciilor publice” este proclamată de Constituția Republicii Moldova în art. 109 „Principiile de bază ale administrării publice locale” drept unul

dintre principiile de bază pe care se întemeiază administrația publică în unitățile administrativ-teritoriale. Noțiunea de „descentralizare administrativă” este menționată expres în legislația țării noastre destul de târziu, în Legea privind descentralizarea administrativă.

b) Necesitatea sincronizării reformelor guvernării centrale și locale. Referindu-ne la descentralizarea administrativă, nu putem să evităm discuția privitor la reforma guvernării, în general. Administrarea treburilor publice se produce în două dimensiuni – la nivelul întregii țări și la nivelul colectivităților locale. Definirea relațiilor dintre puterea centrală și puterile locale nu poate fi separată de procesul de rearanjare a atribuțiilor și funcțiilor autorităților publice centrale. Mai corect ar fi să spunem că ambele procese urmează să aibă loc sincronizat și corelat.

c) În unele cazuri trebuie să se recurgă la centralizare și nu la descentralizare. Descentralizarea administrativă nu trebuie să fie percepută ca un procedeu obligator ce va decupa 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 administrativă nu este doar un transfer de competențe, ci și un mecanism de structurare optimă a acestora în toate proiecțiile sale, atât pe orizontal cât și pe vertical. În acest sens, putem constata că, urmărind ajustarea optimă a structurii serviciilor publice la necesitățile publice, în unele cazuri trebuie să se recurgă la centralizarea unor servicii, și nu la descentralizarea acestora.

d) Autonomia locală este principiul fundamental. Sunt câteva puncte de reflecție care sau conturat pe parcursul analizei: (1) corelația dintre descentralizarea administrativă și reforma administrației publice; (2) impactul descentralizării administrative asupra autonomiei locale și (3) beneficiul public ce rezultă din descentralizarea administrativă. Autonomia locală este principiul fundamental care guvernează administrația publică locală și constă în dreptul unităților administrativ-teritoriale de a-și satisface interesele proprii, fără amestecul autorităților centrale, în limita legii, bineînțeles.

e) Descentralizarea trebuie abordată din perspectiva beneficiului public. Principiul de autonomie locală atrage după sine descentralizarea administrativă; autonomia fiind un drept, iar descentralizarea - un sistem prin care se repartizează competențele în așa fel încât să conducă la autonomie. În această ordine de idei, menționăm că descentralizarea serviciilor publice în sensul prevăzut de lege trebuie abordată din perspectiva beneficiului public și poate exista doar în cazul în care sunt satisfăcute două obiective: **primul este că descentralizarea se realizează spre binele locuitorilor unităților administrativ-teritoriale; al doilea - descentralizarea nu afectează societatea la nivel național.**

f) Cadrul normativ trebuie orientat să rezolve situațiile sociale. Raționamentele de mai sus ne conduc la concluzia că atât actele în vigoare ce se referă la descentralizarea administrativă, cât și cele care vor interveni pentru ajustarea cadrului normativ trebuie să proiecteze mecanisme și formule de rezolvare a situațiilor sociale, pornind de la anumite repere, interesul individului fiind finalitatea care reprezintă aceste repere.

g) Raportul de subordonare clasic presupune finanțare. Finanțarea este un element determinant, deoarece instituția publică se creează cu un scop – desfășurarea activităților îndreptate spre realizarea atribuțiilor autorităților publice care le-au fondat – și finanțarea de la bugetul fondatorului este veriga ce leagă instituția de fondatorul său la modul cel mai direct. 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.

h) De considerat subiectele de natură juridică ale reformei. În prezent, în fața autorilor reformei administrației publice în domeniul ocrotirii sănătății (reformă în sensul cel mai larg) apar cert câteva subiecte de natură juridică: (1) legislația ce ține de descentralizarea administrativă și serviciile de asistență medicală; (2) soluțiile juridice pentru reforma administrării serviciilor de sănătate, în contextul reformei administrației publice centrale; și (3) ajustarea reglementărilor din domeniul ocrotirii sănătății la cadrul normativ general și obiectivele urmărite de sistemul sănătății.

i) Descentralizarea administrativă nu are incidență asupra domeniului ocrotirii sănătății. Studiul a demonstrat că, în fond, situația este destul de transparentă și toate argumentele adunate vorbesc univoc despre faptul că **descentralizarea, ca procedură de transfer a competențelor de la centru la periferie, nu are incidență asupra domeniului ocrotirii sănătății**. Mai întâi de toate, Constituția stabilește garanția statului pentru asigurarea dreptului la ocrotirea sănătății, ceea ce exclude orice transfer de responsabilități pentru gestionarea domeniului și asigurare a serviciilor medicale de la organele centrale ale statului la autoritățile publice locale. Apoi, Legea descentralizării administrative prevede expres prohibiția de descentralizare și transfer a serviciilor publice autorităților locale, reglementate constituțional, acestea fiind garantate și asigurate direct și exclusiv de către stat.

j) Ocrotirea sănătății nu este prevăzută în lista domeniilor de activitate ale APL. Legislația în vigoare nu prevede în domeniile de activitate ale autorităților publice locale și ocrotirea sănătății, ceea ce semnifică excluderea din jurisdicția acestora a competențelor de gestionare a serviciilor medicale. În plus, din punct de vedere operațional, gestionarea serviciilor medicale de către autoritățile publice locale este inefficientă, deoarece fluxurile financiare se compun preponderent din mijloacele asigurărilor medicale, iar statul la moment este asiguratul principal. În cazul în care instituția se alimentează din altă parte cu mijloace pentru activitate, ea obține o anumită autonomie care, deși nu se reflectă asupra regimului juridic, influențează interesul și obligația de a controla și dirigu pe care o are fondatorul în situația obișnuită. Odată cu dezvoltarea capacităților și creșterea bunăstării se va ajunge la situația când sursele de finanțare în domeniul sănătății se vor forma aproape în întregime din mijloacele asigurărilor medicale. Evident că în acest context, se diminuează considerabil rolul de administrator al autorității publice centrale (Ministerul Sănătății) și dispare oricare implicație a autorităților publice locale. Acesta poate fi încă un argument, în favoarea excluderii din atribuțiile autorităților publice locale a preocupărilor de sănătate. Și încă ceva: cu cât mai devreme va fi înțeleasă această tendință, cu atât mai reușit va putea fi dirijată dinamica proceselor, ajustând condițiile formale ale activității instituțiilor medicale la forțele ce determină

aceste procese. 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 medicale. Mai mult ca atât, nu putem desluși nici raționamente de alta natură (socială, economică, managerială) care ar conduce la concluzia că pentru binele comun, APL urmează să preia, total sau parțial, sarcina de asigurare a populației cu servicii medicale. Din momentul adoptării Constituției, urma să se pună pe rol setul de reglementări ce ar fi structurat explicit schema serviciilor medicale, excluzând implicarea autorităților publice locale. Din păcate, inerția și lipsa unei viziuni clare asupra situației a determinat o abordare confuză, manifestată prin politici de moment, ajustări particulare și controverse de natură juridică.

k) Legislația în vigoare prevede altă modalitate de organizare a serviciilor publice medicale. Afirmând că serviciile medicale nu se supun descentralizării administrative, explicăm doar un aspect al ecuației. În prezent, serviciile medicale (instituțiile medico-sanitare publice) sunt formate astfel încât autoritățile publice locale să participe la gestionarea acestora, deși, după cum a fost demonstrat în cadrul studiului, acestea o fac într-o manieră implicită. Pentru că legislația în vigoare prevede altă modalitate de organizare a serviciilor publice medicale, situația urmează să fie redresată. În acest sens, prima acțiune ce trebuie întreprinsă este modificarea cadrului normativ, astfel încât să corespundă cerințelor constituționale. În baza acestor modificări urmează să fie ajustate actele de funcționare ale instituțiilor medico-sanitare. Bineînțeles că aceasta se poate produce doar în contextul restructurărilor generale ale raporturilor de competență între autoritățile publice centrale și cele locale.

l) Paradox: centralizare ca și proces de descentralizare administrativă. Într-un fel, analizând situația creată, putem vorbi despre o acțiune de centralizare în calitate de caz particular al procesului de descentralizare administrativă. Răspunsul la întrebarea cum se raportează reglementările descentralizării administrative la domeniul ocrotirii sănătății conduce la o concluzie aparent contrară conceptului descentralizării. Aceasta, însă, este o concluzie superficială provenită dintr-o abordare simplistă și rigidă a realității. Da, într-adevăr, descentralizarea administrativă ca principiu fundamental ce guvernează activitatea autorităților publice locale presupune separarea anumitor competențe deținute de către puterea centrală și transmiterea acestora autorităților publice, astfel încât APL să aibă capacitatea de a administra treburile colectivităților locale în măsura în care aceasta ar satisface optim interesele tuturor. Dar aceasta nu este o procedură mecanică unilaterală desprinsă din contextul unei reforme complexe. Descentralizarea administrativă privită strict în acest sens este doar o componentă a unui proces complex ce are ca scop reconfigurarea administrației publice în sensul cel mai larg. Este evident că fiecare organizație, instituție, structură implicată în acest proces urmărește un interes limitat, care reprezintă un fragment sau o proiecție a scopului general. Una din sarcini care stă în fața guvernării în acest context este să nu evidențieze exagerat un interes particular în detrimentul scopului de bază. Deoarece nu poate să existe o descentralizare adevărată în afara reformei autorităților publice centrale, care ar include și restructurarea serviciilor aflate în gestiune (subordine), urmează ca toate acțiunile legate atât de descentralizare cât și de redefinirea competențelor autorităților publice locale, în particular, vizavi de serviciile publice

de care sunt responsabile, să se producă corelat între ele și concordat principiului aranjării funcționale optime a atribuțiilor tuturor autorităților publice.

m) Ocrotirea sănătății este unul din cele mai sensibile subiecte din aspectul interesului public. Reformarea și restructurarea serviciilor de sănătate are o semnificație aparte. Fiind unul din puținele domenii ce își găsește reglementare constituțională, ocrotirea sănătății este și unul din cele mai sensibile subiecte din punct de vedere al interesului public. Modificările pe care le operează statul în structura și modalitatea de funcționare a serviciilor medicale se fac imediat simțite de populație. În atare situație este foarte important să existe o transparență și o exactitate în schema de remodelare a competențelor de gestionare a serviciilor medicale.

20. În acest context, putem afirma că soluțiile juridice pe care le cere reforma administrației publice trebuie să aibă la origine conceptul cumulării tuturor competențelor de gestionare a serviciilor medicale publice sub gestiunea autorității publice centrale (Ministerul Sănătății). Aceasta presupune modificarea corespunzătoare a actelor legislative care reglementează asistența medicală. Având o bază legislativă explicită, Ministerul Sănătății ar putea interveni cu reglementări care ar specifica particularitățile organizării și funcționării serviciilor medicale publice.

21. Evidențiem că Legea descentralizării administrative scoate în prim plan neconcordanța între mecanismul de gestionare a serviciilor medicale și legea fundamentală a țării. Această constatare impunând imperios modificarea principială a Legii ocrotirii sănătății, astfel încât să corespundă principiului administrării unice a domeniului: adoptând o lege care ar corespunde rigorilor constituționale și scopurilor urmărite de reforma, se poate elabora masivul de reglementări care să asigure o funcționare coerentă și adecvată a serviciilor medicale.

22. În același timp, sănătatea reprezintă un domeniu foarte vast și complex constituit din diverse activități realizarea efectivă și eficientă a cărora poate fi asigurată numai prin efortul conjugat a tuturor actorilor interesați: autorități centrale, autorități locale și sectorul privat. În acest sens, o serie de activități de producere a medicamentelor, acordarea asistenței medicale, întreținerea instituțiilor medicale, activitatea farmaceutică, stomatologică și alte activități etc. sunt și pot fi realizate deopotrivă de către sectorul public și cel privat, cu implicare la nivel administrativ al autorităților publice locale. De aceea, domeniul sănătății luat în întregime nu poate fi considerat doar un domeniu de competență exclusivă a statului. Mai degrabă, acesta este un domeniu de competență partajat (de cooperare) între stat, autoritățile locale și sectorul privat. O astfel de cooperare trebuie să se bazeze pe identificarea clară a atribuțiilor fiecărui subiect, a condițiilor și mecanismului de exercitare a lor. La rândul său statul își păstrează competența exclusivă în ceea ce privește reglementarea, crearea unui cadru instituțional, controlul și unele activități (servicii) de o importanță deosebită și care nu pot fi transferate către sectorul privat sau APL.

23. Sistemul administrativ al sănătății din Republica Moldova, din punct de vedere formal, este hipercentralizat. În acest sens, Ministerul Sănătății și subdiviziunile sale

desconcentrate în raioane, de fapt, dețin toată competența în ceea ce privește organizarea, funcționarea și controlul asupra acordării serviciilor de asistență medicală, precum și controlul sanitaro-epidemiologic. La rândul său, gradul de descentralizare administrativă și implicare a autorităților publice locale (regionale) este foarte scăzut, rolul și capacitățile lor (financiare și funcționale) de a influența situația în domeniul sănătății pe plan teritorial diminuându-se considerabil în ultimii ani. O astfel de stare de lucruri, în pofida unor efecte pozitive din punct de vedere administrativ, totuși în esență și pe termen lung nu a soluționat problema ridicării eficienței sistemului sănătății, în prezent fiind căutate alte soluții. Sistemul actual administrativ la nivel teritorial este imperfect, inefectiv și confuz. În pofida importanței deosebite a domeniului sănătății, pe plan teritorial lipsesc structuri și unități administrative adecvate responsabile de coordonarea activităților și serviciilor instituțiilor medico-sanitare. În același timp, doar în mun. Chișinău, Bălți și UTA Găgăuzia există structuri respective. În acest sens, nu este clar, care este raționamentul și justificarea acestui fapt. Este evident că, dacă sănătatea este considerată o prioritate și domeniu de interes național deosebit, atunci pe plan teritorial trebuie să existe structuri administrative adecvate pentru dirijarea și coordonarea activității respective.

24. Descentralizarea, în formele sale diferite (administrativă, financiară, economică) cum demonstrează experiența altor țări, reprezintă una din soluțiile îmbunătățirii situației în domeniul sănătății. Însă, descentralizarea, în orice formă posibilă, prin sine însuși nu va conduce la efecte pozitive dacă nu va fi bine înțeleasă la nivel conceptual, realizată în modul corespunzător și privită ca un complex unic și indivizibil de atribuții și resurse umane, financiare și funcționale adecvate care trebuie să fie transferate de la centru către teritorii. Un simplu transfer de competențe decizionale fără capacități și instrumente efective pentru administrarea domeniilor respective, de regulă nu contribuie la reformare cu succes și creșterea performanțelor serviciilor respective. În acest sens, se constată că o descentralizare absolută și totală nu aduce în mod neapărat și eficiență în sistemul sănătății. De aceea, în privința unor servicii din domeniul sănătății, descentralizarea poate să nu fie cea mai bună soluție, opțiunea optimală fiind chiar o anumită centralizare a lor.

25. Este evident că în sănătate pot și trebuie să fie utilizate diferite forme de decentralizare. Numai că, datorită complexității și importanței deosebite a domeniului sănătății, decizia privind aplicarea uneia sau altei forme de decentralizare de competențe (activități) nu poate fi aleatorie, dar trebuie să se bazeze întotdeauna pe rezultatele unor studii complexe și obiective de impact, cu implicarea unor grupuri de experți din diferite domenii (sănătate, drept, economie, finanțe etc.).

26. În Republica Moldova, pe de o parte, există o experiență de aplicare a diferitor forme de descentralizare în diferite domenii, care de rând cu experiența altor țări, ar trebui să fie luată în considerație. Însă, dacă ne referim nemijlocit la domeniul sănătății, se constată o lipsă de claritate și atenție suficientă sub aspect strategic în privința descentralizării și formelor ei aplicabile.

27. Procesul de descentralizare a serviciilor publice, inclusiv în domeniul sănătății, nu poate avea succes dacă nu este corelat adecvat într-un context cu procesul de reformare a sistemului de administrație publică centrală și locală, precum și vice-versa. Reformarea

administrației publice (centrale sau locale) în mod neapărat conduce la redistribuirea competențelor și atribuțiilor între diferite nivele de administrație. Aceasta presupune că revizuirea funcțiilor și atribuțiilor autorităților centrale și, aplicarea diferitor forme de descentralizare, în rezultatul cărora funcțiile și atribuțiile improprii, să fie transferate după caz către, autoritățile desconcentrate, locale sau sectorul privat. În același timp, decentralizarea administrativă în sănătate în baza actualei structuri administrativ-teritoriale (raioane) este ineficientă. **Practica țărilor europene demonstrează că, descentralizarea în sănătate este efectivă, atunci când numărul de populație în cadrul unei unități administrativ-teritoriale este de 300-500 mii de populație și mai mult.** În Republica Moldova, când numărul mediu de populație în raioane este de 60-70 mii, posibilități de optimizare a serviciilor în cadrul raionului sînt foarte limitate (e.g. există numai un spital cu o secție consultativă specializată), și asistența medicală nu poate fi organizată în baza criteriilor de cost-eficiență. Structura unităților administrativ-teritoriale pe raioane cu un număr mic de populație nu poate satisface dreptul general și necondiționat la ocrotirea sănătății al populației, pentru că acest drept se oprește la hotarul unității teritorial-administrative. După părerea noastră, aceasta este una din principalele cauze de nesoluționare a problemelor ce țin de competența APL în domeniul sănătății.

28. Astfel cadrul legal de bază al sistemului de ocrotire a sănătății nu corespunde întru totul sistemului actual al administrației publice locale. În special Legea ocrotirii sănătății, la capitolul atribuții și obligații, nu face delimitare între autoritățile publice de nivelul I și cele de nivelul II.

29. Competența autorităților publice locale de nivelul I și II în domeniul ocrotirii sănătății este foarte limitată și confuză. În pofida faptului, că sănătatea nu este menționată printre domeniile proprii de competență ale autorităților locale, totuși cadrul legal special stabilește un număr considerabil de atribuții și obligații, natura juridica a cărora nu este clară: sunt aceste competențe delegate sau proprii ale APL. Această problemă fiind de o importanță majoră deoarece statutul de competență delegată, presupune asigurarea de către stat pentru autoritățile locale a capacităților funcționale și financiare corespunzătoare, în vederea realizării atribuțiilor respective.

30. Atribuțiile și obligațiile autorităților publice locale menționate în legislația actuală în domeniul ocrotirii sănătății nu corespund structurii și statelor de personal al lor, precum și nici posibilităților financiare. Ceea ce constituie un impediment important în realizarea adecvată de către autoritățile locale a atribuțiilor sale în domeniul ocrotirii sănătății.

31. Statutul juridic și atribuțiile autorităților publice locale în calitate de fondatori ai instituțiilor medico-sanitare este incert și confuz, generând în practică mai multe probleme. Conform legislației în vigoare, instituțiile medico-sanitare publice pot fi fondate atât de Guvern (MS), cât și de către autoritățile publice locale, fiind în subordinea autorităților publice respective. Totodată, în condițiile actuale, nu este clar conținutul termenului de „subordine” folosit de Legea ocrotirii sănătății. Deoarece, după cum s-a menționat mai sus, autoritățile publice locale nu dețin competență proprie în domeniul sănătății, dar au calitatea de fondatori. De asemenea, autoritățile publice locale sunt abilitate cu dreptul de a desemna conducătorii instituțiilor publice respective.

32. O situație similară se atestă în Hotărîrea Guvernului nr. 379 din 07.05.2010 cu privire la Programul de dezvoltare a asistenței medicale spitalicești pe anii 2010-2012. Deși în Program se menționează că, *„Implementarea reformelor în sectorul spitalicesc necesită implicarea mai activă a administrației publice locale de nivelul doi, care, în calitate de fondator al spitalelor raionale și municipale, este un actor local important în acest proces”*, în compartimentul *„Clasificarea spitalelor în funcție de tipul de proprietate”*, se menționează **doar spitalele publice din subordinea Ministerului Sănătății** și care acordă asistență medicală specializată și înalt specializată întregii populații de pe teritoriul Republicii Moldova, **spitalele publice departamentale**, la care se atribuie spitalele din subordinea altor Ministere și autorități publice centrale, **spitalele private**, la care se atribuie spitalele organizate ca persoane juridice de drept privat și **spitalele publice cu secții și/sau servicii private**, care prestează servicii în condițiile Legii cu privire la parteneriatul public-privat. Pentru ultimele (spitalele publice cu secții și/sau servicii private) nu este specificat proprietarul, iar **spitalele din subordinea APL lipsesc totalmente în această clasificare**. Se poate de presupus că autorii documentului au avut în vedere sub termenul **«spitalele publice din subordinea Ministerului Sănătății»** și spitalele raionale și municipale. Însă Hotărîrea Guvernului nr.777 din 27.11.2009 «Pentru aprobarea Regulamentului privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, structurii și efectivului-limită ale aparatului central al acestuia» conține lista spitalelor din subordinea Ministerului Sănătății în care spitalele raionale și municipale nu sînt menționate.

33. Sub aspect patrimonial, autoritățile publice locale, de regulă, sunt considerate proprietarii bunurilor instituțiilor medico-sanitare aflate pe teritoriul și sub jurisdicția sa. Această situație, le permite autorităților locale, pe de o parte, să beneficieze de drepturile unui fondator. Iar pe de altă parte, generează anumite situații de conflict între autoritățile locale și cele centrale, privind rolul lor în administrarea instituțiilor respective. În prezent, conform legislației actuale, schimbarea statutului juridic al bunurilor din proprietatea unităților administrativ-teritoriale, inclusiv transferarea lor poate avea loc doar cu acordul autorităților publice locale respective.

34. Descentralizarea economică în Republica Moldova este destul de limitată și întâmpină mai multe bariere de ordin conceptual, legal și de mentalitate. În acest sens, potențialul sectorului privat nu este utilizat suficient și adecvat în procesul de îmbunătățire a sistemului administrativ și a calității serviciilor medicale. Printre cele mai importante probleme ale descentralizării economice sunt menționate: diversificarea slabă și existența unor restricții pentru intrarea altor prestatori pe piața serviciilor medicale și accesul încă limitat al prestatorilor privați la fondurile publice. Un avantaj în sensul atragerii investițiilor private pentru sistemul sănătății, creșterii eficienței și calității serviciilor, este adoptarea Legii nr.179 din 10.07.2008 cu privire la parteneriatul public privat.

35. Este cazul să menționăm că, noțiunea de „asistență medicală” nu se conține în Legea ocrotirii sănătății, fiind pusă în circuit normativ prin Legea Nr.1585-XIII din 27.02.98 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, aceasta nefiind, însă, definită, iar înțelegerea și interpretarea ei rămânând la nivelul uzului și tradiției. Descifrarea acestui termen nu ar avea importanță aplicativă, dacă nu ar avea derivate,

cum ar fi, spre exemplu, noțiunea de „asistență medicală primară”, absentă din dicționarul actelor legislative. Vom încerca să propunem o definiție în acest sens: *asistența medicală primară* reprezintă serviciile medicale ambulatorii, oferite de specialiști în medicina de familie și alți lucrători medicali ce activează împreună cu ei și care sunt un punct primar de consultare pentru toți pacienții. Iar, *asistența medicală specializată / nivel secundar* reprezintă serviciile medicale specializate ambulatorii și/sau spitalicești, oferite de specialiști, alții decât medicii de familie, și lucrătorii medicali care activează împreună cu ei și care, în mod general, nu au un prim contact cu pacienții. Conform situației la 01.01.2010, în raioanele republicii funcționează 35 Centre ale Medicilor de Familie și 11 Centre de Sănătate la nivelul AMP, care au statut de instituții medico-sanitare publice și sânt contractate la direct de către Compania Națională de Asigurări în Medicină (CNAM). De asemenea, în raioanele republicii activează și alte structuri ale sistemului de sănătate: 34 Spitale raionale, 35 stații de asistență medicală urgentă (subordonate Stațiilor Zonale de AMU), 34 Centre de Medicină Preventivă (subordonate Ministerului Sănătății).

36. În ultimii 10-12 ani, Ministerul Sănătății a promovat sporirea gradului de autonomie a instituțiilor de asistență medicală primară. Medicii de familie sunt motivați (prin instruirii în domeniul managementului financiar etc.), inclusiv treptat se creează condiții pentru activitate în condițiile autonomiei, în special în Centrele de Sănătate, care beneficiază de reabilitare și dotare cu echipament medical. Astfel, există premise clare că în următorii ani numărul instituțiilor medicale primare, contractate direct de către CNAM, va crește. În aceeași timp, există deficiențe majore ce țin de administrarea acestor structuri amplasate în teritorii. De asemenea, interacțiunea și conlucrarea între structurile AMP și structurile AMS, inclusiv cele desconcentrate în teritoriul raionului (centrele teritoriale de sănătate publică, stațiile de asistență medicală urgentă) este insuficientă, ce duce la deficiențe în asigurarea continuității și calității serviciilor medicale prestate. Concomitent, în teritorii activează unități medico-sanitare private. MS a fost nevoit să se implice în administrarea acestora (au fost create Consilii Colegiale ale MS în teritoriu), activitate, ce de fapt este improprie misiunii pe care o are. Ordinul prin care au fost create Consiliile Colegiale în teritoriu a fost recent abrogat de către Ministerul Sănătății. De menționat că, Legea nr.10 din 03.02.2009 privind supravegherea de stat a sănătății publice, art.15 alin (3) prevede crearea Consiliului de sănătate publică - organ consultativ pentru realizarea activităților de sănătate publică la nivel teritorial, care este instituit și activează în baza unui regulament aprobat de Ministerul Sănătății și urmează să fie una din structurile de management al sistemului de supraveghere de stat al sănătății publice,

37. Astfel există probleme majore ce țin de administrarea tuturor structurilor amplasate în teritorii. Interacțiunea și conlucrarea între structurile nominalizate este insuficientă, ce duce la deficiențe în asigurarea continuității și calității serviciilor medicale prestate. Mai sus am menționat că, la nivel teritorial lipsesc structuri și/sau capacități administrative adecvate pentru coordonarea serviciilor de AMP și AMS cu excepția structurilor administrative specializate în mun. Chișinău, Bălți și UTA Găgăuzia. Pe de alta parte, cadrul legal național privind autonomia locală consacră un rol important APL în gestionarea tuturor treburilor de interes local din teritoriul administrat, iar realitățile actuale denotă că autoritățile publice de nivelul întâi nu pot fi fondatori și proprietari ai instituțiilor medico-sanitare care acordă asistența medicală primară.

Totodată, APL de nivelul II, fiind fondatori și proprietari ai instituțiilor medico-sanitare care acordă asistență medicală primară și specializată, nu pot să-și exercite atribuțiile sale din cauza că nu au în subordinea sa structurile respective.

38. Lipsa divizării clare a domeniilor de competență între MS și APL generează conflicte de competență și autoritate. În consecință, sistemul serviciilor medicale nu este gestionat eficient, calitatea și accesibilitatea serviciilor suferă, și ca urmare are de suferit sănătatea populației. Există și alte probleme, cum ar fi cele de ordin socio-medical, care influențează major indicatorii de sănătate și care nu pot fi rezolvate fără implicarea autorităților administrației publice locale prin crearea serviciilor de îngrijiri la domiciliu, paturi medico-sociale etc. O problemă majoră este și implementarea Programelor Naționale de Sănătate, care la moment nu reprezintă competența legală a autorităților administrației publice locale. Cu toate că, Legea nr.10 din 03.02.2009 privind supravegherea de stat a sănătății publice stabilește printre atribuțiile autorităților administrației publice locale în domeniul asigurării sănătății publice – elaborarea, aprobarea și finanțarea programelor locale de asigurare a sănătății publice în cadrul planurilor teritoriale de dezvoltare social-economică și exercitarea controlului asupra executării acestora.

39. În așa fel, intervențiile necesare pentru redresarea situației trebuie orientate spre identificarea coraportului, rolului și competențelor APL și MS vizavi de fondarea și gestionarea instituțiilor medico-sanitare de asistență medicală primară și asistență medicală specializată (nivel secundar) în scopul îmbunătățirii calității serviciilor medicale și accesului populației la aceste servicii; perfecționarea sistemului administrativ la nivel unităților administrativ-teritoriale în baza principiilor descentralizării și unicității. Ministerul Sănătății, administrațiile publice locale și, eventual, pacienții și populația în general sunt beneficiari în rezultatul intervențiilor după cum urmează:

a) *Ministerul Sănătății*, deoarece va fi exonerat de unele funcții improprii și se va putea concentra asupra exercitării funcției sale principale – elaborarea și promovarea de politici în domeniul sănătății;

b) *Administrațiile publice locale*. Odată cu delegarea serviciilor de AMP și AMS în gestionarea (competența) APL de nivelul I și/sau II, acestea vor avea dreptul, interesul și capacitatea efectivă de a soluționa și de a gestiona, în cadrul legii, în interesul populației locale, o parte importantă a serviciilor de sănătate;

c) *Populația*. În urma delimitării clare și recunoașterii de către APL a competențelor administrative în domeniul sănătății și eliminării conflictelor de competență cu MS, va crește eficacitatea administrării domeniului respectiv și populația va beneficia de serviciile ocrotirii sănătății de o calitate mai înaltă.

40. În baza studiului, au fost elaborate și prezentate patru opțiuni pentru reconfigurarea aranjamentelor de administrare a serviciilor medicale în teritorii, care sunt enumerate mai jos:

a) *Instituirea unor unități (persoane, secții sau direcții) în cadrul APL, cu stabilirea expresă prin lege a caracterului delegat al competențelor din domeniul AMP și AMS, și legiferarea delegării de stat către APL a anumitor atribuții în domeniul administrării sănătății ca o formă intermediară de descentralizare, care se plasează între desconcentrare și devoluțiune*. În rezultatul delegării, către APL va fi transmisă competența deplină în

exercitarea funcțiilor administrative ce țin de gestionarea asistenței medicale primare și specializate la nivel teritorial, în corespundere cu nomenclatorul instituțiilor medico-sanitare publice aprobat de MS. Acest transfer de competențe va fi însoțit în mod obligatoriu de transferul de resurse financiare necesare exercitări efective a acestor competențe.

b) *Transferarea instituțiilor medico-sanitare de nivelul raional în subordinea Ministerului Sănătății și crearea serviciilor desconcentrate ale MS la nivel teritorial.* Această opțiune reflectă apartenența statală a domeniului sănătății care, în anumită percepere, nu poate fi transferată către APL, dat fiind că este garantat de Constituție și urmează să rămână în responsabilitatea statului. Însă, această opțiune necesită resurse și acceptul APL de a transmite patrimoniul (instituțiile medico-sanitare publice) în proprietatea Ministerului Sănătății.

c) *Crearea unor subdiviziuni specializate (secții sau direcții) în cadrul oficiilor teritoriale ale Cancelariei de Stat (reprezentantul Guvernului în teritoriu) abilitate cu funcția de coordonare generală a serviciilor desconcentrate ale MS în teritoriul unităților administrativ-teritoriale.* Aceasta opțiune reprezintă tipul centralizat de acordare a serviciului public apropiat de cel descris în opțiunea 2. Această opțiune ar permite gestionarea pe plan raional a domeniului sănătății (AMP și AMS) prin intermediul unei autorități guvernamentale plasate la nivel local și care va deține o competență în vederea conducerii generale a serviciilor publice desconcentrate ale ministerelor și altor autorități centrale. Totodată, oficiul teritorial al Cancelariei de Stat (reprezentantul Guvernului) ar concentra două tipuri neomogene de competențe: coordonarea activității serviciilor desconcentrate ale MS; și coordonarea prestării serviciilor oferite de instituțiile medico-sanitare de asistență medicală primară și specializată din subordinea APL. Dar pentru a soluționa această problemă este necesar acceptul APL de a transfera proprietatea sa (instituțiile medico-sanitare publice din subordine) în proprietatea MS.

d) *Conservarea situației existente.* Datorită situației economico-financiare complexe din RM aceasta ar fi una din opțiuni. Însă, în acest caz, vor fi conservate toate problemele existente în domeniul dat. Opțiunea nu este supusă analizei, dat fiind că se regăsește în studiile respective anterioare. Această opțiune oferă posibilitatea soluționării problemelor menționate, în caz de formare a regiunilor ca unități teritorial-administrative – ideie ce se vehiculează în ultimul timp.

41. În baza analizei opțiunilor, s-a ajuns la concluzia că *pentru asistența medicală primară, Opțiunea a) este preferabilă.* Ministerul Sănătății se eliberează de atribuțiile/sarcinile aferente celor transferate (delegate), se axează pe problemele legate de elaborarea de politici, standarde de calitate, controlul calității etc., precum și dobândește dreptul de a exercita controlul administrativ de oportunitate asupra modului de exercitare a competențelor respective delegate către APL. În rezultat, va avea loc îmbinarea interesului național cu cel local, în domeniul organizării și funcționării sistemului administrativ al sănătății. Prestarea serviciilor conform principiilor de eficacitate și economicitate, și se va ajunge la apropierea serviciului către populație și susținerea de către APL în special în localitățile rurale.

42. În același timp, *Opțiunea a) să vede ca una optimă și oportună pentru asistența medicală specializată,* în vederea eficientizării și uniformizării sistemului administrativ al sănătății la nivel teritorial, precum și creșterii gradului de implicare și responsabilitate a

APL la nivelul II. În același timp, *pentru AMS merită atenție și opțiunea c)*, cu condiția respectării drepturilor și intereselor APL la nivelul II în domeniul administrării și controlului asupra activității instituțiilor medicale din teritoriul respectiv.

43. Pe parcursul ultimilor luni, Ministerul Sănătății a re-început discuțiile, atât pe interior cât și împreună cu organizațiile internaționale partenere despre optimizarea structurii și îmbunătățirea coordonării sistemului de prestare a serviciilor medicale la nivel raional. Este prevăzut că aceste discuții se vor solda cu elaborarea și aprobarea unei structuri organizaționale noi a sistemului sănătății la nivel de raion precum și a regulamentelor de funcționare a IMSP raionale, inclusiv spitalele și centrele medicilor de familie raionale. A fost propusă și crearea Consiliilor medicale raionale pentru îmbunătățirea coordonării serviciilor medicale locale precum și pentru promovarea politicilor și strategiilor Ministerului Sănătății la nivel local. Chiar dacă aceste modificări nu au fost încă formalizate, am încercat să analizăm aceste intenții precum și posibilele consecințe. Un sumar de analiză este prezentat mai jos.

44. Este evident că Ministerul Sănătății are intenții clare de îmbunătățire a managementului, coordonării și supravegherii activităților de ocrotire a sănătății la nivel raional. Se încearcă să fie creată o structură raională nouă a serviciilor medicale. Ideia de bază care se discută este instituirea unei funcții "noi" de medic-șef al raionului cu atribuirea responsabilităților asupra managementului serviciilor medicale (primare și spitalicești). Important este că Ministerul Sănătății este preocupat de lipsa de influență asupra implementării politicilor și supravegherii implementării programelor naționale la nivel local și intenționează să-și îmbunătățească influența locală prin crearea unei poziții noi de medic-șef al raionului.

45. În același timp, pentru a aplica toate modificările în practică, aceste decizii trebuie să corespundă cu, sau să fie implementate conform legislației în vigoare. În acest aspect, implementarea acestor intenții este dificilă deoarece există un număr important de lacune de aspect juridic. În primul rând, ordinele Ministerului Sănătății nu au o putere juridică directă atunci când este vorba despre autoritățile publice locale; în acest caz acestea pot avea un caracter de recomandare. În al doilea rând, APL raionale nu au suficiente capacități pentru elaborarea de regulamente juridice dar și suficientă expertiză "medicală" pentru a se conforma cerințelor Ministerului Sănătății de elaborare a structurilor organizaționale noi (a fost sugerat ca APL să elaboreze și să coordoneze regulamentele de organizare și funcționare a Spitalului raional, Centrului medicilor de familie și, după caz, a Centrelor de sănătate autonome din AMP). Din acest motiv și luând în considerație intenția de a obține modificările într-o perioadă scurtă de timp (precum înregistrarea modificărilor și completărilor operate la oficiul teritorial al Camerei înregistrări de Stat a Ministerului Tehnologiilor Informaționale și Comunicațiilor) este evident că anumite consultări juridice sunt necesare în continuare.

46. Mai mult ca atât, potrivit legislației Ministerul Sănătății nu este în drept să aprobe structura sistemului național de ocrotire a sănătății. Constituția Republicii Moldova stabilește că legea organică urmează să descifreze din punct de vedere juridic următoarele compartimente: *„structura sistemului național de ocrotire a sănătății, mijloacele de protecție a sănătății fizice și psihice a persoanei”*. În ceea ce privește structura sistemului constatăm că Legea ocrotirii sănătății nu oferă reglementări explicite. Din textul Legii respective nu putem deduce cum este structurat sistemul, care

sunt elementele lui și cum funcționează mecanismul în ansamblu. În atare situație, evident, că soluțiile au fost introduse prin acte subordonate legii. Ministerul Sănătății, ani la rând, prin ordinele sale a încercat să acopere spațiul care, conform Constituției, urma să fie reglementat de lege: (Ordinul MS nr.160 din 01.07.1999 „Cu privire la structura sanitară județeană/municipală”, Ordinul MS nr.190 din 23.06.2003 „Cu privire la instituirea structurii sistemului sănătății raionale/municipale”, Ordinul MS nr.404 din 30.10.2007 „Cu privire la delimitarea juridică a asistenței medicale primare la nivel raional”).

47. În înțelegerea noastră, implementarea noii restructurării promovate de Ministerul Sănătății presupune abrogarea deciziei luate în anul 2007 de separare juridică, organizațională și financiară a serviciilor medicale primare și spitalicești la nivel raional (impusă prin ordinul Nr. 404 din 30.10.2007 și alte documente). Este important de menționat că această decizie a fost luată la inițiativa Ministerului Sănătății după discuții lungi și dificile de nivel înalt, inițiativă susținută de Comisia Europeană și recomandată de partenerii internaționali cum sunt Banca Mondială și Organizația Mondială a Sănătății. Scopul separării a fost de a păstra, prioritiza și asigura o finanțare adecvată continuă a intervențiilor cheie din domeniul sănătății, deoarece aceste intervenții sunt implementate la nivelul asistenței medicale primare. Această decizie a permis asigurarea finanțării durabile precum și apropierea serviciilor medicale de necesitățile locale, recomandarea Băncii Mondiale fiind contribuția de 35% pentru asistența medicală primară și 15% pentru serviciile de urgență din totalul alocărilor pentru sănătate.

48. Astfel, tendința generală a măsurilor discutate ține mai mult de centralizare și nu de descentralizare. Chiar dacă efectele așteptate pot fi atinse prin “descentralizarea prin centralizare parțială”, modificările propuse nu prevăd mecanisme de balansare a acestor efecte. Se observa tendința de creștere a autorității nivelului central (Ministerului Sănătății) și descreșterii în continuare, chiar dacă și așa este destul de scăzută la moment, a autorității nivelului local. În special, descreșterea identității instituționale a asistenței medicale primare (pusă în discuție mai jos) și, în același timp, reducerea rolului APL de supraveghere a intereselor și priorităților din domeniul sănătății pare a fi în contradicție cu deciziile și scopurile actuale ale Guvernului.

49. Mai mult ca atât, avînd în vedere ideia promovată de Ministerul Sănătății de a institui în raioane funcția de «medic șef al raionului» și eventual, abrogarea ordinului Nr.404 din 30.10.2007 prin care a fost separată juridic asistența medicală primară de cea spitalicească, bazându-ne pe practicile istorice, în calitate de medic-șef al raionului vor fi numiți majoritatea medicilor șefi a spitalelor, chiar dacă Ministerul Sănătății promovează echitate în selecția lor. Acest fenomen va dezavantaja în continuare asistența medicală primară. Apar duplicități de autoritate/responsabilitate atunci, când medicul-șef al raionului este numit de APL la propunerea Ministerului Sănătății și cînd acesta este în același timp de director de spital sau de CMF. **Este important ca medicul-șef al raionului să nu combine funcțiile de medic-șef al spitalului sau al centrului medicilor de familie.**

50. Măsurile discutate de Ministerul Sănătății de îmbunătățire a coordonării și performanței sistemului sănătății la nivel de raion ar trebui să fie consultate adițional și modificate conform situației. Dacă aceste propuneri sunt implementate fără modificări atunci cu siguranță nu se va atinge scopul și se vor genera resurse administrative

suplimentare care, în consecință pot deteriora situația. Este necesar de menționat, că în condițiile actuale economice și sociale dificile, așa reforme trebuie elaborate în baza unor seturi importante de dovezi, care au în spate analize complexe a potențialelor consecințe și posibilelor alternative. Așa gen de reforme trebuie să fie elaborate într-un proces de participare largă a partenerilor cheie, nu în ultimul rând împreună cu societatea civilă și organizațiile internaționale. Iar structura sistemului de ocrotire a sănătății necesită să fie aprobată prin lege organică, așa cum prevede Constituția Republicii Moldova, dar nu prin act normativ al MS. Dacă, cu adevărat ne dorim integrare în UE, atunci structura sistemului sănătății din Moldova trebuie să fie, dacă nu similară, atunci cât mai compatibilă cu cea a țărilor membre a UE. Astăzi nici într-o țară din UE, asistența medicală primară nu se află în subordinea spitalelor.

51. Pentru perioada imediată, cel puțin pentru anul 2010, noi propunem să fie luată în considerație opțiunea “fără schimbare”, cel puțin până la stabilizarea situației economice și financiare, dar și stabilirea unei clarități pe plan politic. În paralel, se recomandă ca Ministerul Sănătății în cooperare și cu susținerea partenerilor să implementeze următoarele:

a) împreună cu Compania Națională de Asigurări în Medicină să îmbunătățească și să ajusteze pe cât de posibil relațiile contractuale cu instituțiile medicale în vederea menținerii acoperirii populației cu serviciile medicale și asigurării intervențiilor și programelor prioritare, în special luând în considerație condițiile de criză economică și financiară;

b) să elaboreze și să piloteze, pe cât de posibil, unele aranjamente pentru prestarea serviciilor regionale (inter-raionale), spre exemplu reorganizarea serviciului oncologic recomandat în cadrul proiectului « Servicii de Sănătate și Asistență Socială » finanțat de Banca Mondială, să dezvolte regionalizarea serviciilor medicale pediatrice de urgență și terapie intensivă în Moldova (REPEMOL) susținut financiar de către Biroul de Cooperare al Elveției în Republica Moldova și altele;

c) în baza celor descrise mai sus, să elaboreze un cadru normativ pentru organizarea centrelor regionale (inter-raionale) cu o acoperire financiară adecvată a serviciilor medicale (exemplu: banii urmează pacientul).

52. În concluzie, descentralizarea este o provocare importantă pentru prestarea serviciilor medicale în general. Implicarea activă a managerilor în elaborarea reformelor bazate pe descentralizare, standardizarea alocărilor financiare, normelor și standardelor internaționale dar și monitorizarea impactului este esențială pentru asigurarea echității și calității serviciilor medicale, dar și pentru îmbunătățirea eficienței. În general, optimizarea efectivă și descentralizarea managementului prestării serviciilor medicale în cadrul structurii administrative actuale a Republicii Moldova sunt foarte limitate la nivel de raion. Un efect major se poate atinge dacă ar fi promovată o divizare administrativă ce ar implica unități mai largi (spre exemplu regiuni) cu o autonomie administrativă și financiară mai mare.

Bibliografie

1. 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.
2. Parlamentul RM. Legea Nr. 122 din 23.12.2009 “Pentru modificarea Legii fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2009 nr. 263-XVI din 11 decembrie 2008”. *Monitorul Oficial* Nr. 193-196 din 29.12.2009; art. Nr: 611.
3. Parlamentul RM. Legea Nr. 128 din 23.12.2009 “fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2010”. *Monitorul Oficial* Nr. 193-196 din 29.12.2009.
4. Parlamentul RM. Legea Nr. 1585 din 27.02.1998 „Cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală”. *Monitorul Oficial* Nr. 38-39 din 30.04.1998; art. Nr: 280.
5. Prioritățile Ministerului Sănătății și acoperirea financiară a acestora din bugetul public național pentru a.2010. Prezentare în plen la ședința Consiliului sectorial pentru sănătate în domeniul asistenței externe din 11 decembrie 2009.
6. Raport privind activitatea Companiei Naționale de Asigurări în Medicină în anul 2007.
7. Savin Ș, Soltan V. Analiza reformei în domeniul medicinei prin asigurări. *Finconsultant*. Chișinău, 2009, nr. 9, p. 71–93.
8. Sara Allin, Konstantina Davaki, Mossialos E. Paying for ‘free’ health care: the conundrum of informal payments in post-communist Europe. 2005
9. Shishkin S, Kacevicius G, Ciocanu M. Evaluation of Moldova’s 2004 Health Financing Reform. *Health Financing Policy Paper*. Division of Country Health Systems, WHO Europe. 2008.
10. Soltan V, Savin Ș, Furdui V, Cuza I, Barbă O. Studiul politicii privind gradul descentralizării administrative în domeniul sănătății publice. Chișinău 2009 (studiu finanțat de Biroul de Cooperare a Elveției în Moldova și implementat de Centrul PAS).
11. Stefanet S. Report on Patient satisfaction and access to health care services in Orhei and Chisinau pilot regions. *Public health reform project*. Chisinau 2005
12. Studiu al percepției subiective a cetățenilor Republicii Moldova despre impactul politicilor publice. CBS-AXA. 2006
13. The Republic of Moldova health policy note. World Bank. Chisinau 2006
14. World Bank (2008) Decentralization & Subnational Regional Economics, <http://go.worldbank.org/9Y0IDD8C80>