

**STUDIUL POLITICII PRIVIND GRADUL
DESCENTRALIZĂRII ADMINISTRATIVE ÎN DOMENIUL
SĂNĂTĂȚII PUBLICE**

RAPORT FINAL

Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate

Chișinău 2009

Colectivul de autori:

Viorel Soltan

Ștefan Savin

Viorel Furdui

Ion Cuza

Oleg Barbă

**Studiul a fost realizat de către Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate, la solicitarea
Ministerului Sănătății, cu suportul financiar al Biroului de Cooperare a Elveției în Moldova**

CUPRINS

I	CONCEPTUL ACTUAL PRIVIND DESCENTRALIZAREA ȘI TERMINOLOGIE.....	3
	CENTRALIZARE	3
	DESCENTRALIZARE	4
	<i>Desconcentrarea.....</i>	<i>5</i>
	<i>Delegarea.....</i>	<i>5</i>
	<i>Devoluțiunea.....</i>	<i>5</i>
II	ANALIZA LEGISLAȚIEI REPUBLICII MOLDOVA CE VIZEAZĂ DESCENTRALIZAREA ADMINISTRATIVĂ ȘI SISTEMUL OCROTIRII SĂNĂTĂȚII.....	7
	DESCENTRALIZAREA ÎN CONTEXTUL LEGII DESCENTRALIZĂRII ADMINISTRATIVE.....	7
	DREPTUL DE PROPRIETATE ȘI DESCENTRALIZAREA ADMINISTRATIVĂ.....	8
	ANALIZA LEGISLAȚIEI CE ȚINE DE DOMENIUL OCROTIRII SĂNĂTĂȚII.....	10
	<i>Ocotirea sănătății este obligațiunea directă și necondiționată a statului.....</i>	<i>10</i>
	<i>Analiza Legii ocrotirii sănătății.....</i>	<i>10</i>
	<i>Analiza actelor normative ce se referă la structura serviciilor de sănătate.....</i>	<i>11</i>
	<i>Asigurarea obligatorie de asistență medicală.....</i>	<i>12</i>
III	DESCENTRALIZAREA SERVICIILOR PUBLICE DIN REPUBLICA MOLDOVA	14
	EVOLUȚIA ȘI CARACTERISTICA GENERALĂ A SITUAȚIEI ACTUALE.....	14
	DESCENTRALIZAREA UNOR SERVICII PUBLICE	15
IV	EXPERIENȚA INTERNAȚIONALĂ ÎN DOMENIUL DESCENTRALIZĂRII SISTEMULUI DE SĂNĂTATE	17
	PREMIZE ȘI PRINCIPII GENERALE	17
	REPUBLICA CEHĂ: EXPERIENȚE.....	18
	REPUBLICA ESTONIA: EXPERIENȚE.....	19
	REPUBLICA LETONIA: EXPERIENȚE	20
	REPUBLICA MACEDONIA: EXPERIENȚE.....	21
V	ANALIZA CUNOȘTINȚELOR, ATITUDINILOR ȘI PRACTICIILOR.....	24
VI	CONSIDERĂRI ȘI DISCUȚII.....	27
	REFERINȚE.....	31

I CONCEPTUL ACTUAL PRIVIND DESCENTRALIZAREA ȘI TERMINOLOGIE

În prezent, 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. 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⁽¹⁾.

În același timp, studiul a constatat că utilizarea pe larg a termenului de descentralizare în practica normativă și juridică din Republica Moldova nu întotdeauna a fost uniformă și adecvată sensului și scopului pe care-l urmărește. În unele cazuri descentralizarea a fost privită doar ca un simplu transfer de atribuții (competențe) de la un nivel de administrare către altul, „uitându-se” de resursele financiare și umane necesare ca aceste competențe să fie funcționale.

Actualmente, sunt foarte multe acte normative care prevăd diverse atribuții pentru autoritățile publice locale (APL) în domeniul sănătății. Însa, în varianta actuală, nu este clar ce fel de atribuții sunt acestea: proprii, desconcentrate sau partajate (mixte). În rezultat, aceste prevederi normative nu pot fi aplicate în prezent din cauza lipsei unei clarități privind resursele materiale, financiare și umane de care trebuie să fie însoțit transferul respectiv de competențe către APL.

În alte cazuri, prin descentralizare se înțelege doar anumite operațiuni tehnice, care nu au nimic comun cu conceptul descentralizării propriu zis⁽²⁾. De asemenea, studiul a constatat în multe cazuri o abordare limitativă a descentralizării care se reducea la redistribuirea competențelor (serviciilor) între diferite nivele de administrație publică. În același timp, lăsându-se în afara conceptului descentralizării astfel de forme și elemente importate ca descentralizarea economică (privatizarea și/sau lărgirea accesului sectorului privat la procesul de prestare a serviciilor publice).

Toate acestea, alături de alte cauze subiective și obiective au constituit un impediment important în înțelegerea corectă a procesului de descentralizare a serviciilor publice. De aceea, în contextul prezentului studiu se definește de la bun început și se concretizează termenul de descentralizare precum și alți termeni relevanți.

Centralizare

Centralizarea în administrația publică 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. Autoritățile centrale, emit acte decizionale, iar cele locale doar le execută.

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. Numărul acestor servicii publice diferă de la țară la țară, însă 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. Prin urmare, 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

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.

Descentralizare

Procesul descentralizării este unul foarte complex și multi-aspectual. Fiecare element al descentralizării este important și indispensabil. Neglijarea și desconsiderarea unuia dintre elementele respective face ca procesul de descentralizare să nu funcționeze în modul adecvat și chiar poate să aducă la blocarea lui.

Astfel, actualmente descentralizarea este privită sub următoarele aspecte interdependente și esențiale: *politic, administrativ, fiscal și economic*.

Tabelul 2 Formele descentralizării și caracteristicile lor

1. Descentralizarea politică	2. Descentralizarea administrativă
<ul style="list-style-type: none"> - pluralism politic al APL autonome (guvernelor locale); - alegere directă a APL decizionale și alegerea directă sau indirectă a autorităților locale executive; - transferul către APL a puterii decizionale în toate probleme de interes local; - informarea și cunoașterea mai bună a nevoilor comunităților locale de către factorii decizionali locali; - grad de responsabilitate sporit a factorilor decizionali locali față de cetățenii care-i cunosc și-i aleg. 	<ul style="list-style-type: none"> - repartizarea între diferite nivele ale administrației publice a competențelor, responsabilităților și resurselor în vederea asigurării cu servicii publice a cetățenilor; - un transfer de responsabilități pentru planificarea, finanțarea și gestionarea anumitor funcții publice de la AP centrale către APL sau unele agenții semi-autonome; - îmbinarea mai multor forme de administrare a serviciilor publice de interes național și local în teritorii: desconcentrare, delegare și devoluțiune; - cadrul legal dezvoltat cu reguli clare la capitolul competențe, natura lor și mecanismele de realizare.
3. Descentralizarea fiscală	4. Descentralizare economică
<ul style="list-style-type: none"> - transferarea și asigurarea cu resurse și capacități financiare adecvate subiecților cărora le sunt transmise anumite responsabilități (competențe) și servicii publice; - dreptul autorităților locale de a decide și influența procesul de stabilire și acumulare a impozitelor și taxelor locale; - asigurarea cu competență suficientă și capacități funcționale și umane a subdiviziunilor APL responsabile de acumularea și urmărirea impozitelor și taxelor locale; - Elementele descentralizării fiscale sunt: (1) autofinanțarea prin intermediu achitării complete de către utilizatori a serviciilor; (2) cofinanțarea: parteneriatul public-privat; (3) stabilirea și mărirea numărului de taxe locale pentru prestarea anumitor servicii; (4) transferuri de la bugetul de stat; (5) defalcări de la veniturile generale de stat; (6) administrarea patrimoniului local; (7) împrumuturi de la instituții financiare din țară și peste hotare. 	<ul style="list-style-type: none"> - transferul responsabilităților pentru acordare de servicii publice de la sectorul public către sectorul privat; - formele actual de bază: privatizarea și liberalizarea cadrului instituțional; - În cadrul privatizării: (1) sectorul privat preia anumite funcții și servicii publice care constituiau obiectul monopolului de stat; (2) are loc contractarea anumitor servicii de interes public de la antreprenori privați; (3) finanțarea programelor publice din contul împrumuturilor de pe piața capitalului (instituții financiare private); (4) transferul responsabilităților de acordare a serviciilor publice prin cedarea (vânzarea) sau concesiune întreprinderilor de stat sau municipale; - Liberalizarea cadrului instituțional are loc prin: (1) reducerea restricțiilor legale privind participarea sectorului privat în domeniul prestării serviciilor publice; (2) asigurarea competiției și concurenței libere între subiecții sectorului privat în vederea prestării serviciilor publice.

La rândul său descentralizarea administrativă cunoaște 3 forme principale:
desconcentrare, delegare și devoluțiune.

Desconcentrarea

Desconcentrarea reprezintă transferarea de competențe, responsabilități și resurse în domeniul serviciilor publice către structurile teritoriale ale autorităților publice centrale special create pentru prestarea anumitor servicii publice de interes național. Ea este considerată o formă ușoară a descentralizării. 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⁽³⁾.

Delegarea

Delegarea este o formă cu un grad mai mare de descentralizare. Ea reprezintă transferul de anumite competențe decizionale și responsabilități de interes național ale autorităților 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. Unica formă de control pe care o pot utiliza în cadrul delegării autoritățile publice centrale este controlul de oportunitate asupra modului de realizare a responsabilităților și utilizare a mijloacelor financiare transferate.

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, care prevede în special că competențele care țin de autoritățile publice centrale pot fi delegate autorităților publice locale de nivelurile întâi și doi, respectându-se criteriile de eficacitate și de raționalitate economică. Delegarea de competențe este însoțită obligatoriu de asigurarea resurselor financiare necesare și suficiente realizării acestora. Delegarea de competențe este efectivă doar din momentul în care a avut loc transferul resurselor financiare și materiale necesare și suficiente.

Devoluțiunea

Devoluțiunea sau descentralizare propriu zisă 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. Autoritățile publice centrale pot doar să ceară și să recomande un anumit comportament pentru APL, sau cel mult să conteste în instanța de judecată (contencios administrativ) anumite acte ale APL în cadrul controlului administrativ și în conformitate cu procedurile și regulile stabilite prin lege.

În concluzie, teoria și practica juridică actuală din domeniul descentralizării oferă o gamă largă de concepte, forme și instrumente care, fiind studiate și aplicate adecvat, pot permite găsirea celor mai optimale și eficiente decizii în cadrul procesului de descentralizare și îmbunătățire a funcționării serviciilor publice din diferite domenii, inclusiv cel al sănătății. Totodată, pentru ca procesul de descentralizare să fie realizat, se impun a fi respectate următoarele condiții:

- a. 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;
- b. 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;
- c. Stabilirea unui set de scopuri și obiective realiste și coerente în domeniile cheie prin care să fie implementate politicile de descentralizare;
- d. Pregătirea personalului calificat și motivat în conformitate cu responsabilitățile ce-i revin în cadrul procesului de descentralizare;
- e. Existența unei ambianțe favorabile și de facilitare care să asigure crearea unor parteneriate între diferiți actori din cadrul procesului de descentralizare.

II ANALIZA LEGISLAȚIEI REPUBLICII MOLDOVA CE VIZEAZĂ DESCENTRALIZAREA ADMINISTRATIVĂ ȘI SISTEMUL OCROTIRII SĂNĂȚĂII

La etapa actuală, normele ce au relevanță directă la descentralizarea administrativă își găsesc expresie directă în Constituția Republicii Moldova, art. 109 „Principiile de bază ale administrării publice locale”, în Carta Europeană a Autonomiei Locale (semnată la Strasbourg, 15 octombrie 1985), aprobată la 16.07.97 de Parlamentul Republicii Moldova prin Hotărârea nr. 1253-XIII⁽⁵⁾ și următoarele acte legislative organice:

- Legea privind descentralizarea administrativă⁽⁴⁾;
- Legea privind administrarea publică locală⁽⁶⁾;
- Legea privind finanțele publice locale⁽⁷⁾;
- Legea cu privire la proprietatea publică a unităților administrativ-teritoriale⁽⁸⁾.

Aceste acte cristalizează totalitatea reglementărilor care se aplică proceselor ce au loc în cadrul descentralizării administrative și au constituit subiectul acestui studiu, în principal Legea descentralizării administrative. Alte acte normative, legi și acte subordonate legii, au incidență facultativă asupra domeniului și au fost examinate în măsura necesităților.

Descentralizarea în contextul Legii descentralizării administrative

Legea privind descentralizarea administrativă⁽⁴⁾ ne furnizează câteva caracteristici importante ale descentralizării. Art. 9 „Regulile procesului de descentralizare administrativă” menționează că „Descentralizarea administrativă reprezintă un proces continuu, progresiv, care evoluează o dată cu extinderea capacității administrative a unităților administrativ-teritoriale, în vederea gestionării eficiente a serviciilor publice aflate în responsabilitatea acestora”. Aceste trei caracteristici lasă destul spațiu pentru interpretare subiectivă, mai bine zis, apreciere subiectivă a unei situații concrete. Încercarea de a determina dacă este sau nu un proces continuu sau progresiv inevitabil cristalizează mai multe opinii.

Principiile descentralizării, consacrate în art. 3 din Lege împreună cu trei caracteristici oferite în art. 9 formează, de fapt, dimensiunea juridică ce configurează conceptul descentralizării administrative. Celelalte norme ale Legii respective se referă mai mult la aspectul tehnic al procesului descentralizării, stipulând anumite proceduri sau indicatori. Așadar, descentralizarea administrativă este un proces ce se caracterizează prin anumite calități (art. 9) și se realizează ținându-se cont de anumite rigori (principii) (art. 3).

Aceste principii configurează calea pe care se va merge în procesul descentralizării. Toate acțiunile necesare pentru executarea prevederilor Legii 435 din 28.12.2006 trebuie să fie în concordanță cu principiile descentralizării. Astfel, putem afirma că art. 3 din Legea descentralizării administrative pune pilonul de temelie al filozofiei descentralizării.

Legea descentralizării administrative nu explică semnificațiile conceptului, nu determină scopul care se urmărește și nu stipulează expres tehnologia procesului. În același timp, legea aduce detalii tehnice privitor la procedurile premergătoare descentralizării, precum și niște condiții care urmează a fi respectate în cadrul descentralizării.

Capitolul IV „Resurse financiare și materiale ale colectivităților locale” conține prevederi care, într-o formă sau alta, sunt deja puse în circuitul legal prin Legea privind

administrația publică locală⁽⁶⁾, Legea finanțelor publice locale⁽⁷⁾ și Legea cu privire la proprietatea publică a unităților administrativ-teritoriale⁽⁸⁾.

Legea descentralizării administrative trasează niște repere vagi, lăsând în afara perimetrului întrebările de fond: ce este descentralizarea administrativă și de ce se recurge la descentralizare administrativă. Cu toate acestea, Legea descentralizării administrative conține câteva norme de o natură univocă, precisă și explicită, care au relevanță directă pentru esența problemei.

În primul rând, legea determină exhaustiv domeniile de activitate a autorităților publice locale, precum și expunerea concentrată a principiilor descentralizării. Deși majoritatea principiilor sunt deja prevăzute în Carta Europeană a Autonomiei Locale, este important că ele s-au regăsit explicit în legislația națională. În al doilea rând, delimitarea juridică clară a serviciilor publice desconcentrate de cele descentralizate și stabilirea autorității care va asigura coordonarea generală a activităților serviciilor publice desconcentrate constituie un pas înainte. Art. 7 al. 3 din Legea 435 din 28.12.2006⁽⁴⁾ stabilește că acesta se va realiza prin intermediul structurilor teritoriale ale Ministerului Administrației Publice Locale.

O altă novație pozitivă este introducerea conceptului de capacitate administrativă (art.11) care servește drept punct de sprijin și instrument de ajustare a configurației administrativ-teritoriale la resursele de care dispun unitățile administrativ-teritoriale. Deși punerea în funcțiune a acestui concept cere explicații și mecanisme juridice detaliate, este deja o avansare faptul că există modalități prin care se poate obține o optimizare a structurilor teritoriale. Încă un element pozitiv îl constituie stipulația expresă a principiului corespunderii resurselor cu competențele (art. 3 lit. e) și art. 6 al. 4 – transferul competențelor o dată cu transferul finanțelor.

Finalmente, este important faptul că legea intervine expres cu interdicția de a descentraliza și transfera din responsabilitatea statului în cea a autorităților publice locale serviciile publice reglementate constituțional (art. 9 al. 5).

Dreptul de proprietate și descentralizarea administrativă

Hotarele oricărei competențe sunt conturate în principal de doi parametri – proprietate și surse de finanțare – elucidarea situației privind delimitarea clară a proprietății în cadrul procesului de descentralizare este condiția primordială a reușitei acestui proces. 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⁽⁸⁾.

Legea cu privire la proprietatea publică a unităților administrativ-teritoriale menționează în art. 1 al. 5 că „Se declară proprietate publică a unității administrativ-teritoriale toate bunurile mobile și imobile, aflate pe 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 privată*”. S-ar părea că norma în cauză este destul de elocventă și ne explică care bunuri sunt ale statului și care sunt ale unităților administrativ-teritoriale, însă, specificarea privitor la excluderea din această listă a bunurilor ce se aflau în proprietatea statului și cea privată, fiind realmente un criteriu ce nu poate fi circumscris cu ușurință, transformă claritatea într-o incertitudine.

În fond, identificarea în natură a bunurilor ce aparțin unităților administrativ-teritoriale apare numai după identificarea celor care aparțin statului; determinarea bunurilor aflate în proprietate privată nu prezintă nici o dificultate. Deși norma este destul de

specifică, grație faptului că din ziua declarării independenței până la acel moment nu a fost evidențiată și înregistrată toată proprietatea statului, la data intrării în vigoare a legii respective nu exista o bază de date completă care să conțină informația referitoare la această proprietate. Situația dată alimentează premisele pentru divergențe de păreri și conflicte de interese.

Procesul delimitării proprietății unităților administrativ teritoriale nu s-a finalizat nici până în prezent, în pofida termenului stabilit tot de aceeași lege (art. 15 prevede finalizarea procesului până la 01 ianuarie 2000). În același timp, este important că legislația în vigoare a stabilit expres, deși nejustificat, că bunurile instituțiilor de ocrotire a sănătății sunt în proprietatea publică a unităților administrativ-teritoriale.

Legea descentralizării administrative⁽⁴⁾ îmbogățește, într-o anumită măsură, tehnologia delimitării proprietății unităților administrativ-teritoriale de cea a statului, stabilind în art. 13 al. 4 anumite criterii pentru delimitare. Acestea ar putea fi utilizate pentru a reafirma proprietatea statului asupra bunurilor din domeniul ocrotirii sănătății, însă acest lucru poate avea loc numai concomitent cu modificarea art. 3 din Legea cu privire la proprietatea publică a unităților administrativ-teritoriale.

Problema bunurilor înstrăinate rămâne a fi una importantă în procesul de descentralizare, inclusiv din domeniul sănătății. Legea cu privire la proprietatea publică a unităților administrativ-teritoriale⁽⁸⁾ a consacrat expres dreptul unităților administrativ-teritoriale la bunurile instituțiilor din domeniul ocrotirii sănătății, astfel transformându-le de jure în proprietari ai acestor instituții. De fapt, și până la data intrării în vigoare a acestei Legi (11.11.1999), majoritatea instituțiilor medico-sanitare erau deja recunoscute ca și proprietate a unităților administrativ-teritoriale și se subordonau autorităților publice locale (articolele 4, 5, 6 din Legea ocrotirii sănătății⁽⁹⁾). 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 nr. 627 – XII din 04.07.1991⁽¹⁰⁾ în varianta originală nu conținea o prevedere expres privitor la 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: numai la 07.03.2003 prin Legea nr. 100-XV privind modificarea și completarea Legii cu privire la privatizare a fost stipulat că Legea cu privire la privatizare guvernează și mecanismul înstrăinării proprietății unităților administrativ-teritoriale (art. I, 1, 2 din Legea nr. 100-XV din 07.03.2003).

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 incerte din Legea cu privire la privatizare, au înstrăinat mai multe obiecte al instituțiilor medico-sanitare publice. Temei pentru aceasta au servit anumite prevederi din legile care reglementau activitatea autorităților publice locale în acea perioadă.

Studiul a constatat că legislația conținea mai multe locuri neclare și ambigue care creau posibilități pentru realizarea intențiilor de acest fel. Restabilirea proprietății statului asupra acestora se vede ca o sarcină destul de dificilă, de multe ori irealizabilă. Fiecare caz trebuie examinat separat, iar soluția trebuie formulată în dependență de circumstanțe.

Analiza legislației ce ține de domeniul ocrotirii sănătății

Ocrotirea sănătății este obligațiunea directă și necondiționată a statului.

Legislația ce guvernează ocrotirea sănătății se fundamentează pe norma din Constituția Republicii Moldova care în art. 36 „Dreptul la ocrotirea sănătății” al. 1 prevede: (1) „Dreptul la ocrotirea sănătății este garantat”. Aceasta este stipulația ce pune piatra de temelie a întregului masiv ce vine să reglementeze domeniul în cauză și care, potrivit al. 3 al aceluiași articol, urmează să fie stabilit prin lege organică.

Statul fără echivoc, direct și necondiționat prin normă constituțională își asumă responsabilitatea pentru ocrotirea sănătății cetățenilor săi. Norma respectivă este definitorie pentru construcția întregului sistem de asistență medicală, spiritul ei urmează să fie reflectat și detaliat în toate actele normative succesive. Așadar, statul este obligat să ofere necondiționat, iar cetățeanul poate cere de la stat realizarea acestui drept.

Art. 36 „Dreptul la ocrotirea sănătății” este incorporat în Titlul III, Capitolul II din Constituție denumit „Drepturile și libertățile fundamentale”, de rând cu celelalte drepturi recunoscute de către comunitatea internațională ca drepturi indispensabile civilizației moderne. Deci, putem afirma că statul pune în evidență ocrotirea sănătății, atribuindu-i un tratament special și asumându-și responsabilitate necondiționată pentru realizarea acestui drept.

Referindu-ne la obligațiunile statului, trebuie să înțelegem acest concept în sensul cel mai restrâns, adică puterea publică centrală. Conform Constituției, Guvernul este puterea publică centrală, adică organul executiv suprem al țării. Acesta, în conformitate cu Legea cu privire la Guvern nr. 64-XII din 31.05.90⁽¹¹⁾, are obligațiunea de executare a legilor și de gestionare a treburilor în cadrul țării. Guvernul reprezintă statul în raporturile civile și administrative. Așadar, Guvernul și ministerul de ramură sunt exponenții statului în raport cu obligațiunea de a realiza dreptul la ocrotirea sănătății.

Garantarea unui drept este asigurarea condițiilor ca acest drept să fie satisfăcut în orice caz, indiferent de circumstanțe. Nici o autoritate publică locală nu poate excede capacitățile puterii sale și satisface dreptul general și necondiționat la ocrotirea sănătății, pentru că acest drept trebuie să fie realizat oriunde se extinde puterea statului moldovenesc, iar puterea autorității publice se oprește la hotarul unității teritorial-administrative care o reprezintă, or fiecare dintre autoritățile publice locale are o jurisdicție teritorială limitată. Mai mult ca atât, autoritatea publică locală are o jurisdicție limitată și în ceea ce privește instrumentele de realizare a puterii pe care o deține datorată, inclusiv, și capacității financiare restrânse.

Analiza Legii ocrotirii sănătății

Așa cum prevede Constituția țării, ocrotirea sănătății este reglementată de o lege organică, Legea ocrotirii sănătății nr. 411-XIII din 28.03.1995⁽⁹⁾. Aprobat în anul 1995, acest act legislativ deși a fost modificat de câteva ori, nu s-a schimbat esențial, păstrând până în prezent spiritul ce a dominat societatea la începutul anilor 90. Lacunele acestui document se exprimă nu numai prin neconcordanța lui cu cerințele vieții contemporane și cu tendințele de reglementare tehnologizată și coerentă. Actul este în disonanță cu prevederile constituționale și cu legislația ce guvernează regimul juridic al autorităților publice locale.

Mai întâi de toate, Constituția (art.36) stipulează 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.

Anume Legea în cauză stabilește, printre altele, în calitate de principii ale sistemului ocrotirii sănătății următoarele: conducerea descentralizată, responsabilitatea autorităților publice locale (pe lângă cele centrale) pentru promovarea politicii statului în domeniu. În cazul în care statul garantează prin Constituție un drept, el (statul) urmează să construiască, să finanțeze și să mențină funcțional un mecanism adecvat de executare a dreptului garantat. Normele care vin să detalieze acest mecanism urmează să fie formulate în dezvoltarea prevederilor constituționale, pe când ceea ce stipulează Legea ocrotirii sănătății în art. 2 este în contradicție cu norma constituțională, deoarece transferă o parte din responsabilitatea statului autorităților publice locale.

Normele din Legea ocrotirii sănătății nu au fost racordate la prevederile legislației ce guvernează autoritățile publice, în vigoare la acel timp. Astfel, Legea privind administrația publică locală Nr.310-XIII din 07.12.94⁽¹²⁾, în vigoare de la 14.01.1995 până la 12.02.99 nu conținea vreo prevedere ce s-ar referi direct la obligațiunea autorităților publice de a finanța, organiza sau dirigi în alt mod instituțiile medico-sanitare.

Este adevărat că Legea respectivă prevede în art. 17 al. 2 lit. j) printre atribuțiile consiliului (sătesc, raional, municipal) organizarea serviciilor publice, numirea și eliberarea conducătorilor. Cu toate acestea, prevederea în cauză nu poate fi interpretată extensiv, în sensul că ar acoperi și domeniul ocrotirii sănătății, deoarece aceasta prevalează norma Constituțională care proclamă garanția statului asupra dreptului la ocrotirea sănătății.

Analiza actelor normative ce se referă la structura serviciilor de sănătate

Anterior am arătat că Legea ocrotirii sănătății nu conține reglementări referitoare la regulile, mecanismele și principiile de structurare a serviciilor ce acordă asistență medicală, nici măcar la nivel general. În atare situație, evident, că soluțiile au fost introduse prin acte subordonate legii. Ministerul sănătății, prin ordinele sale, a încercat să acopere spațiul care, conform Constituției, urma să fie reglementat de lege.

Legea ocrotirii sănătății stabilește în al. 2, art. 4 „Instituția medico-sanitară” că „instituția medico-sanitară publică se instituie prin decizia Ministerului Sănătății sau a administrației publice locale”. În primul rând, Legea nu explică ce este o instituție medico-sanitară și care este regimul juridic al acesteia, ceea ce constituie o lacună și creează incertitudine în ceea ce privește structurarea sistemului. În al doilea rând, Legea nu prevede o delimitare a competențelor: în care caz fondator este autoritatea publică locală și în care caz este Ministerul Sănătății. Aceasta creează și mai multe confuzii, mai ales că al. 1 al art. 5 „Subordonarea unităților din sistemul de ocrotire a sănătății”, în aceeași manieră confuză stipulează că instituțiile medico-sanitare (cu anumite excepții descrise în Lege) se subordonează Ministerului Sănătății și autorităților publice locale.

În afară de aceasta, mai există o normă care vizează direct autoritățile publice locale, art. 6 - „Competența autorităților publice locale în domeniul asigurării sănătății populației”, dar care nici măcar nu se menționează dreptul autorităților publice locale de a fonda instituții medico-sanitare. În consecință, avem o neclaritate totală a ceea ce este o instituție medico-sanitară, cum se instituie și cui se subordonează.

Ministerul Sănătății clarifică situația în ceea ce privește organizarea sistemului de ocrotire a sănătății prin actele sale. Două acte emise de Ministerul Sănătății configurează structura domeniului: Regulamentul nr. 03/20-99 din 06.04.2006 cu privire la

instituțiile medico-sanitare publice încadrate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat de Ministerului Sănătății și Ordinul Ministerului Sănătății nr. 404 din 30.10.2007, Cu privire la delimitarea juridică a asistenței medicale primare la nivel raional, menționat mai sus.

Primul document explică regimul juridic al instituției medico-sanitare publice, iar al doilea punctează configurația structurii în care se aranjează instituțiile medico-sanitare la nivel raional. Aici 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 asistența obligatorie 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.

Regulamentul cu privire la instituțiile medico-sanitare publice încadrate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală din start declară că „stabilește modul de constituire, formare a patrimoniului, desfășurare a activităților, principiile de gestionare a surselor financiare și a patrimoniului, evidența contabilă, temeiul și modul de reorganizare și dizolvare a Instituțiilor medico-sanitare publice încadrate în sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală”. Urmărind textul actului, vedem că modul de constituire, elementul-cheie al statutului juridic nu se regăsește, de fapt, în textul actului. Nu îl vom găsi nici în Ordinul nr. 404 din 30.10.2007, Cu privire la delimitarea juridică a asistenței medicale primare la nivel raional. E și firesc, pentru că modalitatea de înființare a instituțiilor publice este una generală prevăzută de legislația civilă.

Articolul 183 din Codul civil⁽¹³⁾ menționează că instituția ca subiect de drept este organizația necomercială constituită de fondator pentru exercitarea unor funcții de administrare, sociale, culturale, de învățământ, precum și a altor funcții cu caracter necomercial. Art. 184 al. 1 din Codul civil specifică că: „Instituția publică se constituie în baza unui act emis de autoritatea publică și este finanțată, integral sau parțial, din bugetul acesteia”. În cazul instituțiilor medico-sanitare publice se aplică regula generală, autoritatea publică competentă luând decizia respectivă, formând organele de conducere, dotând instituția cu patrimoniu, finanțând-o și controlându-i activitatea acesteia. Dar deoarece Legea ocrotirii sănătății conține norme neclare și ambigui, aceste competențe au fost încălcate, iar actele normative ale Ministerului Sănătății reflectă și ele neclaritatea privitor la regimul juridic al instituțiilor publice.

Asigurarea obligatorie de asistență medicală

Sistemul de asigurare medicală obligatorie a fost pus în aplicare în anul 2004, în baza Legii cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală nr. 1585-XIII din 27.02.1998⁽¹⁴⁾, el reconstruind principialul mecanism de constituire a fluxurilor financiare. Sistemul de asigurări medicale schimbă cardinal relația instituțiilor medico-sanitare cu „fondatorii”, oricare ar fi aceștia, sau alte organe de administrare (altele decât fondatorii), deoarece aranjează în altă proiecție raportul de dependență între instituție și organul care are competența să influențeze activitatea acesteia sau, exprimându-ne în termenii Legii ocrotirii sănătății (art. 5) - raportul de subordonare. Analiza detaliată a cadrului normativ este anexată acestui raport.

În concluzie, pentru că normele Constituției se referă atât la autonomia autorităților publice locale (art. 109) care, conform Cartei europene a autonomiei locale, semnifică „dreptul și capacitatea efective ale colectivităților locale de a rezolva și a gira în cadrul legii, sub propria lor răspundere și în favoarea populației o parte importantă din treburile publice” (art. 3 al. Conceptul de autonomie locală), cât și la garantarea

dreptului la ocrotirea sănătății (art.36), ceea ce semnifică obligațiunea directă a statului de a asigura acest drept, legislația trebuie să fie formulată astfel încât să reflecte clar corelația dintre aceste două dimensiuni ale vieții sociale.

Legea ocrotirii sănătății nu conține reglementări referitoare la regulile, mecanismele și principiile de structurare a serviciilor ce acordă asistență medicală. Ea este în disonanță cu prevederile constituționale și cu legislația ce guvernează regimul juridic al autorităților publice locale. Ministerul sănătății, prin ordinele sale, a suplimentat cadrul legal existent. Sistemul de asigurări medicale schimbă cardinal relația instituțiilor medico-sanitare cu fondatorii săi sau alte organe de administrare, deoarece aranjează în altă proiecție raportul de subordonare.

III DESCENTRALIZAREA SERVICIILOR PUBLICE DIN REPUBLICA MOLDOVA

Evoluția și caracteristica generală a situației actuale

Analizând evoluția procesului de decentralizare în diferite domenii care a avut loc pe parcursul ultimilor 17 ani în Republica Moldova, constatăm că acest proces a fost și este în continuare unul foarte complex, contradictoriu și anevoios.

Până în anul 1991 Republica Moldova a făcut parte dintr-un stat cu cea mai centralizată formă de administrație publică - URSS. Procesul decizional era prerogativa exclusivă a statului și a autorităților centrale. Descentralizarea și autonomia locală ca principii de organizare și funcționare a administrației publice locale erau totalmente excluse din practica juridică, iar raporturile între diferite nivele de administrație publică se bazau pe o ierarhie și subordonare directă („verticala puterii”, „centralismul democratic”). În rezultat, acest sistem hipercentralizat și extrem de neefectiv și costisitor a falimentat. Printre ultimele caracteristici ale acestui sistem pot fi menționate un număr limitat de servicii publice, calitatea lor proastă, costurile mari pentru întreținerea acestora, ineficiența managementului economico-financiar, nivelul înalt al corupției și birocrăției.

După anul 1991, odată cu transformările democratice care au avut loc în Republica Moldova, administrațiilor publice locale a început să le fie încredințate noi atribuții dar și noi responsabilități, în gestionarea diferitor domenii publice de interes local. În special aceasta s-a făcut în baza prevederilor Constituției Republicii Moldova prin care s-a consfințit pentru prima dată principiul autonomiei locale și descentralizării serviciilor publice, ca principii fundamentale de organizare și funcționare a administrației publice locale. Aceste principii ulterior au fost dezvoltate în cadrul multiplelor reforme ale sistemului administrației publice locale care au avut loc pe parcursul ultimilor 17 ani (6 legi privind administrația publică locală și 3 legi privind reorganizarea administrativ-teritorială).

De asemenea, urmează a fi menționată și „Carta Europeană a Autonomiei Locale” un act normativ internațional la care Republica Moldova a aderat în 1998. Acest act internațional printre alte reglementări importante stabilește că „autoritățile administrației publice locale reprezintă unul dintre principalele fundamente ale oricărui regim democratic” și prin intermediul cărora „dreptul cetățenilor de a participa la rezolvarea treburilor publice” „ se poate exercita la modul cel mai direct”. Iar aceasta presupune existența de autorități ale administrației publice locale înzestrate cu organe decizionale, constituite democratic și beneficiind de o largă autonomie în ceea ce privește competențele, modalitățile de a le exercita și mijloacele necesare pentru îndeplinirea misiunii lor.

În acest sens Carta europeană definește autonomia locală ca fiind „dreptul și capacitatea efectivă a autorităților administrației publice locale de a soluționa și de a gestiona, în cadrul legii, în nume propriu și în interesul populației locale, o parte importantă a treburilor publice” considerând că „exercițiul responsabilităților publice trebuie, de manieră generală, să revină, de preferință, acelor autorități care sunt cele mai apropiate de cetățeni”.

Urmând aceste principii, în Republica Moldova s-au elaborat o serie întregă de reglementări ce au vizat descentralizarea și transmiterea unor atribuții, obiective, complexe patrimoniale, etc., către administrația publică locală. Rând pe rând au trecut în sarcina administrației publice locale serviciile publice comunal-locative, de asigurare cu căldură și apă, administrarea drumurilor locale, transportul local, administrarea patrimoniului instituțiilor din domeniul învățământului și sănătății, etc. În același timp,

autoritățile publice locale în baza diverselor acte normative au fost înzestrate cu numeroase obligații și atribuții de interes național și care de regulă sunt în competența autorităților centrale. Plus la aceasta, în cadrul procesului de descentralizare unele obiective și servicii publice au fost supuse procesului de privatizare sau prestarea lor a fost preluată de către reprezentanții sectorului privat (energie electrică și gaz, aprovizionare cu apă și canalizare, notariatul, serviciul stomatologic etc.).

Totuși, în pofida acțiunilor întreprinse și chiar a unor rezultate destul de pozitive în unele domenii, trebuie de menționat că în prezent situația generală în cadrul procesului de descentralizare din Republica Moldova poate fi caracterizată ca fiind una destul de complicată și incertă. În prezent, putem constata că procesul de descentralizare este început în mai multe domenii, dar practic nefinalizat în nici unul. Astfel, de exemplu, în domeniile învățământului, sănătate și social suntem în situația unei descentralizări parțiale, în care întâlnim un număr mare de atribuții ale administrației publice locale, natura juridică a cărora până în prezent nu este clar definită: competențe proprii, delegate sau partajate. Ceea ce conduce la suprapuneri de autoritate, conflicte de competență dar și la lacune când este vorba de finanțare.

În acest sens, se constată că multe din reforme și acțiuni ce vizau descentralizarea anumitor domenii au fost realizate fără o pregătire bună și fără o bază conceptuală bine definită și argumentată științific, juridic, economic, financiar, social etc. În rezultat, o mare parte dintre reformele și acțiunile ce se realizează în domeniul descentralizării au un caracter formal și inaplicabil, nu-și ating scopul și nu conduc la îmbunătățirea situației în domeniile respective, iar uneori chiar situația s-a înrăutățit (de exemplu: descentralizarea serviciilor de termoficare).

Descentralizarea unor servicii publice

Analizând procesul de descentralizare care a avut loc în Republica Moldova în ultimii 10 ani, studiul a constatat că în cadrul acestui proces au fost folosite mai multe forme de descentralizare menționate mai sus, însă care au avut succes diferit.

Adoptarea Legii cu privire la proprietate⁽¹⁵⁾ (1991), a Codului Funciar⁽¹⁶⁾ (1991), a Legii privatizării⁽¹⁰⁾ (1991) și a Legii privind privatizarea fondului locativ (1993) a consemnat începerea unui proces de decentralizare economică de o importanță deosebită, în care autorităților publice locale le-a revenit un rol important, ele fiind pentru prima dată recunoscute ca subiecte ale dreptului de proprietate municipală fiind înzestrate cu mai multe competențe decizionale în cadrul procesului de privatizare a diferitor categorii de bunuri. În afară de faptul că în rezultatul procesului de privatizare a avut loc o largă descentralizare economică, fondul funciar și cel locativ fiind privatizate în mare parte, autoritățile publice locale în numele unităților administrativ-teritoriale respective, au devenit proprietari asupra unor bunuri (terenuri, edificii, construcții, încăperi locative și nelocative etc.) care ulterior au constituit fundamentul patrimonial al autonomiei locale și a serviciilor publice locale.

Un alt caz de succes de decentralizare economică a unor servicii publice reprezintă privatizarea în anul 2000 a rețelelor de distribuție electrică de către compania spaniolă „Union Fenosa în Moldova” care a cumpărat 100% din acțiunile a trei întreprinderi de distribuție - Societatea pe acțiuni „RE Chișinău”, Societatea pe acțiuni „RED Centru” și Societatea pe acțiuni „RED Sud”. În rezultat, pentru prima dată un serviciu public de o importanță deosebită a fost transferat în întregime în competența unui agent economic privat, care a reușit să soluționeze problemele existente în domeniul dat la momentul respectiv și să asigure prestarea neîntreruptă și calitativă a energiei electrice pentru majoritatea populației Republicii Moldova.

De asemenea, în calitate de formă reușită a descentralizării economice, poate fi menționată crearea, începând cu anul 1997, a institutului notariatului privat prin transferarea notarilor privați a dreptului de a exercita un serviciu de interes (serviciu) public - ocrotirea drepturilor și intereselor legale ale persoanelor și statului prin îndeplinirea de acte notariale în numele Republicii Moldova.

În contextul prezentului studiu, trebuie de menționat că și în domeniul sănătății există cazuri de succes, în aplicarea descentralizării economice. În special menționăm faptul că începând cu anul 1999 prin Hotărârea Guvernului 672/21.07.1999⁽¹⁷⁾ a început procesul de liberalizare a serviciilor stomatologice, prin crearea întreprinderilor de stat stomatologice în baza instituțiilor publice și trecerea lor la autogestiune. În prezent situația a evoluat semnificativ, serviciile stomatologice în mare parte fiind acordate de clinici și stomatologi privați, existând o concurență destul de mare, ceea ce influențează pozitiv calitatea serviciilor oferite.

Transmiterea unor bunuri și servicii publice din proprietatea statului în proprietatea unităților administrativ-teritoriale a constituit una din formele principale de descentralizare administrativă care a avut loc în Republica Moldova începând mai ales cu anul 1999 după ce a fost adoptată Legea cu privire la proprietatea publică a unităților administrativ-teritoriale⁽⁸⁾, prin care s-au stabilit anumite reguli privind modul de transferare a bunurilor și serviciilor. În rezultatul aplicării acestei forme de descentralizare, în perioada anilor 2000-2002 au fost transmise în proprietatea și gestiunea unităților administrativ-teritoriale cele mai principale servicii publice de importanță vitală pentru populație: aprovizionarea cu apă și canalizare; aprovizionarea cu căldură; serviciile locativ-comunale; obiectivele de deservire socială⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

Analizând situația actuală în care se află serviciile respective și problemele cu care se confruntă autoritățile publice locale în vederea asigurării funcționării lor normale, putem concluziona că această formă de descentralizare încă nu și-a demonstrat eficacitatea și utilitatea scontată. În prezent constatăm probleme serioase în domeniul aprovizionării populației cu apă, căldură și servicii comunal-locative. Mai mult ca atât, în unele domenii se constată chiar un regres, comparativ cu situația de până la descentralizare. De exemplu, în majoritatea orașelor sistemele de asigurare centralizată cu căldură a populației nu mai există. De asemenea, este bine cunoscută situația dificilă în ceea ce privește aprovizionarea cu apă și canalizare.

În concluzie, deși în prezent există discuții diferite privind forma, mecanismele și efectele descentralizării în unele dintre domeniile menționate mai sus (în special ce țin de privatizare), cu toate greșelile care s-au făcut în acea perioadă, totuși trebuie de recunoscut că în general acest proces a fost unul necesar, important și efectiv care a influențat cardinal relațiile economice de proprietate și modul de funcționare a serviciilor respective.

IV EXPERIENȚA INTERNAȚIONALĂ ÎN DOMENIUL DESCENTRALIZĂRII SISTEMULUI DE SĂNĂTATE

Prin procesul reformării sistemului sănătății au trecut toate țările din fostul lagăr socialist și care au devenit sau care aspiră să devină membre ale Uniunii Europene. Fiecare dintre țările respective au acumulat o experiență bogată atât pozitivă cât și negativă, care trebuie studiată atent și luată în considerație în cadrul procesului de reformare a sistemului sănătății din Republica Moldova. Utilizarea eficientă și adecvată a experiențelor pozitive respective, adaptarea lor la condițiile Republicii Moldova poate contribui la accelerarea reformei eficientizarea ei.

Premize și principii generale

Următoarele reguli și principii generale rezultă din experiențele unor țări care trebuie să fie luate în considerație în cadrul procesului de reformare (descentralizare) a sistemului de sănătate⁽²¹⁾:

1. Pentru a atinge obiectivele și scopurile urmărite, reforma în sănătate trebuie să se fundamenteze pe un cadru juridic explicit și dezvoltat, care să definească expres rolul și atribuțiile statului (autorităților publice centrale), a colectivităților locale (APL) și sectorului privat, precum și modul de prestare, finanțare și reglementare a serviciilor în domeniul dat.
2. Reforma în sănătate reprezintă un proces complex și multidimensional. De aceea, reformele parțiale și incomplete generează rezultate incomplete și conduc către distorsiuni de sistem atunci când nu sunt corelate cu reformele și schimbările din alte domenii precum: statul de drept, administrație publică, transparență, dezvoltarea organizațională și instituțională etc.
3. Rolul statului în asigurarea serviciilor din domeniul sănătății este și va continua să fie foarte important deoarece aceste servicii sunt de interes public național. În special rolul statului rezidă în elaborarea și implementarea politicilor publice, finanțarea și luarea în considerație a mai multor aspecte: economic și cel legat de solidaritate socială, proprietate și asigurarea cu servicii medicale a cetățenilor, contractarea serviciilor în baza dreptului public și a dreptului privat, adoptarea cadrului normativ corespunzător.
4. Fără un fundament financiar adecvat și stabil cetățenii săraci vor fi tratați nesatisfăcător de către instituțiile publice finanțate din bugetul public.
5. Necesitățile în servicii medicale pentru majoritatea populației sunt asigurate mai bine de către instituțiile (sistemele) medicale finanțate din bugete publice dar cu anumit nivel de implicare (participare) și a sectorului privat – sistem mixt.
6. Medicina primară trebuie să constituie o prioritate constantă structurată adecvat, sprijinită financiar și integrată în cadrul unui sistem al sănătății mixt: cu participarea sectorului public și privat.
7. Participarea sectorului privat în finanțarea și prestarea serviciilor medicale trebuie să fie bine definită, structurată și strict reglementată. De regulă, sectorul privat este destinat deservirii păturilor sociale cu venituri medii și mari.
8. Practic în toate sistemele de sănătate există și vor exista oportunități pentru implicarea sectorului privat în procesul de prestare a serviciilor medicale, participarea la finanțarea diverselor activități din cadrul sistemului de sănătate precum și implicarea lui în procesul de auto-reglare.

9. Reformele în sănătate trebuie să tindă spre crearea unui sistem mixt bazat pe parteneriatul public/privat în finanțarea și prestarea serviciilor medicale.
10. În rezultatul proceselor de descentralizare, în unele țări, instituțiile medicale și obligațiile de a le finanța au fost transferate de la centru către teritorii, însă în multe cazuri acest transfer s-a realizat fără transmiterea resurselor, competențelor decizionale, proprietății și altor elemente accesorii. În acest sens, s-a constatat că descentralizarea poate avea succes numai dacă toate structurile instituționale, organizaționale, financiare, administrative și politice sunt transferate și concentrate la nivel local. În același timp, competența managerială scăzută, lipsa de resurse financiare și limitarea dreptului de a decide în privința patrimoniului transferat diminuează considerabil importanța descentralizării și a implicării autorităților locale. Astfel, în calitate de politică publică, descentralizarea trebuie să se bazeze pe o evaluare realistă a capacităților locale, iar redistribuirea competențelor în cadrul sistemului de sănătate trebuie să se fundamenteze pe anumite criterii instituționale, organizaționale, funcționale, economice, financiare, sociale etc.

Republica Cehă: experiențe

Republica Cehă face parte din statele care au abandonat rapid vechiul sistem de sănătate de inspirație sovietică și l-au înlocuit cu succes cu un sistem European bazat pe pluralism, asigurări medicale obligatorii și cooperarea sectorului public și a celui privat în procesul de asigurare a populației cu servicii medicale⁽²²⁾. Spre deosebire de alte țări, Cehia nu a ezitat mult în căutarea unei formule mai bune și a inițiat realizarea reformei în sănătate, prin liberalizarea mai multor sectoare. Printre lecțiile principale ale experienței Republicii Cehe pot fi menționate următoarele:

1. Dacă statul „garantează” dreptul la ocrotirea sănătății și la un minim de asigurare medicală, aceasta înseamnă că tot el poartă responsabilitate finală pentru solvabilitatea sistemului și onorarea obligațiilor contractuale;
2. Acordarea independenței (autonomiei) administrative (gestionare) impune un grad sporit de transparență și răspundere în cadrul procesului decizional;
3. Statul trebuie să mențină un anumit rol în controlul asupra calității serviciilor și activității prestatorilor din domeniul sănătății;
4. Parteneriatul public/privat în domeniul sănătății înseamnă că finanțarea și prestarea serviciilor medicale se realizează atât de sectorul public, cât și de cel privat;
5. Activitatea medicilor independenți poartă un caracter privat, chir și atunci când activitățile lor sunt finanțate din fonduri publice. Activitatea lor este echivalentă medicilor privați care procură servicii de la spitale publice (laboratoare, săli de operații);
6. Indiferent de sursele de finanțare (private, publice, mixte) spitalele rămân publice (proprietate publică).
7. Pentru a asigura eficacitatea procesului de reformă a sistemului de sănătate trebuie să fie asigurat un cadru de comunicare și cooperare efectivă între toți actorii interesați: cei care elaborează și implementează politicile publice, cei care prestează serviciile medicale, reprezentanții asociațiilor profesionale ale medicilor și pacienților, publicul larg.

Republica Estonia: experiențe

În Estonia, ca și alte țări din regiune, sarcina primordială la prima etapă a fost de a trece de la un sistem al sănătății hipercentralizat și subvenționat la unul descentralizat, bazat pe un sistem de asigurări sociale modern și efektiv. La etapa a doua, au fost analizate rezultatele primei etape și făcute corectările necesare, în scopul de a face noul sistem mai eficient, transparent și corelat cu standardele Uniunii Europene.

Sistemul sănătății din Estonia a trecut prin 2 etape esențiale de reformare. Prima etapă a avut loc la începutul anilor 90, când a fost modificată esențial structura sistemului de sănătate și concepute principiile actualului sistem. A fost adoptat cadrul normativ referitor la implementarea asigurărilor sociale de sănătate, precum și la principiile de organizare a prestațiilor de servicii medicale. De asemenea la această etapă medicina departamentală a fuzionat în sistemul național de sănătate, cu excepția asistenței medicale prestate persoanelor înrolate în serviciul militar și celor din penitenciare, astfel păstrându-se separat unele servicii medicale acordate deținuților, inclusiv unele spitale. Etapa 2 de reformare a început în 1999. Măsurile întreprinse în cadrul celei de-a 2-a etape au fost axate prioritar asupra prestatorilor de servicii prin schimbarea formelor organizatorico-juridice, perfecționarea și modernizarea principiilor de dirijare, concretizarea funcțiilor și responsabilităților părților, precum și creșterea capacităților de cumpărare a serviciilor de sănătate din partea Companiei de Asigurări Medicale (Fondul Estonian de Asigurări Medicale). În așa fel, actualmente Estonia este considerată una din țările cu cele mai bune reușite în domeniul reformării sistemului de sănătate și din experiența căreia pot fi învățate multe lucruri.

Începând cu anul 2002 spitalele în Estonia sunt definite ca "unitate economică creată în scopul oferirii serviciilor medicale ambulatorii și de staționar". O astfel de abordare acordă spitalelor statut de complex economic și antreprenor, făcând mai accesibile și efective formele instituționale inovative și instrumentele legale, financiare și manageriale. Există 2 forme principale legale de activitate prevăzute de lege pentru spitale: societate pe acțiuni și fundație, unde acțiunile sunt deținute de către municipalități, dar tot mai multe spitale încep să activeze conform dreptului privat.

Gradul de autonomie a spitalelor este în permanentă creștere, multe din ele dobândind dreptul de a decide în privința investițiilor capitale (renovărilor), angajării și eliberării personalului și negocierii salariilor. Principala problemă existentă la debutul reformării sectorului spitalicesc erau excesul de paturi. În prezent numărul de paturi pentru tratament activ constituie cca. 6000 paturi, în comparație cu 18.000 paturi în anul 1991. Numărul spitalelor s-a micșorat de circa 3 ori. La etapa actuală, sunt contractate 2 spitale regionale, 4 spitale centrale, 9 spitale generale și 3 spitale locale, pentru un număr total de ~1.3 mln locuitori în țară. Reducerea numărului de spitale a fost posibilă datorită Master-Planului de reformare a spitalelor, elaborat cu susținerea experților internaționali în perioada anilor 2000–2003. După comasarea unor spitale într-o singură persoană juridică persistă problema spațiilor neutilizate. Aceste spații, devenind disponibilizate (proprietatea spitalului) pot fi vândute de către spital, iar resursele redirecționate sau investite în dezvoltarea bazei spitalului regional nou creat.

O analiză a structurii costurilor din cadrul spitalelor demonstrează că 30% din sursele financiare sunt destinate pentru consumabile și medicamente, 50% - pentru personalul medical și 15% - pentru menținerea infrastructurii. Salariul mediu lunar al unui medic pentru anul 2007 a constituit ~30.000 MDL.

Diferențierea spitalelor este efectuată în dependență de spectrul serviciilor care au dreptul să fie acordate de un spital raional sau regional. Toate serviciile permise pentru a fi efectuate sunt stipulate în licența de activitate. Criteriile sunt aprobate prin Ordinul

ministrului, unde sunt stipulate cerințele față de încăperi pentru prestarea serviciilor, precum față de dotarea tehnică). Ordinul stabilește serviciile obligatorii ce necesită a fi prestate, serviciile care pot fi prestate, serviciile de ambulator care pot fi prestate.

Din 1993 a fost inițiată reforma în sectorul asistenței medicale primare (AMP). În prezent, fiecare persoană are dreptul de ași alege medicul de familie. În mediu, un medic de familie deservește aproximativ 2000 persoane. Medicii de familie sunt persoane juridice, au contracte cu fondul de asigurări. Cu toate că sunt întreprinse măsuri de motivare a lucrătorilor medicali și crearea condițiilor mai bune de lucru, este simțită lipsa medicilor de familie, inclusiv și în or. Tallin. Calitatea serviciilor prestate este supravegheată de către Departamentul sănătății care este și împuternicit să elibereze licențe de activitate. Lecțiile principale oferite de experiența Estoniei sunt următoarele:

1. De la bun început, autorii reformei s-au focusat pe problemele legate de finanțarea sănătății și au introdus rapid un sistem de asigurare în medicină.
2. Atenție insuficientă a fost atrasă asupra problemelor administrative și instituționale, care în majoritatea țărilor sunt considerate drept unele centrale pentru asigurarea succesului.
3. Procesul de planificare în sănătate reprezintă o sarcină destul de complexă, care necesită un management calificat și resurse importante. Totodată, în cadrul procesului de decentralizare a acestor atribuții către unitățile administrativ-teritoriale de nivelul I și II, nu s-a ținut cont de acest aspect.
4. O problemă importantă a constituit faptul că nu a existat un plan (strategie) național în domeniul reformării sănătății, precum și careva raționamente privind numărul de paturi sau de personal care trebuie redus. Această problemă este caracteristică pentru mai multe țări și este explicată prin necesitatea urgentării procesului de demolare a unui sistem centralizat și transferării de competențe către regiuni (districte, raioane) și municipalități.
5. Decentralizarea excesivă (până la nivelul I al administrației publice locale) a fost recunoscută ca fiind o greșeală majoră de sistem.
6. Re-centralizarea procesului de planificare și administrare trebuie să aibă loc nu numai în cadrul sistemului de sănătate dar și corelat cu acțiuni similare din cadrul altor nivele administrative precum de exemplu, reducerea numărului de districte și raționalizarea numărului de municipalități.
7. Din momentul introducerii sistemului de licențiere a spitalelor (1994), eforturile comune orientate spre reducerea numărului de paturi și de studiere a diferitor forme de autonomie spitalicească sunt considerate un succes. Această experiență este considerată ca un exemplu reușit demn de preluat atât pentru țările vecine cât și pentru alte țări în care are loc procesul de reformare a sistemului de sănătate.

Republica Letonia: experiențe

Letonia ca și alte republici din fosta URSS a fost nevoită să treacă printr-un proces dificil de demolare a sistemului sovietic de sănătate. Pe parcursul acestui proces, Letonia s-a confruntat cu o serie de probleme precum: reformarea anevoioasă a sistemului de asigurări sociale de tip vechi, descentralizare utopică, reformarea medicinei primare, fonduri de asigurări limitate, lipsa unui cadru legal și instituțional adecvat⁽²²⁾. Experiența Letoniei prezintă un interes deosebit deoarece unul din pilonii principali ai reformei sistemului de sănătate l-a constituit aplicarea descentralizării. În Letonia succesul reformei în sănătate a fost strâns legat de stabilirea relațiilor bune dintre administrația centrală administrația publică locală. În special, rolul administrației

publice locale a fost considerat ca fiind unul primordial în procesul de dezvoltare a asistenței medicale primare, care este considerată piatra de temelie a procesului de reformare a sistemului de sănătate din Letonia.

Totodată, experiența Letoniei în domeniul descentralizării prin devoluțiune (transfer în competența deplină către APL) a instituțiilor medicale și a responsabilităților către autoritățile locale, scoate în evidență și anumite dificultăți în implementarea unei astfel de strategii în situația când autoritățile locale sunt slabe și nu posedă resurse financiare și capacități manageriale. În contextul studiului în cauză prezintă interes deosebit următoarele lecții oferite de experiența Letoniei:

1. Dreptul de proprietate asupra instituțiilor din cadrul asistenței medicale primare și secundare au fost transferate către nivelul municipal (local).
2. Datorită problemelor apărute în legătură cu finanțarea insuficientă, capacitățile manageriale limitate și caracterului limitat al resurselor locale (bazei fiscale), instituțiile medicale descentralizate au devenit o povară grea, inefectivă, costisitoare și insuportabilă pe umerii autorităților locale.
3. Resursele financiare venite din partea bugetului central de regulă sunt destinate pentru procurarea serviciilor și nu acoperă sau acoperă într-o măsură insuficientă, cheltuielile legate de întreținerea instituțiilor respective și investițiile capitale.
4. Întărirea statutului medicilor de familie și aducerea lor într-un rând cu alte categorii de medici, ce impune definirea clară a statutului lor și instituirea unui sistem de licențiere a activității acestora. Aceiași definire și licențierea se impune pentru asistentele medicale.
5. Sistemul legal și instituțional trebuie să prevadă (admită) acordarea serviciilor medicale primare de către medici privați (în baza unui sistem de licențiere permisiv) în mod individual sau în grup, atât în cadrul instituțiilor medicale, cât și în afara lor (de exemplu la domiciliu).
6. Este necesar de a elabora un mecanism flexibil de remunerare a medicilor privați, în așa fel ca activitatea dată să devină atractivă și stabilă financiar. De asemenea, se recomandă ca pentru medicii privați să fie prevăzute facilități fiscale la plata impozitului pe venit.
7. Reguli clare care fac sistemul de plăți transparent, atractiv și formal poate contribui la depășirea problemei plăților neoficiale. Dacă experiențele privind stabilirea plăților în cadrul medicinei primare pot fi considerate drept pozitive, atunci pentru medicina secundară și terțiară experiența dată nu este considerată atât de reușită. În opinia unor experți chiar a fost negativă și dezastruoasă. Printre recomandări se propune de a evalua alternativele și elaborarea unor mecanisme mai bune.

Republica Macedonia: experiențe

Experiența Macedoniei prezintă interes deoarece spre deosebire de țările menționate mai sus, în această țară de la bun început (din perioada socialistă) a existat un sistem al sănătății cu un grad de autonomie și descentralizare foarte înalt. În perioada de tranziție, mai multe concepte și abordări au fost aplicate în cadrul procesului de reformare a sistemului de sănătate. Astfel, în perioada anilor 1991-2001, a avut loc o anumită centralizare cu păstrarea structurilor descentralizate, iar începând cu anul 2001 în Macedonia din nou s-a revenit la principiul descentralizării în sănătate în cadrul politicii naționale generale de democratizare și de descentralizare a statului. Obiectivul principal al acestui proces este aducerea serviciilor cât mai aproape de cetățeni, prin

devoluțiunea serviciilor din domeniul educației, protecției sociale și sănătății către unitățile administrativ-teritoriale (municipalități, APL).

În perioada de până la 1991 asigurarea populației cu servicii medicale, administrarea, finanțarea și controlul asupra lor a constituit o competență exclusivă a autorităților publice locale (30 municipalități). Statul (Guvernului central) fiind responsabil în mare parte de planificare și implementarea proiectelor mari de investiții capitale. Finanțarea sistemului de sănătate inițial era realizată de la nivel municipal. La nivel central exista un fond de solidaritate, administrat de Guvern, prin intermediul căruia municipalitățile cu venituri insuficiente erau subsidiate pentru a asigura finanțarea minimă a serviciilor din domeniul sănătății publice. În rezultatul unei astfel de hiperdescentralizări a sistemului sănătății în perioada de până în 1991, fiecare municipalitate și-a creat un propriu sistem (structuri) de asigurare a populației cu servicii medicale, ceea ce a condus la fragmentarea sistemului de prestare a serviciilor medicale, suprasaturație și dublarea instituțiilor și serviciilor medicale. De asemenea, s-a constatat că mai multe unități medicale îmbină în același timp elemente ale medicinei primare, secundare și terțiare. Plus la aceasta, datorită unei autonomii largi a municipalităților (APL) în domeniul decizional și financiar, influența guvernului central asupra procesului de dezvoltare și reformare a sistemului sănătății la nivel local a fost destul de neînsemnat.

Odată cu obținerea independenței a apărut necesitatea unei planificări centralizate în domeniul sănătății. În acest sens, în anul 1991 a fost adoptată Legea sănătății prin care a început procesul de centralizare a finanțării și funcțiilor de administrare a instituțiilor medicale publice. În acest sens, Guvernul prin structurile sale a devenit responsabil de administrarea sistemului de sănătate la nivel regional. Iar formarea Fondului de Asigurări în Sănătate a întărit atribuțiile structurilor guvernamentale în planificarea și administrarea strategică.

În același timp, pentru prestatorii de servicii medicale de la nivel local au fost păstrate un anumit grad de autonomie. De asemenea, prin modificările la Legea sănătății din 1995 s-a recunoscut importanța implicării factorilor locali în procesul decizional și s-a propus crearea consiliilor de administrare în cadrul instituțiilor medicale și includerea reprezentanților APL și a altor actori locali în aceste structuri decizionale. Ulterior, membrii consiliilor de administrare a instituțiilor medicale naționale au devenit reprezentanții (angajații) instituțiilor medicale și reprezentanții numiți de către Parlamentul Macedoniei (2005).

Multe reforme din Macedonia au fost realizate în baza unor modele și evaluări teoretice. Totuși fără o analiză realistă și obiectivă a situației de pe teren, există riscul de a edifica un sistem al sănătății rupt de realitate și care nu corespunde cu necesitățile curente ale cetățenilor.

Actualmente în Macedonia se atestă o scădere a interesului cetățenilor față de medicina primară publică, iar în același timp crește numărul de cetățeni care apelează la serviciile de medicina primară prestate de către sectorul privat, care sunt mai accesibile și echipate mult mai bine. Printre lecțiile principale ale Macedoniei pot fi menționate:

1. Experiența Macedoniei ne arată că nu există formule ideale aplicabile pentru un sistem de sănătate în proces de reformă și de multe ori acest proces poate fi anevoios, cu posibile alternări succesive de la o formă de administrare la alta.
2. Obiectivul principal urmărit în procesul de re-descentralizare a fost apropierea serviciilor cât mai aproape de cetățeni.

3. Descentralizarea excesivă poate aduce în unele cazuri la fragmentarea sistemului de prestare a serviciilor medicale, iar uneori și dedublarea instituțiilor și a serviciilor oferite.
4. În cazul autonomiilor largi, rolul Guvernului central în reformarea și reglementarea sistemului sănătății scade considerabil.
5. Practica pozitivă de includere a autorităților publice locale în consiliile de administrare a instituțiilor medico-sanitare de nivel local.
6. Întru obținerea rezultatelor bune în procesul reformării sistemului sănătății, pe lângă analizele teoretice, este nevoie de cunoașterea realistă în practică a situației din teritoriu.
7. Creșterea concurenței, existența posibilităților mai mari de echipare și, ca urmare creșterea atractivității, sunt factorii cheie care sporesc frecvența vizitelor pacienților în instituțiile din sectorul privat al asistenței medicale primare față de cele publice.

În concluzie, procesul de descentralizare este unul necesar și complex. Nu există o regulă de aur despre cum și în ce măsură ar trebui să fie descentralizat sistemul ocrotirii sănătății. Gradul de descentralizare aplicat de o țară anume depinde de context și reformele implementate într-o anumită perioadă de timp.

V ANALIZA CUNOȘTIȚELOR, ATITUDINILOR ȘI PRACTICIILOR

În interesele acestui studiu au fost evaluate nivelul de cunoștințe în rândul lucrătorilor medicali și ai reprezentanților autorităților publice locale cu privire la procesul de descentralizare din domeniul sănătății, a fost descrisă atitudinea personalului medical și a reprezentanților APL față de gradul existent de descentralizare și necesitatea descentralizării sau centralizării sistemului sănătății, precum și a atitudinii persoanelor intervievate față de oportunitatea procesului de autonomizare sau privatizare din sectorul asistenței medicale primare și alte nivele de administrare ale sănătății.

În total, au fost intervievate 86 persoane din toate cele 5 raioane și municipii în perioada 21-27 octombrie 2008: în raionul Edineț – 15 persoane; în mun. Bălți – 18; în raionul Florești – 17; în raionul Strășeni – 17; și în mun. Comrat – 19 persoane.

Echipa de cercetare a avut o ipoteză inițială că grupul de studiu compus în majoritate din lucrători din domeniul asistenței medicale nu sunt pe deplin familiarizați cu procesul de descentralizare în general și în sistemul sănătății în particular. Aceasta se poate datora faptului că cunoștințele acumulate în timpul anilor de studii nu le-au putut oferi informații despre noțiunile respective, având în vedere că majoritatea dintre intervievați au făcut studii în perioada sovietică, pe când exista un sistem foarte centralizat al sănătății. Din acest motiv, ne asumăm riscul posibil ca răspunsurile la unele întrebări pot fi denaturate în cazul în care persoana intervievată le poate interpreta eronat.

Rezultatele chestionării arată că cea mai mare parte a persoanelor intervievate califică sistemul sănătății din Republica Moldova drept unul parțial sau moderat descentralizat.

Respondenții din regiunile unde există direcții ale sănătății sunt mai des de părerea că sistemul sănătății este unul centralizat, în comparație cu regiunile unde nu există asemenea structuri administrative. Spre exemplu, 44% dintre respondenții din municipii au indicat că sistemul este centralizat în comparație cu 18% în rândul respondenților din centrele raionale. De asemenea este interesant de menționat că doar medicii au indicat în răspunsurile lor că sistemul sănătății este complet descentralizat. Astfel 31% dintre medici au ales acest răspuns.

Guvernul central și Ministerul Sănătății au fost identificați conform răspunsurilor primite drept cei mai importanți actori din domeniu.

În opinia persoanelor intervievate, Compania Națională de Asigurări în Medicină are cel mai important rol în finanțarea sistemului, urmat de autoritățile publice locale de nivelurile 1 și 2. Rolul donatorilor și a sectorului privat a fost mai puțin apreciat.

Aproape jumătate dintre persoanele care au participat la studiu consideră că ar trebui să existe o autoritate teritorială subordonată ministerului sănătății, care ar lua parte la elaborarea politicilor din domeniul sănătății.

O altă întrebare inclusă în chestionar arată care este părerea persoanelor chestionate despre rolul autorităților publice locale în sectorul sănătății. Majoritatea răspunsurilor primite arată ca în opinia respondenților autoritățile locale au atât un rol decizional, cât și unul consultativ.

În opinia majorității respondenților autoritățile publice locale de nivelul 1 și 2 trebuie să fie responsabile de participarea la finanțarea instituțiilor medico-sanitare publice de interes local și de elaborarea programelor de interes raional și local.

Procesul de descentralizare, sau nivelul actual al descentralizării din domeniul sănătății reprezintă noțiuni mai noi și mai puțin cunoscute în rândul personalului medical, după

cum a fost menționat și mai sus. Cu toate acestea, echipa de studiu a făcut o tentativă de a afla părerea persoanelor intervievate cu referire la gradul de descentralizare existent la moment în Republica Moldova și modelele recomandabile de descentralizare pentru serviciile de asistență medicală.

În urma analizei rezultatelor primite, vedem că în opinia personalului medical și al reprezentanților APL din regiunile în studiu cel mai descentralizat este sectorul de medicină primară, urmat de medicina de urgență și asistența medicală spitalicească.

Persoanele intervievate au întâmpinat greutate la încercarea de a recomanda forma cea mai optimă de descentralizare pentru diferite tipuri de asistență medicală. În rezultatele primite vedem că pentru toate serviciile din domeniul sănătății enumerate în chestionar, cel mai recomandat model de descentralizare este descentralizarea administrativă. Descentralizarea fiscală și economică au fost numite mai rar în calitate de model optimal.

Pentru a afla opinia persoanelor din grupul de studiu despre nivelul de autonomie a instituțiilor medicale din sectorul primar, ele au fost întrebate dacă consideră oportun contractarea directă a oficiilor medicilor de familie de către Compania Națională de Asigurări în Medicină. Conform răspunsurilor primite putem vedea că managerii IMSP se arată a fi cei mai mari oponenți ai contractării directe (59.3% au răspuns negativ), pe când medicii ar accepta mai ușor această schimbare (72% răspunsuri afirmative). Nu există un decalaj mare între răspunsurile primite de la lucrătorii din sectorul primar și cel spitalicesc. Dacă e să comparăm răspunsurile primite pe regiuni, atunci vedem o rată mai joasă a răspunsurilor afirmative în Strășeni și Comrat, în comparație cu regiunile de nord ale republicii.

Mai puțin de jumătate dintre toți respondenții care au participat la studiu consideră că pot exista oficii ale medicilor de familie sau medici privați. Există o diferență mare între răspunsuri în dependență de funcția pe care o ocupă persoanele, însă această diferență nu s-a dovedit a fi statistic semnificativă. Astfel 70% dintre reprezentanții APL sunt pentru existența OMF și a medicilor privați față de 23.8% în rândul lucrătorilor cu studii medii.

Majoritatea celor intervieuți (77.6%) consideră că în Republica Moldova pot exista spitale private, întrebarea referindu-se la spitalele municipale și raionale sau regionale. În dependență de funcția deținută de persoanele intervievate, cel mai des au răspuns afirmativ funcționarii din APL. 90% dintre reprezentanții acestui grup consideră ca spitalele private pot exista față de 71% în rândul lucrătorilor cu studii medii. Este interesant de menționat că persoanele din sectorul asistenței medicale primare care au fost intervievate sunt mai frecvent pentru spitale private (85%) în comparație cu cele din sectorul spitalicesc (69%).

Analiza detaliată a cunoștințelor, atitudinilor și practicilor se anexează la acestui raport.

În concluzie, lucrătorii din domeniul asistenței medicale nu sunt pe deplin familiarizați cu noțiunea și procesul de descentralizare din sistemul sănătății și de cele mai dese ori nu pot aprecia corect gradul de descentralizare existent la moment. Reprezentanții APL și lucrătorii medicali din regiunile unde există direcții ale sănătății în general sunt dispuși să creadă ca sistemul sănătății este unul cu un grad mai înalt de centralizare și sunt mai puțin optimiști în ceea ce privește oportunitatea descentralizării, în comparație cu aceleași categorii de persoane din celelalte regiuni. Aproape jumătate dintre persoanele care au completat ancheta consideră că ar trebui să existe o autoritate teritorială subordonată ministerului sănătății, care ar lua parte la elaborarea politicilor din domeniul sănătății. În opinia participanților la studiu, funcțiile de bază ale APL sunt

„Participarea la finanțarea instituțiilor medico-sanitare publice de interes local” și „Elaborarea programelor de interes raional și local”. După părerea celor chestionați, modelul administrativ de descentralizare este cel mai preferabil pentru toate tipurile de asistență medicală din țară. Managerii IMSP se arată a fi cei mai mari oponenți ai contractării directe a OMF de către CNAM, pe când medicii ar accepta mai ușor această schimbare. Mai puțin de jumătate dintre toți respondenții și 70% dintre reprezentanții APL consideră că pot exista oficii ale medicilor de familie sau medici privați. Majoritatea celor intervievați consideră că în Republica Moldova pot exista spitale private. Reprezentanții APL s-au arătat a fi mai pozitivi în ceea ce privește procesul de liberalizare sau privatizare atât în sectorul medicinei primare cât și a celei spitalicești.

VI CONSIDERĂRI ȘI DISCUȚII

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. În formularea „descentralizarea serviciilor publice”, aceasta 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” ca instituție de drept este menționată expres în legislația țării noastre destul de târziu, în Legea privind descentralizarea administrativă⁽⁴⁾.

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.

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.

Autonomia locală este principiul fundamental. Sunt câteva puncte de reflecție care se conturează pe parcursul analizei: (1) corelația dintre descentralizarea administrativă și reforma administrației publice; (2) impactul descentralizării administrative asupra autonomiei publice 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.

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.

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.

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. 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 este 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.

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 medicină.

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 asigurare dreptului la ocrotirea sănătății, ceea ce exclude orice transfer de responsabilități pentru gestionarea domeniului și asigurare a serviciilor medicale de la organele centrale ale statutului 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.

Ocrotirea sănătății nu este prevăzută în lista domeniilor de activitate ale APL. Pe lângă aceasta, 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 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.

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 am 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.

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 acestea 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.

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.

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.

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.

REFERINȚE

1. A se vedea în acest sens: Constituția Republicii Moldova art. 109, Legea ocrotirii sănătății, Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017 etc.
2. A se vedea de exemplu: HG1059/29.08.2003 Hotărâre despre aprobarea Programului Național de renovare și descentralizare a sistemelor de alimentare cu căldură a localităților din Republica Moldova //Monitorul Oficial 191-95/1105, 5.09.2003.
3. Hotărârea Guvernului nr. 735/16.06.2003 cu privire la structura și efectivul-limită ale serviciilor publice desconcentrate ale ministerelor, departamentelor și altor autorități administrative centrale. Publicat: 20.06.2003 în Monitorul Oficial Nr. 123-125/770.
4. Legea privind descentralizarea administrativă Nr. 435 din 28.12.2006. Publicat: 02.03.2007 în Monitorul Oficial Nr. 029.
5. Hotărârea Parlamentului Nr. 1253 din 16.07.1997 privind ratificarea Cartei Europene pentru Autoadministrarea Locală. Publicat: 24.07.1997 în Monitorul Oficial Nr. 048. Promulgat: 16.07.1997.
6. Legea privind administrația publică locală Nr. 436 din 28.12.2006. Publicat: 09.03.2007 în Monitorul Oficial Nr. 32-35.
7. Legea privind finanțele publice locale Nr. 397 din 16.10.2003. Publicat: 19.12.2003 în Monitorul Oficial Nr. 248.
8. Legea cu privire la proprietatea publică a unităților administrativ-teritoriale Nr. 523 din 16.07.1999. Publicat: 11.11.1999 în Monitorul Oficial Nr. 124.
9. Legea ocrotirii sănătății Nr. 411 din 28.03.1995. Publicat: 22.06.1995 în Monitorul Oficial Nr. 34, art. Nr. 373.
10. Legea cu privire la privatizare Nr. 627 din 04.07.1991 (Abrogată din 29.06.07 prin LP121-XVI din 04.05.07, MO90-93/29.06.07, art.401).
11. Legea cu privire la Guvern Nr. 64 din 31.05.1990. Publicat: 26.09.2002 în Monitorul Oficial Nr. 131-133 art. Nr. 1018.
12. Legea privind administrația publică locală Nr. 310 din 07.12.1994. Publicat: 14.01.1995 în Monitorul Oficial Nr. 003. Promulgat: 07.12.1994.
13. Codul civil al Republicii Moldova Nr. 1107 din 06.06.2002. Publicat: 22.06.2002 în Monitorul Oficial Nr. 82-86 art. Nr. 661.
14. Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală Nr. 1585 din 27.02.1998. Publicat: 30.04.1998 în Monitorul Oficial Nr. 38-39, art. Nr. 280.
15. Legea cu privire la proprietate Nr. 459 din 22.01.1991. Publicat: 30.06.1991 în Monitorul Oficial: Nr. 003.
16. Codul Funciar Nr. 828. Publicat: 25.12.1991 în Monitorul Oficial Nr. 008, art. Nr. 817.
17. Hotărârea Guvernului Nr. 672 din 21.07.1999 cu privire la trecerea instituțiilor stomatologice la autogestiune. Publicat: 29.07.1999 în Monitorul Oficial Nr. 080. Promulgat: 21.07.1999.
18. Hotărârea Guvernului Nr. 530 din 06.06.2000 cu privire la restructurarea gospodăriei de alimentare cu apă și canalizare. Publicat: 08.06.2000 în Monitorul Oficial Nr. 065 art. Nr. 612. Promulgat: 06.06.2000.
19. Hotărârea Guvernului Nr. 521 din 24.04.2002 cu privire la transmiterea obiectivelor de deservire socială în proprietatea publică a unităților administrativ-teritoriale. Publicat: 02.05.2002 în Monitorul Oficial Nr. 059 art. Nr. 608.
20. Hotărârea Guvernului Nr. 439 din 10.05.2000 cu privire la transmiterea întreprinderilor locativ-comunale în proprietatea publică a unităților administrativ-teritoriale. Publicat: 12.05.2000 în Monitorul Oficial Nr. 054.
21. IBRD. Making transition work for everyone: poverty and inequality in Europe and Central Asia. Washington, D. C.: World Bank; 2000.
22. Health Care Systems in Transition. European Observatory on Health Care Systems World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark 2000.