



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII,  
MUNCII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE  
AL REPUBLICII MOLDOVA



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Swiss Agency for Development and Cooperation SDC  
Agenția Elvețiană pentru Dezvoltare și Cooperare  
Швейцарское управление по развитию и сотрудничеству



Swiss Red Cross



# Raport de evaluare a activității Consiliilor de Administrație a instituțiilor medico-sanitare publice spitalicești

din regiunea Nord (Bălți, Drochia, Edineț, Florești, Soroca)

**Autor:** Ana Niculiță

Chișinău, 2020

Acest studiu a fost realizat în cadrul proiectului „Echitate în sănătate prin responsabilizare socială”, implementat de Crucea Roșie din Elveția în parteneriat cu Asociația Obștească „CASMED” și Asociația Obștească „HOMECARE” cu suportul financiar al Agenției Elvețiene pentru Dezvoltare și Cooperare.

Informațiile prezentate în acest studiu nu sunt împărtășite neapărat de Agenția Elvețiană pentru Dezvoltare și Cooperare sau partenerii de implementare.

## CUPRINS

INTRODUCERE	5
1. Consiliul de Administrație – organ de administrare și supraveghere a activității instituției spitalicești	6
1.1. Rolul Consiliului de Administrație în governanța spitalelor: experiența internațională	6
1.2. Modele de governanță a spitalelor publice	9
1.3. Cadrul normativ național privind activitatea Consiliului de Administrație	14
1.4. Studii anterioare privind evaluarea activității Consiliului de Administrație în cadrul spitalelor	17
2. METODOLOGIA STUDIULUI	21
3. EVALUAREA ACTIVITĂȚII CONSILIULUI DE ADMINISTRAȚIE A SPITALELOR DIN REGIUNEA NORD	23
3.1. Respectarea prevederilor actelor normative privind Consiliul de Administrație a spitalelor	23
3.2. Implicarea Consiliului de Administrație în procesul strategic instituțional	27
3.3. Rolul, responsabilitățile și performanța Consiliului	33
3.4. Cultura decizională a Consiliului de Administrație	39
3.5. Relații și cooperare	43
3.6. Ședințele Consiliului de Administrație	46
3.7. Implicarea Consiliului de Administrație în activitatea spitalului	51
CONCLUZII	57
RECOMANDĂRI	61
BIBLIOGRAFIE	62
ANEXE	63

## **ABREVIERI**

APC – Administrație publică centrală;

APL – Administrație publică locală;

CA – Consiliu de Administrație;

CEO - Chief executive officer, din engleză, „director general”;

CM – Consiliu municipal;

CR – Consiliu raional;

CNAM – Compania Națională de Asigurări în Medicină

IMSP – Instituție medico-sanitară publică;

MSMPS – Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale;

n.a. – nota autorului;

SC – Spital clinic;

SCM – Spital clinic municipal;

SR – Spital raional;

## INTRODUCERE

Prezentul studiu a fost realizat pentru a evalua activitatea Consiliilor de Administrație (CA) a instituțiilor medico-sanitare publice spitalicești din 5 raioane-pilot (Bălți, Drochia, Edineț, Soroca, Florești) din regiunea de Nord a țării.

Atribuțiile destul de restrânse ale acestui organ, prevăzute în Regulamentele de organizare și funcționare ale instituțiilor spitalicești, îi atribuie un rol formal în procesul de administrare și supraveghere a activității instituției. Această premisă a constituit temei pentru a iniția studiul, care s-a bazat pe analiza experienței internaționale, a actelor normative naționale și a documentelor instituționale privind activitatea Consiliilor de Administrație în spitalele publice. De asemenea, a fost evaluată percepția, experiența și cunoștințele membrilor Consiliilor de Administrație privind responsabilitățile și rolul lor în governanța spitalelor și, experiența și atitudinea directorilor de spitale față de activitatea Consiliului.

Acest lucru a permis să fie identificate o serie de discrepanțe între prevederile legale și activitatea de facto a Consiliilor de Administrație, privind atribuțiile, dar și componența Consiliilor de Administrație; să fie determinat modul de implicare a membrilor Consiliilor de Administrație în procesele strategice instituționale, procesele decizionale și de monitorizare a performanței instituției spitalicești; să fie înțeles modul în care Consiliul de Administrație este preocupat de asigurarea transparenței ședințelor și a deciziilor și de comunicarea cu părțile interesate.

## 1. CONSILIUL DE ADMINISTRAȚIE - ORGAN DE ADMINISTRARE ȘI SUPRAVEGHERE A ACTIVITĂȚII INSTITUȚIEI SPITALICEȘTI

### 1.1. Rolul Consiliului de Administrație în governanța spitalelor: experiența internațională

Consiliul de Administrație face parte din governanța corporativă a spitalelor. Governanța corporativă în sectorul public poate fi definită ca o procedură de management ce se referă la administrarea și controlul fondurilor publice, cu scopul de a satisface nevoile părților interesate și a îmbunătăți funcționarea organizațiilor publice [4].

Conform abordării OECD<sup>1</sup>, governanța corporativă se referă la „procedurile și procesele conform cărora o organizație este dirijată și controlată. Structura de guvernare corporativă determină distribuirea drepturilor și responsabilităților între diferiții participanți din cadrul organizației - cum ar fi consiliul de administrație, manageri, acționari și alte părți interesate - și stabilește regulile și procedurile pentru luarea deciziilor”.

Instituțiile medicale guvernate corespunzător, cu roluri, responsabilități și atribuții distincte clar definite, ating niveluri ridicate de eficiență și performanță, care pot satisface cerințele actuale ale pacienților. Practicile solide de guvernare contribuie la asigurarea sustenabilității organizaționale pe termen lung prin stabilirea structurilor și proceselor pentru luarea deciziilor și prin facilitarea unui flux liber de informații, ceea ce ajută la identificarea oportunităților și gestionarea riscurilor. Din cauza numărului mare de părți interesate și beneficiari din jurul spitalului, deseori, pot apărea conflicte de interese. Satisfacerea interesului unei părți interesate nu ar trebui să pună în pericol interesele altora. Practicile adecvate de guvernare ajută la realizarea acestui lucru. [9]

Governanța corporativă a spitalelor, din care face parte fondatorul, CA și directorul, trebuie să se axează pe procesul de luare a deciziilor la nivel instituțional. Acest proces este influențat de câteva aspecte: (1) *dimensiunea instituțională*: forma juridică de organizare a spitalului, obiectivele declarate, domeniile de luare a deciziilor, relațiile cu beneficiarii; (2) *dimensiunea financiară*: procesele bugetare curente, deciziile cu privire la capital și infrastructură, investiții, distribuirea venitului, respectiv a profitului pentru instituțiile private; (3) *dimensiunea de responsabilitate*: structura guvernării și structura organizațională a spitalului, participarea beneficiarilor și a comunității la luarea deciziilor; (4) *corespunderea responsabilității cu capacitatea decizională*: posibilitatea de a pune în aplicare hotărârile consiliului de administrație.

---

<sup>1</sup> Principales & Guidelines for Governance in Health Sector. Health Sector Governance, Egypt, 2014

Guvernanța din perspectiva CA înseamnă două lucruri: ceea ce CA face sau aria în care CA își exercită rolul și abordarea care o are în exercitarea acestui rol. Astfel, guvernanța determină modul în care CA își desfășoară activitatea sau acțiunile întreprinse pentru a-și îndeplini rolul asumat. Rolul de bază al CA este de a guverna și a supraveghea activitatea spitalului, fiind veriga principală în procesul de control și luare a deciziilor. [7]

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

La modul general, CA trebuie să asigure legătura dintre managementul spitalului și fondator. Rolurile general acceptate pentru consiliile de administrație sunt cele legate de elaborarea politicilor instituționale (cadrul de referință pentru procesul decizional), luarea deciziilor (alegerea dintre alternativele existente a opțiunii care corespunde priorităților strategice), supravegherea (monitorizarea și evaluarea proceselor și a rezultatelor). [1]

De obicei, CA supraveghează problemele ce se referă la planificarea strategică, inclusiv dezvoltarea viziunii, misiunii și a valorilor instituției, calitatea serviciilor și siguranța pacienților, performanța managementului și cea financiară, managementul și evaluarea riscurilor, contribuția și feedback-ul părților interesate și dezvoltarea continuă a capacităților membrilor CA.

*Planificarea strategică, inclusiv viziunea, misiunea și valorile.* Membrii CA participă la formularea și adoptarea declarației privind viziunea, misiunea și valorile spitalului, fiind responsabili de instituirea planului strategic al spitalului. În timp ce elaborarea planului strategic este delegată managementului spitalului, membrii CA sunt responsabili de asigurarea ca aceasta să aibă loc și participă activ la procesele planificării strategice. În ultimă instanță, CA aprobă planul strategic și supraveghează implementarea lui, prin monitorizarea activității operaționale spitalicești și asigurarea faptului că deciziile consiliului sunt conforme cu planul strategic și prin promovarea viziunii, misiunii și valorilor spitalului.

*Supravegherea calității și a performanței.* CA este responsabil pentru calitatea serviciilor medicale și pentru siguranța pacienților. De asemenea, CA monitorizează și este responsabil pentru eficiența organizațională, în domenii ca: performanța managementului, performanța financiară, relații externe și eficacitatea proprie a membrilor CA. Consiliul își îndeplinește rolul în ceea ce privește asigurarea calității

prin identificarea standardelor și a indicatorilor de performanță corespunzători, revizuirea performanței spitalului și a consiliului în raport cu aceste standarde și indicatori.

*Supravegherea financiară.* CA acționează ca administrator al activității financiare a spitalului, membrii CA fiind responsabili de alocarea adecvată a resurselor financiare. CA aprobă politicile financiare și se asigură că bugetele anuale sunt elaborate și aprobate în conformitate cu aceste politici. De asemenea, consiliul monitorizează performanța financiară în raport cu bugetul și planurile operaționale/ anuale aprobate, se asigură că activele sunt alocate într-un mod care să fie în concordanță cu misiunea, viziunea, valorile și direcția strategică și asigură transparența financiară a utilizării resurselor publice.

*Selecția și evaluarea performanței directorului spitalului.* Consiliul determină descrierea postului pentru funcția de director și se asigură că este implementat un proces adecvat de recrutare și selecție. CA aprobă obiectivele anuale de performanță pentru director și evaluează performanța în raport cu obiectivele aprobate. De asemenea, Consiliul determină nivelul de salarizare al directorului și se asigură de existența planurilor de succesiune pentru funcția de director.

*Identificarea și supravegherea riscurilor.* CA monitorizează programul de management al riscurilor și este responsabil de asigurarea faptului că riscurile inerente operațiunilor spitalului sunt analizate în mod corespunzător. Astfel, CA trebuie să identifice toate riscurile și să se asigure că sunt implementate planuri pentru a le supraveghea/redresa.

*Comunicare și responsabilitate față de părțile interesate.* CA trebuie să identifice părțile interesate și să se asigure că sunt puse în aplicare mecanisme adecvate de raportare și comunicare pentru a facilita comunicarea și a manifesta responsabilitatea față de părțile interesate.

*Auto-governanță.* CA este responsabil pentru propria governanță și trebuie să se asigure că există o structură și procese care să faciliteze o governanță eficientă. Procesul de auto-governanță include: recrutarea membrilor consiliului; orientare; evaluarea și planificarea succesiunii; politicile și procesele CA, inclusiv descrierea funcției pentru președintele și membrii consiliului; obiectivele, planurile de lucru și procesele de evaluare.

Spitalele, indiferent de tipul și de categoria acestora, sunt organizații complexe. Conform altor abordări, consiliul de administrație ar trebui să aibă următoarele responsabilități: stabilirea obiectivelor (aprobarea planurilor strategice și operaționale, monitorizarea performanțelor, etc.); asigurarea managementului performant (stabilirea planurilor și a normativelor privind resursele umane, desemnarea structurilor



executive, monitorizarea performanțelor structurilor executive, etc.); asigurarea programelor de eficacitate și de calitate; asigurarea sustenabilității financiare; asigurarea eficacității activității proprii.

Practicile de bună guvernare stabilesc că **eficacitatea Consiliilor de administrație** este determinată de: (a) abilitatea, angajamentul și independența membrilor în îndeplinirea atribuțiilor; (b) reprezentativitate, competențe și cunoștințe/expertiză în realizarea atribuțiilor, ca organ colectiv; (c) existența unui sistem de desemnare a membrilor bazat pe principii de transparență și de echitate.

Conform recomandărilor internaționale, rolul și atribuțiile membrilor consiliului trebuie să fie stipulate în statutul fiecărui spital, care, descrie atribuțiile și funcționarea consiliului ca organ, codul de conduită, precum și reglementările privind confidențialitatea și conflictul de interese. [1]

## **1.2. Modele de guvernare a spitalelor publice**

La nivel internațional există diverse modele de guvernare a spitalelor publice și de activitate a Consiliului de Administrație:

### **Modelul de guvernare a spitalelor publice în SUA**

CA a spitalelor publice nonprofit din Statele Unite este organismul decizional al spitalului și este alcătuit din persoane din diferite clase sociale, ocupații și medii, cum ar fi oameni de afaceri, profesori universitari și funcționari guvernamentali pensionați. Responsabilitățile CA includ: realizarea și monitorizarea planului strategic al spitalului; numirea și evaluarea directorului executiv/ președintelui; examinarea și aprobarea politicilor privind personalul și remunerarea; examinarea și aprobarea politicii financiare și bugetului financiar; supravegherea utilizării resurselor spitalului și calitatea serviciilor medicale. Președintele și majoritatea membrilor consiliilor publice sunt numiți de către guvern, unii dintre ei fiind aleși de comunitatea locală. Membrii CA sunt aleși pentru un mandat de la trei până la patru ani și pot fi realeși.

Șeful executivului (CEO), precum și președintele spitalului poartă responsabilitatea pentru implementarea rezoluțiilor Consiliului. CEO-ul este numit de Consiliu, se ocupă de conducerea spitalului și acceptă supravegherea CA. Deși CEO-ul participă la ședința CA, aceștia nu au drept de vot, decât până la sfârșitul anilor '80.

Personalul medical are în instituțiile medicale un rol de forță autonomă independentă. Aceștia sunt responsabili față de CA în ceea ce privește calitatea actului medical. Personalul medical nu a făcut parte

din Consiliul de administrație până la sfârșitul anilor 70. La moment numărul de spitale cu personal medical în CA este în creștere, iar proporțiile directorilor interni și externi în rândul directorilor devin din ce în ce mai echilibrate. Personalul medical a început să participe la conducerea spitalelor și la procedura de luare a deciziilor în CA. [2]

### **Modelul de guvernantă a spitalelor publice în Regatul Unit al Marii Britanii**

Majoritatea serviciilor spitalicești în Marea Britanie sunt prestate de spitalele publice, cunoscute ca Trusturi. Sunt Trusturi ale NHS (Serviciul Național de Sănătate), și Trusturi al Fundației NHS, fondată în 1997, care sunt corporații publice non-profit și au o autonomie mai mare față de Departamentul de Sănătate, comparativ cu Trusturile NHS.

Conform Legii privind sănătatea și îngrijirea socială din 2012, trusturile fundației NHS au un statut juridic independent și libertăți financiare mai mari. Acestea sunt autorizate și reglementate de Monitor, autoritatea independentă de reglementare a trusturilor fundației NHS. Printre acestea se numără trusturi de îngrijiri acute, trusturi de sănătate mintală, trusturi de îngrijiri comunitate și trusturi de urgențe prespitalicești.

În Trust, conducerea de vârf este Consiliul de administrație, iar atribuțiile sale principale includ: formularea strategiei globale de afaceri a spitalului, supravegherea executării tuturor politicilor și asigurarea securității financiare a spitalelor. Președintele este numit de către secretarul de stat pentru sănătate, iar Consiliul de administrație are cel puțin doi din directori neexecutivi numiți de biroul de sănătate al districtului, care asigură faptul că luarea deciziilor în domeniul serviciilor spitalicești să reflecte interesele publice. Alți directori neexecutivi sunt numiți după consultarea secretarului de sănătate și a președintelui, rolul lor este de a prezenta sugestii pentru îmbunătățirea eficienței muncii în spital. Directorii executivi includ CEO, directori medicali, autoritățile de supraveghere financiare etc. Trustul are o autonomie de personal mai mare, cu excepția președintelui Consiliului de administrație și a directorilor neexecutivi, care sunt remunerați din partea statului.

De fapt, spitalele publice britanice implementează un sistem decizional și de conducere, la nivelul Consiliului de administrație, combinat cu CEO-ul. Medicii din spital sunt direct gestionați de Consiliul de administrație, iar managerul spitalului este doar un lider al celorlalte compartimente ale spitalului. Problemele de gestionare operaționale ale spitalului sunt, de obicei, rezolvate de către reprezentanții medicilor și asistentelor medicale.

### **Modelul de guvernantă a spitalelor în Țările de Jos**

În sistemul sănătății din Țările de Jos, care este unul descentralizat, inferența guvernamentală a scăzut treptat începând cu anii 80, instituindu-se consiliile de administrație ca organisme de supraveghere internă, pentru a monitoriza conducerea spitalelor. Astfel, performanța spitalului a devenit, prin urmare, și responsabilitatea membrilor CA, ceea ce le-a solicitat să aibă o perspectivă bună asupra dezvoltării instituționale.

Pentru a clarifica rolurile administratorilor și, respectiv, ale CA au fost introduse ghiduri naționale, care oferă unele mijloace de împărțire a responsabilităților. În 2009, Consiliul pentru Sănătate Publică și Ocrotirea Sănătății (RvZ) și Inspectoratul pentru Sănătate (IGZ) au declarat că CA are responsabilitatea finală pentru calitatea și siguranța îngrijirilor medicale [6].

Principiile guvernantei corporative în Țările de Jos sunt încorporate într-un Cod de guvernanță, care oferă linii directoare pentru o bună guvernare, o supraveghere adecvată a activității spitalelor și reprezintă un instrument pentru autoguvernare. În 1999, comisia pentru guvernanță în domeniul sănătății a publicat recomandări și orientări pentru o bună guvernare, ceea ce a dus la elaborarea mai multor coduri de guvernanță diferite în sistemul olandez de sănătate. Această situație a durat până în 2005, când a fost elaborat un cod unic de guvernanță pentru aproape întregul sistem de sănătate. Spitalele universitare, datorită reglementării, au propriul lor cod de guvernanță specific. [5]

### **Modelul de guvernanță a spitalelor publice în Grecia**

Un spital public obișnuit din Grecia este administrat de CA și administrator care este, de fapt, responsabil pentru adoptarea deciziilor CA. Cu excepția acestora, structura spitalului este formată din trei Servicii (medical, nursing, financiar), un departament independent (Tehnologia Informației) și biroul de asistență al cetățenilor.

CA trebuie să fie compus dintr-un număr de membri necesar pentru o funcționare efectivă și trebuie să fie în concordanță cu mărimea și activitățile spitalului. Membrii CA trebuie să aibă un nivel ridicat de integritate, să aibă diverse cunoștințe, calificări și experiență, astfel încât să îndeplinească obiectivele spitalului. De asemenea, dacă este posibil, CA trebuie să fie compus din membri executivi și neexecutivi.

Consiliul de administrație este responsabil pentru o funcționare adecvată a spitalelor, administrarea activelor și distribuirea resursele financiare care fie provin din buget, fie din donații. Mai mult ca atât, membrii CA sunt responsabili de realizarea obiectivelor stabilite de administrație și Ministerul Sănătății și, de asemenea, pentru oferirea îngrijirilor adecvate fiecărui pacient. Aceștia trebuie să aibă grijă de

formarea continuă a personalului și să țină cont de toate părțile ale căror interese sunt afectate de acțiunile spitalului.

Membrii CA sunt responsabili pentru: adoptarea procesului de planificare strategică, care include definirea viziunii, misiunii, obiectivelor pe termen lung și anuale, și a planului de implementare; aprobarea formală și adoptarea raportului anual și a situațiilor financiare ale spitalului; implementarea unui politici eficiente de comunicare; stabilirea unui sistem eficient de control intern și informații; identificarea și monitorizarea principalelor riscuri și oportunități ale spitalului și asigurarea unor sisteme adecvate de gestionare a acestor riscuri; identificarea și soluționarea conflictelor de interese existate sau posibile.

Președintele CA este responsabil de ședințele CA, care pot fi organizate fie de către președinte sau la inițiativa unui membru. Consiliul de administrație se poate întruni și prin teleconferință. CA este în cvorum atunci când se întrunește în componență cel puțin jumătate plus un membru și nu mai puțin de trei. Discuțiile și deciziile CA sunt protocoale în timpul ședințelor și sunt semnate de membri după fiecare întâlnire. CA asigură tratamentul echitabil și egal al tuturor părților interesate și a intereselor acestora. [4]

### **Modelul de guvernantă a spitalelor publice în România**

În cadrul spitalului public funcționează un consiliu de administrație format din 5-8 membri, care are rolul de a dezbate principalele probleme de strategie, de organizare și funcționare a spitalului.

Membrii consiliului de administrație pentru spitalele publice din rețeaua autorităților administrației publice locale sunt: a) 2 reprezentanți ai Ministerului Sănătății sau ai direcțiilor de sănătate publică județene sau a municipiului București, iar în cazul spitalelor clinice un reprezentant al Ministerului Sănătății sau al direcțiilor de sănătate publică județene sau a municipiului București; b) 2 reprezentanți numiți de consiliul județean ori consiliul local, după caz, respectiv de Consiliul General al Municipiului București, din care unul să fie economist; c) un reprezentant numit de primar sau de președintele consiliului județean, după caz; d) un reprezentant al universității sau facultății de medicină, pentru spitalele clinice; e) un reprezentant al structurii teritoriale a Colegiului Medicilor din România, cu statut de invitat; f) un reprezentant al structurii teritoriale a Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, cu statut de invitat.

Pentru spitalele publice din rețeaua Ministerului Sănătății, membrii consiliului de administrație sunt: a) 3 reprezentanți ai Ministerului Sănătății sau ai direcțiilor de sănătate publică județene sau a municipiului București; b) un reprezentant numit de consiliul județean ori consiliul local, respectiv de Consiliul General al Municipiului București; c) un reprezentant al universității sau facultății de medicină, pentru spitalele

clinice; d) un reprezentant al structurii teritoriale a Colegiului Medicilor din România, cu statut de invitat; e) un reprezentant al structurii teritoriale a Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, cu statut de invitat.

Pentru spitalele publice din rețeaua ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, membrii consiliului de administrație sunt: a) 4 reprezentanți ai ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie pentru spitalele aflate în subordinea acestora; b) un reprezentant al universității sau facultății de medicină, pentru spitalele clinice; c) un reprezentant al structurii teritoriale a Colegiului Medicilor din România, cu statut de invitat; d) un reprezentant al structurii teritoriale a Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, cu statut de invitat.

Managerul participă la ședințele consiliului de administrație fără drept de vot. Reprezentantul nominalizat de sindicatul legal constituit în unitate, afiliat federațiilor sindicale semnatare ale contractului colectiv de muncă la nivel de ramură sanitară, participă ca invitat permanent la ședințele consiliului de administrație. Ședințele consiliului de administrație sunt conduse de un președinte, ales cu majoritate simplă din numărul total al membrilor, pentru o perioadă de 6 luni. Atribuțiile principale ale consiliului de administrație sunt următoarele: a) avizează bugetul de venituri și cheltuieli al spitalului, precum și situațiile financiare trimestriale și anuale; b) organizează concurs pentru ocuparea funcției de manager în baza regulamentului aprobat prin ordin al ministrului sănătății, al ministrului de resort sau, după caz, prin act administrativ al primarului unității administrativ-teritoriale, al primarului general al municipiului București sau al președintelui consiliului județean, după caz; c) aprobă măsurile pentru dezvoltarea activității spitalului în concordanță cu nevoile de servicii medicale ale populației; d) avizează programul anual al achizițiilor publice întocmit în condițiile legii; e) analizează modul de îndeplinire a obligațiilor de către membrii comitetului director și activitatea managerului și dispune măsuri pentru îmbunătățirea activității; f) propune revocarea din funcție a managerului și a celorlalți membri ai comitetului director în anumite situații.

Consiliul de administrație se întrunește lunar sau ori de câte ori este nevoie, la solicitarea majorității membrilor săi, a președintelui sau a managerului, și ia decizii cu majoritatea simplă a membrilor prezenți. Membrii consiliului de administrație al spitalului public pot beneficia de o indemnizație lunară de maximum 1% din salariul managerului. Dispozițiile referitoare la incompatibilități și cele referitoare la conflictul de interese se aplică în mod corespunzător și membrilor consiliului de administrație. Nerespectarea obligației de înlăturare a motivelor de incompatibilitate sau de conflict de interese apărute ca urmare a numirii în consiliul de administrație are ca efect încetarea de drept a actului administrativ de numire în funcție a respectivului membru al consiliului de administrație [3].

### 1.3. Cadrul normativ național privind activitatea Consiliului de Administrație

Actul normativ, care reglementează activitatea CA în cadrul spitalelor raionale, este Regulamentul-cadru de organizare și funcționare a prestatorilor de servicii de sănătate, aprobat prin Ordinul MSMPS nr. 1086 din 30.12.2016<sup>2</sup>. Regulamentul-cadru de organizare și funcționare al instituției medico-sanitare publice spitalul municipal/clinic municipal/raional (în continuare, regulament), este aprobat prin anexa 2 al respectivului ordin.

Secțiunea II a Capitolului III Organele de conducere și control al regulamentului menționat mai sus, descrie modul de organizare și funcționare a CA. Astfel, CA i se atribuie *rolul de organ de administrare și supraveghere*, ceea ce înseamnă implicarea nemijlocită în conducerea/managementul spitalului, supravegherea/controlul fiind una din funcțiile de management. (DEX: *administrare* sf 1 Conducere. 2 Supraveghere a unei instituții, afaceri etc.; *supraveghere* ~i f. v. a supraveghea. ◇ A avea în ~ a) a ține sub control; b) a păzi.).

Cu toate acestea, atribuțiile CA sunt destul de restrânse și anume: (1) examinarea și aprobarea planurilor de activitate; (2) examinarea și aprobarea rapoartelor trimestriale și anuale privind activitatea spitalului și prezentarea lor pentru informare Fondatorului; (3) examinarea și prezentarea pentru coordonare Fondatorului a devizului de venituri și cheltuieli (business-plan) și a modificărilor la acestea; (4) examinarea și coordonarea statelor de personal, listelor de tarifare a salariaților spitalului; (5) aprobarea planurilor de achiziții a bunurilor, serviciilor și lucrărilor. Totodată, nu este nimic menționat despre rolul CA în procesul strategic, operațional și decizional al spitalului, iar unele atribuții sunt interconectate cu atribuțiile fondatorului și ale directorului, neexistând o delimitare clară a acestora.

În acest context, CA este responsabil de examinarea și prezentarea pentru coordonare Fondatorului a devizului de venituri și cheltuieli (business-plan) și a modificărilor la acesta, iar Fondatorul - de coordonarea devizului de venituri și cheltuieli (business-plan) al instituției și modificărilor la acesta. Nici examinarea și nici coordonarea, nu asigură finalitatea procesului, iar responsabilitatea finală pentru devizul de venituri și cheltuieli și modificările la acesta este a directorului.

O altă atribuție a CA este examinarea și coordonarea statelor de personal, listelor de tarifare a salariaților spitalului, care este o activitate intermediară între procesul de elaborare a statelor de personal și a organigramei, acesta fiind prerogativa directorului și aprobarea acestora, care este prerogativa

---

<sup>2</sup> [https://www.legis.md/cautare/getResults?doc\\_id=98882&lang=ro](https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=98882&lang=ro)

fondatorului, conform prevederilor regulamentului. Astfel, rolul CA în acest proces este unul formal, o dată ce normativile de personal sunt reglementate de MSMPS.

Totodată, pentru îndeplinirea cu succes cel puțin a atribuțiilor prevăzute în regulament, este necesar ca membrii CA să dețină cunoștințe și experiență în domeniul managementului instituțional, planificării strategice, managementului resurselor umane, legislației, finanțării instituțiilor medicale publice, ș.a. Competențele necesare membrilor CA nu sunt stipulate în regulament, ci doar componența acestuia ca organ de conducere.

Astfel, CA este compus din 5 persoane, inclusiv: (1) reprezentantul Fondatorului (Președintele consiliului); (2) doi reprezentanți ai colectivului de muncă, propuși și aleși la adunarea generală a colectivului prin votul majorității celor prezenți; (3) reprezentantul unei asociații non–guvernamentale din domeniul sănătății; (4) un funcționar public din cadrul subdiviziunii de profil medical al fondatorului sau un specialist în domeniul ocrotirii sănătății numit de către Fondator suplimentar. CA este constituit de către Fondator pe un termen de 5 ani. Totodată, regulamentul nu conține prevederi privind fișele de post ale membrilor CA, o dată ce CA face parte din organigrama spitalului raional.

Atribuțiile diferențiate ale Președintelui consiliului față de ceilalți membri este faptul că convoacă și conduce ședințele Consiliului administrativ. În absența Președintelui, atribuțiile acestuia sunt exercitate de vicepreședinte. În regulament nu este stipulat modul în care este ales vicepreședintele.

Regulamentul prevede modul în care sunt organizate ședințele CA. Ședințele Consiliului administrativ pot fi ordinare și extraordinare. Ședințele ordinare ale Consiliului administrativ se țin nu mai rar de o dată pe trimestru. Ședințele extraordinare ale Consiliului administrativ se convoacă de către Președintele consiliului: (1) din inițiativa acestuia; (2) la cererea a cel puțin 3 membri din Consiliul administrativ; (3) la cererea Fondatorului; (4) la cererea directorului spitalului. Totodată, regulamentul nu prevede situațiile care servesc temei pentru organizarea ședințelor extraordinare.

Cvorumul necesar pentru desfășurarea ședinței Consiliul administrativ constituie trei persoane din membrii Consiliului. Aceste prevederi constituie factori favorizanți pentru excluderea totală sau parțială a unor membri a CA din participarea la ședințe și din procesul de luare a deciziilor. La ședințele Consiliului administrativ fiecare membru deține un vot. Nu se admite transmiterea votului de către un membru al Consiliului administrativ unui alt membru al consiliului sau altei persoane.

Deciziile Consiliului administrativ se adoptă prin votul majoritar al membrilor consiliului prezenți la ședință. Dacă e să contrapunem această prevedere cu prevederea de mai sus, precum că cvorumul necesar

desfășurării ședinței CA constituie trei membri ai CA, atunci deciziile CA pot fi luate de două din cele trei persoane participante, ceea ce nu este reprezentativ. În cazul parității de voturi, votul președintelui consiliului este decisiv. Deciziile Consiliului administrativ sunt semnate de președinte și li se atribuie un număr din registrul consiliului. Totodată, regulamentul nu conține prevederi privind funcția de Secretar al CA, care ar face acest lucru.

Deoarece la baza elaborării regulamentulului analizat mai sus au stat mai multe acte legislative, s-a decis analiza prevederilor acestora.

În Legea nr. 435 din 28.12.2006 privind descentralizarea administrativă<sup>3</sup>, la *Capitolul II Domeniile de activitate ale autorităților publice locale*, **nu este stipulată administrarea și întreținerea instituțiilor medico-sanitare publice de către autoritățile administrației publice locale**, de rând cu instituțiile de învățământ, instituțiilor de cultură, turism și sport, unităților de asistență socială ș.a. Mai mult ca atât, conform art. 9, p. 5 al aceleiași legi, domeniul sănătății, în general, nu poate fi transferat autorităților publice locale deoarece, aceste servicii publice (n.a., medicale) se bucură de reglementare constituțională, fiind garantate și asigurate direct și exclusiv de stat (Constituția Republicii Moldova, art. 36, p. 1 Dreptul la ocrotirea sănătății este garantat).

Totodată, Legea nr. 436 din 28.12.2006 privind administrația publică locală<sup>4</sup>, în *art. 14 Competențele de bază ale consiliilor locale* și *art. 43 Competențele consiliului raional*, stipulează ce competențe de bază realizează acestea în teritoriul administrat. Astfel, conform art. 43, Consiliul raional decide, în condițiile legii, în privința actelor juridice de administrare privind bunurile domeniului public al raionului, precum și serviciile publice de interes raional (punctul d), decide asupra lucrărilor de proiectare, construcție, întreținere și modernizare a obiectivelor din domeniul medical (punctul g), decide, în condițiile legii și în limitele competenței sale, organizarea serviciilor publice de interes raional și/sau regional și aprobă tarifele la serviciile cu plată prestate de acestea (punctul i), decide sau, după caz, propune înființarea, în condițiile legii, de instituții publice și întreprinderi de interes raional, precum și participarea la fondarea societăților comerciale (punctul p), aprobă, în condițiile legii, norme specifice pentru structurile autonome și pentru instituțiile publice pe care le înființează (punctul q). În realitate, exercitarea competențelor delegate este defectuoasă, deoarece în majoritatea cazurilor, pentru implementarea acestor responsabilități, autoritățile APL se confruntă cu situația că nu dispun de mijloace financiare [8].

---

<sup>3</sup> [https://www.legis.md/cautare/getResults?doc\\_id=120521&lang=ro#](https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=120521&lang=ro#)

<sup>4</sup> [https://www.legis.md/cautare/getResults?doc\\_id=120849&lang=ro#](https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=120849&lang=ro#)



La p. 2, al art. 4 a Legii ocrotirii sănătății nr. 411 din 28.03.1995, este stipulate faptul că *instituția medico-sanitară publică se instituie prin decizie a Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale sau a autorității administrației publice locale*. Totodată, art. 5, nu prevede expres că instituțiile medicale raionale se subordonează autorităților administrației publice locale: *(1) Instituțiile de învățământ medical de stat, instituțiile de cercetări științifice din sistemul de ocrotire. a sănătății, precum și spitalele, dispensarele republicane și alte instituții republicane de asigurare a sănătății se află în subordinea Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale. Celelalte instituții medico-sanitare se subordonează Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale și autorităților administrației publice locale*. Articolul 6. Competența autorităților administrației publice locale în domeniul asigurării sănătății populației, nu prevede faptul că reprezentanții autorității publice locale sau a consiliilor locale participă la guvernarea corporativă a instituțiilor medicale.

În conformitate cu art. 13 al Legii nr. 1585 din 27.02.1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, **prestatorii de servicii medicale și farmaceutice sunt obligați să publice pe paginile lor web oficiale**, iar în cazul în care nu dispun de pagină web oficială, să afișeze pe avizierul instituției, într-un loc vizibil și accesibil pentru public: **deciziile Consiliului de administrație al prestatorilor publici de servicii medicale și farmaceutice**/organului suprem de deliberare și decizie al prestatorilor privați de servicii medicale și farmaceutice în partea ce ține de utilizarea mijloacelor financiare aferente contractelor de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale), precum și contractelor privind eliberarea medicamentelor compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, în termen de 15 zile lucrătoare de la data ședinței Consiliului.

#### **1.4. Studii anterioare privind evaluarea activității Consiliului de Administrație în cadrul spitalelor**

În Republica Moldova au fost realizate puține studii cu privire la activitatea, rolul și responsabilitățile CA în guvernarea spitalelor.

Primul studiu<sup>5</sup>, realizat în anul 2014, relevă faptul că CA reprezintă veriga slabă în guvernarea spitalului public, fiind ineficient din punct de vedere organizatoric și funcțional, în realizarea responsabilităților de guvernare, din cauza structurii sale și a atribuțiilor extrem de limitate. Aceasta se întâmplă din considerentul că competențele fondatorului, CA și directorului sunt reglementate de APC din domeniul sănătății.

---

<sup>5</sup> Mecineanu A. Soltan V. Țurcanu G. Guvernarea spitalelor publice în contextual reformelor de sănătate: soluții pentru Republica Moldova. Chișinău, 2014

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

Astfel, se atestă situația unui consiliu de administrație ca organ de conducere fictiv, iar analiza a permis a evidenția deficiențe de ordin cantitativ și calitativ în toate domeniile de activitate. Consiliul de administrație nu deține un set necesar de competențe, pentru a participa pe deplin la realizarea responsabilităților de guvernare, ceea ce demonstrează că acesta nu asigură legătura firească între fondator și managementul spitalului. Datorită competențelor inadecvate, rolul și responsabilitățile CA ca organ de conducere sunt stabilite ambiguu.

De asemenea, analiza realizată a evidențiat faptul că lipsa unor politici clare, inclusiv în ceea ce privește capitolul transparență și echitate, regimul juridic al consiliului (modul de constituire a consiliului, pierderea calității de membru, etc.) permite retragerea calității de membru a consiliului de către fondator, indiferent de instituția pe care o reprezintă, ceea ce creează un context favorabil pentru desemnarea membrilor, prin favoritism și implicarea politicului.

Totodată, analiza a constatat că structura prestabilită a consiliului de administrație nu asigură dezideratul că acest organ este unul reprezentativ, iar membrii acestuia dețin competențele și cunoștințele/expertiza necesară în realizarea atribuțiilor, ca organ colectiv. O altă constatare se referă la reglementările existente, care nu aduc nici o claritate cu referire la frecvența ședințelor, la structura acestora, la procedura decizională, etc., limitându-se la stabilirea condițiilor minime. [1]

Un alt studiu<sup>6</sup>, realizat în anul 2019, despre guvernarea corporativă a instituțiilor medico-sanitare publice municipale, constată că reformele inițiate în anul 2003 (schimbarea structurii organizatorice a instituțiilor medico-sanitare publice și trecerea acestora la un nou sistem de finanțare, și anume din Fondul asigurării

---

<sup>6</sup> Crudu O. Guvernarea corporativă a instituțiilor medico-sanitare publice municipale. Chișinău, 2019

obligatorii de asistență medicală) au avut un impact major asupra rolului și atribuțiilor în instituirea mecanismului de guvernare corporativă la nivelul sistemului de sănătate municipal.

Cu toate că fondator al instituțiilor medicale publice municipale este Consiliul Municipal Chișinău, totuși acesta are atribuții extrem de limitate, prin faptul că în calitate de finanțator are o pondere financiară neglijabilă, sub 5%. Totodată CNAM, deși organizațional nu se regăsește în structura de guvernare, are rolul principal de finanțator, în jur de 90%. Totodată, organele administrative centrale, și anume Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale și Ministerul Finanțelor își rezervă executarea atribuțiilor de control practic neschimbate, ca până la reformele menționate mai sus. Toate aceste patru componente își creează structuri de supervizare, neintegrate între ele, fără delimitări bine stipulate, care adesea își dublează funcțiile de supraveghere și control.

Concomitent, la acest masiv de controale pe verticală și orizontală, din partea autorităților menționate, dar și din partea altor instituții de control, cum ar fi Curtea de Conturi, s-a inclus obligativitatea auditului intern, iar în 2019 a auditului extern. Controversa majoră în această situație constă în faptul, că în urma acestor evaluări Consiliul administrativ, care este organul superior de administrare nu se regăsește și nu poartă nici o responsabilitate în cazul unor dezafectări, constatate de către organele de control menționate, fapt ce-i confirmă un caracter pur formal.

Autorul constată că Consiliul de administrație, așa cum era conceput inițial (prin Ordinul Ministerului Sănătății al RM nr. 254 din 06.09.2004 și Decizia Consiliului Municipal Chișinău nr.16/29 din 22.12.2004), era mai adaptat la funcția sa de organ de administrare și control, comparativ cu atribuțiile și competențele sale actuale. Conform actelor normative din 2004, în competențele Consiliilor administrative au fost incluse un șir de atribuții care la moment nu le mai deține, cum ar fi: selectarea și prezentarea candidaturilor pentru funcția de director și vicedirector, cât și aprobarea organigramei instituției și statelor de personal.

De asemenea, se constată mai multe lacune normative privind activitatea CA, și anume, lipsa unor condiții clare de înființare și funcționare ale acestora, abilitățile necesare membrilor consiliului, criteriile de selectare, competențele profesionale, calitățile manageriale deținute și performanțele realizate. Spre deosebire de actele normative privind administrarea întreprinderilor publice de stat, prevederile legale actuale nu stipulează distinct criteriile de integritate și etică în cazul membrilor consiliilor de administrare, responsabilitățile acestora, aspectele legate de conflicte de interese, formele de raportare.

Noul Regulament-cadru al instituției medico-sanitare publice spitalul municipal/clinic municipal/raional, aprobat în 2016 prin Ordinul Ministerul Sănătății prevede modificări la nivelul organelor de administrare

și control și a componenței consiliilor de administrare, cu excluderea directorului IMSP și a reprezentanților CNAM din calitatea de membri ai consiliului de administrare.

De asemenea, autorul constată doar o editare continuă a actelor normative, fără a schimba în esență principiile fundamentale pentru asigurarea unei funcționări eficiente, transparente și responsabile în guvernanta sistemului de sănătate municipal, inclusiv a rolului și activității principalilor actori.

Analiza situației cu privire la guvernanta corporativă a instituțiilor medico-sanitare publice în baza legislației naționale și actelor normative interne, în scopul eficientizării conducerii și implicit a funcționării instituțiilor, denotă faptul, că CA au atribuții limitate, având mai mult un rol de constatare în: (a) gestionarea strategică a organizației prin stabilirea politicilor și obiectivelor; (b) monitorizarea stării financiare a organizației; (c) aprobarea deciziilor importante (de ex. investiții importante, achiziționarea mijloacelor fixe, reparații capitale din sursele CNAM etc.) și a bugetelor anuale. Totodată, aceste atribuții nu prevăd mecanisme clare de raportare, de monitorizare a performanței conducerii executive, sisteme eficiente de control, ce ar permite evaluarea și gestionarea riscurilor.

În aceste condiții toată responsabilitatea pentru gestionarea managerială îi revine directorului, pentru care sunt stabilite atribuții și responsabilități prin contractul de management, inclusiv prin multitudinea de acte legislative în vigoare (Codul muncii 154/2003, Codul civil 1107/2002, Legea ocrotirii sănătății 411/1995, Legea cu privire la exercitarea profesiei de medic 264/2005, Legea 131/2015 privind achizițiile publice, Legea contabilității 113/2007, Legea 229/2010 privind controlul financiar public intern, Legea integrității 82/2017 etc.), fiind tras la răspundere disciplinară, materială, administrativă sau penală, după caz, conform legislației.

Având în vedere faptul că, IMSP municipale activează pe principiul autofinanțării, în scopul asigurării unei guvernări eficiente, în componența CA este necesar de a include în mod obligatoriu specialiști licențiați în economie/finanțe și în drept, ceea ce ar conduce la crearea unei structuri de administrare profesionistă. În acest sens, numirea acestora ar trebui să revină Fondatorului, din cadrul subdiviziunilor de profil, aleși prin concurs. Lipsa unui mecanism bine definit și transparent de delegare a persoanelor în aceste funcții prezintă un pericol major pentru buna guvernare a instituțiilor publice. Prin urmare, pe lângă o procedură bine stabilită, ar trebui să existe și o listă exhaustivă a criteriilor de selecție a potențialilor candidați pentru consiliile de administrație, care în actele normative actuale nu se regăsesc. Conform legislației existente, Fondatorul numește persoane în CA, fără a fi desfășurată o procedură de selectare, iar numirea reprezentanților în CA are loc mai mult în baza favoritismului politic și nu pe bază de competențe.

De altfel, nu există o structură bine definită a CA în funcție de mărimea instituției, complexitatea serviciilor acordate și tipul instituției (clinice, universitare, etc.), în funcție de indicii economico-financiari ai instituției sau în dependență de alte criterii.

Studiul calitativ efectuat de autor, a generat o serie de observații critice ale intervievaților asupra activității CA ale IMSP municipale: (a) atribuțiile și competențele limitate ale CA ale IMSP municipale, îi atribuie acestui component al guvernancei corporative o conotație formală; (b) membrii CA ale IMSP nu poartă responsabilitate juridică, pentru deciziile cu impact defectuos asupra managementului instituțional; (c) membrii CA nu sunt suficient motivați pentru activitatea efectivă și eficientă în administrarea IMSP; (d) actele normative ce reglementează activitatea CA nu stipulează cert cine, cui și cum se subordonează.

De asemenea, în scopul fortificării rolului CA ale IMSP municipale, în actul de guvernanță corporativă, intervievații au sugerat: (a) în atribuțiile CA să fie inclus dreptul de a constata vacant postul de director, de a selecta directorul prin concurs, de a evalua indicatorii de management (la moment aceste atribuții îi revin MSMPS); (b) componența optimă a CA al IMSP municipale: un consilier municipal, doi membri independenți cu abilități în economie și drept, selectați prin concurs, reprezentantul CNAM, reprezentantul Ministerului, directorul instituției și un reprezentant al colectivului de muncă; (c) responsabilizarea legală a membrului CA prin contract cu IMSP, unde va fi stipulat temeiul legal de responsabilitate juridică pentru deciziile luate; (d) motivarea membrilor independenți, prin remunerarea acestora. [2]

## 2. METODOLOGIA STUDIULUI

**Scopul studiului:** evaluarea activității consiliilor de administrație a instituțiilor medico-sanitare publice spitalicești din cele 5 raioane-pilot (Bălți, Drochia, Edineț, Soroca, Florești) din regiunea de Nord.

**Obiectivele studiului:**

1. Analiza experienței internaționale, a studiilor internaționale și naționale și a actelor normative naționale privind responsabilitățile și activitatea consiliilor de administrație în instituțiile spitalicești publice;
2. Analiza documentelor instituționale privind activitatea consiliilor de administrație (acte de constituire/ desemnare/ modificare/ excludere, planuri strategice, rapoarte de activitate, procese

verbale ale ședințelor consiliului de administrație, planuri de achiziții, planul de venituri și cheltuieli);

3. Evaluarea percepției, experienței și cunoștințelor membrilor consiliului de administrație privind responsabilitățile și rolul lor în guvernarea spitalelor;
4. Evaluarea experienței și a atitudinii directorilor de spitale față de activitatea consiliilor de administrație;
5. Elaborarea recomandărilor pentru eficientizarea activității consiliilor de administrație în instituțiile spitalicești publice din cele 5 raioane pilot, care vor putea fi aplicate la nivel național.

Ca rezultat al realizării obiectivelor vom determina:

- Prezența/lipsa discrepanțelor dintre prevederile legale și activitatea de facto a consiliilor de administrație;
- Asigurarea transparenței ședințelor și deciziilor consiliilor de administrație și a comunicării cu factorii interesați;
- Implicarea membrilor consiliilor de administrație în procesele strategice instituționale, procesele decizionale și de monitorizare a performanței instituției spitalicești;
- Implicarea membrilor consiliilor de administrație în asigurarea responsabilității sociale;
- Lacunele de percepție și cunoștințe a membrilor consiliilor de administrație în realizarea atribuțiilor și deficiențele în asigurarea legăturii între fondatorul instituției spitalicești publice și a managementului acesteia;
- Nevoile de instruire și de perfecționare a membrilor consiliilor de administrație.

Metodele de acumulare a datelor pentru realizarea studiului au fost: 1) *metoda istorică* a inclus cercetarea teoretică a problemei, conducând la o sinteză a revistei bibliografice; 2) *metoda statistică* a cuprins calcule bazate pe procedee matematico-statistice pentru analiza cantitativă și calitativă a datelor colectate în cadrul studiului; 3) *metoda observării* a fost aplicată pentru urmărirea desfășurării fenomenului studiat, care ulterior a fost analizat prin comparare și sinteză; informația a fost acumulată sub formă de valori, care în funcție de volum a fost selectivă; 4) *metoda de anchetare* s-a bazat pe chestionarele și grilele de evaluare elaborate pentru prezentul studiu; 5) *metodele sociologică și analitică* au fost folosite pentru analiza amplitudinii fenomenului și formularea concluziilor în rezultatul chestionării.

Pentru realizarea scopului și a obiectivelor propuse, a fost efectuat un studiul descriptiv, mixt: *cantitativ*, prin chestionarea membrilor CA a instituțiilor medico-sanitare publice spitalicești din cele 5 raioane-pilot (Bălți, Drochia, Edineț, Soroca, Florești) din regiunea de Nord și *calitativ*, prin desfășurarea interviurilor în profunzime cu directorii acestor spitale.

Chestionarul de evaluare a activității CA al spitalului (anexa nr. 1), este elaborat, în baza surselor internaționale<sup>7</sup> de evaluare a CA și are ca scop colectarea informației privind percepția, practicile și experiențele membrilor CA ale spitalelor cu privire la activitatea acestora. Întrebările au fost structurate în 6 capitole, fiecare din ele cuprinzând două tipuri de întrebări: *închise*, cu patru opțiuni de răspuns: acord, acord parțial, dezacord și nu știu; și *deschise* - la compartimentul „comentarii și concretizări”:

1. Procesul strategic instituțional (10 întrebări închise, 4 întrebări deschise);
2. Rolul, responsabilitățile și performanța consiliului (10 întrebări închise, 5 întrebări deschise);
3. Cultura decizională a consiliului (5 întrebări închise, 4 întrebări deschise);
4. Relații și cooperare (5 întrebări închise, 3 întrebări deschise);
5. Ședințele consiliului (9 întrebări închise, 3 întrebări deschise);
6. Activitatea spitalului (10 întrebări închise, 5 întrebări deschise).

Interviurile în profunzime au fost desfășurate în baza ghidul de interviu (anexa nr. 2). Au fost intervievați directorii instituțiilor spitalicești din regiunea Nord (Bălți, Drochia, Edineț, Soroca, Florești), pentru a determina practicile și experiențele acestora de conlucrare cu CA.

Unitatea de cercetare: 25 membri ai CA ai instituțiilor spitalicești și 5 directori de instituții spitalicești;

Metode de analiză a rezultatelor: IBM SPSS Statistics 23.

### **3. EVALUAREA ACTIVITĂȚII CONSILIILOR DE ADMINISTRAȚIE A SPITALELOR DIN REGIUNEA NORD**

#### **3.1. Respectarea prevederilor actelor normative privind Consiliul de Administrație a spitalelor**

Regulamentele de organizare și funcționare ale spitalelor publice incluse în studiu, sunt elaborate în baza *Regulamentului-cadru de organizare și funcționare a prestatorilor de servicii, aprobat prin Ordinul*

---

<sup>7</sup> <https://cha.com/wp-content/uploads/2017/04/2-Governance-Practices-Assessment-Survey-Questionnaire-Format.doc>  
[https://cdn.ymaws.com/www.alphaweb.org/resource/collection/E75B6EEF-60B9-482F-83D6-69AEDE790192/Form\\_17\\_BOH\\_Performance\\_Evaluation.pdf](https://cdn.ymaws.com/www.alphaweb.org/resource/collection/E75B6EEF-60B9-482F-83D6-69AEDE790192/Form_17_BOH_Performance_Evaluation.pdf)  
[http://docs2.health.vic.gov.au/docs/doc/37097D78ED84B1C5CA257A8B001668D2/\\$FILE/1208025\\_board\\_assessment\\_sep\\_12\\_WEB.pdf](http://docs2.health.vic.gov.au/docs/doc/37097D78ED84B1C5CA257A8B001668D2/$FILE/1208025_board_assessment_sep_12_WEB.pdf)

MSMPS nr. 1086 din 30.12.2016, și sunt aprobate prin Deciziile Consiliilor Raionale (CR), cu excepția SC Bălți.

În anul 2019, prin *Hotărârea Guvernului nr. 39 din 30.01.2019 cu privire la transmiterea unei instituții medico-sanitare publice*<sup>8</sup>, SCM Bălți se transmite conform deciziei Consiliului municipal Bălți, din proprietatea municipiului Bălți în proprietatea statului, în administrarea Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale. Astfel, Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale devine fondator al Instituției Medico-Sanitare Publice „Spitalul Clinic Municipal Bălți” și are obligația de a asigura operarea modificărilor necesare în documentele de constituire, conform legislației.

Astfel, pe parcursul anului 2017 au urmat o serie de decizii ale CR cu privire la aprobarea Regulamentelor de activitate ale spitalelor raionale:

- Decizia CR Drochia nr. 3/12.2 din 25 mai 2017 cu privire la aprobarea Regulamentului de organizare și funcționare al IMSP SR Drochia „Nicolae Testemițanu”;
- Decizia CR Florești nr. 04/01 din 29 iunie 2017 cu privire la coordonarea Regulamentului de organizare și funcționare al IMSP SR Florești;
- Decizia CR Soroca nr. 20/40 din 26 octombrie 2017 cu privire la aprobarea Regulamentului de organizare și funcționare al IMSP SR Soroca;
- Decizia CR Edineț nr. 7/17 din 19 decembrie 2017 cu privire la aprobarea componenței Consiliului administrativ și coordonarea Regulamentului de organizare și funcționare al IMSP SR Edineț.

Deciziile CR au la bază o serie de acte legislative și normative, dar care nu sunt identice pentru toate CR. De exemplu, Decizia unui CR a fost elaborată în baza:

1. Ordinului MSMPS nr. 1086 din 30.12.2016 cu privire la aprobarea Regulamentului-cadru de organizare și funcționare a prestatorilor de servicii;
2. art. 4, alin. (5) al Legii ocrotirii sănătății nr. 411-XIII din 28 martie 1995;
3. Legea privind înregistrarea de stat a persoanelor juridice și întreprinzătorilor individuali nr. 220-XVI din 19 octombrie 2007;
4. art. 43, 46 al Legii nr. 436 din 28.12.2006 privind administrația publică locală.

Pe când, din conținutul Deciziei altui CR, se înțelege că aceasta a avut la bază câteva acte:

1. demersul IMSP SR nr 01-10/617 din 08.12.2017;

---

<sup>8</sup> [https://www.legis.md/cautare/getResults?doc\\_id=112405&lang=ro](https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=112405&lang=ro)



2. art. 43 (1) q) al Legii nr. 436 din 28.12.2006 privind administrația publică locală;
3. art. 15 d) al Regulamentului IMSP SR, aprobat prin Decizia CR nr. 22/2 din 8 februarie 2013;
4. avizul comisiei consultative pentru probleme sociale și asistență medicală.

Analiza prevederilor actelor legislative și normative respective ridică unele semne de întrebare. Astfel, în primul caz, Decizia CR face referință la Art. 4, alin. (5) al Legii ocrotirii sănătății nr. 411-XIII din 28 martie 1995, care are următorul conținut: *Regulamentele și nomenclatorul prestatorilor de servicii medicale, indiferent de tipul de proprietate și forma juridică de organizare, precum și lista serviciilor prestate de acestea, sunt aprobate de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, cu excepția celor ale organelor de drept și ale organelor militare.* Cu toate acestea, **conținutul Deciziei CR este de aprobare a Regulamentului.** Astfel, conform acestor prevederi legale și conform Ordinul MSMPS nr. 1086 din 30.12.2016 cu privire la aprobarea Regulamentului-cadru de organizare și funcționare a prestatorilor de servicii, **în competențele Fondatorului (CR), nu există prevederea privind aprobarea Regulamentului de activitate a spitalului.** Cu toate acestea, pe antetul Regulamentului: MSMPS aprobă, CR coordonează și Camera Înregistrării de Stat înregistrează Regulamentul respectiv, dar nu este foarte clar prin ce se deosebește mecanismul de aprobare din partea ministerului de cel de coordonare din partea CR, dacă Regulamentul de organizare și funcționare al IMSP SR, într-un final, este aprobat prin Decizia CR.

În al doilea caz, în Decizia CR nu este menționat faptul că temei al elaborării și aprobării Regulamentului din 2017 a constituit Ordinul MSMPS nr. 1086 din 30.12.2016. De asemenea, decizia are la bază un demers, un aviz al Comisiei de specialitate și o prevedere a Regulamentului IMSP SR din 2013, care ar fi trebuit să fie abrogat, o dată cu aprobarea actualului regulament din 2017. De altfel, IMSP SR respectiv are două Regulamente de organizare și funcționare în vigoare, unul din 2013, altul din 2017.

Regulamentele instituțiilor spitalicești incluse în studiu **nu sunt publicate pe paginile web ale acestora.** Analiza demonstrează că două spitale nu au pagină web activă, iar alte trei spitale, cu toate că au pagină web, Regulamentul sau nu este publicat sau este publicat un Regulament depășit. Regulamentul de organizare și funcționare a IMSP SC Bălți, după ce a trecut în subordinea MSMPS nu este publicat nici pe site-ul SC Bălți, nici pe site-ul Fondatorului.

Conform studiilor internaționale, numărul de membri în CA poate să depindă de dimensiunea instituției spitalicești, de etapa de dezvoltare sau de tipul instituției și spectrul serviciilor prestate. Însă, conform Regulamentului-cadru din 2016, acești factori, nu influențează numărul de membri în CA a spitalelor municipale, clinice și raionale, structura CA fiind compusă din 5 persoane.

Componența CA a instituțiilor spitalicești trebuie să fie instituită astfel încât să asigure un echilibru optim între competențe, favorizând diversitatea în expertiză, vârstă și sex (din 25 persoane care sunt membri CA în cele 5 spitale supuse studiului, 19 sunt bărbați și 6 sunt femei). De asemenea, trebuie să fie asigurat un echilibru între cei cu experiență medicală și cei cu studii și experiență în alte domenii: financiar, juridic și managerial.

Cu toate că componența CA este stipulată în Regulamentul-cadru de organizare și funcționare a prestatorilor de servicii, aprobat prin Ordinul MSMPS nr. 1086 din 30.12.2016, totuși au fost depistate unele abateri de la aceste prevederi. În cazul a două spitale raionale, la momentul colectării datelor pentru realizarea studiului (noiembrie 2020) **membri ai CA sunt directorii instituțiilor – în două cazuri și într-un caz – un consilier raional** (care nu are nici o tangență nici din punct de vedere a specialității sau a activității profesionale cu sistemul sănătății). Aceasta creează situații de conflict de interese și incompatibilități. Directorul instituției a fost exclus din componența CA prin Ordinul MSMPS nr. 1086 din 30.12.2016 anume din aceste considerente.

De asemenea, incompatibilitatea consilierului raional cu statutul de membru CA poate fi demonstrată și prin prevederile actelor normative. Pe de o parte, conform Legii nr. 768 din 02.02.2000 privind statutul alesului local, **consilierii raionali au statut de ales local** (art. 2), iar conform art. 7 (1) **Mandatul alesului local este incompatibil cu: c) calitatea de funcționar public**, de angajat în subdiviziunile autorităților administrației publice locale (aparatură președintelui raionului, primării, primărie și preturile municipiului Chișinău, direcții, secții și alte subdiviziuni), inclusiv ale Adunării Populare a Găgăuziei și ale Comitetului executiv a Găgăuziei. Pe de altă parte, conform Regulamentului-cadru din 2016, unul din membrii CA trebuie să fie *funcționar public din cadrul subdiviziunii de profil medical al fondatorului sau un specialist în domeniul ocrotirii sănătății numit de către Fondator, suplimentar.*

Conform prevederilor Regulamentului-cadru din 2016, **au fost excluși din componența CA directorii de instituții medicale și reprezentanții CNAM**. Unii directori nu văd o problemă că dețin funcția managerială, dar și cea de membru CA, iar un director consideră că reprezentantul CNAM trebuie reîntors ca membru CA. De asemenea, studiul demonstrează că majoritatea directorilor (3 din 5) **nu înțeleg rolul reprezentantului ONG ca membru CA** – persoană care trebuie să reprezinte interesele societății civile, a beneficiarilor și/sau a comunității. În acest sens un director s-a exprimat în felul următor: „*este neefectivă implicarea reprezentantului ONG în luarea deciziilor, nu are nici o atribuție la medicină, la gestionarea resurselor și are interese politice*”. Chiar și directorii care au susținut prezența reprezentantului ONG în CA, s-au referit mai mult la cunoștințele și experiența persoanelor concrete, nu la rolul lor în CA. Pe de

altă parte, se pare că nici unii reprezentanți ONG nu înțeleg rolul lor în CA, deoarece în două cazuri am constatat că nu participă la ședințele CA.

Un director de spital a specificat că una din lacunele Regulamentului actual este faptul că **lipsește funcția de secretar al CA**. Secretarul CA are un rol important în asigurarea activității efective a consiliului. Pe lângă organizarea ședințelor CA și elaborarea proceselor-verbale ale acestora, secretarul CA ar trebui să aibă și alte atribuții: asigurarea implementării deciziilor CA; transmiterea informației între membrii CA sau membrii CA și conducerea spitalului și asigurarea elaborării, respectării și revizuirii periodice a politicilor și practicilor de guvernare instituțională.

De asemenea, Regulamentul-cadru de organizare și funcționare a prestatorilor de servicii, aprobat prin Ordinul MSMPS nr. 1086 din 30.12.2016 prevede că CA este constituit de către Fondator pe un termen de 5 ani, însă acesta **nu prevede situațiile concrete din care cauză componența CA poate fi modificată**. Studiul ne demonstrează că există o serie de factori obiectivi și subiectivi care influențează acest lucru. În acest sens, un director a declarat că vede *„un dezavantaj în faptul că reprezentanții MSMPS sunt membri ai CA, din considerentul că timp de 2 ani s-au schimbat 5 miniștri, ceea ce a dus și la modificarea componenței CA, iar deciziile unui ministru, erau ulterior respinse de alt ministru”*. Alt director de spital a subliniat că factorul politic este, deseori, decisiv în numirea membrilor CA: *„CA se alege o dată la 5 ani, iar alegerile locale sunt o dată la 4 ani, și o dată ce vine alt CR, trebuie făcută modificarea CA și se întâmplă situații când un președinte pleacă și altul încă nu a venit și nu are cine aproba deciziile ce se referă la activitatea instituției”*. De asemenea, analiza a demonstrat că, într-o perioadă de 4 ani, componența CA a unui spital s-a modificat de 3 ori.

Totodată, în actele normative **nu există prevederi privind cunoștințele, competențele și experiența necesară persoanelor care pot fi membri ai CA a spitalelor publice**, astfel, se întâmplă situații când consilieri pot deveni persoane care nu sunt din domeniul sănătății (construcții, energetică) sau nu știu/ nu înțeleg care este rolul CA în activitatea instituției medicale (nu participă la ședințele CA) și, așa cum a fost menționat mai sus, uneori, factorul politic este decisiv în numirea membrilor CA. Aceste aspecte pot avea ca consecință atribuirea unui rol formal CA ca structură sau asumarea unui rol formal ca membru CA, luarea deciziilor inconsecvente, implicarea factorului politic în luarea deciziilor, ș.a.

### **3.2. Implicarea Consiliului de Administrație în procesul strategic instituțional**

În procesul strategic instituțional, CA trebuie să se implice prin a oferi îndrumare și prin a supraveghea procesul de implementare a strategiilor. CA nu trebuie să se implice în elaborarea strategiei de dezvoltare instituțională, dar este responsabil de stabilirea viziunii, misiunii și valorilor instituționale și de furnizarea

direcției potrivite de dezvoltare a spitalului. Strategia instituțională trebuie să fie elaborată de managementul spitalului și apoi să fie discutată/examinată și aprobată de către CA.

Acest lucru este prevăzut și în Regulamentul-cadru de organizare și funcționare a prestatorilor de servicii din 2016, la p.21: una din atribuțiile exclusive fiind *examinarea și aprobarea planurilor de activitate a spitalului*. Și așa cum strategia este un document pe termen lung, care include, de obicei și un plan strategic de acțiuni pe o perioadă de 5 ani și mai mult, contribuția CA în implementarea cu succes a acesteia este indispensabilă.

Pentru a evita asumarea unui rol formal în procesul strategic instituțional a CA, care se limitează adesea doar la aprobarea planului de dezvoltare strategică (studiul demonstrează că uneori aceste documente nici nu sunt aprobate de CA), este necesar de a stabili acei piloni monitorizarea cărora și-o asumă CA. Acest lucru trebuie să implice abilități și expertiză din partea tuturor membrilor CA în domeniul managementului strategic, a planificării strategice sau a gestionării procesului strategic la nivelul instituțiilor medicale.

La prima etapă, membrii CA trebuie să determine dacă instituția spitalicească are stabilite toate elementele unei strategii: viziune, misiune și valori; analiza situației care trebuie să includă analiza factorilor interni și externi ce influențează pozitiv și negativ activitatea instituției; domeniile strategice de intervenție (managementul resurselor umane, asigurarea calității serviciilor medicale și a siguranței pacientului, implementarea inovațiilor tehnologice, dotarea cu utilaj performant, activitatea financiar-contabilă, marketingul social ș.a.); obiective strategice pentru fiecare domeniu; plan de acțiuni pentru implementarea prevederilor strategice. La a doua etapă, de monitorizare a strategiei, este important să determine progresul obținut pe baza unui set de indicatori și să ia măsurile corective în timp util dacă obiectivele strategice nu sunt îndeplinite. În dependență de mărimea și profilul spitalului, acesta poate avea o singură strategie de dezvoltare, care include toate domeniile strategice, sau poate avea o strategie generală și strategii funcționale (de prestări servicii, de resurse umane, financiar-contabilă, de cercetare-dezvoltare, de marketing).

Părerea membrilor CA s-a divizat cu privire rolul acestora în procesul de elaborare și implementare a strategiilor spitalului. Doar unii membri percep rolul CA în conformitate cu prevederile normative:

- ✓ CA verifică corectitudinea procesului de elaborare și implementare a strategiilor spitalului;
- ✓ CA „*aprobă proiectul planului strategic, la elaborarea căruia ia parte, luând în considerare măsurile pentru dezvoltarea spitalului*”;

- ✓ rol de coordonare a strategiilor și posibilităților de implementare a acestora, inclusiv aprobarea măsurilor pentru dezvoltarea spitalului în concordanță cu nevoile de servicii medicale ale populației;
- ✓ rol de monitorizare: „supravegherea, monitorizarea și corijarea strategiilor”; „monitorizarea obiectivelor strategice instituționale”.

Alți membri CA percep diferit acest rol, ceea ce poate să creeze impedimente în realizarea cu succes a atribuțiilor sale:

- CA are un rol nominal;
- CA are un rol pasiv: „colacul de salvare revenindu-i administrației instituției, care mereu identifică soluții de ameliorare a situației financiare/medicale a spitalului”.
- „rolul principal, deoarece fiind de pe loc, cunoaștem problemele cu care se confruntă spitalul zi de zi”;
- rol consultativ/ consultativ metodic;
- rol de evaluare;
- „CA deține rolul decisiv în implementarea strategiilor spitalului”.

Majoritatea instituțiilor spitalicești au planuri strategice de dezvoltare instituțională, însă nu toate planurile strategice sunt aprobate de CA. De asemenea, nu toate aceste documente corespund recomandărilor de elaborare a lor, fiind omise componente importante a acestora ca: misiunea, viziunea și valorile, analiza situației, inclusiv analiza SWOT, obiectivele strategice formulate SMART, indicatorii de progres, nu este prevăzut procesul de monitorizare și evaluare a strategiei.

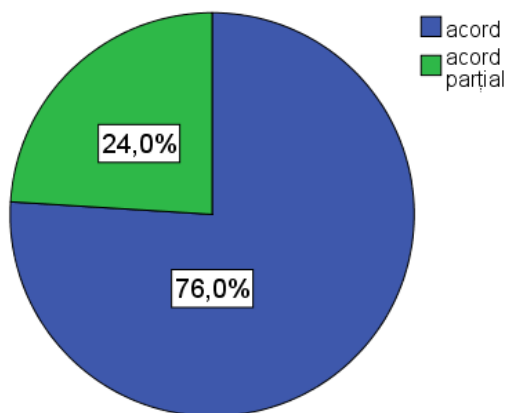


Fig. 3.2.1 Spitalul are o viziune clară, focusată și relevantă

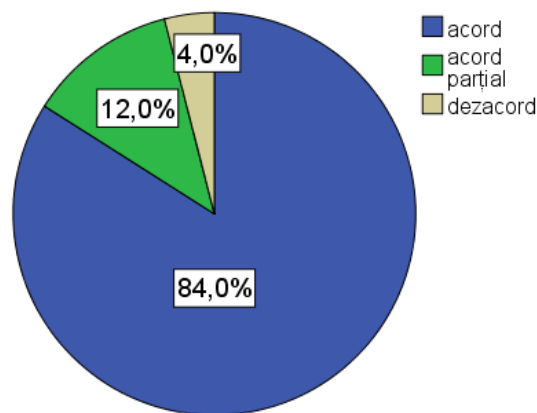


Fig. 3.2.2. Spitalul are o misiune clară, focusată și relevantă

Viziunea spitalului reprezintă acea stare ideală proiectată în viitor, către care tinde să se dezvolte instituția. În acest context,  $\frac{3}{4}$  dintre membrii CA își manifestă acordul și  $\frac{1}{4}$  - acordul parțial că instituția are o viziune clară, focusată și relevantă (fig. 3.2.1). Cu toate acestea, din trei strategii analizate, nici într-una nu era prevăzută o viziune.

Misiunea reprezintă rațiunea de a fi a spitalului și de a crea valoare pentru comunitate și pentru societate. Cea mai mare parte dintre respondenți (84%) declară că spitalul are o misiune clară, focusată și relevantă, 12% sunt de acord parțial cu aceasta, iar 4% sunt în dezacord (fig. 3.2.2). Analiza documentelor strategice demonstrează că doar într-un plan din cele analizate, era stabilită misiunea instituției.

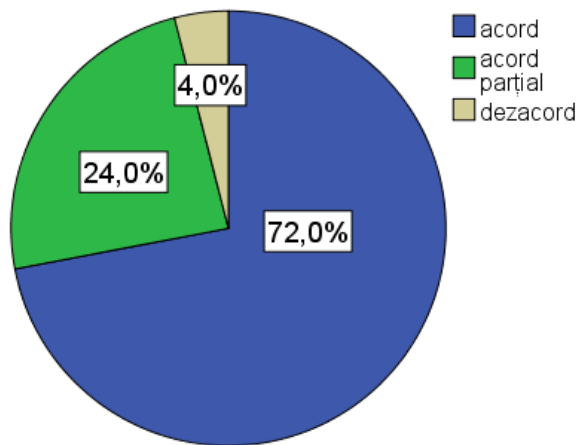


Fig. 3.2.3 Spitalul are un set de valori clare, focusate și relevante

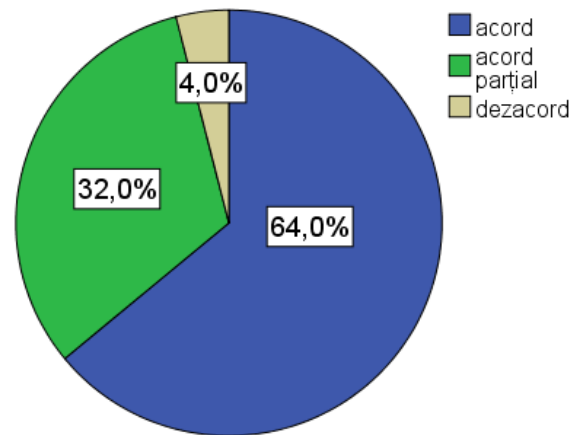


Fig. 3.2.4 Misiunea, viziunea și valorile stau la baza strategiilor instituționale, politicilor și a planurilor de acțiuni ale spitalului

Valorile reprezintă filozofia de care se ghidează și în care cred membrii unei organizații. Și la acest subiect respondenții și-au manifestat preponderent acordul (72%) cu privire la faptul că instituția are o viziune clară, focusată și relevantă, totuși în jur de  $\frac{1}{3}$  dintre membrii CA își declară acordul parțial în acest sens, iar 4% - dezacordul (fig. 3.2.3). Cu toate acestea, analiza planurilor strategice, de asemenea, demonstrează că nu toate spitalele au stabilite un set de valori acceptate la nivel instituțional.

Totodată, mai mult de jumătate dintre membrii CA (64%) consideră că misiunea, viziunea și valorile stau la baza strategiilor instituționale, politicilor și a planurilor de acțiuni ale spitalului (fig. 3.2.4), dar deoarece în majoritatea cazurilor acestea lipsesc în documentele strategice, aceste elemente esențiale rămân a fi doar niște deziderate declarative.

O abordare superficială a membrilor CA se referă și la faptul că  $\frac{3}{4}$  declară acordul precum că administrația spitalului analizează periodic factorii din mediul extern (de ex.: economici, sociali, culturali, demografici ș.a.) care influențează activitatea spitalului (fig. 3.2.5), totuși strategiile instituționale, în majoritatea

cazurilor, nu conțin astfel de analize, iar dacă le conțin, analiza se axează, preponderent, pe factorii de mediu intern ai instituției.

De asemenea, 8 din 10 membri CA consideră că strategiile instituționale au la bază documentele de politici naționale și locale, iar 12% manifestă acordul parțial și 4% - dezacordul în acest sens (fig. 3.2.6).

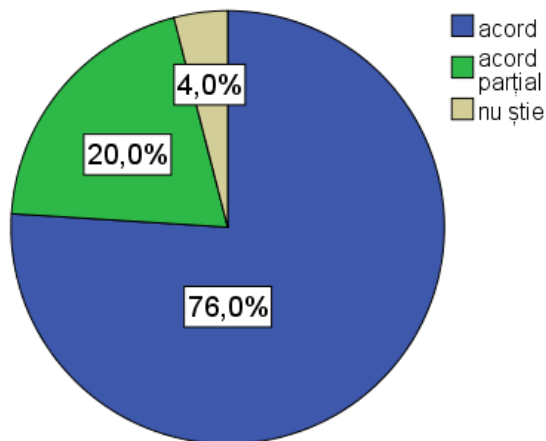


Fig. 3.2.5 Administrația spitalului analizează periodic factorii din mediul extern (de ex.: economici, sociali, culturali, demografici ș.a.) care influențează activitatea spitalului

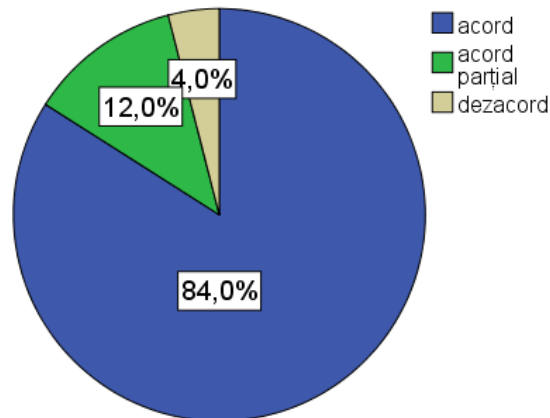


Fig. 3.2.6 Strategiile instituționale au la bază documentele de politici naționale și locale

Fiind rugați să determine domeniile strategice, performanța cărora CA îl monitorizează sau ar trebui să îl monitorizeze, cei mai mulți consilieri au indicat domeniile de importanță majoră pentru performanța spitalului:

- ✓ managementul resurselor umane, inclusiv asigurarea cu personal, dezvoltarea profesională, „schimbarea atitudinii lucrătorului medical față de pacient”, combaterea corupției;
- ✓ managementul financiar, inclusiv remunerarea angajaților, atragerea resurselor financiare prin implementarea proiectelor și achiziționarea serviciilor, bunurilor și lucrărilor, eficiența alocării resurselor financiare
- ✓ dezvoltarea bazei materiale și tehnice, inclusiv, modernizarea echipamentului medical aprovizionarea cu medicamente;
- ✓ dezvoltarea serviciilor de sănătate la nivel raional și național;
- ✓ calitatea serviciilor medicale;
- ✓ asigurarea funcționalității instituției conform cerințelor moderne, inclusiv îmbunătățirea condițiilor de tratament și a celor hoteliere, repararea și renovarea edificiilor.

Alți membri, s-au referit la unele instrumente sau activități instituționale, dar nu la domenii strategice: bugetul SR, respectarea normelor și a Codului Muncii, spectrul serviciilor medicale, randamentul economic al fiecărei subdiviziuni. Acest lucru demonstrează că nu toți membrii înțeleg rolul CA în procesul strategic. De asemenea, unii membri CA la acest compartiment au indicat doar acele instrumente, aprobarea/coordonarea cărora sunt incluse în atribuțiile CA: devizul de venituri și cheltuieli, organigrama, statele de personal, tarifarea personalului, planul de achiziții, planurile de activitate.

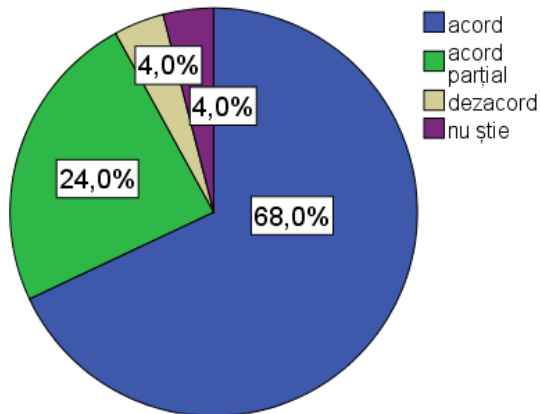


Fig. 3.2.7 Obiectivele strategice ale spitalului sunt comunicate într-un mod clar membrilor consiliului, angajaților și părților interesate

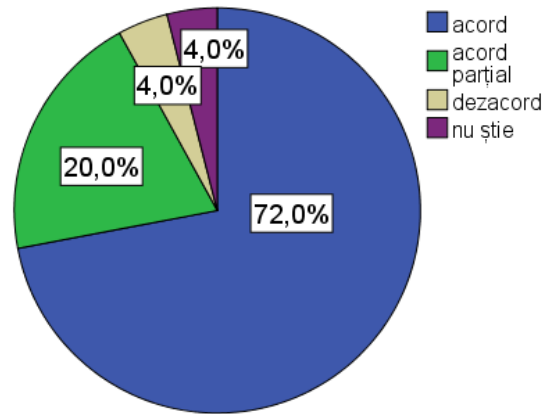


Fig. 3.2.8 Consiliul supraveghează ca nevoile părților interesate să fie luate în calcul la elaborarea obiectivelor strategice

Planurile strategice analizate nu au prevăzute liste a părților interesate și a modului de comunicare cu aceștia, totuși, 68% dintre membrii CA sunt de acord cu faptul că obiectivele strategice ale spitalului sunt comunicate într-un mod clar membrilor consiliului, angajaților și părților interesate, 24% și-au manifestat acordul parțial în acest sens, iar câte 4% dezacordul sau au declarat că nu știu (fig. 3.2.7).

În același context, 7 din 10 respondenți declară că consiliul supraveghează ca nevoile părților interesate să fie luate în calcul la elaborarea obiectivelor strategice (fig. 3.2.8), dar acest lucru poate fi afirmat doar după determinarea părților interesate și a nevoilor acestora. Totuși, e important de menționat faptul că în Republica Moldova nu sunt realizate studii comprehensive privind nevoile de servicii spitalicești ale beneficiarilor, ca una din părțile interesate în activitatea instituțiilor medicale.

Mai puțin de jumătate dintre respondenți (48%) își declară acordul cu referire la faptul că consiliul monitorizează realizarea obiectivelor strategice și are stabilit un set de indicatori de progres pentru aceasta, 32% - acordul parțial, 16% - dezacordul, iar 4% - nu știu (fig. 3.2.9). Însă, nici într-un plan strategic nu sunt prevăzuți indicatori de progres și procedurile de monitorizare a acestora. Indicatorii care apar în unele



planuri sunt de resurse sau de produs și nu au determinate ținte care trebuie atinse pe parcursul perioadei de implementare a strategiilor.

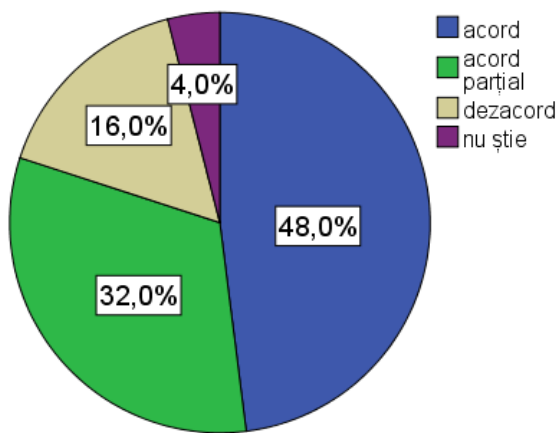


Fig. 3.2.9 Consiliul monitorizează realizarea obiectivelor strategice și are stabilit un set de indicatori de progres pentru aceasta

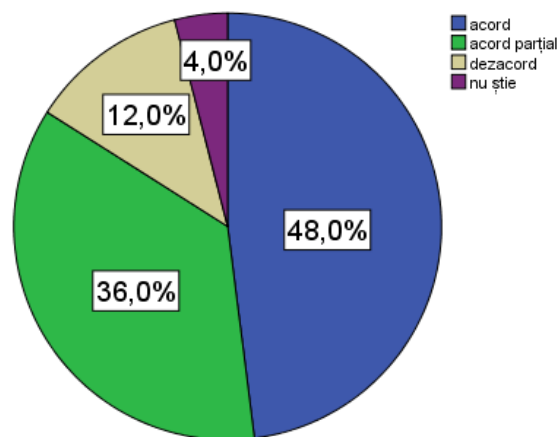


Fig. 3.2.10 Consiliul ia măsuri corective în timp util dacă obiectivele strategice nu sunt îndeplinite

Consiliul ia măsuri corective în timp util dacă obiectivele strategice nu sunt îndeplinite – cu această afirmație sunt de acord 48% dintre membrii CA, 36% declară acord parțial, 12% - dezacord, iar 4% nu știu (fig. 3.2.10). În lipsa indicatorilor de progres privind realizarea obiectivelor strategice, această acțiune corectivă este greu de îndeplinit, uneori imposibil.

Fiind întrebați ce schimbări strategice în cadrul spitalului au susținut sau intenționează să susțină în perioada mandatului, membrii CA au menționat următoarele:

- dezvoltarea serviciilor medicale în corespundere cu necesitățile pacienților;
- dotări adecvate/ crearea unei baze tehnico-materiale decente;
- gestionarea corectă a finanțelor, dezvoltarea proiectelor și atragerea de fonduri prin intermediul proiectelor locale și internaționale;
- promovarea valorilor instituționale: profesionalism, accesibilitate, grija față de pacient;
- optimizarea paturilor după analiza necesităților de servicii medicale;
- atragerea cadrelor medicale și susținerea politicii de întinerire a personalului;
- dotarea cu utilaje performante de diagnostic și tratament.

### 3.3. Rolul, responsabilitățile și performanța Consiliului de Administrație

Așa cum a fost menționat în Capitolul I, atribuțiile CA sunt prevăzute în Regulamentele de organizare și funcționare ale spitalelor, care au fost elaborate conform Regulamentul-cadru, aprobat de MSMPS în

2016. Astfel, implicarea CA în administrarea și supravegherea instituției, se limitează la cele 5 atribuții stipulate în respectivul regulament.

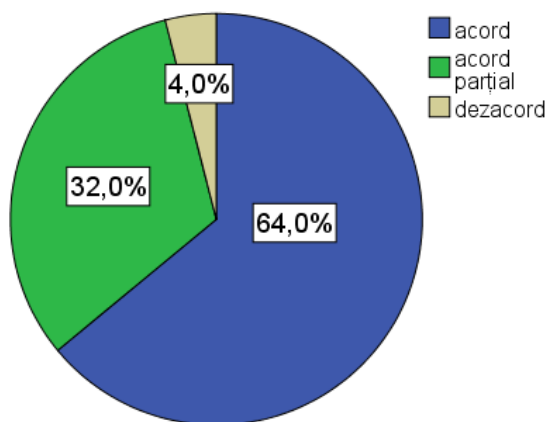


Fig. 3.3.1. Rolul și responsabilitățile consiliului sunt clar definite

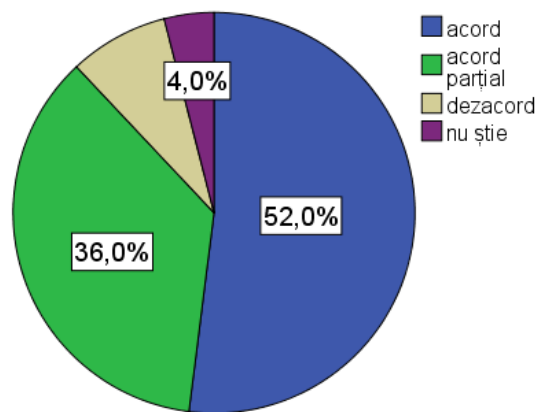


Fig. 3.3.2 Membrii consiliului au suficientă experiență și cunoștințe pentru a-i asigura funcționalitatea

Conform rezultatelor studiului, 64% dintre membrii CA sunt de acord că rolul și responsabilitățile consiliului sunt clar definite, 32% manifestă un acord parțial, iar 4% - dezacord la acest subiect (fig. 3.3.1). Fiind întrebați despre împuternicirile suplimentare de care ar avea nevoie pentru a-și eficientiza activitatea, părerile membrilor CA, de asemenea s-au divizat: mai mult de jumătate dintre membri consideră că nu are nevoie și CA deține suficiente pârghii de influențare a oricărei situații. Acest lucru, ne demonstrează faptul că membrii CA nu cunosc care este experiența internațională și care, de fapt, ar trebui să fie rolul CA în administrarea spitalului, susținând acele competențe limitate prevăzute în regulamentul menționat mai sus. Printre cei care au răspuns afirmativ, membrii au venit cu următoarele argumente: „pentru implementarea cu succes a proiectelor strategice de dezvoltare, e nevoie ca CA să aibă dreptul de decizie hotărâtoare”, „pentru asigurarea și implementarea proiectelor strategice, stabilirea direcțiilor de dezvoltare a instituției”, „pentru a avea posibilitatea de a exercita controlul mai efectiv, consiliul are nevoie de mai multe împuterniciri, pentru a avea acces la unele lucruri”. În acest context, deoarece **CA trebuie să facă parte din organigrama instituției** (conform rezultatelor studiului nu toate spitalele au inclus CA în organigramă), prezența fișelor de post pentru membrii CA ar facilita înțelegerea rolului și responsabilităților acestora și ar delimita clar atribuțiile lor.

Pe de altă parte, directorii spitalelor, fiind întrebați dacă ar vedea necesar modificarea atribuțiilor membrilor CA pentru a eficientiza implicarea CA în obținerea performanțelor spitalului, și-au expus păreri diferite: 3 din 5 au răspuns negativ, argumentând prin faptul că cadrul normativ s-a modificat deja de

câteva ori și nu este necesară o nouă modificare sau atribuțiile actuale „*sunt cele mai optimale și cele mai bune*”. Ceilalți 2 au afirmat că este necesar de a lărgi atribuțiile CA, iar unul din ei a exemplificat prin faptul că aprobarea organigramei și statelor de personal trebuie să fie prerogativa CA, fără a implica și CR, pentru că acest lucru doar birocratizează luarea deciziilor și nu are efecte pozitive asupra instituției: „*Statele de personal au fost aprobate la începutul anului 2020, dar în situația pandemiei COVID în care ne aflăm, avem nevoie de reprofilarea medicilor, implicarea lor în activitatea UPU, iar aprobarea acestor modificări prin CR de fiecare dată, e foarte complicată*”.

În acest context, Regulamentul-cadru de organizare și funcționare a prestatorilor de servicii, aprobat prin Ordinul MSMPS nr. 1086 din 30.12.2016, prevede una din atribuțiile Fondatorului: aprobarea organigramei și a statelor de personal a IMSP, conform normativelor aprobate de MSMPS. Totuși, Legea nr. 436 din 28.12.2006 privind administrația publică locală<sup>9</sup>, la art. 43 *Competențele consiliului raional*, alin. 1, a) *aprobă organigrama și statele de personal ale aparatului președintelui raionului, ale direcțiilor și ale altor subdiviziuni subordonate consiliului raional*, nu prevede expres și aprobarea organigramei și a statelor de personal a instituțiilor subordonate, cu toate că expresia „*instituții subordonate*” se întâlnește în alte contexte în actul legislativ menționat mai sus.

Jumătate dintre membrii consiliului (52%) sunt de acord că au suficientă experiență și cunoștințe pentru a-i asigura funcționalitatea, 36% își manifestă acordul parțial în acest sens, 8% - dezacordul, iar 4% nu știu (fig. 3.3.2). Fiind întrebați în ce domenii de competență ar trebui să aibă cunoștințe și experiență membrii CA pentru a fi eficienți, aceștia au menționat așa domenii ca: medical, juridic, economic, administrativ, finanțe publice, managementul resurselor umane, management spitalicesc, finanțarea serviciilor medicale, managementul calității și alte domenii; studii superioare în domeniile: economie, medicină, administrare publică, management; să fie persoane cu funcție de decizie (n.a., această situație poate genera riscuri de trafic de influență și conflict de interese); să posede abilități de comunicare, inclusiv de negociere; să aibă capacitate de analiză și să dea dovadă de inițiativă.

La acest subiect, fiind întrebați în ce domenii membrii CA ar avea nevoie de îmbunătățirea capacităților, unii directori de spital, consideră că membrii CA au suficiente cunoștințe și experiență în domeniul economic, managerial, juridic, pentru a susține realizarea strategiei instituției, iar un manager argumentează: „*în CA trebuie să fie implicați persoane cu capacități*”, totodată, menționând că aceștia ar putea să facă un schimb de experiență și să participe la ședințele CA în alte instituții. Alt director de

---

<sup>9</sup> [https://www.legis.md/cautare/getResults?doc\\_id=120849&lang=ro#](https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=120849&lang=ro#)

spitalul a menționat că ar fi nevoie ca membrii CA să fie instruiți în domeniul comunicării, managementului organizațional, planificării.

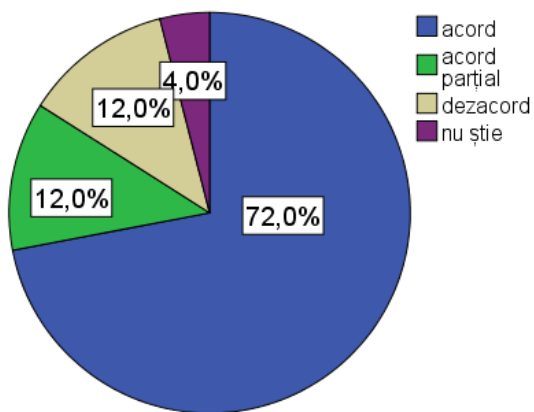


Fig. 3.3.3 Cea mai mare parte din timp, consiliul este focusat pe subiectele de importanță strategică

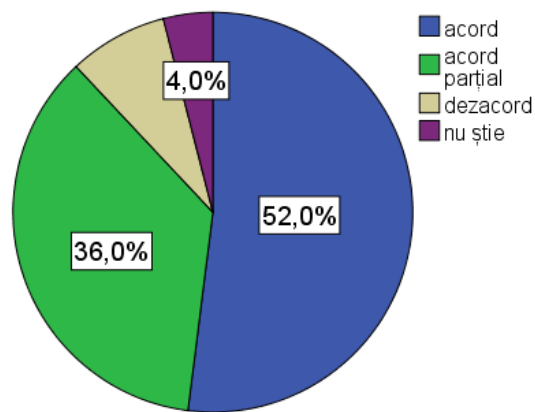


Fig. 3.3.4 Consiliul rezolvă problemele în mod eficient, chiar și atunci când soluțiile sunt greu de implementat

Aproximativ  $\frac{3}{4}$  dintre membrii CA consideră că cea mai mare parte din timp, consiliul este focusat pe subiectele de importanță strategică, totuși 12% manifestă acordul parțial în acest sens, 12% - dezacordul, iar 4% - nu știu (fig. 3.3.3). Cu toate acestea, nu toți respondenții consideră eficientă activitatea CA: doar jumătate dintre membri (52%) declară că sunt de acord că consiliul rezolvă problemele în mod eficient, chiar și atunci când soluțiile sunt greu de implementat, ceilalți nu au împărtășit această viziune, manifestând acord parțial - 36%, dezacord - 8%, nu știu - 4% (fig. 3.3.4).

Majoritatea membrilor CA (72%) consideră că Consiliul este pregătit în mod adecvat pentru a reacționa la situațiile excepționale, 24% declară acord parțial la acest subiect, iar 4% - dezacord (fig. 3.3.5).

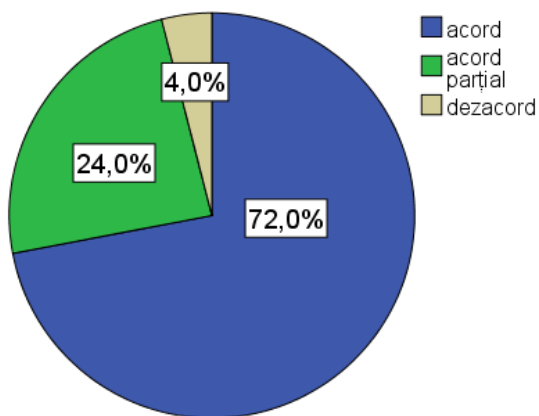


Fig. 3.3.5 Consiliul este pregătit în mod adecvat pentru a reacționa la situațiile excepționale

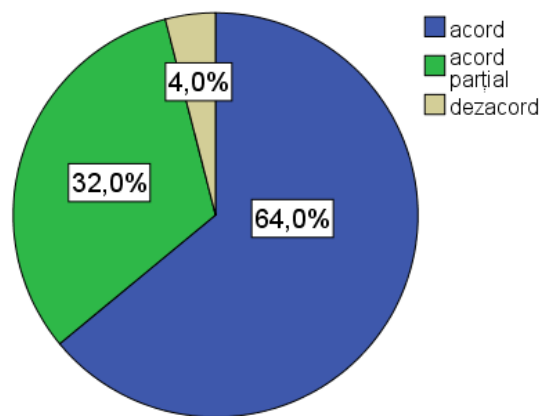


Fig. 3.3.6 Consiliul este preocupat de asigurarea calității serviciilor medicale și a siguranței pacientului

Asigurarea calității serviciilor medicale trebuie să fie parte componentă a misiunii oricărui spital și așa cum misiunea, ca element strategic stă la baza strategiilor instituționale, a politicilor și a planurilor, respectiv, CA trebuie să își asume un rol cheie în acest domeniu.

De asemenea, guvernarea clinică, care include calitatea serviciilor și siguranța pacienților, este parte a guvernării spitalelor, iar asumarea responsabilității CA pentru acestea, ar asigura eficiența și eficacitatea activității instituției. CA trebuie să își asume responsabilitatea să înțeleagă și dreptul să se implice în evaluarea performanței cu privire la calitate și siguranța pacienților. Totodată, CA trebuie să se asigure că se iau măsurile corespunzătoare atunci când sunt identificate deficiențe în acest domeniu.

Însă, rezultatele studiului demonstrează că nu toți membrii CA își asumă responsabilitatea pentru monitorizarea guvernării clinice, iar activitatea acestuia ca unitate structurală a spitalului se rezumă deseori la coordonări și aprobări, în special a subiectelor financiare. În acest context, 64% sunt de acord că consiliul este preocupat de asigurarea calității serviciilor medicale și a siguranței pacientului, 32% manifestă acord parțial, iar 4% - dezacord (fig. 3.3.6). Directorii de spital, de asemenea, confirmă că membrii CA mai puțin sunt preocupați de asigurarea calității serviciilor medicale și siguranța pacienților, iar unii directori au recunoscut că CA nu interacționează cu Consiliul Calității din cadrul instituției spitalicești.

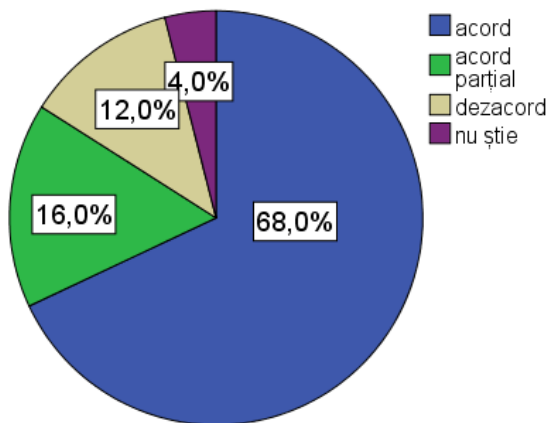


Fig. 3.3.7 Membrii consiliului dețin suficientă informație despre veniturile și cheltuielile instituției

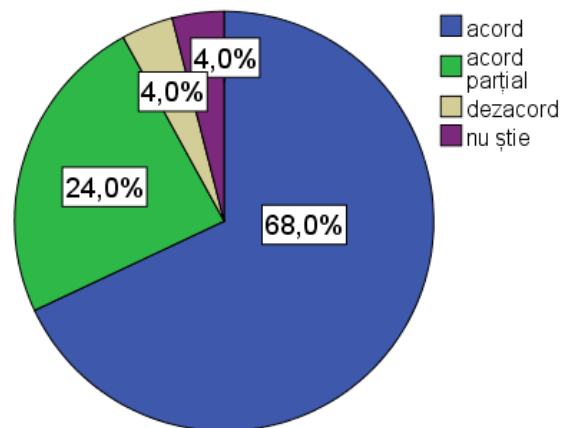


Fig. 3.3.8 Membrii consiliului dețin suficientă informație cu privire la politica de personal și strategia de resurse umane aprobată la nivel instituțional

Pentru a asigura un proces eficient de luare a deciziilor, care se transpune prin coordonarea/aprobarea de planuri, rapoarte, bugete și alte documente instituționale (state de personal, liste de tarify), membrii CA trebuie să aibă acces la informația instituțională ce se referă la domeniile strategice ale spitalului, care au

fost menționate mai sus. În acest context, cu afirmația că membrii consiliului dețin suficientă informație despre veniturile și cheltuielile instituției, sunt de acord 68% dintre respondenți, 16% declară acord parțial, 12% - dezacord, 4% - nu știu (fig. 3.3.7). De asemenea, membrii CA, în aceeași proporție de 68%, declară acordul că dețin suficientă informație cu privire la politica de personal și strategia de resurse umane aprobată la nivel instituțional, totuși 24% sunt de acord parțial cu această afirmație, iar câte 4% declară dezacord și nu știu (fig. 3.3.8).

Majoritatea membrilor, conștientizează rolul important al CA ca organ de administrare și supraveghere în susținerea dezvoltării instituționale. Acest lucru este demonstrat prin faptul că 84% dintre respondenți sunt de acord că consiliul este preocupat de dezvoltarea instituției și introducerea inovațiilor (fig.3.3.9)

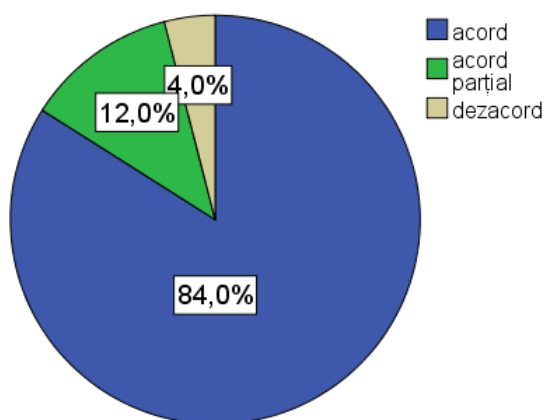


Fig. 3.3.9 Consiliul este preocupat de dezvoltarea instituției și introducerea inovațiilor

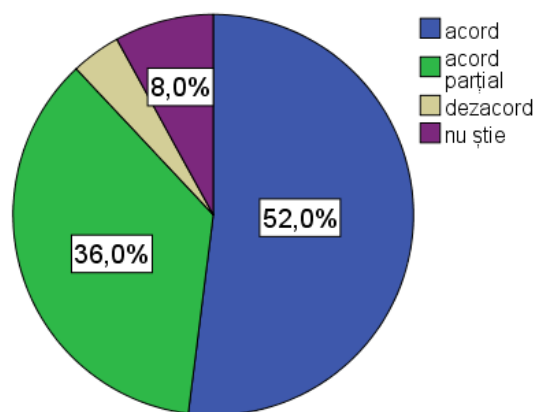


Fig. 3.3.10 Per general, membrii consiliului sunt satisfăcuți de activitatea și performanța acestuia

Rezultatele studiului arată că doar jumătate dintre membrii CA (52%) sunt satisfăcuți de activitatea și performanța acestora, iar 36% manifestă acord parțial în acest sens, 4% - dezacord, iar 8% nu au putut să se expună la acest subiect (fig. 3.3.10).

De asemenea, membrii CA au fost supuși unui proces de autoevaluare și au fost rugați să determine punctele forte și punctele slabe ale CA din care fac parte. Printre punctele forte ale CA, a căror membri sunt respondenții, au fost menționate: participarea tuturor actorilor interesați; prezența în CA a reprezentanților fondatorului, instituției, societății civile; este un organ care poate îmbunătăți activitatea instituției; profesionalismul membrilor; dorința de a schimba lucrurile; diversitatea părerilor; evaluarea problemelor prin prisma competențelor diferite; corectitudine; respectarea legislației; transparența decizională; experiență în activitate; operativitate în luarea deciziilor; ședințele CA sunt deschise ș.a.

De asemenea, la acest capitol au fost identificate o serie de „puncte forte”, care se referă mai degrabă la activitatea spitalului, ca de exemplu: servicii prestate, care acoperă necesitățile zonei deservite, aprovizionarea cu medicamente, condițiile de muncă; sau niște priorități care influențează luarea deciziilor, de exemplu: discutarea bugetului și identificarea obiectivelor strategice pentru finanțare; neadmiterea reducerii neargumentate a personalului, identificarea căilor de creștere a performanței; identificarea și implementarea metodelor noi de tratament și diagnostic.

Printre punctele slabe (care ar trebui îmbunătățite) ale CA, au fost indicate: ar trebui să aibă mai mare putere decizională; influență și eficiență mai mare în coordonarea problemelor cu APL; de dorit lărgirea atribuțiilor, completarea cu atribuții noi; indiferența unor membri CA; ședințe rare; atitudine mai serioasă față de sarcinile CA; indisponibilitatea unor membri de a participa la ședințe din cauza serviciului de bază ș.a.

Totodată, au fost indicate un șir de puncte slabe, dar nu ale CA, dar ale instituției: lipsa finanțelor pentru implementarea tuturor strategiilor; în spital nu există un număr suficient de specialități; echipamente medicale învechite; formarea profesională continuă a personalului medical nu se asigură în centre internaționale de prestigiu; nu se accesează fonduri europene.

### **3.4. Cultura decizională a Consiliului de Administrație**

Procesul de luare de decizie este un proces de identificare a problemelor și de alegere a soluției optime dintr-un set de alternative posibile. Astfel, înainte de realizarea atribuției de aprobare a unui document, plan sau inițiativă, membrii CA trebuie să analizeze totalitatea opțiunilor, iar deciziile trebuie să fie bazate pe principiul de eficiență, ca instituția să maximizeze rezultatele (intervenția să satisfacă o necesitate, să realizeze un obiectiv, să îndeplinească o funcție) și să minimizeze costurile (cheltuielile de resurse și efectele negative ale respectivei intervenții).

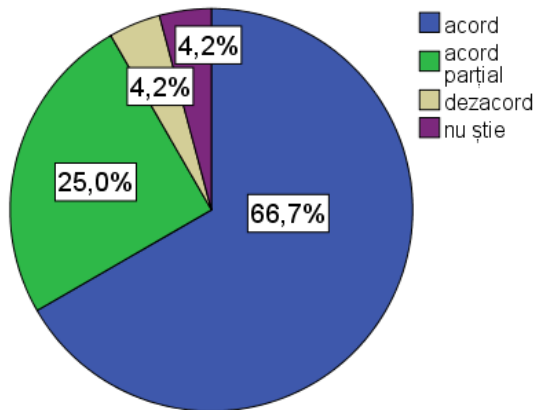


Fig. 3.4.1 Deciziile consiliului sunt luate doar după analiza tuturor opțiunilor strategice ce țin de un subiect

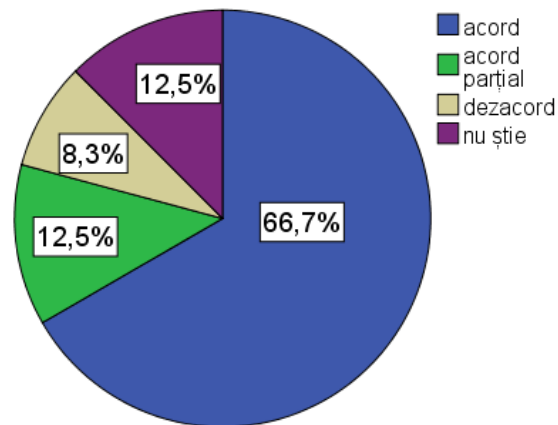


Fig. 3.4.2 Membrii consiliului primesc analiza opțiunilor strategice și a alternativelor de la conducere, înainte de a lua o decizia și a defini un curs strategic de acțiune

Referitor la cultura decizională, 2/3 dintre membrii CA sunt de acord, ¼ manifestă un acord parțial, iar câte 4,2% - dezacord și nu știu dacă deciziile consiliului sunt luate doar după analiza tuturor opțiunilor strategice ce țin de un subiect (fig. 3.4.1). În aceeași proporție de 2/3, membrii consiliului declară că primesc analiza opțiunilor strategice și a alternativelor de la conducere, înainte de a lua o decizia și a defini un curs strategic de acțiune, totuși, 12,5% manifestă acordul parțial în acest sens, 8,3% - dezacordul, iar 12,5% declară că nu știu despre acest fapt (fig. 3.4.2).

Majoritatea membrilor CA (aproximativ 70%), afirmă că au experiența atragerii angajaților sau a pacienților în procesul de luare a deciziilor, însă abordarea diferă de la un membru la altul sau de la un consiliu la altul:

- ✓ unii au o abordare comprehensivă: *colaborarea cu membrii Comitetului sindical, cu șefii de subdiviziuni, conlucrarea cu ONG-uri în domeniul sănătății, crearea de grupuri de lucru pe anumite subiecte, consultări cu specialiștii de profil în implementarea proiectelor de investiții; se consultă părțile interesate* (n.a., așa cum a fost menționat mai sus, în planurile strategice nu există liste a părților interesate).
- ✓ unii omit atragerea beneficiarilor din procesul decizional: *în cazul în care, un subiect discutat la ședința CA necesită opinia/experiența unui specialist de profil îngust, de obicei acesta este invitat pentru a clarifica situația respectivă;*
- ✓ unii lasă să se înțeleagă că nu este nevoie de a implica persoane terțe în acest proces: *reprezentanții angajaților și ai pacienților sunt membri CA;*



- ✓ unii consideră acest proces formal: „la toate propunerile angajaților și a pacienților reacționăm, dar în afară de entuziasm, mai este nevoie de finanțe”;
- ✓ unii membri CA abordează pacienții ca „subiecți pasivi”, asupra cărora se răsfrâng deciziile luate, dar care nu participă la acest proces: „pacienții se conformează regulilor stabilite de instituția medicală”.

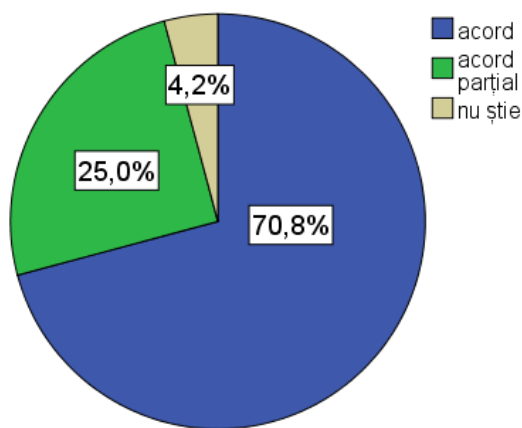


Fig. 3.4.3 Cultura decizională a consiliului include implicarea activă, stimularea discuțiilor și a dialogului pe probleme de importanță semnificativă pentru spital

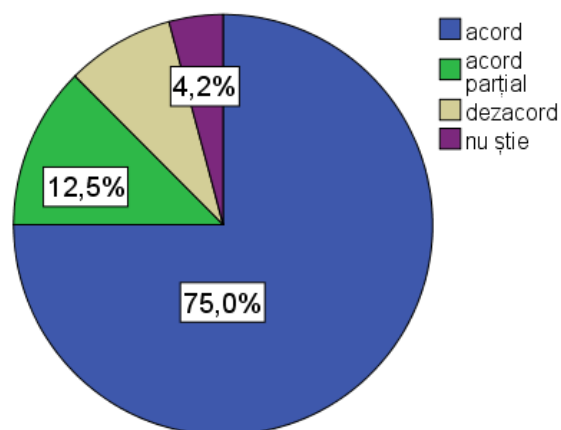


Fig. 3.4.4 Deciziile consiliului sunt bazate, preponderent, pe satisfacerea nevoilor de sănătate a comunității

Cei mai mulți membri CA (70,8%) au manifestat acordul, 25% – acordul parțial, iar 4,2% au declarat că nu știu dacă cultura decizională a consiliului include implicarea activă, stimularea discuțiilor și a dialogului pe probleme de importanță semnificativă pentru spital (fig. 3.4.3). De asemenea, părerile membrilor CA s-au divizat și la întrebarea dacă deciziile consiliului sunt bazate, preponderent, pe satisfacerea nevoilor de sănătate a comunității (75% - acord, 12,5% - acord parțial, 8,3% - dezacord, 4,2% - nu știu) (fig. 3.4.4). Așa cum a fost menționat mai sus, în Republica Moldova, până la momentul actual nu au fost publicate studii comprehensive, bazate pe metode științifice privind nevoile de servicii de sănătate în asistența medicală spitalicească.

La capitolul transparenței decizionale, fiind întrebați despre modul în care deciziile CA sunt aduse la cunoștință părților interesate (de exemplu, angajați, pacienți, comunitate), membrii CA au enumerat mai multe căi de comunicare a deciziilor:

- ✓ oferirea informației se face doar la solicitare: *deciziile sunt publice (cu excepția anumitor subiecte confidențiale) și orice persoană, la solicitare, poate face cunoștință cu acestea; „sunt consemnate și păstrate în registrul deciziilor a CA, fiind de acces public pentru salariați”*: deciziile CA fiind

declarate informație de interes public, trebuie să fie accesibile pentru oricare din părțile interesate, nu doar la solicitare și nu doar pentru salariați;

- ✓ *plasarea pe pagina oficială a spitalului*: analiza demonstrează că unele instituții nici nu au pagină web sau deciziile CA nu sunt plasate pe site-ul acesteia;
- ✓ *panoul de informații; ședințe ordinare în cadrul spitalului; informarea verbală prin intermediul șefilor de secție; informarea comunității prin mass media.*
- ✓ *site-ul CR*: așa cum a fost menționat mai sus, se poate concluziona că CA nu este privit ca parte componentă a spitalului, ci mai degrabă ca organ reprezentativ al Fondatorului, iar unele spitale nici nu au inclus CA în organigramă.

Totodată, la această întrebare un membru CA explică: „Deciziile CA sunt consultative și pentru a le transforma în executorii, sunt transmise către fondator – Consiliul Raional, unde sunt incluse în ordinea de zi a ședințelor consiliului, se multiplică și se înmânează fiecărui consilier, se discută în comisia consultativă, apoi se adoptă Decizia Consiliului raional și se publică pe pagina oficială a fondatorului”. Această procedură este urmată de majoritatea instituțiilor spitalicești. În acest sens, sunt determinate și/sau evidențiate o serie de deficiențe în activitatea CA: (1) rolul CA este formal; (2) nu există o claritate în subiectele asupra cărora decide CA, astfel acesta se transformă dintr-un organ de administrare și supraveghere în unul de coordonare (n.a., nu există decizii consultative, deoarece prin definiție decizia este o hotărâre luată în urma examinării unei probleme, a unei situații etc., este o soluție adoptată (dintre mai multe posibile)); (3) o dată ce Fondatorul are doi reprezentanți în CA al spitalului, aceștia devin împuterniciți de a lua anumite decizii în numele fondatorului, fără a fi necesar de a fi discutate în ședințele CR și de a le coordona cu comisiile consultative, ceea ce birocratizează procesul de luare a deciziilor și nu aduce plus valoare activității instituției medicale.

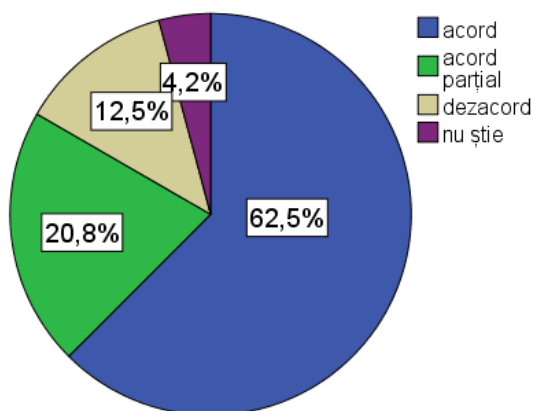


Fig. 3.4.5 Membrii consiliului au suficient timp pentru a se documenta cu privire la un anumit subiect și a lua deciziile cele mai potrivite

Părerile membrilor CA a fost diferită și referitor la faptul dacă membrii consiliului au suficient timp pentru a se documenta cu privire la un anumit subiect și a lua deciziile cele mai potrivite (62,5% – acord, 20,8% – acord parțial, 12,5% - dezacord, 4,2% - nu știu) (fig. 3.4.5). Divergențele de opinie în aprecierea culturii decizionale a CA necesită identificarea soluțiilor de eficientizare a procesului respectiv.

Recomandările colectate din partea consilierilor cu privire la îmbunătățirea procesului de luare a deciziilor sunt următoarele:

- asigurarea transparenței; de a pregăti comunicate și de a le plasa pe site-ul instituției; consultarea publică a deciziilor;
- respectarea cadrului legal; elaborarea deciziilor CA în conformitate cu Regulamentul de organizare și funcționare a instituției;
- la fiecare mandat nou al membrilor CA este necesar de a organiza un curs de instruire al acestora privind activitatea CA și este necesar de a introduce votul secret pentru luarea deciziilor cu privire la subiectele care provoacă divergențe de opinie.
- discutarea în grup înainte de a lua decizii.

De asemenea, au mai fost și alte recomandări: implicarea mai activă a consilierilor în problemele existente; schimbarea legislației și atribuirea mai multor împuterniciri; implementarea unui număr cât mai mare de decizii; participarea periodică a reprezentantului MSMPS la ședințele CA în scopul actualizării informației în teritoriu; „*pentru ca CA să lucreze mai eficient și să fie mai productiv, trebuie să fie remunerat*”. Cu toate că aceste recomandări nu se referă în totalitate la procesul decizional, totuși ele determină un șir de deficiențe, care necesită a fi înlăturate pentru eficientizarea activității CA a spitalelor. Studiul realizat demonstrează că nu în toate cazurile sunt elaborate procese-verbale ale ședințelor CA. Subiectele discutate în ședințe, corespund atribuțiilor CA conform Regulamentului de funcționare a spitalului, dar se limitează doar la acțiuni de examinare, coordonare, aprobare. Chiar dacă unii directori ne-au asigurat că acestea se elaborează și se publică, totuși nu au fost de găsit pe site-urile spitalelor. Uneori, în loc de proces-verbal al ședinței, este emisă doar o decizie a CA în care este prevăzut doar subiectul/ele asupra cărora s-a luat o hotărâre, fără a consemna discuțiile și propunerile membrilor CA avute în cadrul ședinței.

### **3.5. Relații și cooperare**

Asigurarea unor relații de cooperare și a unui climat favorabil de activitate, determină eficiența CA ca unitate structurală a instituției spitalicești și ca organ de administrare și supraveghere. În afară de relațiile,

care trebuie să fie bazate pe valorile agreate și pe un comportament etic între membrii CA, aceștia trebuie să fie preocupați de construirea unor relații bune cu părțile interesate (Fondator, director, angajații spitalului, beneficiari, ș.a.)

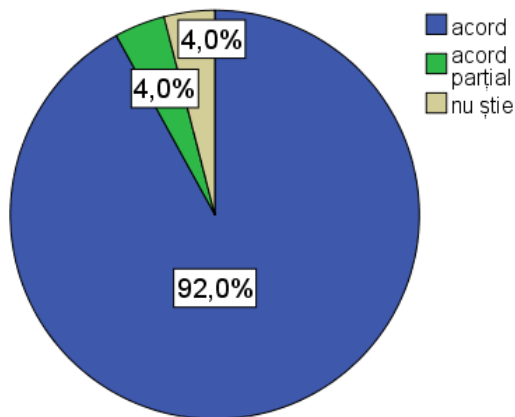


Fig. 3.5.1 Relațiile dintre membrii consiliului sunt bune, cooperează eficient de fiecare dată

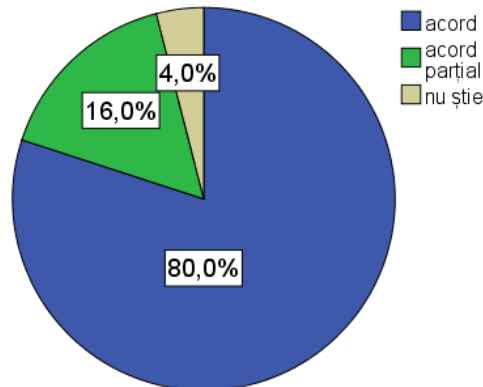


Fig. 3.5.2 Existența unui climat de încredere și respect reciproc între membrii consiliului și administrația spitalului

Aproape toți membrii CA (92%) declară că relațiile dintre membrii consiliului sunt bune, cooperează eficient de fiecare dată (fig. 3.5.1). Existența unui climat de încredere și respect reciproc între membrii consiliului și administrația spitalului este apreciată prin acord de 80% respondenți, prin acord parțial de 16% și 4% declară că nu știu (fig. 3.5.2).

Scorul acordat relațiilor dintre membrii CA și alte părți interesate este unul foarte bun. Astfel, fiind rugați să le aprecieze cu o notă de la 1 la 10, au fost obținute următoarele medii pentru cele cinci spitale: (1) relațiile dintre membrii CA – 9,2; (2) relațiile dintre membrii CA și directorul spitalului – 9,1; (3) relațiile dintre membrii CA și fondator – 9,3; (4) relațiile dintre membrii CA și angajații spitalului – 8,9. Totodată, directorii apreciază cooperarea cu membrii CA cu o medie de 8,5.

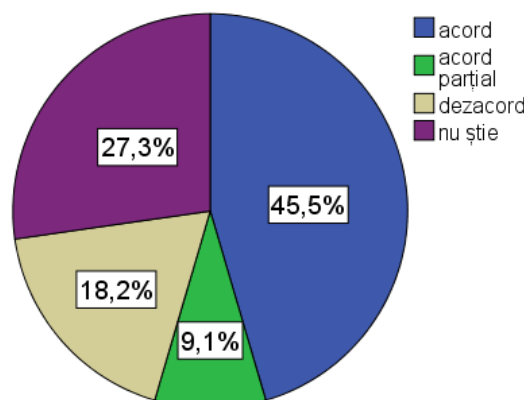
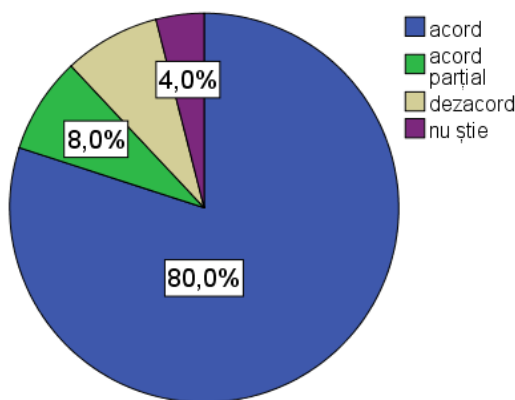


Fig. 3.5.3 Consiliul are o politică de integritate a membrilor lui, pentru evitarea conflictelor de interese, a traficului de influență, a favoritismului ș.a.

Fig. 3.5.4 Consiliul are aprobat o declarație de valori și principii etice de activitate

Majoritatea respondenților (80%) sunt de acord că consiliul are o politică de integritate a membrilor lui, pentru evitarea conflictelor de interese, a traficului de influență, a favoritismului ș.a., totuși, 8% și-au manifestat acordul parțial, 8% - dezacordul, iar 4% nu știu dacă există această politică (fig. 3.5.3). Chiar dacă majoritatea membrilor CA susțin existența politicii, totuși analiza situației demonstrează că există disconcordanțe chiar în componența CA, o dată ce, la momentul efectuării studiului, în 2 instituții directorul spitalului este și membru a CA. Politica trebuie să fie un document instituțional agreat de toți membrii CA, deoarece vin din diferite instituții, nu doar un deziderat bazat pe valorile și percepțiile personale. La acest subiect, directorul unui spital a declarat: „Spitalul are propria politică de integritate și așa cum 2 membri sunt reprezentanți ai colectivului de muncă, aderă la această politică. Cei din afară, posibil au în instituția în care activează, dar politică separată pentru CA nu este”.

De asemenea, opinia respondenților s-a divizat referitor la faptul că CA are aprobată o declarație de valori și principii etice de activitate: 45,5% - acord, 9,1% - acord parțial, 18,2% - dezacord, 27,3% - nu știu (fig. 3.5.4). Aceste rezultate pun la îndoială existența acestor declarații.

Nu toți membrii CA sunt de acord cu faptul dacă disensiunile apărute în discuții sunt tolerate și acceptate, iar membrii consiliului au posibilitatea să își exprime opinia separat, în caz de dezacord cu majoritatea, astfel, 76% și-au manifestat acordul, 12% - acordul parțial, 8% - dezacordul, iar 4% nu știu (fig. 3.5.5).

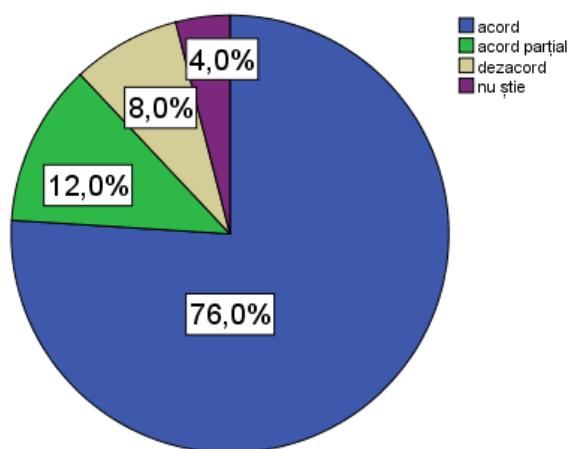


Fig. 3.5.5 Disensiunile apărute în discuții sunt tolerate și acceptate, iar membrii consiliului au posibilitatea să își exprime opinia separat, în caz de dezacord cu majoritatea

Recomandările din partea membrilor pentru îmbunătățirea climatului de cooperare în cadrul CA și relațiile cu părțile interesate au fost următoarele:

- asigurarea transparenței; consultarea proiectelor de decizii prin net până la ședință;
- acceptarea desfășurării ședințelor online în caz de imposibilitate de întrunire (de exemplu, în situația COVID);
- deciziile să fie luate doar în baza legii;
- intensificarea comunicării și a discuțiilor pe proiecte care urmează să fie discutate în consiliu cu implicarea mai multor șefi de secții și asistente medicale; CA să dispună de mai multă informație;
- implicarea mai activă a membrilor noi, „*accentul ar trebui să fie pus pe profesionalism, nu pe stimă și ani de muncă în sistemul medical*”.

### 3.6. Ședințele Consiliului de Administrație

Ședințele reprezintă nu doar un instrument de coordonare și de luare de decizii, dar de calitatea organizării și desfășurării lor, depinde calitatea deciziilor luate. Astfel, ședințele trebuie să aibă un scop bine determinat; o agendă, care trebuie să includă subiectele ce vor fi discutate; membrii participanți la ședință trebuie să cunoască aceste subiecte și să li se ofere informația necesară/solicitată, iar discuțiile și deciziile trebuie să fie consemnate prin procese verbale.

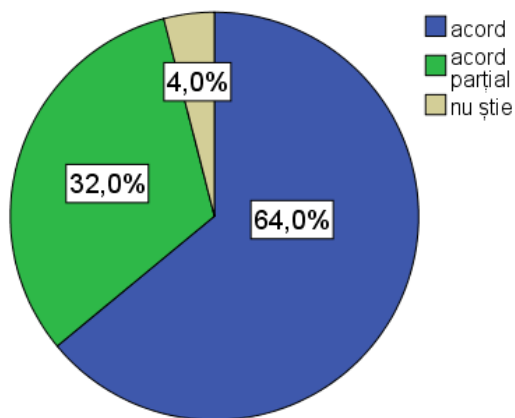


Fig. 3.6.1 Frecvența ședințelor consiliului asigură luarea deciziilor în timp oportun

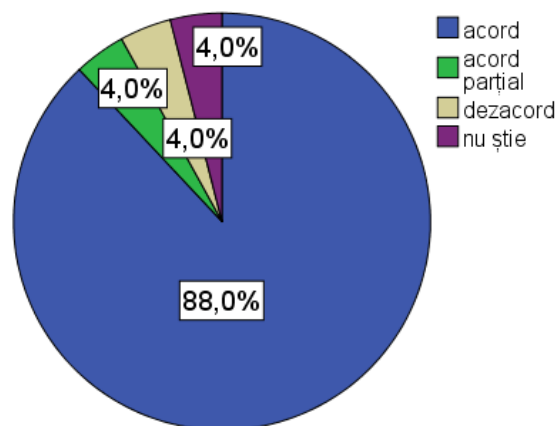


Fig. 3.6.2 Președintele consiliului de administrație supraveghează ca discuțiile să nu devieze de la subiectele stabilite pe agenda ședințelor

Membrii CA sunt de acord în proporție de 64% că frecvența ședințelor consiliului asigură luarea deciziilor în timp oportun, 32% manifestă acord parțial în acest sens, iar 4% - nu știu. Fiind întrebați cât de des sunt organizate ședințele și cât durează o ședință, răspunsurile sunt neuniforme și diferă de la un spital la altul:

- Spitalul 1: ședințele se organizează cel puțin trimestrial, dar, de obicei, nu au loc conform periodicității stabilite de regulamentul de activitate, în acest sens fiind nevoie de a solicita suplimentar președintelui convocarea ședinței. Referitor la durata ședinței, membrii CA declară că în mediu o ședință durează 4-5 ore. Pe de altă parte, directorul spitalului declară că, de obicei, ședințele CA se organizează o dată în trimestru, dar dacă există necesitate se organizează la inițiativa a trei membri și se coordonează cu Președintele CA. Acești 3 membri (2 reprezentanți ai colectivului de muncă și reprezentantul ONG), de obicei, asigură cvorumul, iar luarea deciziilor se face în timp util, fără tergiversări.
- Spitalul 2: ședințele se organizează „după necesitate – de 5 ori pe an”; „după Regulament: o dată în trimestru, la necesitate”; „după necesitate (de când sunt eu membru, o dată)”; „trimestrial”; „lunar, ori de câte ori este nevoie la solicitarea managerului și a membrilor CA”. Directorul, fiind întrebat cum determină nevoia organizării unei ședințe „la necesitate”, a afirmat că trebuie să existe o situație extraordinară sau excepțională, cum este, de exemplu, în situația COVID-19. Referitor la durata ședinței, aceștia împărtășesc puncte de vedere comune: după caz, aproximativ 2 ore; 60-90 min; 45 min cel puțin; după caz – 2 ore. Directorul a confirmat acest lucru și a declarat că în mediu o ședință durează o oră și jumătate.
- Spitalul 3: ședințele se organizează trimestrial, iar un membru CA menționează că se organizează și la necesitate. Referitor la durata ședinței, aceștia oferă următoarele răspunsuri: până la 2 ore, depinde de volumul de chestiuni, depinde de complexitatea întrebărilor expuse spre aprobare.
- Spitalul 4: unii afirmă că ședințele se organizează la necesitate, alții – o dată la 3-6 luni. În acest context un consilier indică că este membru CA de aproximativ 4 luni și ședința a avut loc o singură dată, iar alt consilier declară că **nu știe, nu a participat niciodată**. Referitor la durata ședinței, aceștia afirmă că durează între 2 și 4 ore. Directorul afirmă că inițiativa organizării ședințelor vine, de obicei, din partea administrației spitalului, iar temei pentru organizarea unei ședințe extraordinare poate fi, de exemplu, aprobarea mijloacelor financiare pentru reparații din partea Fondatorului.
- Spitalul 5: toți membrii CA afirmă că ședințele se organizează la necesitate, iar un membru CA menționează că se organizează „trimestrial sau de câte ori este necesitate”. Alt membru CA a venit cu o estimare mai concretă: 8-10 ședințe în an. Referitor la durata ședinței, aceștia oferă

următoarele răspunsuri: în medie 1,5 ore; 1 – 1,5 ore; durata este în dependență de problemele abordate și întrebările apărute la luarea deciziei. Directorul a confirmat că ședințele se organizează trimestrial, dar, de obicei, la necesitate. Fiind întrebat, dacă CA ar avea un plan de activitate anual, cât de des ar trebui să își planifice ședințele. Răspunsul a fost: o dată în lună. De asemenea, directorul a specificat că ședințele durează în jur de 1,5 -2 ore și se organizează, de obicei, la inițiativa instituției.

Rolul principal în desfășurarea ședințelor îl are Președintele CA. Majoritatea membrilor CA (88%) consideră că președintele consiliului de administrație supraveghează ca discuțiile să nu devieze de la subiectele stabilite pe agenda ședințelor, doar câte 4% dintre respondenți declară, în acest sens, acordul parțial, dezacordul și nu știu (fig. 2.6.2). Însă, aceasta, nici pe departe nu reprezintă unica atribuție a președintelui CA, care trebuie să asigure leadership-ul acestui organ și buna sa funcționare. Deci, este destul de greu ca președintele să își asume acest rol, mai ales în condițiile în care este o persoană politică și deține și funcția Președinte/vicepreședinte a CR.

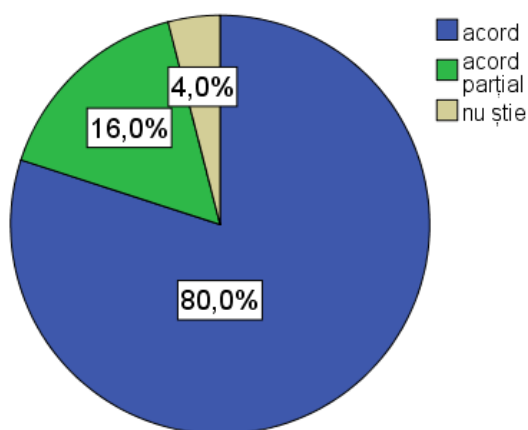


Fig. 3.6.3 Agenda ședințelor se focusează pe subiecte importante, strategice, care necesită aprobare

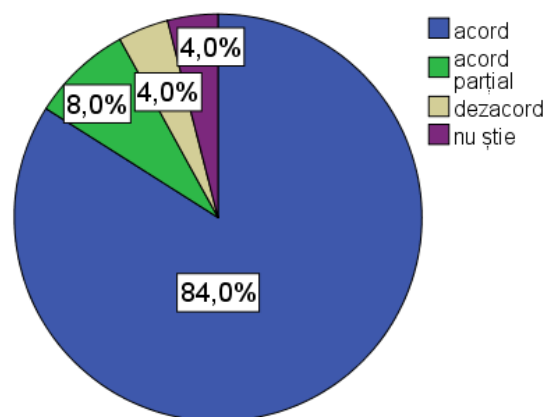


Fig. 3.6.4 Agenda ședințelor oferă timp adecvat pentru a discuta și a decide asupra unor probleme strategice semnificative

Acordul față de faptul că agenda ședințelor se focusează pe subiecte importante, strategice, care necesită aprobare, și-l manifesta 80% din respondenți, 16% - acordul parțial, iar 4% - nu știu (fig. 3.6.3). Cu toate acestea, conform prevederilor normative, nu toate atribuțiile CA se referă la aprobare de documente. De asemenea, cei mai mulți membri CA (84%) declară că agenda ședințelor oferă timp adecvat pentru a discuta și a decide asupra unor probleme strategice semnificative (fig. 3.6.4).



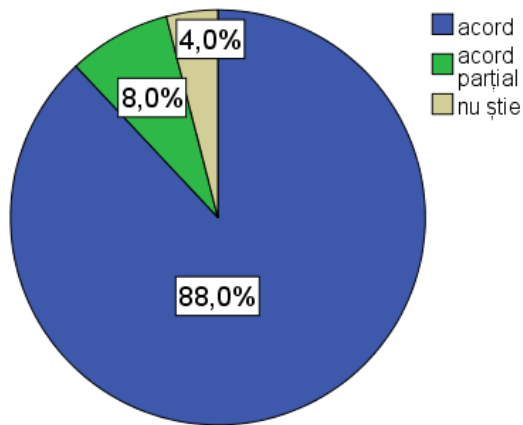


Fig. 3.6.5 Fiecare membru deține informația și resursele necesare pentru a participa activ la discuțiile consiliului

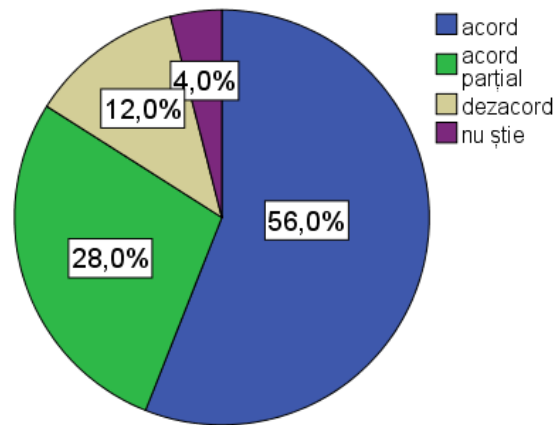


Fig. 3.6.6 Fiecare membru al consiliului primește agenda și materialele ședinței cu cel puțin o săptămână înainte de întrunire

În cea mai mare proporție (88%), membrii CA manifestă acordul că fiecare membru deține informația și resursele necesare pentru a participa activ la discuțiile consiliului, totuși 12% declară acordul parțial și nu știu să se expună la acest subiect. Cu toate acestea, aproximativ jumătate dintre membrii CA (56%) sunt de acord că fiecare din ei primește agenda și materialele ședinței cu cel puțin o săptămână înainte de întrunire, ceilalți manifestă acord parțial (28%), dezacord (12%) și nu știu (4%) (fig. 3.6.6). În acest sens, deoarece anume directorii spitalelor, în majoritatea cazurilor, inițiază și organizează ședințele, a fost solicitată informație din partea lor, cu cât timp înainte de ședință sunt anunțate subiectele și transmise materialele. Un director a declarat că subiectele de pe agenda ședințelor CA sunt anunțate din timp, cu vreo 7 zile înainte, iar materialele sunt transmise membrilor CA prin poșta electronică. Alt director a menționat că membrii vin pregătiți la ședință, deoarece informația cu privire la subiectele care vor fi discutate, membrii CA o primesc preventiv, de obicei cu 3-5 zile înainte. Pe email li se transmite nota informativă și la ședință au posibilitatea să solicite informație suplimentară. Iar un alt director a specificat că subiectele de pe agenda ședințelor CA sunt anunțate cu câteva zile înainte, de obicei 1-2 zile. Informația este transmisă președintelui, apoi celorlalți membri CA, iar aceștia, conform spuselor directorului, în 1-2 zile reușesc să înțeleagă subiectele discutate. Pentru membrii CA care sunt din afara instituției și a căror activitate de bază, de obicei, este în alt domeniu, termenul de 1-2 zile este destul de restrâns pentru a face cunoștință cu subiectele discutate. De asemenea, acest fenomen poate să fie generat de faptul că CA nu are propriul plan de activitate, care în dependență de obiectivele strategice ale instituției, ar avea stabilite

o serie de subiecte asupra cărora își va concentra atenția CA pe parcursul unui an sau pe perioada mandatului.

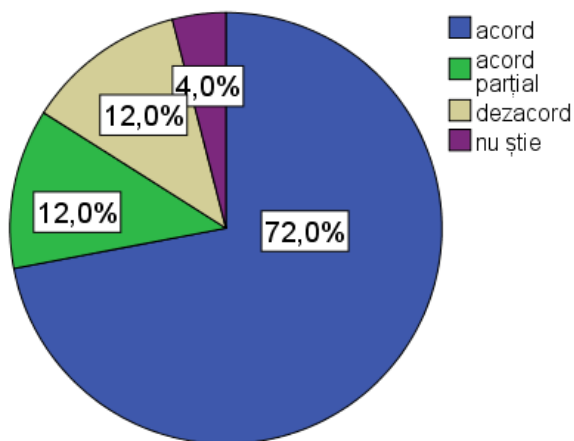


Fig. 3.6.7 Problemele privind calitatea serviciilor și siguranța pacienților sunt discutate la ședințele consiliului

Cu toate că mai sus, membrii CA declarau în proporție de 64% că consiliul este preocupat de asigurarea calității serviciilor și siguranța pacienților, totuși mai mulți respondenți (72%) afirmă că problemele privind calitatea serviciilor și siguranța pacienților sunt discutate la ședințele consiliului (fig. 3.6.7), ceea ce creează premise pentru a presupune că acest lucru este doar declarativ, iar directorii de instituții au confirmat că subiectul respectiv mai puțin este abordat la CA.

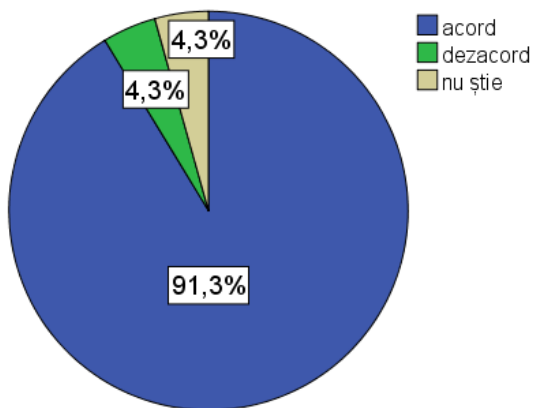


Fig. 3.6.8 Ședințele consiliului sunt necesare și utile

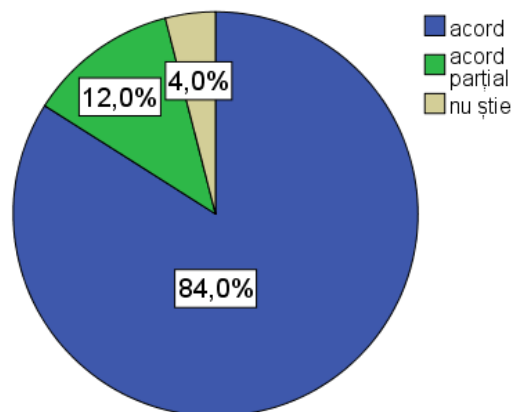


Fig. 3.6.9 Ședințele consiliului sunt eficiente și eficiente

Majoritatea membrilor CA consideră că toate ședințele consiliului sunt necesare și utile (91,3% acord, 4,3% dezacord, 4,3% nu știu) (fig. 3.6.8), și respondenții (84% - acord, 12% - acord parțial, 4% nu știe) considera că, per general, ședințele consiliului sunt eficace și eficiente (fig. 3.6.9). Recomandările pentru eficientizarea ședințelor CA s-au referit la: organizarea ședințelor online prin video-conferință, ședințele să se organizeze mai frecvent, membrii CA să fie remunerați, consultarea deciziilor în prealabil și mediatizarea ședințelor. Pe de altă parte, un director sugerează că ar fi bine de inclus în actele normative o dată concretă de organizare a ședinței, de exemplu până la data de 5 a primei luni a următorului trimestru.

### **3.7. Implicarea Consiliului de Administrație în activitatea spitalului**

Deoarece CA este unitate structurală a spitalelor, acesta trebuie să fie preocupat de dezvoltarea instituțională pe acele domenii strategice stabilite în planurile de lungă și de scurtă durată a spitalului, manifestând o atitudine proactivă și o implicare permanentă.

Însă, conform rezultatelor studiului, cel mai des, CA este convocat pentru discutarea subiectelor financiare. Aproximativ  $\frac{3}{4}$  dintre membrii CA declară că înțeleg sursa și destinația mijloacelor financiare înainte de aprobarea planurilor de venituri și cheltuieli, iar  $\frac{1}{4}$  manifestă acord parțial (fig. 3.7.1). În acest sens, activitatea economico-financiară a spitalelor este apreciată în mod diferit: mai mult de jumătate dintre respondenți apreciază activitatea economico-financiară a spitalului cu calificativul „satisfăcătoare”, ceilalți i-au acordat calificativul „bună”, iar un membru – „efectivă”. De asemenea, într-un spital, activitatea economico-financiară este apreciată din altă perspectivă: administrația a lichidat datoriile istorice și a reușit să stabilizeze activitatea financiară a spitalului, să traseze obiectivele principale de dezvoltare și să nu admită acumularea de datorii. În acest context, un membru CA a apreciat activitatea economico-financiară a spitalului astfel: *„Din punct de vedere a micșorării datoriilor – foarte bună. Din punct de vedere a progresului instituției – negativă. Pe parcurs au dispărut multe servicii și secții, așa ca endocrinologia, ORL, oftalmologia. (...)”*.

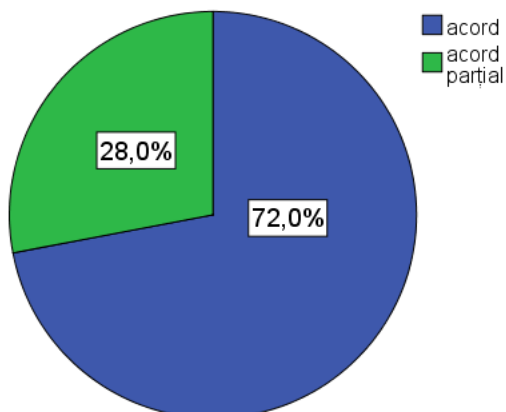


Fig. 3.7.1 Membrii consiliului înțeleg sursa și destinația mijloacelor financiare înainte de aprobarea planurilor de venituri și cheltuieli

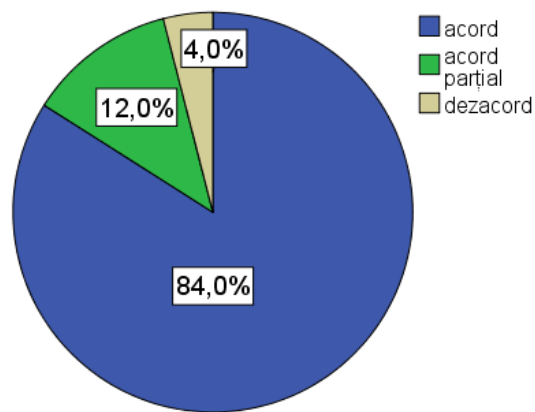


Fig. 3.7.2 Membrii consiliului utilizează informația financiară pentru a decide redirecționarea resurselor existente către activitățile prioritare

Într-o proporție mai mare, de 84%, membrii consiliului declară că utilizează informația financiară pentru a decide redirecționarea resurselor existente către activitățile prioritare, iar 12% manifestă acord parțial și 4% dezacord (fig. 3.7.2). Acest lucru necesită o cunoaștere foarte bună a prevederilor strategiei și a direcției de dezvoltare a instituției din partea membrilor CA, dar și o coordonare foarte bună a activității cu administrația spitalului.

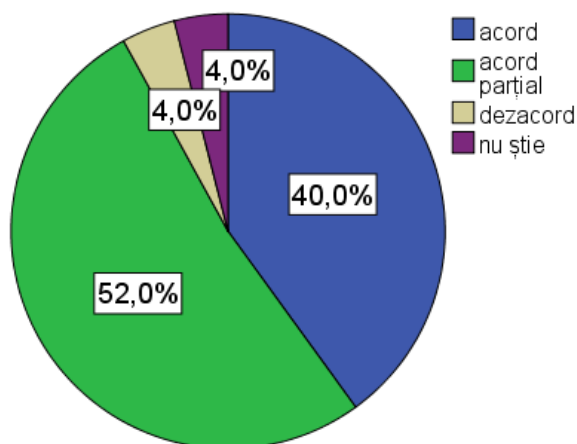


Fig. 3.7.3 Atragerea resurselor financiare din exterior este prioritară pe agenda consiliului de administrație

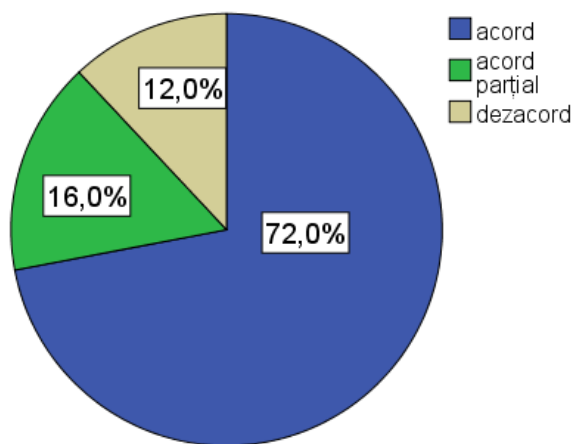


Fig. 3.7.4 Consiliul aprobă și monitorizează indicatorii de performanță în activitatea spitalului

Totuși, atragerea resurselor financiare din exterior, pare să nu fie o prioritate pe agenda CA: doar 40% manifestă acordul, 52% - acordul parțial și câte 4% dezacordul și declară că nu știu (fig. 3.7.3). Însă,

aceasta trebuie să fie una din prioritățile cheie pe agenda CA, pentru a susține prerogativele de dezvoltare ale instituției.

Cu toate că, cei mai mulți membri (72%) susțin că consiliul aprobă și monitorizează indicatorii de performanță în activitatea spitalului (fig. 3.7.4), totuși, așa cum a fost menționat anterior, acțiunile din planurile strategice de dezvoltare instituțională nu au stabilite ținte, care ar demonstra performanța și eficiența realizării lor.

Fiind întrebați cât de des și cum evaluează performanța spitalului, părerile membrilor CA din aceleași spitale se deosebesc foarte mult. Într-un spital, unii afirmă că se prezintă dări de seamă periodice, la solicitare, un alt membru afirmă că se efectuează periodic prin chestionarea pacienților și a angajaților, iar altul că acest lucru are loc la fiecare ședință a consiliului. În alt spital, cei mai mulți membri au declarat că evaluează calitatea serviciilor și volumul acordat, venitul obținut și satisfacția pacienților mai întâi pe subdiviziuni, apoi pe spital în întregime. Unii afirmă că fac acest lucru lunar, alții – trimestrial. Un alt membru declară că, la moment nu a fost evaluată performanța spitalului sau cel puțin el nu a participat.

Aceste răspunsuri ne demonstrează că membrii CA nu au o abordare comună cu privire la evaluarea performanței spitalului. Analizând cele relatate mai sus, este necesar de menționat că procesul de evaluare este unul complex și se realizează pentru o perioadă mai mare de o lună sau un trimestru, de obicei, un an și mai mult, în baza unor indicatori de performanță, care au stabiliți ținte, cu ajutorul cărora se poate determina progresul. Procesele pe care le descriu respondenții seamănă mai mult cu monitorizarea, care la nivelul secțiilor se realizează, de obicei, de către managementul instituției, nu de CA.

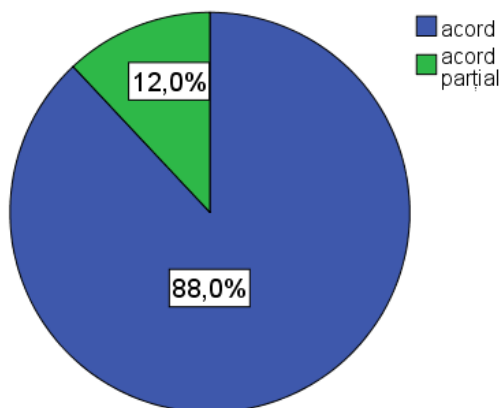


Fig. 3.7.5 Achizițiile aprobate de consiliu corespund necesităților de funcționare a spitalului

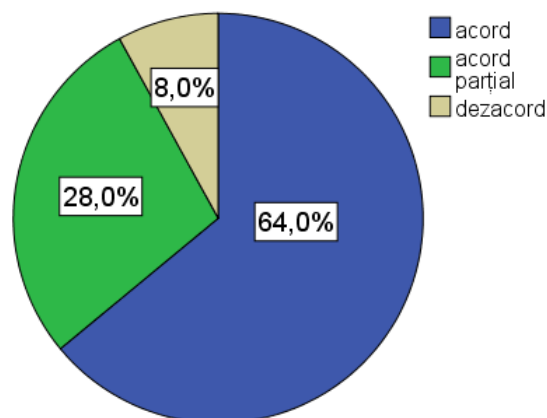


Fig. 3.7.6 Înainte de aprobarea unor achiziții, se realizează evaluarea economică (de ex. analiza cost-eficacitate) a investițiilor

Membrii CA consideră în proporție de 88% că achizițiile aprobate de consiliu corespund necesităților de funcționare a spitalului, iar 12% manifestă acordul parțial în acest sens (fig. 3.7.5). Totuși, doar 64% au siguranța că înainte de aprobarea unor achiziții, se realizează evaluarea economică (de ex. analiza cost-eficacitate) a investițiilor, 28% din respondenți exprimă acordul parțial în acest sens, iar 8% - dezacordul (fig. 3.7.6).

Fiind întrebați despre modul în care apreciază procedurile de achiziție din cadrul spitalului, membrii CA au menționat că acestea sunt efectuate în strictă concordanță cu planul financiar și planul de achiziții publice aprobate, se desfășoară în conformitate cu actele normative în vigoare, sunt transparente, legale, unii le-au acordat calificativul „bune”, iar alții – „satisfăcătoare”.

Referitor la efectuarea evaluării economice, un director a exemplificat astfel: „pentru deschiderea Centrului de Hemodializă, a fost calculat costul pentru un pacient și s-a ajuns la concluzia că ar fi mai convenabil un parteneriat public-privat, deoarece achizițiile publice sunt foarte anevoioase”. Alt directorul a relatat alt exemplu: „În contextul pandemiei am argumentat eficiența economică pentru procurarea generatorului de oxigen. Am calculat cât ne costă buteliile de oxigen cu tot cu transport, arenda buteliilor și oxigenul propriu zis. De asemenea, am solicitat oferta de la un agent economic pentru generator și am comparat costurile. Sau un alt exemplu de procurare a serviciilor de înaltă performanță: am organizat o licitație, la care au participat instituții publice și private. Și datorită ofertei agentului economic privat, am economisit 100000 lei”. Aceste exemple sunt modele de analiză de minimizare a costului, care cel mai des este aplicat în cadrul instituțiilor publice în cazul unei evaluări economice. Totuși, o următoare etapă necesară ar fi realizarea unei analize cost-eficacitate.

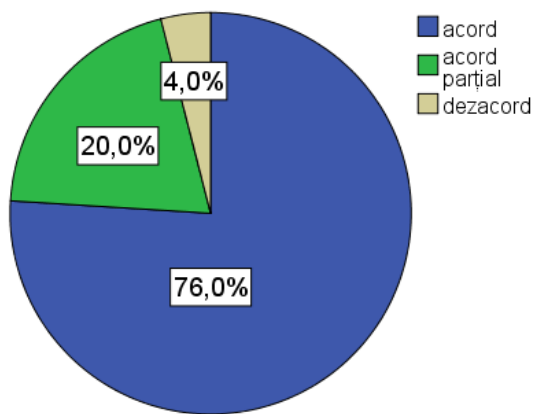


Fig. 3.7.7 Acțiunile consiliului contribuie la construirea și menținerea unei imagini pozitive a spitalului în comunitate

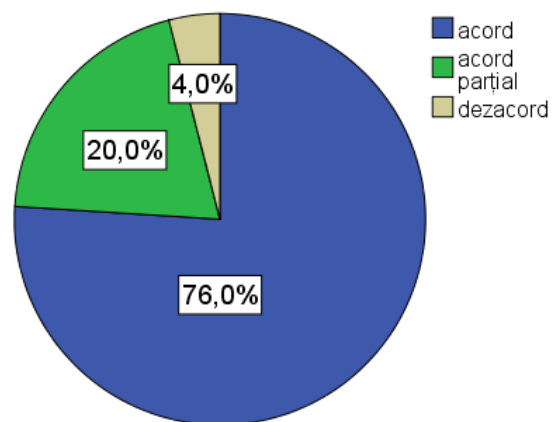


Fig. 3.7.8 Consiliul contribuie la dezvoltarea parteneriatelor de colaborare în vederea îmbunătățirii activității spitalului

În aceeași proporție, membrii CA își manifestă acordul față de faptul că acțiunile consiliului contribuie la construirea și menținerea unei imagini pozitive a spitalului în comunitate și Consiliul contribuie la dezvoltarea parteneriatelor de colaborare în vederea îmbunătățirii activității spitalului (76% acord, 20% acord parțial și 4% dezacord) (fig. 3.7.7 și fig. 3.7.8).

Și mai mult opiniile s-au dispersat cu privire la monitorizarea asigurării spitalului cu forță de muncă competentă și de înaltă calitate pentru asigurarea funcționalității acestuia (40% - acord, 40% - acord parțial, 16% - dezacord și 4% - nu știu) (fig. 3.7.9). Acest fapt ne demonstrează că atribuțiile CA, ca organ de administrare și supraveghere, într-adevăr sunt limitate în îndeplinirea funcțiilor organizaționale, astfel într-un domeniu atât de vast cum este managementul resurselor umane, contribuția lui constă doar în coordonarea statelor de personal și a listelor de tarificare a angajaților.

Cu faptul că spitalul are un plan aprobat de consiliul de administrație cu obiective pentru îmbunătățirea siguranței pacienților și reducerea erorilor medicale, sunt de acord 72% din respondenți, 16% - manifestă acordul parțial, 4% - dezacordul iar 8% - nu știu (fig. 3.7.10).

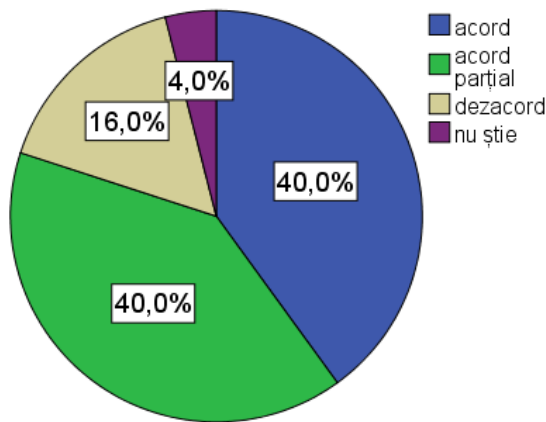


Fig. 3.7.9 Consiliul monitorizează asigurarea spitalului cu forță de muncă competentă și de înaltă calitate pentru asigurarea funcționalității

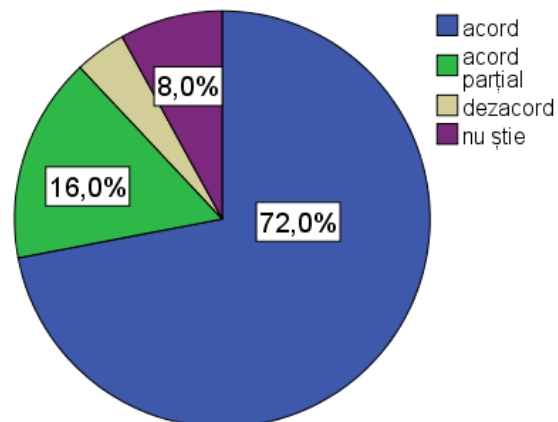


Fig. 3.7.10 Spitalul are un plan aprobat de consiliul de administrație cu obiective pentru îmbunătățirea siguranței pacienților și reducerea erorilor medicale

Referitor la modul în care intervenția CA a dus la îmbunătățirea activității spitalului au fost expuse următoarele opinii:

- „Consiliul intervine cu soluții la propunerile înaintate de administrația spitalului”,

- *„Deciziile luate au fost precedate de discuții și analize multifactoriale”*,
- *„gestionarea eficientă a instituției în perioada luptei cu pandemia COVID-19”*;
- atragere de fonduri,
- susținerea programelor inovatoare, inițierea de noi proiecte,
- atragerea tinerilor specialiști medici.

De asemenea, au fost enumerate un șir de intervenții din care e greu de delimitat contribuția CA de responsabilitățile administrației: abordarea și soluționarea problemelor existente în instituție; s-au redirecționat resurse financiare de la un cont la altul; stimularea financiară a dus la creșterea randamentului în muncă (s-a micșorat numărul buletinelor de boală și numărul plângerilor de la pacienți); modificarea bugetului și aprovizionarea cu medicamente.



## CONCLUZII

1. Studiile și experiența internațională demonstrează că CA ale spitalelor din RM au același rol acceptat și promovat și în alte țări: de a governa/administra și a supraveghea activitatea instituției spitalicești. Însă, experiența internațională și modelele de guvernare a spitalelor publice din SUA, Regatul Unit al Marii Britanii, Țările de Jos, Grecia și România, demonstrează un șir mai larg de atribuții ale CA, care nu sunt prevăzute în actele normative naționale, cum ar fi: implicarea în planificarea strategică, supravegherea problemelor ce se referă la calitatea serviciilor și siguranța pacienților, managementul și evaluarea riscurilor, comunicarea și responsabilitatea față de părțile interesate ș.a. Totuși, mai mult de jumătate dintre membrii CA consideră că nu au nevoie de împuterniciri suplimentare pentru a-și eficientiza activitatea și declară că dețin suficiente pârghii pentru influențarea oricărei situații. Acest lucru demonstrează că nu cunosc care este experiența altor state în acest sens.
2. Regulamentele de organizare și funcționare a instituțiilor spitalicești sunt elaborate în baza Regulamentului-cadru, aprobat prin Ordinul MSMPS din 2016, care face referință la mai multe acte legislative. În acest context, cu toate că Legea 436/2006 privind administrația publică locală prevede competențele CR (la această lege se face referință și în cazul Deciziilor CR ca Fondatori ai SR), totuși Legea 435/2006 privind descentralizarea administrativă, la capitolul domeniului de activitate nu are stipulat administrarea și întreținerea IMSP de către autoritățile APL, iar art. 9 prevede că serviciile publice care se bucură de reglementare constituțională și sunt garantate și asigurate de către stat, nu pot fi transferate APL (Constituția, art 36 (1) Dreptul la ocrotirea sănătății este garantat). De asemenea, Legea ocrotirii sănătății 411/1995 nu prevede expres că IMSP raionale au ca Fondatori CR, ci doar că se subordonează MSMPS și autorităților APL.
3. Atribuțiile CA prevăzute în Regulamentele de organizare și funcționare a instituțiilor spitalicești, nu doar că sunt destul de restrânse, dar unele atribuții sunt interconectate cu cele ale Fondatorului sau ale directorului, neexistând o delimitare clară a lor, iar unele atribuții cu toate că sunt parte a unui proces, nu au finalitate. De asemenea, în unele instituții CA nu face parte din organigramă.
4. Cunoștințele, experiența și competențele necesare membrilor CA nu sunt incluse în Regulamentele de organizare și funcționare a instituțiilor spitalicești, ceea ce creează premise pentru includerea în componența CA a persoanelor care nu au tangență cu activitatea spitalelor sau cu sistemul de sănătate, în general.
5. Cu toate că Regulamentele de organizare și funcționare a instituțiilor spitalicești prevăd structura CA: reprezentantul Fondatorului, 2 reprezentanți ai colectivelor de muncă, un reprezentant a unui

ONG din domeniul sănătății și un funcționar public din cadrul subdiviziunii de profil medical a fondatorului sau un specialist în domeniul sănătății numit de fondator, totuși, studiul relevă, în unele cazuri, necorespunderea acestor prevederi, în CA fiind incluși directori de spitale, reprezentanți a unor asociații care nu sunt din domeniul sănătății sau consilieri raionali, a căror statut de ales local contravine cu cel de funcționar public, care poate fi membru CA.

6. În Regulamentele de organizare și funcționare a instituțiilor spitalicești este stipulat că în lipsa Președintelui, atribuțiile acestuia revin vicepreședintelui, însă aceste acte normative nu conțin prevederi privind funcția de vicepreședinte și prin ce se deosebesc atribuțiile sale față de a celorlalți membri CA. De asemenea, Regulamentele nu conțin prevederi pentru funcția de secretar a CA, care este una esențială în organizarea și desfășurarea ședințelor, în elaborarea proceselor-verbale a ședințelor, în comunicarea cu părțile interesate ș.a.
7. Rolul reprezentantului ONG din domeniul sănătății este interpretat eronat: unii directori ai spitalelor consideră neefectivă implicarea lor în activitatea CA, iar unii reprezentanți ONG nici nu vin la ședințele CA. Acest lucru demonstrează că aceștia nu sunt percepuți sau nu își asumă rolul de reprezentant al societății civile, al beneficiarilor și/sau al comunității în care instituția își desfășoară activitatea.
8. Regulamentele de organizare și funcționare a instituțiilor spitalicești prevăd două tipuri de ședințe: ordinare și extraordinare, dar nu prevede situațiile care servesc temei pentru organizarea ședințelor extraordinare, iar analiza situației demonstrează o abordare foarte subiectivă privind necesitatea și frecvența convocării ședințelor CA.
9. Faptul că cvorumul necesar pentru desfășurarea ședințelor CA constituie 3 membri, acest lucru favorizează excluderea totală sau parțială a unor membri din participarea la ședințe și din procesul decizional, iar analiza a confirmat că unii membri CA nu au participat niciodată la ședințe. Iar prevederea că decizia CA se adoptă prin votul majoritar al membrilor prezenți la ședință, atunci în situația unui cvorum de 3 persoane, decizia poate fi luată de 2 din cei 3 membri, ceea ce nu este reprezentativ.
10. Cu toate că CA sunt constituite de Fondator pentru o perioadă de 5 ani, totuși Regulamentele de organizare și funcționare a instituțiilor spitalicești nu prevăd situațiile care ar servi temei pentru modificarea componenței CA, iar analiza relevă că factori politici sau bazați pe percepții subiective a CR, pot constitui motiv în acest sens.
11. Conform actelor legislative și conform Ordinul MSMPS nr. 1086 din 30.12.2016 cu privire la aprobarea Regulamentului-cadru de organizare și funcționare a prestatorilor de servicii, în

competențele Fondatorului (CR), nu există prevederea privind aprobarea Regulamentului spitalului (toate Regulamentele SR sunt aprobate prin Decizii CR). Cu toate acestea, pe antetul Regulamentului: MSMPs aprobă, CR coordonează și Camera Înregistrării de Stat înregistrează Regulamentul respectiv, dar nu este foarte clar prin ce se deosebește mecanismul de aprobare din partea ministerului de cel de coordonare din partea CR.

12. Nu toți membrii CA percep rolul CA în procesul strategic instituțional în conformitate cu prevederile normative, ceea ce poate crea impedimente în realizarea cu succes a atribuțiilor sale. Astfel, cu toate că majoritatea membrilor declară că viziunea, misiunea și valorile sunt clare, focusate și relevante, majoritatea instituțiilor nu au aceste elemente, dar și altele incluse în planurile strategice, ceea ce demonstrează o atitudine superficială a membrilor CA asupra procesului strategic sau nu au competențe necesare pentru a examina aceste documente și a veni cu propuneri de îmbunătățire a lor. De asemenea, unele planuri strategice nu sunt aprobate de CA.
13. Majoritatea membrilor CA declară că nevoile părților interesate sunt luate în calcul la elaborarea obiectivelor strategice și deciziile sunt bazate pe satisfacerea nevoilor de sănătate a comunității, însă, pe de o parte, planurile strategice nu au prevăzute liste a părților interesate, pe de altă parte, în Republica Moldova nu au fost realizate studii comprehensive privind nevoile de servicii spitalicești, ceea ce permite de a concluziona că susținerea acestor deziderate sunt doar declarative.
14. Studiul demonstrează o implicare scăzută a CA în asigurarea calității serviciilor medicale și a siguranței pacientului, iar directorii de spitale confirmă acest lucru. Cel mai des discutate fiind subiectele financiare. De asemenea, rezultatele relevă existența deficiențelor în activitatea CA, deoarece doar jumătate dintre ei manifestă acordul că ar fi satisfăcuți de activitatea și performanța CA.
15. Studiul atestă deficiențe la capitolul transparenței decizionale: membrii declară că publică deciziile pe site (nici o instituție nu are plasate pe pagina web deciziile CA) sau la decizii au acces salariații (ignorând alte părți interesate) sau că deciziile CA se publică pe site-ul CR, ceea ce ne permite să deducem că CA nu este privit ca o unitate structurală a spitalului, ci ca un organ reprezentativ al Fondatorului.
16. Cu toate că majoritatea membrilor CA declară că au o politică de integritate, totuși aceasta, ca document instituțional, agreat de toți membrii CA și din cadrul spitalului și din afara lui, nu există. De asemenea, studiul arată că CA nu are o declarație de valori și principii etice de activitate.

17. Rezultatele studiului demonstrează că nu există o percepție unică între membrii aceluiași CA privind organizarea ședințelor și o abordare comună privind anunțarea agendei și transmiterea din timp a informației privind subiectele discutate, variind de la 1-2 zile la 7 zile.
18. Chiar dacă majoritatea membrilor CA declară că aprobă și monitorizează indicatorii de performanță în activitatea spitalului, totuși planurile strategice nu au prevăzute indicatori de performanță (nu doar clinici) și nu au stabilite ținte în realizarea acțiunilor care ar demonstra performanța și eficiența spitalului. Iar procesul de evaluare a performanței este perceput eronat, o dată ce unii membri declară că îl realizează lunar sau trimestrial.

## RECOMANDĂRI

### **Către Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale:**

1. Revizuirea atribuțiilor pentru lărgirea competenței CA ca organ de administrare și supraveghere și delimitarea clară a acestora de Fondator și Director, prin clarificarea delimitărilor conceptuale de „coordonare” și „aprobare”.
2. Împuternicirea CA pentru aprobarea devizului de venituri și cheltuieli care se referă la finanțarea din partea CNAM și doar finanțarea din partea Fondatorului să fie aprobată de CR.
3. Introducerea în componența CA a membrilor independenți (persoane fizice, organizații/grupuri de pacienți) și a funcției de secretar a CA.
4. Introducerea în Regulamentul-cadru de organizare și funcționare a instituțiilor spitalicești a prevederilor privind cunoștințele, experiența și competențele necesare persoanelor pentru a deveni membri CA.
5. Introducerea în Regulamentul-cadru de organizare și funcționare a instituțiilor spitalicești a situațiilor care ar permite modificarea componenței CA pe parcursul a 5 ani.
6. Includerea prevederilor privind remunerarea membrilor CA, care ar spori motivația și implicarea CA în activitatea spitalului.
7. Prevederea posibilității de întrunire a CA prin teleconferință.

### **Către Consiliile de Administrație:**

1. Elaborarea planurilor anuale de acțiuni a CA.
2. Determinarea la nivel instituțional a domeniilor strategice de intervenție a CA.
3. Aprobarea Politicii instituționale/ instrucțiuni de activitate a CA.
4. Aprobarea propriei Politici de integritate a membrilor CA.
5. Aprobarea Declarației de valori și principii etice de activitate de către membrii CA.
6. Asumarea rolului de reprezentant al societății civile și al beneficiarilor și/sau al comunității de către reprezentanții ONG.

### **Către Directorii spitalelor**

1. Includerea CA în organigrama spitalului, în instituțiile în care lipsește.
2. Elaborarea fișelor de post pentru membrii CA.

## BIBLIOGRAFIE

1. Mecineanu A. Soltan V. Țurcanu G. Guvernanța spitalelor publice în contextul reformelor de sănătate: soluții pentru Republica Moldova. Chișinău, 2014
2. Crudu O. Guvernanța corporativă a instituțiilor medico-sanitare publice municipale. Chișinău, 2019
3. Legea nr. 95/14.04.2006 privind reforma în domeniul sănătății. A se vedea <http://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/71139>
4. Papachristou G.K. Papachristou M.K. The worthiness of corporate governance in public sector. The case of public healthcare sector in Greece. Corporate Ownership & Control. Volume 12, Issue1, 2014, p. 490-501
5. Bank J.L.T. Laurents van Hulst B. Governance and Performance: The Performance of Dutch Hospitals Explained by Governance Characteristics. A se vedea <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3233669/>
6. Botje D. Klazinga N.S. Wagner C. To what degree is the governance of Dutch hospitals orientated towards quality in care? Does this really affect performance? A se vedea <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851013002042>
7. Center for Healthcare Governance. The Guide to Good Governance for Hospital Boards. Chicago, 2009;
8. Chivriga A. Furdui V. Organizarea și funcționarea APL în Republica Moldova: competențe, structură și resurse. Chișinău: IDIS "Viitorul", 2009. A se vedea [http://www.viitorul.org/files/library/POLITICI\\_PUBLICE\\_APL.pdf](http://www.viitorul.org/files/library/POLITICI_PUBLICE_APL.pdf)
9. Principales & Guidelines for Governance in Health Sector. Health Sector Governance, Egypt, 2014.

**Chestionar  
de evaluare a activității Consiliului de administrație al spitalului**

Stimate membru al Consiliului de Administrație,  
vă rugăm să completați acest chestionar, care este elaborat în contextul implementării proiectului „Echitate în sănătate prin responsabilizare socială” (Ordinul MSMPS nr. 1170 din 16.10.19), având drept scop colectarea informației privind percepția, practicile și experiențele membrilor Consiliului de Administrație al spitalului cu privire la activitatea acestuia.

Chestionarul este anonim, confidențial și nu implică utilizarea datelor cu caracter personal.

<b>1</b>	<b>Procesul strategic instituțional</b>	Acord	Acord parțial	Dezacord	Nu știu
1.1	Spitalul are o viziune clară, focusată și relevantă				
1.2	Spitalul are o misiune clară, focusată și relevantă				
1.3	Spitalul are un set de valori clare, focusate și relevante				
1.4	Misiunea, viziunea și valorile stau la baza strategiilor instituționale, politicilor și a planurilor de acțiuni ale spitalului				
1.5	Strategiile instituționale au la bază documentele de politici naționale și locale				
1.6	Administrația spitalului analizează periodic factorii din mediul extern (de ex.: economici, sociali, culturali, demografici ș.a.) care influențează activitatea spitalului				
1.7	Obiectivele strategice ale spitalului sunt comunicate într-un mod clar membrilor consiliului, angajaților și părților interesate				
1.8	Consiliul supraveghează ca nevoile părților interesate să fie luate în calcul la elaborarea obiectivelor strategice				
1.9	Consiliul monitorizează realizarea obiectivelor strategice și are stabilit un set de indicatori de progres pentru aceasta				
1.10	Consiliul ia măsuri corective în timp util dacă obiectivele strategice nu sunt îndeplinite				
	<b>Comentarii și concretizări</b>				
1.1	<i>Din punctul dvs.de vedere, care este rolul consiliului de administrație în procesul de elaborare și implementare a strategiilor spitalului?</i>				

1.2	<i>Care sunt domeniile strategice (numiți cel puțin 3), performanța cărora consiliul de administrație permanent îl monitorizează / ar trebui să îl monitorizeze?</i>				
1.3	<i>Ce schimbări strategice în cadrul spitalului ați susținut/ intenționați să susțineți pe perioada mandatului de membru al consiliului de administrație?</i>				
1.4	<i>Alte comentarii la capitolul „procesul strategic instituțional”:</i>				
<b>2</b>	<b>Rolul, responsabilitățile și performanța consiliului</b>	Acord	Acord parțial	Dezacord	Nu știu
2.1	Rolul și responsabilitățile consiliului sunt clar definite				
2.2	Membrii consiliului au suficientă experiență și cunoștințe pentru a-i asigura funcționalitatea				
2.3	Cea mai mare parte din timp, consiliul este focusat pe subiectele de importanță strategică				
2.4	Consiliul rezolvă problemele în mod eficient, chiar și atunci când soluțiile sunt greu de implementat				
2.5	Consiliul este pregătit în mod adecvat pentru a reacționa la situațiile excepționale				
2.6	Membrii consiliului dețin suficientă informație despre veniturile și cheltuielile instituției				
2.7	Membrii consiliului dețin suficientă informație cu privire la politica de personal și strategia de resurse umane aprobată la nivel instituțional				
2.8	Consiliul este preocupat de asigurarea calității serviciilor medicale și a siguranței pacientului				
2.9	Consiliul este preocupat de dezvoltarea instituției și introducerea inovațiilor				
2.10	Per general, membrii consiliului sunt satisfăcuți de activitatea și performanța acestuia				
	<b><i>Comentarii și concretizări</i></b>				
2.1	<i>Care sunt punctele forte (cel puțin 3) ale consiliului de administrație a cărui membru sunteți?</i>				
2.2	<i>Care sunt punctele slabe (care ar trebui îmbunătățite) ale consiliului de administrație a cărui membru sunteți?</i>				
2.3	<i>În ce domenii de competență trebuie să aibă cunoștințe și experiență membrii consiliului de administrație pentru a fi eficienți?</i>				



2.4	<i>Ar fi nevoie de împuterniciri suplimentare pentru consiliile de administrație pentru a eficientiza activitatea acestora? Argumentați</i>				
2.5	<i>Alte comentarii la capitolul „rolul, responsabilitățile și performanța consiliului”</i>				
<b>3</b>	<b>Cultura decizională a consiliului</b>	Acord	Acord parțial	Dezacord	Nu știu
3.1	Deciziile consiliului sunt luate doar după analiza tuturor opțiunilor strategice ce țin de un subiect				
3.2	Cultura decizională a consiliului include implicarea activă, stimularea discuțiilor și a dialogului pe probleme de importanță semnificativă pentru spital				
3.3	Deciziile consiliului sunt bazate, preponderent, pe satisfacerea nevoilor de sănătate a comunității				
3.4	Membrii consiliului au suficient timp pentru a se documenta cu privire la un anumit subiect și a lua deciziile cele mai potrivite				
3.5	Membrii consiliului primesc analiza opțiunilor strategice și a alternativelor de la conducere, înainte de a lua o decizia și a defini un curs strategic de acțiune				
	<b><i>Comentarii și concretizări</i></b>				
3.1	<i>Prin ce modalitate deciziile consiliului de administrație sunt aduse la cunoștință părților interesate (de ex.: angajaților, pacienților, comunității ș.a.)</i>				
3.2	<i>Aveți experiența atragerii angajaților spitalului și al pacienților în procesul de luare a deciziilor? Relatați pe scurt experiența</i>				
3.3	<i>Ce recomandări de îmbunătățire a procesului de luare a deciziilor în cadrul consiliului ați propune?</i>				
3.4	<i>Alte comentarii la capitolul „cultura decizională a consiliului”:</i>				
<b>4</b>	<b>Relații și cooperare</b>	Acord	Acord parțial	Dezacord	Nu știu
4.1	Relațiile dintre membrii consiliului sunt bune, cooperează eficient de fiecare dată				
4.2	Există un climat de încredere și respect reciproc între membrii consiliului și administrația spitalului				

4.3	Consiliul are o politică de integritate a membrilor lui, pentru evitarea conflictelor de interese, a traficului de influență, a favoritismului ș.a.				
4.4	Consiliul are aprobat o declarație de valori și principii etice de activitate				
4.5	Disensiunile apărute în discuții sunt tolerate și acceptate, iar membrii consiliului au posibilitatea să își exprime opinia separat, în caz de dezacord cu majoritatea				
<b>Comentarii și concretizări</b>					
4.1	<i>Dați o apreciere cu o notă de la 1 la 10 relațiilor dintre:</i> a) membrii consiliului _____ b) membrii consiliului și directorul spitalului _____ c) membrii consiliului și fondator _____ d) membrii consiliului și angajații spitalului _____				
4.2	<i>Ce recomandări ați avea pentru a îmbunătăți climatul de cooperare în cadrul consiliului de administrației și relațiile cu părțile interesate?</i>				
4.3	<i>Alte comentarii la capitolul „relații și cooperare”</i>				
5	<b>Ședințele consiliului</b>	Acord	Acord parțial	Dezacord	Nu știu
5.1	Frecvența ședințelor consiliului asigură luarea deciziilor în timp oportun				
5.2	Agenda ședințelor se focusează pe subiecte importante, strategice, care necesită aprobare				
5.3	Agenda ședințelor oferă timp adecvat pentru a discuta și a decide asupra unor probleme strategice semnificative				
5.4	Președintele consiliului de administrație supraveghează ca discuțiile să nu devieze de la subiectele stabilite pe agenda ședințelor				
5.5	Fiecare membru deține informația și resursele necesare pentru a participa activ la discuțiile consiliului				
5.6	Fiecare membru al consiliului primește agenda și materialele ședinței cu cel o săptămână înainte de întrunire				
5.7	Problemele privind calitatea serviciilor și siguranța pacienților sunt discutate la ședințele consiliului				
5.8	Toate ședințele consiliului sunt necesare și utile				

5.9	Per general, ședințele consiliului sunt eficiente și eficiente				
<b>Comentarii și concretizări</b>					
5.1	<i>Cât de des sunt organizate ședințele consiliului? Cât durează, în mediu, o ședință?</i>				
5.2	<i>Ce recomandări de eficientizare a organizării ședințelor consiliului administrativ ați avea?</i>				
5.3	<i>Alte comentarii la capitolul „ședințele consiliului”:</i>				
6.	<b>Activitatea spitalului</b>	Acord	Acord parțial	Dezacord	Nu știu
6.1	Membrii consiliului înțeleg sursa și destinația mijloacelor financiare înainte de aprobarea planurilor de venituri și cheltuieli				
6.2	Atragerea resurselor financiare din exterior este prioritară pe agenda consiliului de administrație				
6.3	Membrii consiliului utilizează informația financiară pentru a decide redirecționarea resurselor existente către activitățile prioritare				
6.4	Achizițiile aprobate de consiliu corespund necesităților de funcționare a spitalului				
6.5	Înainte de aprobarea unor achiziții, se realizează evaluarea economică (de ex. analiza cost-eficacitate) a investițiilor				
6.6	Acțiunile consiliului contribuie la construirea și menținerea unei imagini pozitive a spitalului în comunitate				
6.7	Consiliul contribuie la dezvoltarea parteneriatelor de colaborare în vederea îmbunătățirii activității spitalului				
6.8	Consiliul monitorizează asigurarea spitalului cu forță de muncă competentă și de înaltă calitate pentru asigurarea funcționalității				
6.9	Spitalul are un plan aprobat de consiliul de administrație cu obiective pentru îmbunătățirea siguranței pacienților și reducerea erorilor medicale				
6.10	Consiliul aprobă și monitorizează indicatorii de performanță în activitatea spitalului				
<b>Comentarii și concretizări</b>					
6.1	<i>Cum ați aprecia activitatea economico-financiară a spitalului?</i>				

6.2	<i>Cum ați aprecia procedurile de achiziții în cadrul spitalului?</i>
6.3	<i>Cât de des evaluați performanța spitalului? Descrieți pe scurt cum decurge procesul de evaluare</i>
6.4	<i>În ce mod intervenția consiliului de administrație a dus la îmbunătățirea activității spitalului? Exemplificați din propria experiență</i>
6.5	<i>Alte comentarii la capitolul „activitatea spitalului”</i>

Anexa nr. 2

### **Ghid de interviu cu directorii de spitale**

1. Din punctul dvs. de vedere, care este rolul consiliului de administrație într-un spital? Este o plus-valoare a acestuia pentru dvs. personal ca conducător și pentru activitatea spitalului sau nu?
2. Dați o apreciere a cadrului normativ care reglementează activitatea și atribuțiile consiliului administrativ. Ce modificări ați propune dvs.?
3. Există o procedură aprobată de demitere sau de substituire a unui membru care nu demonstrează performanțe în cadrul consiliului?
4. Cum ați aprecia activitatea membrilor consiliului administrativ: ca fiind proactivi (vin cu inițiative de dezvoltare și schimbare organizațională) sau, mai degrabă, reactivi (doar aprobă propunerile dvs.)
5. Pe ce domenii strategice este axată atenția membrilor consiliului administrativ în actualul mandat?
6. Ce probleme ar trebui să ocupe timpul și atenția membrilor consiliului de administrație în următorii ani pentru ca activitatea spitalului să fie mai eficientă?
7. Cum ar putea fi îmbunătățită performanța consiliului de administrație în următorii ani?
8. Dați o apreciere activității consiliului de administrație pe o scară de la 1 la 10. Argumentați.