

MANAGEMENTUL
INSTITUȚIILOR MEDICALE
ÎN CONDIȚIILE ASIGURĂRIILOR
OBLIGATORII DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ

Constantin EȚCO,
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
Nicolae Testemițanu;
Gheorghe RUSU, Ghenadie DAMAȘCAN,
Compania Națională de Asigurări în Medicină

[https://doi.org/10.52556/2587-3873.2021.3\(90\).10](https://doi.org/10.52556/2587-3873.2021.3(90).10)

În structura oricărei societăți, sistemul de sănătate este un sector de primă importanță, deoarece el interesează întreaga populație a unei țări. Printre factorii care influențează esențial performanțele acestui sistem, unul dintre cei mai importanți este managementul lui. Toate statele lumii se află într-o continuă perfecționare a propriilor sisteme de management al sănătății, problema devenind de-a dreptul acută pe parcursul ultimilor 15-20 de ani. Aceasta se explică prin particularitățile perioadei menționate: îmbătrânirea populației, costurile înalte ale noilor tehnologii medicale, creșterea exigențelor pacienților etc. care, în cele din urmă, duc la sporirea costurilor de întreținere a întregului sistem de sănătate. Este evident că soluționarea unor asemenea probleme diferă de la o țară la alta, deoarece sunt diferite posibilitățile financiare, tradițiile și structurile sistemelor de sănătate formate istoric. Astfel, RSS Moldovenești, ca uneia dintre fostele republici ale URSS, i-a fost caracteristică o dezvoltare extensivă a sistemului de sănătate, bazată pe administrare directă și neglijarea factorilor economici. Toate acestea duceau la pierderi economice mari, care în cele din urmă au cauzat o gravă degradare a întregului sistem de sănătate al Republicii Moldova în ultimii zece ani. S-a făcut evidentă necesitatea schimbărilor radicale în modelele de finanțare și în managementul sistemului de sănătate, acestea fiind pârghiile cele mai importante de redresare a situației. Astfel, forțele politice din țară au luat decizia cu privire la implementarea unui sistem de medicină prin asigurări. Imperative ale timpului au devenit problema formării pieței interne de servicii medicale, divizarea funcțiilor de prestator și cumpărător și introducerea sistemului de contractare a instituțiilor medicale pentru prestarea serviciilor.

Este de menționat că asemenea schimbări, în afară de faptul că sunt radicale, mai sunt și absolut noi, Moldova nefiind vreodată antrenată în sisteme de asigurări medicale. Schimbarea modalităților de finanțare a instituțiilor medicale în mod obligatoriu prevede modificarea schemelor de management al acestora. În continuare vom menționa unele momente-cheie care impun aceste transformări.

• **Instituțiile medicale încetează să fie bugetare**, transformându-se în instituții medico-sanitare publice care își desfășoară activitatea pe principii autofinanțării. În aceste condiții, eficiența în cheltuieli capătă importanță primordială. Istoria ne arată că, pentru declanșarea unui asemenea proces de eficientizare, nu există stimul mai mare decât interesarea financiară proprie, apărută în cadrul

autofinanțării. Astfel, stăpânind pârghia autonomiei în distribuția resurselor financiare, apare interesul de a evita cheltuielile neargumentate și inutile, pentru a le redirecționa spre majorarea salariilor personalului medical, sporirea calității serviciilor prestate etc. Instituțiile medicale din start sunt puse în situația de a avea grijă de eficiența cheltuielilor efectuate, de randamentul acestora.

• **Apar relații de piață în prestarea serviciilor medicale sau piața de servicii medicale.** În Moldova se creează o piață dirijată, în care o parte din problemele de finanțare, de stabilire a prețurilor sunt dictate de stat. Acest proces în țările dezvoltate are efectul scontat, deoarece statul respectă regulile de joc ale pieței economice și nu dictează prețurile sau adoptă alte decizii în defavoarea agenților economici – a instituțiilor medicale. Prin *dirijarea de stat* în aceste țări se subînțelege limitarea supraveniturilor, și nu stabilirea costului serviciilor medicale sub valoarea lor reală din considerente populiste. Și chiar dacă se stabilesc asemenea prețuri, diferența, inclusiv și a adaosului comercial, este dotată de stat sau de alte structuri, ceea ce nu afectează financiar agenții economici prestatori de servicii medicale. Aceste servicii se cumpărau și până acum în cadrul serviciilor cu plată din instituțiile medicale, însă rolul de cumpărător îl juca sau însuși bolnavul (care de fapt nu era capabil să o facă din lipsă de cunoștințe medicale), sau instituțiile medicale care, posedând cunoștințele necesare, nu întotdeauna le foloseau adecvat, fiind cointeresate economic.

În cadrul sistemului de asigurări medicale, rolul de *cumpărător* îi revine numai pacientului. El procură serviciile direct contra plată sau prin intermediul anumitor organizații ca intermediari specializați în această piață – Compania Națională de Asigurări în Medicină și companiile comerciale, în care sunt prevăzute structuri responsabile pentru aprecierea atât a volumelor de asistență medicală destinate procurării, cât și a costurilor reale și a calității serviciilor medicale. Astfel, se efectuează trecerea de la relații de „piață sălbatică” la o piață cu o concurență echilibrată, loială. Cu alte cuvinte, în cadrul sistemului de asigurări medicale se încearcă a da răspuns la întrebările: *Pentru cine se procură? Ce se procură? Cât se procură? Cu ce preț?* etc.

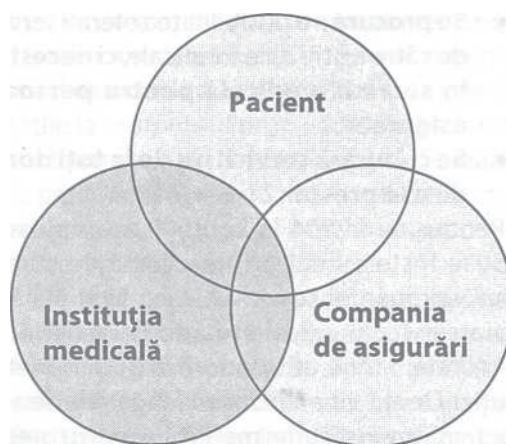
• **Apare noțiunea de produs al activității instituției medicale**, procurarea căruia și este pusă la baza finanțării acesteia. În anul 2004, acest produs este cheia activității instituțiilor medicale, deoarece acesta va fi cumpărat și numai el va fi oferta disponibilă pentru activitatea instituției. Nu se vor mai

rezolva la primării problemele de achitare a căldurii, apei, consumabilelor, de achitare a salariilor etc., ci se vor procura *cazul tratat* sau *solicitarea* la salvare, asupra costului cărora au influențat toate cheltuielile necesare prestării produsului în cauză, dar numai cu condiția că acest produs a fost prestat. Spre exemplu, în costul cazului tratat, printre altele, au intrat și cheltuielile pentru încălzire în cazul în care pacientul va fi internat, dar nu și în cazul în care în salon nu sunt bolnavi. Devenind cointeresată în eficientizarea cheltuielilor, instituția medicală va încerca să rezolve problema astfel: sau în salon vor apărea bolnavi, sau salonul dat nu va fi încălzit. La scară națională, aceasta ar însemna redirectionarea unei sume importante de bani, economisiți în urma diminuării cheltuielilor care pot fi evitate, spre mărirea accesibilității serviciilor medicale și a calității lor, pentru că banii economisiți de instituția medicală oricum rămân în cadrul acesteia. Aici se face văzută clar prioritatea sistemului de asigurări în fața sistemului bugetar, în care banii economisiți la finele anului se extrăgeau din sistem, lipsind instituția medicală de cointeresarea de a economisi resursele. Într-o situație mai bună se află instituțiile medicale private, care au un sistem optim de gestionare a resurselor financiare. Ele posedă un coeficient optim de edificii, personal, calificare profesională, eficiență de activitate a personalului etc. Fenomenul dat este normal pentru o economie de piață, ba mai mult, fără o concurență loială această piață devine una monopolistă, care intră în faza destructivă a dezvoltării chiar de la bun început.

• Un alt moment important, de care trebuie să se țină cont în managementul instituțiilor medicale, este următorul: **Compania Națională de Asigurări în Medicină (CNAM) nu este reprezentantul intereselor instituției medicale, ci reprezentantul intereselor persoanei asigurate și intereselor proprii**, ceea ce este absolut corect. Însă interesele instituției medicale de asemenea trebuie respectate. Într-o economie de piață dezvoltată, un agent economic nu poate activa și prospera în detrimentul altuia. Schematic, interesele participanților la piața de servicii medicale pot fi reprezentate prin diagrama ce arată contrapunerea și suprapunerea intereselor celor trei participanți la procesul de prestare-utilizare a serviciilor medicale:

Fiecare dintre acești trei participanți are un scop bine determinat, dar care este în detrimentul cuiva. Pacientul dorește să procure și să primească cât mai multe servicii medicale la un preț cât mai mic; instituția medicală caută să presteze servicii de un volum și un preț cât mai mare la o calitate mai joasă; și, în sfârșit, compania de asigurare tinde să procure servicii de la instituția medicală la un preț mai scăzut pentru o calitate mai înaltă și să le vândă pacientului la un preț mai înalt. Numai o conlucrare reciproc avantajoasă poate înlătura această divergență între participanții la proces. Este de ajuns ca unul din cei

trei să încerce a obține un profit mai mare și procesul de conlucrare devine dificil, ceilalți doi participanți unindu-se contra primului, care își poate pierde segmentul său de piață. Chiar dacă CNAM este structură statală și asigurările de asistență medicală sunt obligatorii, aceasta nu înseamnă că CNAM poate dicta pe piață de pe poziții de monopolist. Da, pacientul nu poate alege la moment altă companie de asigurări obligatorii, dar el poate procura direct serviciile medicale. Instituția medicală, în caz de atitudine tendențioasă a CNAM, poate și are tot dreptul juridic să refuze încheierea contractului cu aceasta. Cine pierde în asemenea caz?



Participanții la procesul de prestare-utilizare a serviciilor medicale

Dacă aceste lucruri vin să ne demonstreze interesarea CNAM în finanțarea unei instituții bine organizate de prestare a serviciilor medicale, de aici și reiese sarcina principală a managementului instituției medicale – o bună organizare a serviciilor medicale de o calitate corespunzătoare. Procurarea de către CNAM a serviciilor de la instituțiile medicale va fi condiționată de propunerea unui cost mai mic la o calitate și un confort mai mari.

De care factori trebuie de ținut cont în organizarea schemelor de management a instituției medicale?

- Banii vin după pacient.
- Se procură nu posibilitatea oferirii serviciilor de către instituțiile medicale, ci necesitatea în servicii medicale pentru persoanele asigurate.
- Se cumpără servicii nu de la toți doritorii de a le presta.

Pentru anul 2004, în condiții „avantajoase” au fost puse fostele instituții medicale de stat. Însă politica Companiei se va schimba în timp, spre a procura servicii medicale ținând cont de indicele cost-calitate, indiferent de forma de proprietate a instituției. De aici vine sarcina managerială de a organiza activitatea instituției medicale pentru prestarea unor servicii calitative și la prețuri reale.

Un alt component ce ține de problema pusă în discuție, și mai ales de calitatea serviciilor presta-

te, este **acreditarea instituției medicale**. Pentru contractarea instituțiilor medicale foste de stat, în anul 2004 nu sunt prevăzute restricții în cazul lipsei acreditării instituției medicale, deoarece pentru procesul de acreditare este nevoie de timp. Astfel, pe parcursul a cinci ani, toate instituțiile medicale foste de stat vor fi considerate facultativ acreditate. Procesul acreditării a început încă în octombrie 2001, de aceea astăzi putem vorbi nu numai despre faptul că o parte dintre instituții nu au reușit să fie acreditate, ci în primul rând că au fost unele instituții medicale care nu au răspuns exigențelor acreditării și altele care au refuzat să o treacă.

• **Companiile de asigurare cumpără servicii medicale nu pentru întreaga populație, ci numai pentru persoanele asigurate.** În acest sens, trebuie să ținem cont de faptul că păturile vulnerabile (pensionarii, invalizii, șomerii înregistrați oficial etc.), copiii până la 18 ani, studenții sunt asigurați de stat. De asemenea, sunt asigurate și persoanele angajate. Toate aceste contingente constituie 70-80% din populație (în funcție de teritoriu). Practic, partea neasigurată a populației o reprezintă persoanele care nu-și declară veniturile sau care nici nu le au. Persoanele neasigurate au două posibilități de acțiune:

1 – cumpără polița de asigurare, devenind persoane asigurate;

2 – achită integral costul tratamentului.

În managementul instituțiilor medicale trebuie de ținut cont de faptul că resursele CNAM vor crește odată cu creșterea numărului de asigurați. Aceasta este deosebit de actual pentru instituțiile medicale prestatoare de asistență medicală primară, pentru care finanțarea este prevăzută per capita, deci depinde în mod direct de numărul persoanelor asigurate. Rezervele rezidă în forța de convingere a medicului de familie pentru ca persoanele neasigurate să-și procure de sine stătător polița de asigurare, astfel instituția medicală va avea mai mult de lucru și, respectiv, mai mulți bani pentru deservirea acestor persoane.

• **Se cumpără un volum concret de servicii medicale.** Volumul de asistență medicală destinat contractării depinde direct de fondurile acumulate de CNAM sau de programele de asigurare ale companiilor comerciale. Companiile nu vor cumpăra mai puține servicii medicale, deoarece pe parcursul anului fondurile destinate procurării acestor servicii se cheltuiesc în întregime și numai cu acest scop, dar nici mai multe, pentru că nu este posibil de a procura servicii medicale fără acoperire financiară.

Este clar că uneori instituția medicală va încerca să presteze un volum neadecvat de servicii medicale. Se va încerca a explica acest lucru prin faptul că așa au fost necesitățile pacientului, voalându-se minuțios faptul că, în realitate, așa sunt interesele instituției medicale. Desigur, starea sănătății populației Republicii Moldova lasă de dorit, dar această stare deplorabilă este o problemă acumulată pe parcursul

multor ani și nu poate fi corectată instantaneu. De aceea, pentru un management adecvat al unei instituții medicale se cere a înțelege bine faptul că volumul de servicii medicale care va fi contractat va depinde nu numai de necesitățile populației în asemenea servicii, dar și de posibilitățile financiare de a le acoperi.

• **Asigurările medicale nu sunt unica sursă de venit** pentru o instituție medicală. Există și alte surse: donații, spații date în arendă etc., de care desigur trebuie de ținut cont. Însă, un management eficient al unei instituții medicale se va axa în jurul surselor provenite din serviciile cu plată. Trebuie să înțelegem că medicină gratuită nu există și nici nu a existat vreodată. Fiecare activitate medicală costă ceva și deci trebuie să fie plătită de cineva. CNAM își asumă responsabilitatea de a plăti pentru asistența medicală a persoanelor asigurate în limitele volumelor prevăzute în Programul Unic. Pentru un manager bun, aceasta înseamnă că există persoane neasigurate și chiar există servicii „supra-pachet” pentru persoanele asigurate. Anume aici sunt ascunse rezervele de finanțare a unei instituții medicale, care pot fi acoperite atât de persoanele fizice, cât și prin asigurări medicale facultative.

• **Costurile de procurare a serviciilor medicale** trebuie să fie reale, formate pe principiile economiei de piață. După cum s-a menționat deja, ele la moment sunt dictate de stat și pentru unele instituții devin costuri catastrofale, deoarece instituția nu poate activa la prețuri sub valoarea reală a cheltuielilor. Aceasta înseamnă că o instituție care știe să-și organizeze activitatea astfel încât costurile reale pentru serviciile medicale oferite să fie sub nivelul celor medii pe țară va fi într-un câștig permanent, cu condiția că serviciile medicale vor fi de calitate cerută.

• Orizonturi noi în activitatea managerială a instituțiilor medicale va deschide **lipsa necesității gestionării banilor prin trezorerie**, deoarece mobilitatea întotdeauna a sporit eforturile manageriale; ce-i drept, numai pentru cei care știu să le depună.

• Contractul încheiat cu instituția medicală încă nu înseamnă că CNAM a cumpărat serviciile medicale, ci faptul că aceasta este gata să procure aceste servicii. Aici vorbim despre o condiție obligatorie a managementului instituției medicale: **calitatea serviciilor medicale**. Serviciul necalitativ nu se cumpără.

În CNAM sunt prevăzute structuri speciale pentru expertiza medicală. Din punct de vedere managerial, este bine să înțelegem că, deși serviciul necalitativ nu se cumpără, pentru prestarea acestuia la fel sunt necesare resurse financiare. Ele vor fi suportate integral de bugetul instituției medicale, deci practic cheltuielile pentru serviciile necalitative vor fi acoperite din banii care s-ar fi putut folosi pentru majorarea salariilor personalului medical, procurarea utilajului etc.

• **Managementul plasării pe piață, îndeosebi a instituțiilor municipale.** Concurența pe piața economică noi o urmăream până acum în alte țări. Astăzi, managerii instituțiilor medicale trebuie să țină cont de ea. E necesar ca această concurență să fie loială. Totuși, unde este vorba de ban, multe principii morale uneori nu se respectă. Instituțiile medicale se vor ciocni din start cu efectele concurenței și ar fi bine să depună eforturi pentru a se menține pe piață, deoarece cineva inevitabil va părăsi această piață, dacă nu va face față cerințelor.

• **Managementul productivității prestării serviciilor medicale** reprezintă astăzi o problemă destul de dificilă pentru dirijarea instituțiilor medicale, deoarece departamentul de economiști al instituțiilor a activat numai în sistemul bugetar. Calificarea lor nu întotdeauna le permite să facă analize complexe ale productivității agenților economici. Luând în calcul specificul managerial al instituției medicale, în prezent se solicită cunoștințe economice fundamentale pentru a conduce o asemenea instituție. Sau medicul-șef face a doua facultate, sau angajează un locțiitor cu o pregătire corespunzătoare. Alte soluții nu sunt.

• **Rentabilitatea instituției medicale** este o problemă indispensabil legată de cea precedentă și deci poate fi soluționată prin aceleași procedee și surse.

• **Managementul mijloacelor fixe și celor financiare.** Specificul problemei date constă în faptul că achiziționarea utilajului sau aparaturii medicale, a reactivelor sau mobilierului nu mai depinde de fonduri, ci de sursele acumulate în conturi, de disponibilitățile la momentul procurării. Piața economică modernă nu este o piață haotică, ea elaborează planuri de perspectivă pe 5-15 ani. Planificarea corectă, previziunea reală a situației este cheia succesului și în acest segment ai managementului.

Altă particularitate a managementului financiar constă în faptul că până în prezent nu se acorda atenție situației când circa 30-40% din activitatea instituției medicale constă în corectarea urmărilor tratamentului necalitativ, în înlăturarea complicațiilor survenite din cauza incompetenței, neprofesionalismului, lipsei de responsabilitate a personalului. Această activitate necesită finanțare, dar ea nu se achită de nimeni, deoarece este o activitate care a fost deja achitată.

• **Responsabilitatea** față de pacient, de administrația locală, de Ministerul Sănătății, de stat. Pentru a putea face față tuturor cerințelor și greutăților care se apropie, este necesar de a înțelege că fără rezolvarea problemelor de management, fără implicarea directă în procesul de producție a întregului colectiv scopul nu poate fi atins. Este necesar de a delega personalului o bună parte de responsabilitate (formarea unei echipe cu același scop) pentru rezultatele finale.

• **Managementul informațional.** Informația din teritoriu nu mai este pur și simplu un conglomerat de indici pentru un raport festiv, ci date în baza cărora se trasează obiective strategice pentru a supraviețui și a câștiga un salariu decent.

Așadar, implementarea asigurărilor medicale obligatorii în Republica Moldova a impus necesitatea schimbărilor radicale în modelele de management ale subiecților participanți la acest proces. Unul dintre acești subiecți este instituția medicală. Apariția pieței serviciilor medicale și concomitentă schimbare a statutelor instituțiilor medicale, pentru care acum este prevăzută procedura de insolabilitate, pune în fața managerilor acestor structuri necesitatea căutării răspunsurilor la următoarele întrebări:

• Care sunt caracteristicile *pieței serviciilor medicale*?

• Ce sunt *relațiile de piață* în procurarea serviciilor medicale?

• Care este *produsul activității* instituției medicale pe care o conduce?

• De ce factori trebuie să țină cont un management „bun”?

• Ce este un *contract de prestare a serviciilor medicale* și cum trebuie să fie prezentată oferta serviciilor propuse pentru contractare în condițiile de concurență a instituțiilor medicale?

• Cum poate fi sporită calitatea serviciilor medicale, ținând cont că *baniile vin după pacient*?

Colectivul de autori și-a expus unele păreri pe marginea problemelor menționate și speră că își va găsi auditoriul pentru care cele relatate să fie de ajutor în ceea ce numim astăzi *management al instituției medicale*.

Bibliografie

1. Legea ocrotirii sănătății a Republicii Moldova, nr. 411-XIII din 28.03.95. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, nr. 34/373, 1995.
2. Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală În: *Monitorul Oficial al RM*, nr. 38-39, 1998.
3. Materialele cursului *Formarea profesională a cadrelor de conducere ale serviciului sanitar național al Republicii Moldova*, pregătite de Azienda Ospedaliera din Verona, Italia. 1999.
4. Kane N. *Managing Health: An International Perspective*. 2003.
5. Muennig P. *Designing and Conducting Cost-Effectiveness Analyses in Medicine and Health Care*. 2002.
6. Young D.W. *Management Accounting in Health Care Organizations*. 2003.
7. Zelman W., McCue M. *Financial Management of Health Care Organizations. An Introduction to Fundamental Tools, Concepts and Applications*. 1999.

(Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină, 2004, nr. 1)