

5. Люсов, В. А. Инфаркт миокарда (по материалам актовой речи на заседании Учёного Совета Российского Государственного Медицинского Университета. // Кардиология, 1999, N. 9, с. 8-12.

6. Bahit, M. C., Criger, D. A., Ohman, E. M. et al. Thresholds for the lectrocardiographic change range of biochemical markers of acute myocardial infarction (Gusto – Ila data) // Am. J. Cardiol, 2002, V. 90, p. 233-237.

### **Rezumat**

Bolile cardiovasculare în Republica Moldova, precum și în majoritatea țărilor Europene, ocupă un loc de frunte în structura cauzelor morbidității populației, inclusiv a populației apte de muncă. Nivelul mortalității, cauzat de maladiile cardiovasculare, conform studiilor efectuate, în cea mai mare măsură depinde de stilul de viață și de calitatea serviciilor medicale.

### **Summary**

The cardiovascular diseases in the Republic of Moldova as in the mejority of European coountries ocupie a leading place in the structure of the causes of morbidity. The population, including the population capable to work. The level of mortality caused by the cardiovascular diseases, from the efectuated studies, depends mostly on the life style and the quality of medical services.

## **EVALUAREA CAPACITĂȚILOR INSTITUȚIONALE ALE AUTORITĂȚII DECIZIONALE DIN SISTEMUL DE SĂNĂTATE ȘI MĂSURILE DE EFICIENTIZARE A LOR**

**Boris Golovin**, competitor, **Dana Fărcășanu**, expert, **Ghenadie Țurcanu**, șef Direcție, **Mihai Ciocanu**, dr. hab. în medicină, Ministerul Sănătății, Centrul Național de Management în Sănătate

### **Introducere**

În scopul elaborării Planului de Dezvoltare Instituțională a Ministerul Sănătății a fost constituit un grup de lucru cu reprezentarea tuturor direcțiilor relevante din minister și s-a aprobat planul de acțiuni. Grupul de lucru s-a întâlnit cu regularitate, pentru analiza, elaborarea de recomandări și aprobarea documentelor de lucru propuse de consultanți. După definirea viziunii, misiunii, mandatului și valorilor care stau la baza funcționării și organizării Ministerului Sănătății, a fost inițiată analiza capacităților instituționale ale Ministerului Sănătății.

**Scopul lucrării** a constat în evaluarea capacității autorității centrale din sistemul de sănătate în vederea elaborării Planului de Dezvoltare Instituțională.

**Materiale și metode.** Metodologia utilizată pentru evaluarea capacităților instituționale ale Ministerului Sănătății a constat în:

- Analiza documentelor normative și de reglementare privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, a instituțiilor subordonate, regulamentele de activitate ale Direcțiilor, fișele de post, alte Ordine și reglementări interne privind activitatea ministerului;
- Analiza documentelor privind reforma administrației publice centrale;
- Analiza rezultatelor unor evaluări anterioare ale Ministerului Sănătății;
- Analiză cantitativă a capacităților instituționale;
- Analiza calitativă prin interviuri semi-structurate cu conducerea ministerului, șefii tuturor direcțiilor ministerului, directorii instituțiilor subordonate și personalul din unele direcții ale ministerului.

Procesul de analiză s-a derulat în perioada februarie-martie 2008. Analiza cantitativă și calitativă s-a desfășurat conform planificării, cu rate de răspuns bune. Astfel, chestionarul privind analiza funcțională a fost distribuit la cele 14 direcții ale Ministerului Sănătății, din care 13 chestionare au fost returnate (rata de răspuns 93%). Chestionarele privind analiza capacităților au avut o rată de răspuns de 100% la nivelul direcțiilor ministerului precum și la chestionarele individuale (65 returnate din cele 65 distribuite). Chestionarele de analiză a capacităților au conținut, pe lângă întrebările obligatorii elaborate de experții Aparatului Guvernului, un set de întrebări suplimentare, legate în special

de percepția personalului ministerului privind condițiile de lucru, timpul de lucru, satisfacția la locul de muncă, nevoi de instruire în perspectivă.

Analiza capacităților în unitățile de suport s-a realizat în 5 instituții subordonate cu un rol important în procesul de fundamentare a politicilor, strategiilor și programelor Ministerului Sănătății (Centrul Național de Management în Sănătate; Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Preventivă; Agenția Medicamentului; Consiliul Național de Evaluare și Accreditare în Sănătate și Centrul Național de Transfuzie a Sângelui). Rata de răspuns la chestionarele distribuite celor 5 instituții a fost de 100%. Au fost de asemenea incluse în procesul de analiză a capacităților cele 18 subdiviziuni din cadrul spitalelor republicane, funcționând ca centre de monitorizare și evaluare a politicilor și strategiilor. Rata de răspuns la chestionarele distribuite acestor instituții a fost de 83% (15 chestionare returnate din cele 18 distribuite). Baza de date a fost realizată într-un timp foarte scurt de către Centrul Național de Management în Sănătate, contribuind direct la realizarea la timp a studiului.

**Analiza funcțiilor.** Evaluarea capacităților instituției e de neconceput fără înțelegerea funcțiilor de bază. Funcțiile unui organ al administrației publice centrale în mod ideal ar trebui să rezulte din misiunea instituției. Astfel, pentru a fi posibilă definirea clară a atribuțiilor ministeriale rezultate prin prisma misiunii acestuia, o abordare calitativă de analiză și evaluare a capacității real existente a Ministerului Sănătății este stringent necesară. Rezultatul activității sau produsele Ministerului nu sunt altceva decât politicile de calitate eficiente care facilitează dezvoltarea și acumularea valorii sistemului de sănătate, ca parte componentă esențială a sectorului social. Ministerului Sănătății, în calitate de instituție indispensabilă a sectorului social, îi revine un rol unic de (1) stabilire/elaborare a politicilor sectoriale, (2) coordonarea implementării acestora și (3) suportul necesar actorilor (instituții subordonate, desconcentrate etc.) din sectorul social pentru realizarea politicilor stabilite. Celelalte funcții de inspectare și supraveghere, prestare de servicii sau activități antreprenoriale trebuie delegate, fie că instituțiilor subordonate sau altor actori din sectorul social.

Realizarea funcțiilor care revin Ministerului Sănătății necesită cel puțin 4 precondiții:

- rolul de lider al Ministerului în formularea viziunii, obiectivelor strategice din sector;
- existența resurselor umane și competente suficiente;
- condiții instituționale adecvate necesare pentru valorificarea potențialului uman al Ministerului;
- crearea facilităților instituționale (sisteme și resurse informaționale, date statistice, tehnici, inclusiv programe de modelare, prognozare etc.), posedarea tehnologiilor avansate în exercitarea funcțiilor ministeriale.

Rezultatul studiului a demonstrat că în structura timpului consumat pentru diverse atribuții ministeriale predomină: elaborarea de politici – 32%, funcția de suport – 32%, coordonarea implementării politicilor – 31% și funcția de suport - 5% (figura 1).

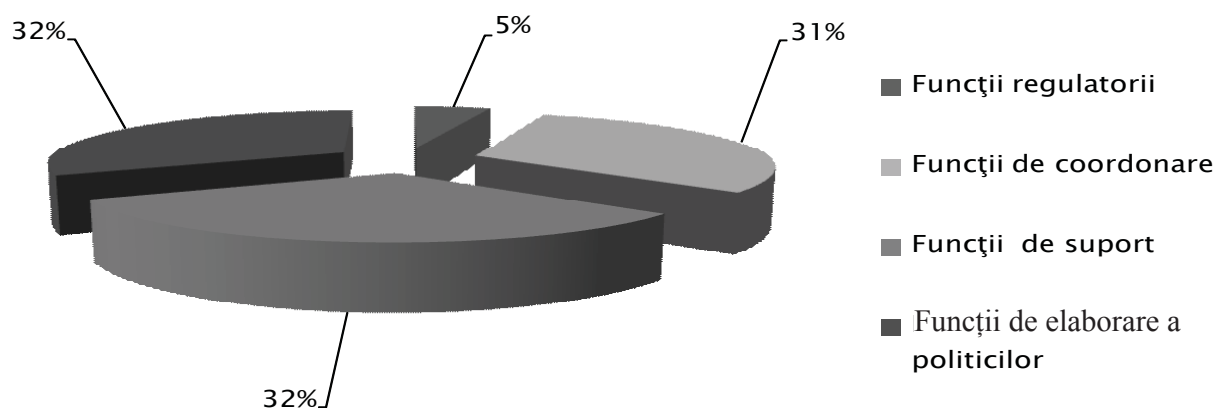


Figura 1. Ponderea funcțiilor în Ministerul Sănătății

Funcția de elaborare a documentelor de politici prezintă una dintre competențele-cheie ale Ministerului Sănătății. Inițierea procesului de elaborare a documentelor de politici și a actelor normative și legislative cel mai frecvent (31,9%) aparține conducerii ministerului, guvernului (26,1%) și unei

direcții (27,5%). Restul de 14,5% din actele normative se elaborează la inițiativa unei instituții subordonate ministerului, în baza necesităților identificate.

Conform rezultatelor (figura 2), 56% din totalul documentelor de politici se elaborează în termen de până la 2 luni, 21% – în termen de până la 4-5 săptămâni, 11% – în termen de până la 2-3 săptămâni, iar 6% se elaborează în mai puțin de o săptămână. Este important de menționat că perioadele de elaborare nu au inclus perioada de timp necesară avizării unui document de politici. În această ordine de idei, elaborarea unei dispoziții solicită termen de până la o săptămână, elaborarea unui ordin necesită 2-3 săptămâni, a unui plan de acțiuni 4-5 săptămâni, iar a unei concepții – 2 luni și mai mult.

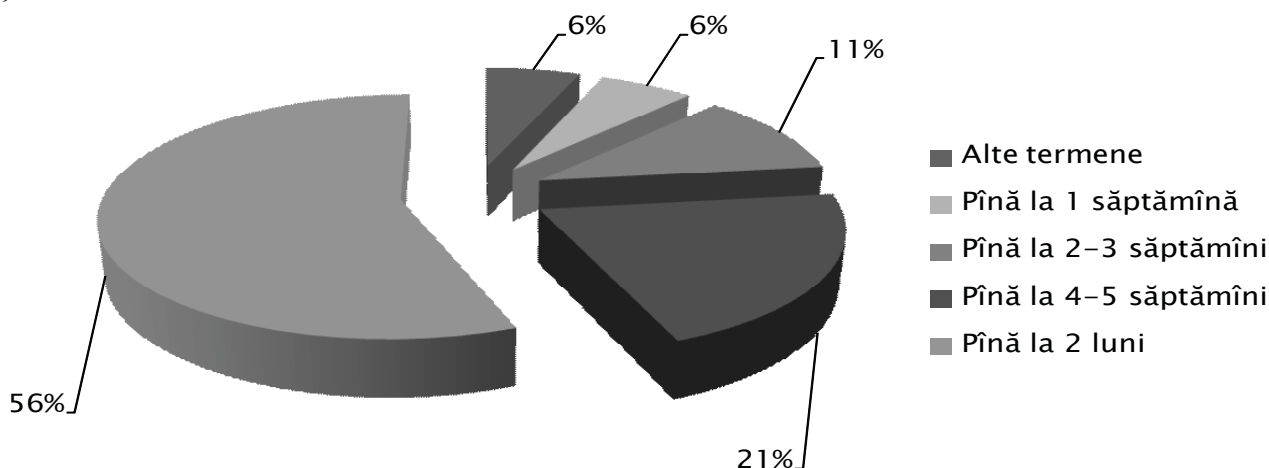


Figura 2. Termenii de elaborare a documentelor de politici

Conform procedurilor existente de elaborare a documentelor de politici, elaborarea unui document de politici de calitate ar trebui să includă următoarele etape obligatorii: analiza situației, analiza financiară, estimarea impactului, analiza costurilor și beneficiilor și în final – examinarea alternativelor de politici. Deoarece perioada de elaborare a unui document de politici este destul de scurtă (56% din toate actele normative se elaborează în mai puțin de 2 luni, iar restul în perioade de timp și mai scurte) presupunem că *de facto*, din cauza presiunilor de timp, se remarcă omiterea sistematică a uneia sau mai multora dintre etapele-cheie necesare procesului de elaborare a politicii. Iar acest lucru, în modul cel mai direct, se răsfrânge și asupra calității documentelor de politici.

Referitor la capitolul despre existența bazei de date statistice, necesare procesului de elaborare a politicii, majoritatea respondenților s-au pronunțat pentru revederea, îmbunătățirea și standardizarea lor. S-a menționat că bazele de date existente nu sunt perfecte și nu se respectă termenii și periodicitatea prezentării datelor. E necesar de a avea baze de date ușor de accesat și gestionat, care urmează a fi reînnoite, reactualizate periodic. În plus, este necesară evaluarea și simplificarea procedurii de înregistrare, evidență și raportare a datelor statistice. În concluzie, se conturează următoarea situație: insuficiența de timp acordat procesului de elaborare a politicilor, resurse umane limitate, insuficiența competenței necesare elaborării politicilor, statistici neconcludente.

Analiza activităților de coordonare a implementării politicilor demonstrează că 63% din timpul de lucru este acordat pentru coordonarea implementării politicilor cu alți actori, 21 % pentru coordonarea planificării activităților, iar 16% din timp este folosit pentru relații cu instituțiile din afara sectorului de sănătate.

Analiza funcției de suport se reduce la lucru cu petiții (27%), elaborare și expertiza actelor interne (20%), rapoarte, dări de seamă (12%) și suport metodologic (12%).

**Performanțe privind managementul și resursele umane.** Studiul a demonstrat că regulamentele de activitate a direcțiilor și fișele de post pentru colaboratorii ministerului sunt elaborate și aprobate, dar corespund parțial funcțiilor și atribuțiilor Ministerului. Optimizarea instituțională este realizată în mare măsură în interiorul instituției. S-a înființat Direcția de Analiză, Monitorizare și Evaluare a Politicilor, pentru eficientizarea activității ministerului, în procesul de elaborare a politicilor, monitorizarea implementării acestora și evaluarea impactului lor social, economic și financiar. Gradul de ocupare a posturilor în Minister în anul 2008 a crescut de la 73,5% (61 de funcționari publici la 01.01.2008)

la 79,5% (66 de funcționari publici la 01.03.2008). Se realizează instruirea continuă a personalului în vederea dezvoltării capacităților manageriale și de planificare strategică (64% din personal instruit în 2007 în cadrul Academiei de Administrare Publică pe lângă Președintele Republicii Moldova, precum și în Școala Națională de Management și Sănătate Publică). Începând cu anul curent, ministerul a dezvoltat un plan de instruire a funcționarilor publici. Deși ministerul și-a planificat din fondul de salarizare cheltuieli de instruire, conform Codului Muncii (până la 2%), instruirea se realizează în prezent fără costuri pentru minister. Pentru ridicarea nivelului profesional al funcționarilor publici, se organizează cursuri de studiere a limbii engleze și franceze la nivelul Ministerului.

Cercetarea noastră a constatat că nu există un sistem de evaluare a performanței funcționarilor publici și nici un sistem de salarizare bazat pe performanță, care să asigure stabilitatea și motivarea personalului. Datorită lipsei unui sistem de promovare și motivare a personalului, inclusiv financiară, posturile vacante scoase repetat la concurs nu se ocupă, iar încărcătura de lucru a personalului existent este foarte mare (65% din personal declară că lucrează peste 40 de ore pe săptămână, iar 69% din personal declară că încărcătura de lucru este mare sau foarte mare). Fluctuația personalului, deși nu exagerat de mare (6,6% plecări în 2007) și lipsa candidaților la concursurile de ocupare a posturilor conduce de asemenea la încărcarea excesivă a personalului existent, precum și la angajarea de personal prin alte metode decât concursul deschis. Personalul nou angajat este în mare parte neexperimentat (medici tineri imediat după rezidențiat, absolvenți recentți ale facultăților juridice și economice etc.) și nu există o metodologie sau un plan de dezvoltare specific pentru noii angajați. Nu există un manual de proceduri interne, care să permită noilor angajați să se adapteze rapid la activitatea Ministerului.

***Evaluarea capacității instituționale a procesului decizional, comunicare și tehnologii informaționale.*** Sistemul de ocrotire a sănătății trece printr-un proces de reformă structurală, de descentralizare administrativă și funcțională. În acest context, procesul de planificare strategică este de o importanță majoră pentru îndeplinirea misiunii Ministerului Sănătății. Pentru un proces decizional eficace, Ministerul Sănătății trebuie să aibă acces la un sistem integrat de date de calitate, specifice și obținute la timp (bazat pe o platformă informațională integrată), care să poată fi transformate ușor în informații și dovezi necesare elaborării de opțiuni strategice adecvate nevoilor, dar și resurselor disponibile. Pe baza analizei diferitelor opțiuni și a consecințelor acestora, se pot lua cele mai bune decizii de politică sanitară și de reglementare a sistemului de sănătate. Abilități analitice solide, susținute de un sistem bun de monitorizare și evaluare, asigură succesul procesului decizional eficace. Implementarea politicilor și strategiilor necesită de asemenea cunoștințe, abilități și mecanisme, care să permită Ministerului să dirijeze sistemul prin delegare și comunicare eficientă. Pentru o planificare strategică eficace, Ministerul trebuie să creeze un mediu propice pentru atingerea echilibrului optim între politicile dezvoltate și organizațiile prin care vor fi implementate în practică aceste politici.

S-a demonstrat că la nivelul Ministerului Sănătății există o bună capacitate de planificare strategică (foarte bună/bună – 73,5%, medie – 20,5%, slabă/foarte slabă – 6%). Capacitatea Ministerului Sănătății de a elabora și implementa politici de sănătate este în general bună – 89,8%. Calificativele „medie” și „slabă” au fost atribuite în – 8,2% și respectiv – 2,0%. Procesul decizional se realizează prin conlucrarea formală și informală a conducerii și personalului direcțiilor, cu implicarea unor instituții subordonate specializate pe domenii strategice (management sanitar, medicină preventivă și supraveghere epidemiologică, politica medicamentului etc.). Ministerul Sănătății a elaborat în anul 2007 cadrul de politică sectorială: Politica Națională de Sănătate și Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate 2008-2017. Toate documentele elaborate ulterior se încadrează în prioritățile identificate în aceste documente strategice. Ministerul Sănătății în anul 2007 a elaborat 11 documente de politici, 6 legi, 50 de hotărâri de guvern și alte acte normative. Aproximativ 90% din personalul MS apreciază capacitatea instituțională de a elabora și implementa politici de sănătate ca bună sau foarte bună, procesul fiind participativ și eficient. Două treimi din personal apreciază capacitatea Ministerului de planificare strategică și de elaborare a programelor de sănătate ca fiind bună sau foarte bună. Procesul de elaborare a documentelor strategice se realizează prin consultare (instituții subordonate, beneficiari, organizații internaționale, organizații non-guvernamentale). Aproximativ 70% din personal apreciază colaborarea cu alte ministere, cu instituțiile subordonate și cu organizațiile internaționale, ca fiind bună sau foarte bună și doar 43% din personal consideră că societatea civilă (organizațiile non-guvernamentale) colaborează bine sau foarte bine cu Ministerul. Pe parcursul anului 2007 Ministerul Sănătății a difuzat în mass-media 46 de comunicate de presă. Au fost trimise

către mass-media peste 60 de anunțuri privind diverse activități care au fost organizate. Personalul de conducere a participat la emisiuni la posturile de radio și televiziune, oferind informații privitor la activitatea ministerului și a instituțiilor subordonate, colaborarea internațională și reformele în desfășurare sau planificate. Toate informațiile difuzate de Serviciul de presă sunt publicate pe pagina Web a Ministerului Sănătății.

În același rând, studiul a identificat și mai multe deficiențe organizaționale. Concomitent cu planul anual de activitate, există multe planuri-anexe care nu sunt încadrate într-un plan strategic de activitate a ministerului. Astfel, în prezent, există un număr de aproximativ 35 de documente de politici, strategii, programe, planuri la care Ministerul Sănătății contribuie sau pe care le are în directă responsabilitate, care sunt dificil de monitorizat și evaluat. Trebuie revizuite prioritățile și acțiunile și integrate în Planul de Dezvoltare Instituțională pentru 2009-2011, în funcție de priorități, dar și de capacitatea ministerului de a le duce la îndeplinire. În lipsa unui sistem unic de raportare, conlucrarea între autoritățile administrației publice centrale este dificilă. Există un flux excesiv de solicitări și documente atât din partea autorităților (5607 solicitări și porunci în anul 2007), cât și a cetățenilor (2750 de petiții în anul 2007), în detrimentul activităților strategice și de reglementare. La cel mai simplu calcul matematic, se poate observa ca revin aproximativ 35 de solicitări și petiții pe zi lucrătoare. Se estimează că intrarea în exercițiu a legii cu privire la petițiile electronice va crește și mai mult numărul acestora și deci timpul alocat pentru examinarea lor va fi și mai mare.

**Evaluarea capacității în domeniul managementului financiar.** Ministerul întreprinde permanent măsuri de analiză strategică și valorificare a informațiilor obținute pentru elaborarea Cadrului de Cheltuieli pe Termen Mediu pentru sectorul ocrotirii sănătății. Implementarea Cadrului de Cheltuieli pe Termen Mediu de către Ministerul Sănătății contribuie la îmbunătățirea procesului anual de elaborare a bugetului și perfecționarea planificării sectoriale. Astfel, în Legea bugetului de stat pe anul 2008, bugetul sectorului sănătății este fundamentat pe programe și performanță. La nivelul Ministerului Sănătății funcționează un sistem eficient de interacțiune a procesului de elaborare a politicilor cu procesul bugetar. În același rând, capacitățile angajaților Ministerului Sănătății în domeniul managementului financiar sunt mai puțin evidențiate în comparație cu alte domenii de activitate (bună – 59,2%, medie – 30,6%, slabă – 10,2%). Și mai slabă este situația la capitolul managementul financiar al programelor de sănătate (bună – 48,0%, medie – 41,7%, slabă – 10,3%).

Studiul a identificat că în cadrul ministerului Sănătății nu există audit financiar intern. Activitățile prevăzute în programele naționale nu sunt acoperite integral cu finanțare. În anul 2008 alocațiile pentru realizarea acestor programe variază de la 1,8% în medicina de urgență până la 93% în programul de imunizări, ceea ce constituie o medie a finanțării doar de circa 18,5 la sută.

## Concluzii

1. Ministerul Sănătății dispune în prezent de capacitatea instituțională necesară pentru a-și îndeplini misiunea, funcțiile și atribuțiile, pentru a-și îndeplini obiectivele asumate. Problemele identificate care țin de competența ministerului trebuie corectate și acest lucru va conduce la sporirea capacității de planificare strategică și bugetară a sectorului de sănătate.

2. Ministerul Sănătății a elaborat după restructurarea din anul 2007 cadrul de politică sectorială: Politica Națională de Sănătate și Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate 2008-2017. Toate documentele elaborate ulterior se încadrează în prioritățile strategice identificate.

3. Elaborarea Planului de Dezvoltare Strategică 2009-2011, cu revizuirea priorităților și acțiunilor din cele aproximativ 35 de documente de politici, strategii, programe, pe care Ministerul Sănătății le are în directă responsabilitate, va contribui direct la planificarea riguroasă a activității ministerului pentru primul ciclu de planificare strategică.

4. Introducerea unui sistem de salarizare bazat pe performanță, care să asigure stabilitatea și motivarea personalului și introducerea unui sistem de stimulente morale și materiale poate contribui la dezvoltarea capacităților angajaților Ministerului Sănătății.

5. Instituirea auditului intern și dezvoltarea treptată a planificării financiare pe programe și sub-programe de performanță și aplicarea metodologiei de evaluare a performanțelor în raport cu resursele financiare existente constituie factori importanți în optimizarea activității Ministerului Sănătății.

6. Dezvoltarea unui plan pe termen lung, de formare inițială și continuă în planificare strategică pentru tinerii specialiști care vor fi recrutați trebuie să constituie unul dintre obiectivele principale ale Ministerului Sănătății. În sistemul de sănătate, cunoștințele de planificare strategică trebuie să

fie fundamentate, în primul rând, pe o bază solidă de cunoștințe de sănătate publică și management. Instruirea sau participarea la masterate cu frecvență redusă nu sunt suficiente. O soluție este promovarea pe bază de selecție a unor tineri specialiști la masterate internaționale, în universități cu tradiții în domeniu. Bursele de studii pot fi solicitate donatorilor sau acoperite de stat, prin negocierea cu universitățile respective, cu obligativitatea, în contractul de finanțare a studiilor, ca bursierul să lucreze minimum cinci ani pentru instituție sau să ramburseze integral valoarea bursei acordate.

#### **Bibliografie selectivă**

1. Ețco, C. Management în sistemul de sănătate. Chișinău, 2006, - 864 p.
2. Saltman, R.B., Figueras, J. and Skellrides, C. Critical Challenges for Health Care Reform in Europe, Buckingham: Open University Press. 1998. p. 261-286.
3. Schieber, G. J. Preconditions for health reform: experiences from the OECD countries. Health Policy. Berne. 1995. no. 32, p.279-293.

#### **Rezumat**

Studiul de față prezintă sintetic rezultatele evaluării capacității instituționale a Ministerului Sănătății în domeniul managementului și resurselor umane, a procesului decizional și de comunicare, precum și în domeniul managementului financiar. Informațiile obținute au stat la baza Planului de Dezvoltare Instituțională a Ministerului Sănătății pentru anii 2009-2011.

#### **Summary**

This survey shows synthetically the results of an institutional capacity evaluation in the Ministry of Health regarding the human resources management, decision-making and communication process, as well as financial management. The resulted information was taken as background for the Institutional Development Plan of the Ministry of Health for 2009-2011.

## **ACCESUL POPULAȚIEI LA SERVICII DE SĂNĂTATE ÎN RAPORT CU CAPACITATEA DE PLATĂ**

**Pavel Ursu, doctorand, USMF „Nicolae Testemițanu”**

Cercetările asupra sănătății populației constituie o componentă importantă a cadrului informațional necesar identificării factorilor ce afectează starea de sănătate a populației, consumul de servicii medicale și de medicamente. Extrem de importante pentru argumentarea deciziilor sunt informațiile științifice, care reflectă accesul la servicii de sănătate, în funcție de capacitatea populației de a achita aceste servicii. De asemenea, prezintă interes și datele care reflectă categoriile de populație lipsite de asistență medicală, precum și analiza impactului diferitor programe asupra sănătății populației.

**Scopul** prezentei cercetări a fost evaluarea accesului la servicii de sănătate, în raport cu capacitatea de plată a diverselor categorii de populație.

**Materiale și metode.** În cercetare au fost incluse toate persoanele din cadrul gospodăriilor individuale de pe teritoriul țării selectate aleatoriu. Nu au fost cuprinse în cercetare persoanele care locuiesc în unitățile instituționale, precum închisorile, sanatoriile, casele pentru bătrâni, orfelinatele, căminele studențești, excepție fiind căminele muncitorești. Pentru înregistrarea datelor a fost utilizat interviul și proxy interviul. Pentru persoanele sub 15 ani, datele au fost furnizate de către o persoană adultă din cadrul gospodăriei, de regulă aceasta a fost mama, considerându-se că ea este persoana, care poate oferi date corecte (în absența acesteia informațiile au fost asigurate de tatăl copilului sau de o altă persoană adultă). Întrebările din chestionar au avut ca referință perioade de timp diferite: 4 săptămâni anterioare lunii interviului pentru întrebările cu referire la vizitele unui medic, serviciile medicale primare; 12 luni anterioare lunii interviului pentru întrebările cu referire la vizitele unui medic, serviciile medicale spitalicești. Pentru colectarea informației a fost utilizat chestionarul individual pentru adulți, și chestionarul individual pentru copii. Varianta inițială a chestionarelor a fost